

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Правительство Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова  
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов  
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. 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., профессора Трофимова Е.А.

---

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

---

---

Санкт-Петербург  
2023

Научное издание

Всероссийский терапевтический конгресс с международным участием  
**БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ**

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,  
профессора Трофимова Е.А.  
СПб.: 2023. – 358 с.

*Рецензент:* Тыренко В.В.  
д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии  
им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,  
главный кардиолог Министерства обороны Российской Федерации

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

**ISBN 978-5-6046956-5-4**

## РОЛЬ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ

Абдиева Ю.А., Агзамова Г.С.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение прогностических возможностей миелопероксидазы у больных силикозом.

**Материалы и методы.** Объект исследования работники Алмалыкского горно-металлургического комбината (АГМК). Нами изучался анамнез рабочего, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него кремний содержащей пыли и других вредных факторов производства. Проводилось комплексное обследование с участием различных специалистов с проведением рентгенологических исследований (рентгенография легких и по показаниям КТ легких).

Для более углубленного анализа и выявления особенности развития и течения силикоза у работников горнорудной промышленности нами были обследованы 126 больных силикозом в клинике профессиональных заболеваний при НИИ санитарии и гигиены. С целью изучения этого вопроса проведено иммунологическое исследование миелопероксидазы у 82 человек (1 группа) с первой стадией силикоза (интерстициальная форма), 37 человек (2 группа) со второй стадией силикоза (узловатая форма), 7 человек (3 группа) третьей стадией силикоза (узловая форма) и у контрольной группы здорового контингента 20 человек (4 группа).

**Результаты.** Среди рабочих горно-металлургических комплексов отмечается нарастание первично диагностируемых случаев силикоза (20,4%), пневмокониозов (12,7%) с преобладанием выраженных форм, осложненных туберкулезным процессом, бронхитом, выраженной эмфиземой легких и профессиональной бронхиальной астмой (19,0%). По профессии это рабочие, имеющие контакт с пылью в подземных условиях в сочетании с вибрацией, шумом и физическим напряжением.

В настоящее время, согласно иммунологической теории пневмокониозов, считают, что силикоз невозможен без фагоцитоза кварцевых частиц макрофагами. Доказано, что скорость гибели макрофагов пропорциональна цитотоксичности производственной пыли. Гибель макрофагов – первый и обязательный этап в образовании силикотического узелка. Для иммунологического статуса при силикозе характерно повышение миелопероксидазы.

У контрольной группы (20 чел.) количество миелопероксидазы в сыворотке крови составила  $2,2 \pm 0,28$ ; в первой стадии силикоза количество миелопероксидазы в сыворотке крови составила  $2,62 \pm 0,14$ ; во второй стадии силикоза количество миелопероксидазы в сыворотке крови составила  $6,63 \pm 0,21$ ; в третьей стадии

силикоза количество миелопероксидазы в сыворотке крови составила  $13,71 \pm 1,07$ .

При исследовании иммунного статуса пациентов первой стадией силикоза количество миелопероксидазы в сыворотке крови было не достоверно увеличено в сравнении с группой контроля. При прогрессировании процесса и развитии второй и третьей стадии силикоза у пациентов количество миелопероксидазы достоверно увеличено по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). Результаты нашего исследования показывают достоверное повышение количества миелопероксидазы ( $p < 0,05$ ) во второй и в третьей стадии силикоза по сравнению с контрольной группой.

**Вывод.** Определение миелопероксидазы в сыворотке крови у больных силикозом позволяют нам установить характер возникновения, течения и прогрессирования пылевых заболеваний легких, что позволит не только повысить качество ранней диагностики, но оптимизировать стратегии первичной и вторичной профилактики при данной патологии, прогнозировать течение заболевания.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ ФНО-А У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ

Абдиева Ю.А.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение прогностических возможностей ФНО-а у больных силикозом.

**Материалы и методы.** Общее количество осмотренных составило 350 человек, это работники Алмалыкского горно-металлургического комбината (АГМК). Изучался анамнез рабочего, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, его профессиональный маршрут, выяснение степени, интенсивности и длительности воздействия на него кремний содержащей пыли и других вредных факторов производства. Проводилось комплексное обследование с участием различных специалистов с проведением рентгенологических исследований (рентгенография легких и по показаниям КТ легких).

Нами были обследованы 140 больных силикозом в клинике профессиональных заболеваний при НИИ санитарии и гигиены. Проведено исследование ФНО-а у 50 человек (1 группа) с первой стадией силикоза (интерстициальная форма), 52 человек (2 группа) со второй стадией силикоза (узловатая форма), 38 человек (3 группа) третьей стадией силикоза (узловая форма) и у контрольной группы здорового контингента 20 человек (4 группа).

**Результаты.** Диагностированных случаев силикоза 52,4%, пневмокониозов 22,1%, профессиональная бронхиальная астма 25,5%.

На выраженное повреждение сосудистой стенки у больных силикозом указывал высокий уровень в крови больных ФНО- $\alpha$ , что указывало на секрецию ими протеаз, повреждающих эндотелий, вызывающих местные воспалительные реакции и внеклеточный фиброз, ведущих к снижению эластических свойств сосудов и, следовательно, к увеличению риска сердечно-сосудистых осложнений.

У контрольной группы (20 чел.) количество ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови составила  $4,58 \pm 0,36$ ; в первой стадии силикоза количество ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови составила  $5,09 \pm 0,19$ ; во второй стадии силикоза количество ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови составила  $7,61 \pm 0,19$ ; в третьей стадии силикоза количество ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови составила  $11,67 \pm 0,58$ .

При исследовании иммунного статуса пациентов первой стадией силикоза количество ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови было не достоверно увеличено в сравнении с группой контроля. Результаты нашего исследования показывают достоверное повышение количества ФНО- $\alpha$  ( $p < 0,05$ ) во второй и в третьей стадии силикоза по сравнению с контрольной группой.

**Вывод.** Определение провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови у больных силикозом позволяют нам прогнозировать течение заболевания, позволит повысить качество ранней диагностики фиброза легкого и сердечно-сосудистых осложнений.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абдуазизова Н.Х., Ганиева Н.А., Арипова Н.А.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинических проявлений ревматоидного артрита, протекающего с поражением органов дыхания, обусловленным непосредственно самим заболеванием. Поражение дыхательной системы отличается многообразными клиническими синдромами и легочные проявления могут возникать на любой стадии заболевания.

**Материалы и методы.** Всем пациентам проводилось стандартное физикальное общеклиническое исследование, общепринятые лабораторные исследования крови и мочи, биохимическое исследование крови, иммунологические исследования: люэстест, определение антиядерных антител, ревматоидного фактора, циркулирующих иммунных комплексов в

сыворотке крови. Для определения поражения дыхательной системы проводили рентгенографию грудной клетки и спирометрию для исследования функции внешнего дыхания.

В исследовании присутствовали 102 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, средний возраст составила  $50,5 \pm 10,6$  лет с диагнозом ревматоидного артрита, верифицированным согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (1988). Больные выделены на 2 группы: в основную группу вошли 60 больных ревматоидным артритом с поражением органов дыхания в среднем возрасте  $54,7 \pm 9,6$  года. Мужчин среди них было 16 человек (26,6%), женщин – 44 человек (73,3%). Средняя продолжительность заболевания –  $10,5 \pm 8,3$  года. Серопозитивный РА установлен у 55 (78,2%) больных, серонегативный – у 16 (21,8%) пациентов. Активность ревматоидного артрита 1-й степени наблюдалась у 3 (4,2%) человек, 2-й степени – у 27 (37,5%) человек и 3-й степени – у 42 (58,3%) человек. Группу сравнения составили 58 пациента в возрасте  $48,2 \pm 10,7$  лет, страдающих ревматоидным артритом без поражения органов дыхания. Мужчин среди них было 12 человек (24,1%), женщин – 43 человек (74,1%).

**Результаты и обсуждение.** В первой группе пациентов рентгенологические признаки поражения органов дыхания проявилось в виде наличия диффузного или локального пневмофиброза, сетчатой и сотовой дегенерации легочного рисунка, деформации и усиления легочного рисунка за счет интерстициального воспаления, при спирографии выявлены обструктивные и рестриктивные нарушения, выявляемые в ходе исследования функции внешнего дыхания. При этом интерстициальный легочный фиброз выявлен у 39 (65,0%) больных, сочетание интерстициального легочного фиброза с бронхообструктивным синдромом – у 7 (11,6%) больных, с плевритом у 3 (5,0%) больных, с бронхообструктивным синдромом и плевритом – у 3 (5,2%) больных, с ревматоидными узлами в легких у 1 (1,2%), бронхообструктивный синдром – у 2 (3,3%) больных. Жалобы со стороны органов дыхания отмечались только у 30 (50,0%) пациентов, в том числе на одышку – 13 (21,6%), на сухой и продуктивный кашель – 17 (28,3%) Аускультативные изменения обнаружили у 36 (60,0%) больных в виде снижения везикулярного дыхания. В первой группе показатели спирометрии ФЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тиффно было снижено у 34 (56,6%) пациентов, Снижение показателей МОС25, МОС50, МОС75 указало на смешанное нарушение дыхания.

**Выводы.** У больных ревматоидным артритом с вовлечением в процесс органов дыхания выявлены некоторые клинические особенности течения заболевания. По нашим наблюдениям у пациентов первой группы обнаружено смешанные нарушения вентиляции и гипертензия в малом круге кровообращения.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Абдуллаев А.Х.<sup>1,2</sup>, Алияхунова М.Ю.<sup>1</sup>,  
Аляви Б.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр  
терапии и медицинской реабилитации,

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский  
институтроуанный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценка эффективности и безопасности  
лечения и медицинской реабилитации больных ише-  
мической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляри-  
зации миокарда.

**Материалы и методы.** Наблюдали 30 больных  
ИБС стабильной стенокардией напряжения IV функ-  
ционального класса (средний возраст 57,1±6,3 года),  
которым по показаниям проводили стентирования ко-  
ронарных артерий (СКА). Пациенты получали антиа-  
греганты (ацетилсалициловую кислоту (АСК) и клопи-  
догрел (Кл), бета-блокаторы и аторвастатин. Исходно  
и в динамике (3 и 6 мес) изучали холестерин (ХС), ХС  
липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП  
и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность фермен-  
тов аланин- и аспартатаминоксиферазы (АЛТ и АСТ),  
общий билирубин (ОБ); агрегацию тромбоцитов (АТ),  
функциональное состояние миокарда по показате-  
лям электро- и эхокардиографии (стресс-Эхокг). Все  
больные занимались лечебной физической культурой  
(ЛФК) по соответствующей программе, е/д и кардио-  
тренировкой на аппарате FCXT fluid recumbent cycle)  
(дозировка: 1-3 день – уровень 1, частота 30 об/мин,  
скорость 8 км/ч; 4-6 день – уровень 3, частота 35 об/  
мин, скорость 9 км/ч; 7-9 день – уровень 5, частота 40  
об/мин, скорость 10 км/ч.).

**Результаты и обсуждение.** Исходно АТ у па-  
циентов была повышенной (на 20%) и у большинства  
(26) выявлены изменения в липидном профиле, харак-  
терные для атерогенной дислипидемии. Наиболее уяз-  
вимым периодом после стентирования был 1-й месяц,  
в связи со специфичной динамикой тромбоцитарного  
ответа. Через 2 месяца у 23 больных показатели нор-  
мализовались, у 4-х сохранялись повышенные пара-  
метры АТ. Через 3 месяца достигнуты благоприятные  
показатели АТ и липидного спектра (нормализация  
ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Эффективность терапии  
оценивается по уровню ХСЛПНП: оптимальный уровень  
этого показателя должен быть <1,4 ммоль/л и снижен

на 50% от исходного уровня. Наши пациенты лечение  
и кардиореабилитацию (КР) переносили хорошо, что  
благоприятно отразилось и на показателях, изученных  
в динамике исследования (вСРБ, АЛТ, АСТ, ОБ, АТ).  
Основными принципами КР являются раннее начало,  
индивидуализированный подход, этапность, преем-  
ственность, регулярность, контролируемость, активное  
осознанное участие пациента. Важным компонентом  
программы КР и вторичной профилактики являются  
оптимальная медикаментозная терапия, ЛФК, коррек-  
ция факторов риска (ФР) ИБС (здоровое питание, отказ  
от курения, адекватная физическая активность (ФА),  
информирование и обучение больных и их родствен-  
ников, динамическое наблюдения (мониторирование  
эффективности и безопасности). Важно ступенчатое  
и контролируемое изменение физических нагрузок  
пациента, адаптированных к его индивидуальным  
возможностям. Комплекс мероприятий способствуют  
восстановлению кровотока в КА после стентирова-  
ния, предотвращают ее повреждения и формирование  
тромбоза. Врач оценивает уровень ФА и выясняет от-  
ношение к занятиям. Пациент может выбрать тот вид  
ФА, который доставляет ему удовольствие и подходит  
к образу жизни. 78% пациентов отметили значительное  
улучшение самочувствия, а также более половины ис-  
чезновение одышки через 6 мес после операции. Уста-  
новлено статистически достоверное улучшение состо-  
яния здоровья по визуально-аналоговой шкале через  
6 мес. наблюдения (61,3±18,4), что соответствует высо-  
кой оценке результатов применения КР. 78% больных  
отметили, что результаты лечения соответствуют лич-  
ным ожиданиям. При необходимости повышения ФА,  
необходимо специальное обследование для выявления  
возможных противопоказаний к повышенным нагруз-  
кам. Показания к дополнительному обследованию:

1. возраст;
2. клинические проявления заболевания;
3. сопутствующие заболевания.

В этих случаях увеличение ФА желательно  
проводить под медицинским контролем. Применение  
на амбулаторном этапе длительных контролируемых  
физических тренировок умеренной интенсивности в  
сочетании с оптимальной медикаментозной терапией,  
способствует формированию кардиопротективного  
эффекта: стабилизации объемных и линейных пока-  
зателей функции ЛЖ, улучшению показателей гемо-  
динамики.

**Заключение.** Оптимальный выбор метода  
реваскуляризации с учетом функционального со-  
стояния миокарда больных ИБС повышает эффек-  
тивность и безопасность лечения. Достижение и  
сохранение целевых уровней АТ и липидов суще-  
ственно снижает риск негативных кардиальных со-  
бытий после СКА. При этом особое значение имеет  
своевременное использование адекватных средств  
контроля АТ и липидного обмена и подбор индиви-  
дуальных программ КР.



## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х., Алиева К.К.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить клинико-иммунологические предикторы эффективности терапии ревматоидного артрита метотрексатом (МТ).

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в ревматологическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование включены 89 пациентов (73 женщины и 16 мужчин) с достоверным диагнозом РА согласно критериям Американской коллегии ревматологов/Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR, American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г., средний возраст  $41,8 \pm 8,6$  года, средняя длительность заболевания –  $13,2 \pm 3,4$  года. Все больные были с высокой активностью РА (DAS28 (Disease Activity Score 28) –  $5,1 \pm 0,9$ ; SDAI (Simple Disease Activity Index) –  $28 \pm 12,9$ ; CDAI (Clinical Disease Activity Index) –  $25 \pm 11$ ) и неэффективностью предшествовавшей терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Большинство пациентов (69 больных) были позитивны по ревматоидному фактору (РФ) – 77,5% и антителам к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦЦП) (71 больных) – 79,7%, антителам к цитруллинированному виментину (АМЦВ) (80 больных) – 89,8%. Результаты лечения оценивались через 3, 6 и 12 месяцев. Всем больным до лечения и через 3, 6 и 12 месяцев определялись уровни РФ, АЦЦП, АМЦВ и матриксной металлопротеиназы 3 (ММП-3). Определяли концентрации интерлейкина (ИЛ) 1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-17А $\beta$ , фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), VEGF-A, IP-10, UKL-40 и кальпротектина. Эффективность терапии оценивалась по критериям EULAR.

**Результаты и обсуждение.** Лечение МТ приводило к статистически значимому снижению активности заболевания по индексам DAS28, SDAI и CDAI с 3-го мес. наблюдения. После 6 мес. терапии МТ регистрировалось статистически значимое снижение концентрации ИЛ-6 до  $1,23 (0,8-2,1)$  пг/мл ( $p=0,0005$ ), IP10 – до  $13 (7,2-27,3)$  пг/мл ( $p=0,006$ ), ММП-3 – до  $10,2 (7,3-51,6)$  пг/мл ( $p=0,0003$ ). Снижение сывороточного уровня ИЛ-6 статистически значимо коррелировало со снижением индексов DAS28 и SDAI ( $r=0,5$  и  $r=0,479$  соответственно ( $p<0,05$ )). Более половины пациентов через год от начала лечения находились в ремиссии и низкой активности РА по индексу DAS28 (65,2%;  $n=58$ ). После 12 мес. наименьший процент больных с ремиссией РА регистрировался по SDAI

(23,5%;  $n=21$ ). Исходно сывороточная концентрация ФНО- $\alpha$  была статистически значимо ниже у пациентов, достигших низкой активности по индексу SDAI (71,9%;  $n=64$ ), после 12 мес. терапии, по сравнению с остальными. Наоборот, статистически значимо более высокий уровень IP-10 до начала лечения регистрировался у больных с хорошим ответом по критериям EULAR (41,5%;  $n=37$ ) после 12 мес. лечения МТ. У пациентов исходно позитивных по АМЦВ статистически значимо чаще регистрировалась низкая активность РА по индексу SDAI через 6 ( $p=0,05$ ) и 12 мес. ( $p=0,02$ ). 91% ( $n=81$ ) АМЦВ-позитивных больных достигли низкой активности заболевания через 12 мес. наблюдения по индексам SDAI и CDAI.

**Выводы.** Терапия МТ приводит к статистически значимому снижению активности РА по основным индексам ее оценки. На фоне лечения МТ отмечается снижение важных иммуновоспалительных маркеров – ИЛ-6 и IP-10. Позитивность по АМЦВ статистически значимо ассоциировалась с более высокой эффективностью терапии МТ. Также высокая базальная концентрация ФНО- $\alpha$  может служить предиктором возможной неэффективности МТ, а высокий исходный уровень IP-10 – эффекта терапии.

## ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Абрамкин А.А.<sup>1</sup>, Лисицына Т.А.<sup>1</sup>, Вельтишев Д.Ю.<sup>2</sup>,  
Серавина О.Ф.<sup>2</sup>, Ковалевская О.Б.<sup>2</sup>,  
Глухова С.И.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>2</sup>Московский научно-исследовательский институт  
психиатрии – филиал Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии  
имени В.П. Сербского,  
Москва

**Цель.** Оценить динамику когнитивных нарушений (КН) у больных ревматоидным артритом (РА) с коморбидными расстройствами тревожно-депрессивного спектра (РТДС), в течение пяти лет получавших терапию РА в сочетании с психофармакотерапией (ПФТ) или без нее.

**Материал и методы.** В исследование было включено 128 больных с достоверным диагнозом РА согласно критериям ACR/EULAR 2010. Средний возраст

пациентов составил  $47,4 \pm 11,3$  (M $\pm$ SD) лет, медиана длительности РА – 96 [48; 228] мес., 86% были женского пола. Активность заболевания оценивалась с помощью индекса DAS28 (средний балл  $5,27 \pm 1,78$ ). Диагностика РТДС проводилась психологом и психиатром в соответствии с классификацией МКБ-10 в ходе структурированного интервью. При согласии пациента на психофармакологическое лечение ПФТ (сертралин или миансерин) подбирались психиатром индивидуально. Диагностика КН осуществлялась в ходе клинико-психологического обследования с использованием блока патопсихологических и проективных методик: стандартные клинико-психологические методики, направленные на оценку механической и ассоциативной памяти, концентрации внимания и логического мышления, в т.ч. запоминания десяти слов, методики опосредованного запоминания при помощи пиктограмм, «исключение предметов», «пятый лишний», «простые аналогии», «сложные аналогии», «классификация предметов», тестирование стандартными прогрессивными матрицами Равена. РТДС были выявлены у 123 (96,1%), и КН – у 88 (68,8%) больных РА. Структура когнитивных нарушений была представлена преимущественно нарушениями логического мышления (51,2%) и нарушениями памяти (67,5%). В зависимости от терапии РА и назначения ПФТ когорта больных РА с коморбидными РТДС была разделена на 4 группы: 1 – базисные противовоспалительные препараты (БПВП) (n=39); 2 – БПВП+ПФТ (сертралин или миансерин) (n=43); 3 – БПВП+генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) (n=32); 4 – БПВП+ГИБП+ПФТ (сертралин или миансерин) (n=9). При отсутствии результатов одного или нескольких когнитивных тестов больные исключались из последующего анализа.

**Результаты.** Исходно КН были выявлены у 25 (64,1%) в 1-й, 35 (81,4%) во 2-й, 24 (75%) в 3-й и 6 (66,7%) в 4-й группах. Через 5 лет было повторно обследовано 83 больных РА, 74 были включены в последующий анализ (22 из 1-й группы, 23 из 2-й, 20 из 3-й и 9 из 4-й). За 5 лет доли больных с КН в 1-й и 3-й группах значительно возросли до 81,8% и 90%, а во 2-й и 4-й снизились до 65,2% и 55,6%, соответственно ( $P \geq 0,05$ ). В группах, где назначалась ПФТ, суммарная доля КН за 5 лет снизилась с 78,8 до 62,5%,  $p > 0,05$ . В группах без ПФТ суммарная доля КН через 5 лет значительно возросла с 69% до 85,7% (ОР 1,98, 95%ДИ 0,72 – 5,37,  $p = 0,037$ ). Через 5 лет в группах без ПФТ вероятность обнаружить КН была почти в два раза выше, чем в тех группах, где больные получили адекватную ПФТ РТДС (85,7% против 62,5%, ОР 1,93,  $p = 0,021$ , 95% ДИ 0,63-5,9).

**Выводы.** Адекватная психофармакологическая терапия РТДС в сочетании с базисной и генно-инженерной биологической терапией позволяет оказывать положительное влияние на когнитивные функции пациентов, страдающих РА с коморбидными РТДС. В отсутствии психофармакотерапии РТДС риск развития КН с течением времени повышается.

## МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ РЕГИОНОВ

Аганов Д.С., Топорков М.М., Свиницкая И.С.,  
Вахлевский В.В.

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

**Введение.** В условиях Севера человек испытывает комплекс воздействий, связанных с воздействием неблагоприятных факторов, что приводит к развитию структурно-функциональных изменений. Пониженное содержание или накопление в организме биоэлементов может привести к развитию элементов – нарушений минерального обмена, приводящими к снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Метод остеоденситометрии, позволяющий диагностировать снижение МПКТ на ранних этапах, не получил массового распространения в Российской Федерации. Недостаток рентгеновских костных денситометров и их сконцентрированность в крупных городах, приводит к запоздалой диагностике и как следствие отсутствию адекватной профилактики остеопоротических переломов.

**Цель исследования.** Определить раннее развитие «снижения костной массы» по данным биоэлементного статуса в пробах волос.

**Материалы и методы.** Работа выполнена в клинике факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Нами обследовано 60 мужчин, проживающих в условиях Севера, медиана возраста составила ( $38,0 \pm 7,41$ ). У пациентов всех групп методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой определяли содержание 29 биоэлементов в пробах волос (Na, Mg, P, Al, Ca, V, Cr, Mn, Co, Ni, Cu, Zn, As, Rb, Sr, Ag, Cd, Pb, Hg, Se, I, B, Be, K, Tl, Ba, Li, Cs, Fe). Всем обследуемым проводилась денситометрия на аппарате «Osteometr DTX200».

**Результаты.** Прогноз раннего развития «снижения костной массы» строится на основании минимально достаточного числа, не включающих применения специальных дополнительных инструментальных методов исследования.

Из 29 элементов, определяемых в различных биопробах, включенных в обучающую матрицу после логического анализа путем последовательного исключения наименее информативных показателей, для дальнейшего исследования отобрано 5 элементов, которые имели умеренную ( $0,3 < r < 0,7$ ) статистически значимую ( $p < 0,05$ ) корреляционную связь с показателями Z-критерия менее «-2,0SD». По результатам линейного дискриминантного анализа Фишера получена математическая модель, в которую включены 5 наиболее значимых (с достоверностью не ниже 95%) признака. Несмотря на то, что

модель построена на основе 5 простейших клинических признаков, она является статистически значимой ( $p < 0,001$ ) и обладает достаточно высокой прогностической способностью (95%). Предлагаемая модель обеспечивает совпадение прогнозируемого снижения МПКТ с реальным результатом в 88% случаев.

Линейные дискриминантные функции (ЛДФ) рассчитываются по формулам:

$$\text{ЛДФ1} = -38,78 - 1,28 \times X_1 + 0,82 \times X_2 + 1,46 \times X_3 + 44,17 \times X_4 + 60,28 \times X_5$$

$$\text{ЛДФ2} = -23,15 - 0,56 \times X_1 + 0,63 \times X_2 - 0,53 \times X_3 + 33,45 \times X_4 + 41,42 \times X_5$$

Примечание:  $X_1$ -Cu;  $X_2$ -Fe;  $X_3$ -Mn;  $X_4$ -Se;  $X_5$ -Cs.

При получении значения  $\text{ЛДФ1} < \text{ЛДФ2}$ , делается вывод, что Z-критерий соответствует значению менее «-2,0 SD»

**Вывод.** Таким образом, дискриминантная модель прогнозирования развития остеопенического синдрома основана на 5 элементах, определяемых в пробах волос. Полученная модель обладает высокой диагностической значимостью ( $\lambda$ -Wilk's=0,32343,  $F=9,6225$ ,  $p < 0,001$ ) и при невозможности проведения остеоденситометрии может использоваться для ранней оценки снижения МПКТ.

## ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН СЕВЕРА

Аганов Д.С., Топорков М.М., Свиницкая И.С.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Обеспеченность организма макро- и микроэлементами является необходимым условием для нормального функционирования органов и систем. Среди эссенциальных элементов, влияющих на минеральный обмен костной ткани, ведущую роль занимает обеспечение организма кальцием, магнием, фосфором, медью, цинком, бором, железом и марганцем. Их дефицит, на фоне воздействия неблагоприятных условий Севера, может приводить к нарушению формирования костной ткани приводя к снижению минерализации кости у подростков и ускорению обмена костной ткани у взрослых.

**Цель работы.** Исследование уровня содержания биоэлементного состава в пробах волос и сыворотке крови, влияющих на остеогенез, у лиц, проживающих в условиях Севера.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург) и 1469-м Военно-морском клиническом госпитале (г. Североморск). Всего в исследовании участвовало 69 мужчин в возрасте от 25 до 45 лет. Все обследуемые были разделены на 2 группы: 1-я группа ( $n=40$ ) – лица, проживающие в условиях Северо-Запада

(Санкт-Петербург); 2-я группа ( $n=29$ ) – лица, проживающие в условиях Севера (г. Североморск). Группы обследованных были сопоставимы по возрасту, средний возраст – ( $39,5 \pm 7,69$ ), ( $38,0 \pm 7,41$ ) года соответственно. Критериями включения являлось отсутствие хронических соматических и инфекционных заболеваний, заболеваний опорно-двигательной системы, переломов в анамнезе, а также, нормальные показатели общего и биохимического анализа крови. Биоэлементный статус в пробах волос и сыворотке крови определялся методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой на приборе «MS X-Series II» фирмы «Intertech Instruments». С целью выявления особенностей биоэлементного статуса проведен количественный анализ содержания 29 биоэлемента в пробах волос (Na, Mg, P, Al, Ca, V, Cr, Mn, Co, Ni, Cu, Zn, As, Rb, Sr, Ag, Cd, Pb, Hg, Se, I, B, Be, K, Tl, Ba, Li, Cs, Fe). Отбор сыворотки крови и проб волос осуществлялся в соответствии с утвержденной методикой (МУК 4.1.1483-03). Оценка минеральной плотности костной ткани проводилась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии при помощи денситометра «Osteometer DTX 200».

**Результаты и их обсуждение.** В ходе анализа полученных данных проб волос во 2 группе выявлено отклонение от референтного интервала у 100% обследуемых. При этом регистрировалось снижение уровня кобальта у 25 (86%) человек, селена у 34 (85%), магния у 16 (55,1%), ванадия у 16 (55,1%) ( $p < 0,05$ ), достоверное повышение бария у 27 (93,1%), цезия у 26 (89,6%), бора у 29 (100%) и мышьяка у 15 (51,7%). Уровень содержания кальция находился в пределах референтного интервала, однако наблюдалось достоверное его снижение по сравнению с 1-ой группой. При исследовании минеральной плотности костной ткани МПКТ изменения костной массы, соответствующие Z-критерию  $\leq -2$  SD, регистрировались у 9 (31,03%). В то же время у лиц, проживающих в условиях Северо-Запада Z-критерий  $\leq -2$  SD, только у 3 (7,5%) человек. В дальнейшем для выявления взаимосвязи МПКТ с элементным статусом в пробах волосах, обследуемые были разделены также на 2 группы в зависимости от МПКТ: 1-я группа – лица, проживающие в условиях Севера с показателями Z-критерия  $\leq -2,0$  SD (9 человек) и 2-я группа – жители Северо-Запада, Z-критерий  $\geq -2,0$  SD (37 человека). В результате в 1-ой группе было выявлено достоверное снижение бора, магния, кальция, ванадия и достоверное повышение уровня хрома, марганца, меди, ртути, рубидия, стронция и цезия.

**Вывод.** Выявленные нарушения элементного статуса у жителей Севера, носят многокомпонентный характер. Выявленное снижение содержания эссенциальных элементов на фоне повышенного содержания токсических элементов в пробах волос как напрямую, так и опосредованно определяют метаболизм костной ткани, в связи с чем лицам, проживающим в условиях Севера требуется ранняя диагностика и последующая коррекция выявленных нарушений для профилактики снижения минеральной плотности костной ткани.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ С МРТ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.

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

**Резюме.** До половины пациентов с аксиальным спондилоартритом (аксСпА) выявляются признаки поражения тазобедренных суставов (ТБС), однако причины и темпы его прогрессирования не изучены.

**Цель.** Оценить взаимосвязь рентгенологического прогрессирования с данными МРТ исследования ТБС у пациентов с аксиальным спондилоартритом (аксСпА) в течение двухлетнего наблюдения.

**Материал и методы.** Наблюдались 77 пациентов с аксСпА (ASAS критерии 2009) (23 женщины и 54 мужчины) с кокситом. Всех больных в начале наблюдения и через 2 года обследовали клинически, всем проведено МРТ и рентгенографическое исследование ТБС. Средний возраст  $30,8 \pm 7,7$  лет, средняя длительности болезни  $74,0 \pm 90,3$  мес. Позитивными по HLA-B27 были 72 (94%). У всех пациентов оценивался индекс BASRI hip для каждого ТБС. Медианы значений СОЭ и СРБ исходно были 20,0 мм/ч и 14,5 мг/л соответственно, а через 2 года – 8,0 мм/ч и 5,0 мг/л ( $p < 0,05$ ). Медиана значений индекса BASDAI снизилась за 2 года активного наблюдения с 4,5 до 2,2 ( $p < 0,05$ ), ASDAS СРБ – с  $3,1 \pm 1,1$ , до  $1,94 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ), а BASFI – с 3,3 до 1,3 ( $p < 0,05$ ). Боль в ТБС имела у 66 из 77 пациентов (86%) на момент включения, а через два года у 48 (62%) ( $p < 0,05$ ). Периферические артриты на момент включения в исследование имели 77 больных (75%), а через 2 года – 39% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** При включении в исследование у 59 пациентов рентгенологические изменения в ТБС отсутствовали (BASRI hip < 2). Через 2 года BASRI hip > 2 имели 48 (62%) больных. Исходно синовит ТБС по данным МРТ имелся у 75 (97%), остеоит у 23 (30%), а жировая дегенерация имелись у 2 (3%) пациентов. Через 2 года синовит сохранялся у 46 (60%) ( $p < 0,05$ ), остеоит – у 17 (22%) ( $p > 0,005$ ), а жировая дегенерация – у 29 (38%). У 25 (32%) пациентов МРТ признаки активного воспаления были купированы, при этом только у двух (13,3%) из них выявлено развитие хронических изменений. Для оценки связи рентгенологического прогрессирования с МРТ признаками воспаления в ТБС, пациенты были разделены на две группы: 1 группа (33 больных) – у которых не наблюдалось рентгенологическое прогрессирование пора-

жения ТБС за 2 года ( $\Delta$ BASRI hip=0) и 2 группа (43 больных) – у которых  $\Delta$  BASRI hip > 0. По таким параметрам, как пол, длительность заболевания, возраст, BASDAI, ASDAS срб, BASFI, СОЭ и СРБ группы между собой не различались ( $p > 0,05$ ). По МРТ признакам активного воспаления группы (остеоит, синовит) группы также не различались.

**Заключение.** Прогрессирование коксита не связано с активностью заболевания, полом пациентов и наличием МРТ признаков воспаления в ТБС.

## АКСИАЛЬНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ ИЛИ ПОДАГРА? ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.

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

Описание клинического случая: пациентка Ч., 40 лет. С 2017 г. лабораторно отмечалось гиперурикемия до 800 мкмоль/л (360 мкмоль/л). В 2018 г. возникла резкая боль в поясничном отделе позвоночника, перемежающаяся боль в ягодицах. Магнитно-резонансная томография (МРТ) выявила признаки активного двустороннего сакроилиита. Ревматологом установлен диагноз анкилозирующего спондилита, HLA B27 ген не обнаружен.

Терапия: сульфасалазин 2 г/сут, постоянный прием НПВП. В дальнейшем, учитывая неэффективность разных НПВП и сохраняющийся активный сакроилиит на повторном МРТ, назначен этанерцепт 50 мг/нед подкожно. Терапию и-ФНОα получала в течение года, однако эффекта на болевой синдром в позвоночнике отмечено не было, также присоединилась неврологическая симптоматика. Лабораторно выявлена персистирующая гиперурикемия до 780 мкмоль/л. При обследовании в институте ревматологии внимание клиницистов было обращено на особенности МРТ-картины: двусторонний остеоит, однако суставные поверхности крестцово-подвздошных суставов были интактны, выявлены гипеохогенные отложения. По данным КТ: выраженный субхондральный склероз, внесуставная локализация эрозий и остеопролиферация, кистозные просветления костной ткани со склеротическим ободком. По данным рентгенографии стоп также выявлены признаки остеопролиферации, однако кристаллы моноурата натрия при пункции первого плюсне-фалангового сустава не выявлены. Учитывая подозрение на микрокристаллическую артропатию и невозможность постановки диагноза на основании стандартного лабораторного и инструментального обследования, пациентка направлена на проведение двух-энергетической компьютерной томографии (DECT):

верифицированы многочисленные отложения кристаллов моноурата натрия (имеющие зеленую световую окраску) в мягких тканях, в дугоотростчатых суставах и вдоль крестца. Диагноз пациентки был пересмотрен в пользу аксиальной формы подагры. Назначены аллоруринол 300 мг/сутки и колхицин 0,5 мг/сутки с положительным эффектом – купирование болевого синдрома в позвоночнике и достижение целевых значений мочевой кислоты.

Поражение осевого скелета – редкая, однако не казуистическая локализация, традиционно относящаяся к поздним проявлениям подагры. Данную патологию необходимо включать в круг диагностического поиска у пациентов с подозрением на заболевания из группы спондилоартритов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ

Акбаров М., Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С.,  
Ахмедова Н.М.

Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан

**Резюме.** В материале изложены результаты исследования эффективности нафталанотерапии в комплексном лечении больных Аксиальным Спондилитом (АксС). Нафталанский нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляцию кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов.

**Введение.** АксС занимает центральное место среди Серонегативных Спондилоартритов и вопросы лечения еще до конца не изучены.

**Цель.** Изучить эффективность смазывание нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных АксС.

**Материалы и методы.** Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 90 больных АксС. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные на пораженные сегменты позвоночника получали амплипульс, ЛФК и массаж. Больные I группы (n=50) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталанской нефти. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до-, и после лечения.

Результаты сравнивались с больными АксС, не получавшими нафталанотерапию (II группа n=40). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, 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 активности у больных, получавших физиопроцедуры, происходило в более ранние сроки, чем у больных не получавших этого вида лечения.

**Выводы.** В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталана в сочетании амплипульстерапии, ЛФК и массаж у больных АксС.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Акулинушкина Е.Ю.<sup>1</sup>, Гараева Н.А.<sup>1</sup>,  
Иванова Л.В.<sup>1</sup>, Якупова С.П.<sup>2</sup>, Якупов Э.З.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканский клиничко-диагностический центр,  
Ижевск,

<sup>2</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,

<sup>3</sup>ООО Научно-исследовательский комплекс  
«Ваше здоровье»,  
Казань

**Цель.** Изучить распространенность нейропатического компонента боли (НБ) хронического болевого синдрома (ХБС), взаимосвязь между НБ и активностью, длительностью заболевания, лабораторными показателями, тревогой и депрессией у больных ПсА.

**Материалы и методы.** Обследовано 88 пациентов с верифицированным диагнозом ПсА. У каждого пациента собраны клиничко-лабораторные данные (жалобы, анамнез, ЧБС, ЧПС, выраженность боли по ВАШ (0-100 мм), СРБ (мг/л), индекс активности ПсА – DAPSA. НБ выявляли с помощью опросника PainDETECTQuestionnaire (PDQ), в случае положительного результата проводилась консультация невролога для исключения или подтверждения НБ. Присутствие субклинических и клинически выраженных тревоги и депрессии оценивалось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Представлены показатели распределения: среднее значение, стандартное

отклонение ( $M \pm CO$ ) (все данные были распределены нормально). Статистическая обработка проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 26.0. Данные считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** НБ выявлена у 28 (31,8%) пациентов (НБ+) (10 (35,7%) мужчин, 18 (64,3%) женщин): возраст  $47,75 \pm 12,96$  лет, длительность ПсА  $97,44 \pm 85,8$  мес. НБ чаще встречалась у женщин ( $p = 0,012$ ). НБ не обнаружена у 60 (68,2%) пациентов (НБ-) (35 (58,3%) мужчин, 25 (41,7%) женщин): возраст  $44,64 \pm 13,21$  лет, длительность ПсА  $66,72 \pm 46,8$  мес. Значения ВАШ в группе НБ+  $60,7 \pm 25,08$  мм были достоверно выше таковых в группе НБ-  $49,44 \pm 22,18$  мм ( $p = 0,015$ ). У пациентов группы НБ+ определена достоверно большая продолжительность основного заболевания ( $p = 0,039$ ). В группе НБ+ чаще, чем в группе НБ- выявлялись субклиническая и клинически выраженная тревога (15 (53,57%) и 12 (20%) пациентов с и без НБ соответственно;  $p = 0,005$ ) и субклиническая и клинически выраженная депрессия (15 (53,57%) и 14 (23,3%) пациентов с и без НБ соответственно;  $p = 0,0001$ ). Среди пациентов групп НБ+ и НБ- не было выявлено статистически значимой разницы в показателях СРБ ( $37,52 \pm 38,3$  и  $22,8 \pm 18,5$  мгл соответственно;  $p = 0,241$ ), DAPSA ( $32,75 \pm 18,06$  и  $30,52 \pm 17,23$  соответственно;  $p = 0,552$ ), ЧПС ( $7,36 \pm 6,1$  и  $4,57 \pm 3,25$  соответственно;  $p = 0,944$ ), ЧБС ( $14 \pm 6,48$  и  $9,84 \pm 7,65$  соответственно;  $p = 0,894$ ).

**Выводы.** Исследование показало, что у пациентов с ПсА наблюдается высокая (31,8%) распространенность нейропатического компонента ХБС. Пациенты, у которых выявлена НБ, отмечают достоверно более высокие значения ВАШ, притом разницы в объективных показателях (СРБ, ЧБС, ЧПС, DAPSA) активности заболевания при сравнении с пациентами без НБ не наблюдается. Специалистам следует обращать внимание на пациентов с ПсА, страдающих выраженным болевым синдромом, имеют признаки тревоги и депрессии с целью рационализации лекарственной терапии, разработки персонализированного подхода. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы ответить на вопрос, как НБ влияет на течение, активность воспаления и боль при ПсА.

## КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛИТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Акулинушкина Е.Ю., Иванова Л.В.

Республиканский клиничко-диагностический центр,  
Ижевск

**Цель.** Определить встречаемость различных МР-дефиниций спондилита у пациентов с ПсА, взаимосвязь обнаруженных изменений с клиничко-лабораторными показателями.

**Материалы и методы.** Проведены МР-сканирования шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника в сагиттальных проекциях томографом напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла с использованием стандартных импульсных последовательностей (ИП) с толщиной среза 4 мм 106 пациентам с верифицированным диагнозом ПсА. Пациенты с травмами и оперативными вмешательствами на позвоночнике и тазовой областях в анамнезе, женщины в послеродовой период менее 6 месяцев не включались. Определение принадлежности воспалительных изменений к дефинициям при аксиальных спондилоартритах (АксСпА) проводилось на основании обновленных рекомендаций ASAS для определения спондилита, характерного для АксСпА. Количественная оценка активности остейта проводилась методом SPARCC. Пациентам с МР-верифицированным спондилитом определяли показатели СРБ (мг/л), боли (ВАШ, мм), ASDAS-СРБ, BASDAI. Представлены показатели распределения: среднее значение, стандартное отклонение ( $M \pm CO$ ). Статистическая обработка проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 26.0. Данные считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ . Корреляционная связь определялась методом Пирсона.

**Результаты.** Спондилит был обнаружен у 39 (36,8%) пациентов с ПсА (10 (25,6%) женщин, 29 (74,4%) мужчин: возраст  $48,09 \pm 11,39$  лет, стаж ПсА  $99,72 \pm 87,6$  мес, ВАШ  $52,5 \pm 22,5$  мм, СРБ  $30,06 \pm 25,75$  мг/л, ASDAS-СРБ  $3,42 \pm 1,13$ , BASDAI  $4,05 \pm 2,25$ ). Спондилит чаще встречался у мужчин ( $p = 0,002$ ). Воспаление типа А переднего угла обнаружено у 38 (97,4%) пациентов с ПсА (из них у 20 (52,6%) – остейт, у 13 (34,2%) – эрозии, 32 (84,2%) – жировое поражение), заднего угла – у 26 (66,7%) пациентов с ПсА (из них у 9 (34,6%) – остейт, у 8 (30,7%) – эрозии, 14 (53,8%) – жировое поражение). Воспаление типа В наблюдалось у 11 (28,2%) человек (из них у 5 (45,4%) – остейт, 7 (63,6%) – жировое поражение). Асептический дисцит выявлен у 11 (28,2%) обследованных (из них у 3 (27,3%) – остейт, 4 (36,4%) – жировое поражение). У пациентов с активным остейтом тела позвонка показатель SPARCC составил  $12,04 \pm 10,42$ . Артрит фасеточных суставов выявлен у 9 (23%) пациентов. Костные шпоры в направлении передней продольной связки – у 5 (12,8%), задней – 4 (10,2%) пациентов. Анкилоз позвоночного угла наблюдался в 5 (12,8%) случаях, замыкательной пластинки – в 1 (2,5%). Артрит реберно-позвоночных суставов не был обнаружен. Воспаления заднего элемента (связок позвоночника и реберно-поперечных суставов) не было обнаружено. Анкилоз фасеточных суставов не был обнаружен. Не было обнаружено статистически значимой разницы в значениях ВАШ, СРБ, ASDAS-СРБ, BASDAI среди пациентов с ПсА с наличием и отсутствием спондилита. Наблюдалась прямая корреляционная связь между ростом значения SPARCC и формированием костных шпор ( $r = 0,704$ ,  $p = 0,34$ ).



**Выводы.** Спондилит по данным МРТ высоко распространен среди пациентов с ПсА (36,7%), чаще встречается у мужчин ( $p=0,002$ ). Мы наиболее часто обнаруживали следующие варианты спондилита: переднеугловой типа А (97,4%), заднеугловой типа А (66,7%), несколько реже – воспаление типа В (28,2%) и асептический дисцит (28,2%). Наименее распространенными МР-дефицициями стали артрит фасеточных суставов (23%), анкилоз позвоночного угла (12,8%), замыкательной пластинки (2,5%), а также костные шпоры в направлении передней (12,8%) и задней (10,2%) продольных связок, что можно объяснить частым применением лекарственных средств из групп НПВП и ГИВП у пациентов с ПсА. Не обнаружены артрит реберно-позвоночных суставов, воспаление заднего элемента и анкилоз фасеточных суставов, что может быть связано с труднодоступной для визуализации локализацией (крайние латеральные сагитальные срезы). Наиболее характерные МР-паттерны могут использоваться в диагностике ПсА. Мы не выявили статистически значимой разницы в значениях ВАШ, СРБ, ASDAS-СРБ, BASDAI среди пациентов с ПсА с наличием и отсутствием спондилита. Полученные данные позволяют относить пациентов с высокими значениями SPARCC к группам риска формирования костных шпор позвоночного столба.

## АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА GLU429ALA ГЕНА MTHFR

Алейник В.А., Хамидов Д.А., Мусашайхов У.Х.  
Андижанский государственный  
медицинский институт,  
Андижан, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить и оценить вклад полиморфизма Glu429Ala гена MTHFR, в риске развития инфаркта миокарда у больных с вирусной инфекцией COVID-19 в анамнезе и у условно-здоровых доноров.

**Материал и методы.** В исследование были вовлечены пациенты с инфарктом миокарда. Данные пациенты были разделены на две группы: пациенты с инфарктом миокарда имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19 и пациенты с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19. Всего, в исследование, было вовлечено 94 больных с инфарктом миокарда, старше 18 лет. Из них:

- первая группа – 53 пациента с инфарктом миокарда, имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19;

- вторая группа – 41 пациент с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19

Генотипирование полиморфизма ASP919GLY осуществляли на основе метода Tag Map-зондов на амплификаторе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия), с использованием коммерческого тест-набора ООО «Литех» (Россия).

**Результаты и обсуждение.** Рассчитанный коэффициент отношения шансов показал, что шанс обнаружения функционального неблагоприятного аллеля Ala у респондентов с COVID-19 ассоциированным ИМ было незначимо ниже в то время, как дикий аллель Glu был незначительно выше по сравнению с представителями контрольной группы (23,2% против 23,9% и 79,2% против 76,1% соответственно). Данные расчетов показывают, что при наличии этих аллелей не повышается риск развития COVID-19 ассоциированным ИМ ( $\chi^2=0,4$ ; OR=0,8; 95%CI:0,47-1,49;  $p=0,6$ ) и ( $\chi^2=0,4$ ; OR=1,2; 95%CI:0,67-2,14;  $p=0,6$ ). Выявлено, что статистическое различие гомозиготного варианта генотипа Glu/Glu ( $\chi^2=1,0$ ; OR=1,4; 95%CI:0,7-2,87;  $p=0,4$ ), гетерозиготного генотипа Glu/Ala ( $\chi^2=1,6$ ; OR=0,6; 95%CI:0,29-1,3;  $p=0,3$  и неблагоприятного генотипа Ala/Ala ( $\chi^2=0,2$ ; OR=1,4; 95%CI:0,36-5,39;  $p=0,7$ ) у больных с выше перечисленной патологией было незначимым. И это указывает на то, что при наличии этих генотипов отсутствует риск формирования данной патологии у больных с COVID-19.

**Заключение.** Таким образом, носительство полиморфизмов Glu429Ala в гене MTHFR не оказывал влияния на риск развития ИМ. По всей вероятности, протромботическое действие полиморфизма данного гена может проявляться при сочетании нескольких других генетических мутаций, влияющих на угрозу развития ИМ или при комбинации наследственных и приобретенных факторов. Подобные сочетания являются гораздо большей угрозой, чем при наличии одного генетического нарушения свертывающей системы.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Александр Ч.Ю., Костюнин И.Н.  
Курский государственный медицинский университет,  
Курск

**Цель.** Изучить эффективность медицинской реабилитации пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких после оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Сформированы четыре группы пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом. В 1 группу включены пациенты после экстраплеврального пневмолиза с использованием силиконовых имплантов (11 человек, все мужчины, средний



возраст  $37 \pm 8$  лет). Во 2 группу – пациенты после торакопластики (3 человека, мужчины – 2, средний возраст  $45 \pm 9$  лет). В 3 группу включены пациенты после пульмонэктомии (9 человек, мужчины – 4, средний возраст  $47 \pm 7$  лет). В 4 группу – 10 пациентов, отказавшиеся от оперативного лечения (мужчины – 8, средний возраст  $51 \pm 8$  год). Медицинская реабилитация в первых трех группах начиналась сразу после выписки пациентов из хирургического отделения на амбулаторное лечение. В четвертой группе медицинская реабилитация проводилась непрерывно в течение периода диспансерного наблюдения пациентов. Реабилитационный курс назначался на фоне противотуберкулезного лечения и в течение 6 месяцев после его окончания: «школа пациента», диетические мероприятия комплекс упражнений лечебной физкультуры, массаж при наличии дыхательной недостаточности обструктивного типа назначались курсы небулайзерной бронхолитической и отхаркивающей, физиотерапия, для терапии осложнений основного курса лечения и преодоление резистентности к препаратам пациентам был рекомендован бис-(гамма-L-глутамил)-L-цистеинил-бисглицин динатриевая соль и другие препараты для коррекции осложнений, фитотерапия, профессиональная и семейная реабилитация.

**Результаты.** Отмечается снижение частоты одышки в группе 1 – на 22,2%, в группе 3 – на 8,2%, в группе 4 – на 10% ( $\chi^2=3,62$ ,  $p<0,05$ ). Снижение субъективного компонента одышки достоверно чаще установлено в группе 1. В то же время снижение частоты болевых ощущений в грудной клетке выражено в группе 1 – на 11,1%, группе 2 – на 33,3% ( $\chi^2=3,16$ ,  $p<0,05$ ). Прирост показателя отношения силы правой кисти, измеренной с помощью динамометра, к массе тела в группе 1 и 2 (33,3%,  $p<0,05$ ) установлен статистически достоверно выше, чем в группе 4 (10%,  $p>0,05$ ) ( $t=3,56$ ,  $p<0,05$ ). Прирост средних показателей 6-минутного шагового теста в динамике составил в группе 1 – 12% (54 м) ( $p<0,05$ ), в группе 2 – 6% (32 м) ( $p>0,05$ ), в группе 3 – 10% (46 м) ( $p<0,05$ ), в группе 4 – 4% (26 м) ( $p>0,05$ ). Адаптационные состояния характеризовались следующим образом: в группе 1 и 2 – преимущественно отмечались состояния из круга острого стресса (КОС) и круга нормального функционирования (КНФ), в группе 3 – КОС и круга сбалансированной патологии (КСП), в группе 4 – из круга хронического стресса (КХС). Для всех групп исследования были характерны: преобладание парасимпатических реакций ( $\chi^2=2,59$ ,  $p>0,1$ ), расгласование деятельности систем организма ( $\chi^2=1,96$ ,  $p>0,1$ ), избыточность вегетативного обеспечения ( $\chi^2=2,42$ ,  $p>0,1$ ). После проведения медицинской реабилитации отмечено значительное снижение этих реакций в группе 1 ( $p<0,05$ ), незначительное в группе 2 ( $p>0,1$ ), умеренное в группе 3 ( $p<0,05$ ), отсутствие изменений в группе 4. Распределение пациентов по уровню тревоги по шкале тревоги Д.Тейлора показывает, что во всех группах чаще встречался средний

уровень тревоги: в группе 1 –  $73,8 \pm 3,1$ , в группе 2 –  $56,7 \pm 3,7$ , в группе 3 –  $68,9 \pm 3,5$ , в группе 4 –  $53,6 \pm 3,7$  ( $\chi^2=3,56$ ,  $p>0,1$ ). После проведения медицинской реабилитации достигнуто статистически значимое снижение среднего уровня тревоги в первых трех группах в сравнении с группой 4 ( $p<0,05$ ). Средний количественный показатель качества жизни был достоверно ниже в группе 4 ( $63,6 \pm 3,1$ ) в то время как в группе 1 –  $76,4 \pm 3,9$ , в группе 2 –  $74,3 \pm 3,9$ , в группе 3 –  $72,8 \pm 3,9$  ( $\chi^2=5,49$ ,  $p<0,05$ ), в основном, за счет социальной и экономической шкал. Таким образом, для группы 4 характерными являются более низкие показатели качества жизни в сравнении с другими группами. Достигнуто статистически значимое повышение нормального показателя качества жизни по опроснику NAIF в группе 1 ( $\chi^2=7,89$ ,  $p<0,05$ ) и в группе 2 ( $\chi^2=4,00$ ,  $p<0,05$ ) в сравнении с первоначальными данными. Достигнуть незначительно сниженного качества жизни удалось в группе 3 ( $\chi^2=4,48$ ,  $p<0,05$ ). Умеренное снижение качества жизни сократилось в группе 1 ( $\chi^2=4,76$ ,  $p<0,05$ ) и в группе 3 ( $\chi^2=6,29$ ,  $p<0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, медицинская реабилитация позволяет снизить частоту жалоб пациентов, повысить тренированность организма, улучшить адаптивность к стрессовым ситуациям, нормализовать деятельность вегетативной нервной системы, улучшить качество жизни. Особенно наглядные показатели достигнуты в группе 1. Отказ от использования хирургических методов лечения не привел к положительным сдвигам у пациентов с хроническими формами туберкулеза даже после применения медицинской реабилитации.

## СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Несмотря на многие десятилетия изучения механизмов патогенеза гипертонической болезни (ГБ) и успехи в ее лечении, до конца не удается исключить осложнения в области сердца и сосудов, почек и нервной системы. Поэтому попытки найти новые и надежные предикторы этих осложнений, по-прежнему актуальны. Гомеостаз глутатиона в клетке поддерживается с помощью глутатионредуктазы (ГР), основная регуляторная функция которой состоит в переводе окислен-

ного глутатиона в его восстановленную форму (ГлВ) для поддержания окислительно-восстановительного потенциала клетки и использования ГлВ в ферментативных реакциях.

**Цель работы.** Состояла в изучении уровня ГлВ и активности ГР эритроцитов, поддерживающий клеточный гомеостаз глутатиона при ГБ.

**Материалы и методы.** Основную группу исследования составили 94 пациента с ГБ 2 и 3 стадии, находившиеся на плановом обследовании в клиниках ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. 29 пациентов из них страдали хронической болезнью почек (ХБП). Группу сравнения составили образцы крови от 30 (11 мужчин и 19 женщин) доноров в возрасте 55 (42-58) лет без ГБ, признаков воспалительного процесса и хронических заболеваний в анамнезе.

Помимо основных клинико-биохимических показателей в гемолизатах эритроцитов определяли концентрацию ГлВ и активности ГР в расчете на г гемоглобина. Статистический анализ проводили с помощью программы «SPSS 21.0 for Windows». Результаты представляли в виде медианы и межквартильного размаха  $M(Q1-Q3)$ . Для проверки гипотезы о различии выборок использовали непараметрические критерии в случае двух независимых выборок – Манна-Уитни. Для оценки корреляционных связей использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена

**Результаты.** В основной выборке выявлены отрицательная корреляция уровня ГР с концентрацией креатинина (Кр) в плазме крови ( $R=-0,304$ ;  $p=0,003$ ) и положительная корреляция с СКФ ( $R=0,263$ ;  $p=0,012$ ), однако статистически значимых различий по показателям ГР и ГлВ между группами больных ГБ с наличием и отсутствием ХБП не обнаружено. При этом в обеих группах эти показатели были статистически значимо ниже референтных значений. Показатели ГР и ГлВ в основной группе коррелировали между собой ( $R=0,537$ ;  $p=0,001$ ) и были ниже референтных значений в 1,4 раза и 1,8 раза, соответственно. Различий между стадиями АГ в отношении ГР и ГлВ не наблюдали, а оба показателя были ниже референтных значений только у пациентов с АГ 3-й стадии независимо от сопутствующих заболеваний.

**Заключение.** Полученные нами данные, с одной стороны, подтверждают угнетение метаболизма глутатиона как признака ОС и сдвига клеточного окислительно-восстановительного потенциала при ГБ, наиболее выраженного в 3-й стадии независимо от сопутствующих заболеваний. Повреждение почек, как одного из органов-мишеней, и развитие ХБП может быть как причиной, так и следствием ГБ. Независимо от причинно-следственных связей ГБ с ХБП нарушение гомеостаза глутатиона, связано с общепринятыми маркерами последнего, такими как Кр и СКФ. Учитывая высокий уровень метаболизма глутатиона в почках, при дальнейших исследованиях показатели ГР и ГлВ

могут оказаться дополнительными предикторами развития ХБП при ГБ.

## ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.

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

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

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе БСМП №1 г. Воронеж. Был произведен опрос 100 больных кардиологического отделения, 50 из которых – пациенты, принимающие варфарин и 50 – ривароксабан. Для исследования были взяты больные возрастом от 50 до 70 лет (средний возраст  $58,9 \pm 8,86$  лет). Среди 1-й группы (принимающие варфарин) средний возраст составил  $58,2 \pm 8,1$  лет, во 2-й группе (принимающие ривароксабан) –  $59,6 \pm 8,98$  лет. Эти группы однородны по диагнозу (ИБС: Аритмический вариант. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. ХСН ПА); по социально-демографическому признаку (процент работающих пациентов в первой группе 67%, во второй 71%); по дозировке принимаемых препаратов на момент проведения опроса (варфарин 2,5 мг, ривароксабан 20 мг). Для определения качества жизни использовался краткий опросник качества жизни ВОЗ. Статистическая обработка данных была произведена при помощи непараметрической статистики (Критерий U-Манна-Уитни), программы Microsoft Excel 2010.

**Результаты исследования.** При оценке качества жизни пациентов кардиологического отделения с помощью краткого опросника качества жизни ВОЗ были получены следующие результаты: 1) физическое и материальное благополучие в 1-й группе пациентов ( $22,6 (20,65; 24,95)$ ) и во 2-й группе ( $28,3 (25,2; 31,8)$ ) – U-критерий значим, т.к  $P < 0,05$ ; 2) самовосприятие в 1-й группе пациентов ( $19,5 (16,9; 21,62)$ ) и во 2-й группе ( $19,5 (16,9; 21,62)$ ) – U-критерий не значим, т.к  $P > 0,05$ ; 3) микросоциальная поддержка в 1-й группе пациентов ( $9,9 (7,3; 11,54)$ ) и во 2-й группе ( $9,9 (7,3; 11,54)$ ) – U-критерий не значим, т.к  $P > 0,05$ ; 4) социальное благополучие в 1-й группе пациентов ( $21,8 (19,7; 24,96)$ ) и во 2-й группе ( $26,1 (23,81; 29,23)$ ) – U-критерий значим, т.к  $P < 0,05$ .

**Выводы.** Проанализировав различия между группами, с помощью Критерия U-Манна-Уитни, было выявлено: различия уровня признака в сравни-

ваемых группах статистически значимы по шкалам физическое и материальное благополучие, социальное благополучие ( $p < 0,05$ ) и статистически не значимы по шкалам самовосприятие и микросоциальная поддержка ( $p > 0,05$ ). Это утверждает то, что пациенты, принимающие варфарин, оценивают свое физическое и социальное благополучие гораздо ниже, чем пациенты, принимающие ривароксабан, мы связываем данный факт с тем, что 1-й группе пациентов в связи с приемом варфарина требуется более тщательное наблюдение и постоянный контроль в поликлинике. Не смотря на более высокую цену ривароксабана, пациенты отдают предпочтение данному препарату, в связи с удобством применения и контролем дозировки.

## ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С.**  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

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

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1 (г. Воронеж). В нем приняли участие 60 пациентов (33 мужчин (55%) и 27 женщин (45 %)) в возрасте от 45 до 70 лет, средний возраст составил  $59,4 \pm 6$  лет. Формирование выборок (групп) проводилось в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий. Первая группа – мужчины и женщины без АГ и ФП ( $n=15$ ), вторая – пациенты с АГ без нарушения ритма ( $n=15$ ), третья – пациенты с изолированной фибрилляцией предсердий (персистирующая и постоянная формы), без АГ ( $n=15$ ), четвертая группа – 15 человек с комбинацией ФП и АГ. Всем участникам исследования проводилось: изучение анамнеза заболевания и жизни (длительность артериальной гипертензии, длительность фибрилляции предсердий, наличие перенесенных инфаркта миокарда), лабораторно-инструментальные исследования (определение показателей липидного спектра – общий холестерин, ЛПНП). Также пациентам были проведены электрокардиография (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях и эхокардиографиче-

ское исследование сердца. Для оценки когнитивной функции был использован опросник самооценки памяти McNair & Kahn, показывающий восприятие состояния памяти самим пациентом (при сумме равной или более 43 баллов предполагалось наличие когнитивных нарушений) и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций, которая выявляет патологию когнитивной сферы на ранних этапах болезни (Максимальное количество баллов – 30, норма – 26 и больше).

**Результаты.** В результате проведенного исследования было выявлено, что в группе пациентов с комбинацией ФП и АГ общий балл по Монреальской шкале достоверно снижен ( $21,9 \pm 1,7$ ) в сравнении с контрольной группой ( $26,5 \pm 1,3$ ). Анализируя данные, полученные при оценке «Внимания» с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций и одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA), было выявлено значительное снижение показателей у пациентов с изолированной АГ ( $3,8 \pm 0,9$ ) по сравнению с контрольной группой пациентов ( $5,4 \pm 0,8$ ). Наиболее низкие показатели были определены у пациентов с комбинацией АГ и ФП ( $3,6 \pm 1,0$ ). У пациентов с изолированной ФП балл был снижен незначительно по сравнению с контрольной группой ( $4,9 \pm 0,8$ ).

При оценке показателей абстрактного мышления (с помощью одностороннего дисперсионного анализа (ANOVA)) и зрительно-конструктивной деятельности (используя критерии Крускала-Уоллеса) по Монреальской шкале оценки когнитивных функций была выявлена схожая зависимость: наибольшее снижение показателей у пациентов с изолированной АГ ( $1,5 \pm 0,5$  и  $4,0$  ( $4,0$ ;  $5,0$ )) и комбинацией АГ и ФП ( $1,3 \pm 0,7$  и  $2$  ( $2,0$ ;  $3,0$ )), у пациентов с изолированной ФП ( $1,6 \pm 0,5$  и  $4$  ( $4,0$ ;  $5,0$ )) по сравнению с контрольной группой ( $2,0 \pm 0,2$  и  $5$  ( $5,0$ ;  $5,0$ )) показатели были снижены в меньшей степени. При оценке субъективного восприятия состояния памяти самим пациентом, используя опросник McNair & Kahn и критерии Крускала-Уоллеса, нарушение памяти наблюдалось у пациентов с изолированной АГ (45 (44; 46) баллов при норме 43 и меньше) и в большей степени у пациентов с комбинацией АГ и ФП (47 (45; 48) баллов). При этом у пациентов с изолированной ФП память не была нарушена (41 (40; 43) балл), как и у контрольной группы пациентов (35 (32; 38) баллов). Корреляционный анализ Спирмена подтвердил все выявленные зависимости между исследованными параметрами. Была установлена отрицательная корреляционная связь средней степени между показателями Монреальской шкалы и степенью, длительностью АГ, а также положительная корреляционная связь между субъективным восприятием состояния памяти самим пациентом с помощью опросника McNair & Kahn.

**Выводы.** 1. Степень когнитивных нарушений значительно выше у пациентов с изолированной АГ



по сравнению с пациентами без АГ. 2. Присоединение ФП у пациентов с АГ значительно ухудшает показатели когнитивных функций. 3. Всем пациентам с ГБ II стадии при наличии АД выше целевых цифр, необходимо проводить тестирование с помощью Монреальской шкалы для определения состояния когнитивной сферы. 4. При обнаружении суправентрикулярных нарушений ритма у пациентов с АГ необходимо рекомендовать более тщательное нейropsychологическое обследование пациента у специалистов.

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Алексеева Е.С.

Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Минск, Беларусь

В рамках диспансеризации, являющейся основной профилактической работы амбулаторной службы, выделяют категорию «часто и длительно болеющие» (ЧДБ) пациенты. В Республике Беларусь к категории «ЧДБ» пациентов относятся часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания. К числу нарушений личностной сферы ЧДБ пациентов относят деформацию системы психологических защитных механизмов как одной из важнейших адаптационных систем. Обычно выделяют четыре типа общих неспецифических состояний: тренировка, спокойная активация, повышенная активация и стресс. Чрезмерно сильные или повреждающие воздействия сопровождаются развитием неблагоприятных состояний: стрессом либо напряженными реакциями тренировки, спокойной или повышенной активации. При этих состояниях в разной степени снижается неспецифическая резистентность организма и его адаптивность к любым повреждающим факторам. Условно выделяют три группы людей: здоровые, больные и лица в состоянии предболезни. У здоровых наиболее часто обнаруживаются реакции повышенной и спокойной активации высоких и средних уровней реактивности, а также реакция тренировки высоких уровней реактивности. У людей в состоянии предболезни наблюдаются реакции повышенной и спокойной активации низких уровней реактивности, реакция тренировки средних и низких уровней реактивности, реакция стресса высоких уровней реактивности, реакция переактивации средних уровней реактивности. При возникновении болезни отмечается наличие стресса средних и низких уровней реактивности, переактивации средних и

низких уровней реактивности. ЧДБ-пациенты находятся в промежуточной зоне. Можно предположить, что пациенты данной категории как раз и находятся в состоянии предболезни из-за сниженного адаптационного потенциала. Данное исследование направлено на изучение закономерностей нарушения адаптации у людей, болеющих респираторными заболеваниями с разной периодичностью.

**Цель исследования.** Изучение особенностей адаптации часто и длительно болеющих пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 120 пациентов, которые были разделены на 3 группы по 40 человек в каждой: I группа включала пациентов, относящихся к категории ЧДБ, II группа состояла из пациентов, болеющих 4-5 раз в год и в III группе находились практически здоровые пациенты. Обследование проходило в период клинической ремиссии. В исследовании преобладали женщины – 85 человек (70,8%), мужчин было 35 (29,2%). Средний возраст пациентов составил  $24,6 \pm 1,37$  лет. Все участники исследования подписали информированное согласие. В ходе исследования для скрининговой оценки нервно-психической составляющей адаптации использовалась многомерная шкала И. Н. Гурвича (опросник). Анализ адаптации по этой шкале проводится по сумме баллов: до 12 – физиологическая норма (эквивалентно «здоровью»); 12-24 – напряжение адаптации («предболезнь», донозологическое состояние); более 24 баллов – срыв адаптации («болезнь»).

**Результаты и обсуждение.** При исследовании нервно-психической адаптации во всех исследуемых группах выявлена тенденция к напряжению механизмов адаптации (36,7% от всей исследуемой группы), что эквивалентно состоянию предболезни, т.е. вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося действия на организм и личность патогенных условий и факторов. По данным шкалы И.Н. Гурвича, нормальное состояние адаптации наблюдалось у 33 человек (27,5%), при этом в I группе – 8 (20,0%), во II группе – 11 (27,5%), в III группе – 14 (35,0%); донозологическое состояние – у 44 человек (36,7%): в I группе – 14 (35,0%), во II группе – 13 (32,5%), в III группе – 17 (42,5%); срыв адаптации – у 43 (35,8%) обследованных: причем в I группе – 18 (45,0%), во II группе – 16 (40,0%), в III группе – 9 (35,8%) (таблица 2). У исследуемых I и II групп – ЧДБ и болеющих 4-5 раз в год – выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля: срыв адаптации 45,0 и 40,0% в I и II группах по сравнению с 22,5% в III группе ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у испытуемых группы ЧДБ выявлены значительные отклонения от оптимума адаптации, наиболее выраженные в ее нервно-психической составляющей. В связи с этим представляется весьма важным поиск способов коррекции нарушенной адаптации.



**Выводы.** 1. Во всех исследуемых группах физиологическая норма адаптации не является распространенной, составляя только 27,5%, тогда как на напряжение и срыв адаптации приходится 36,7 и 35,8% соответственно, что может свидетельствовать об увеличенной стрессовой нагрузке на население. 2. У испытуемых групп ЧДБ (I) и II группе (болеющих 4-5 раз в год) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля. 3. Выявленные особенности адаптации ЧДБ пациентов требуют пересмотра профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья данной группы.

## ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Алиева К.К., Матчанов С.Х.,  
Абдуразакова Д.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить влияние аутоантител к эластину на сердечно-сосудистую систему у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** Было обследовано 58 больных РА, средний возраст – 41,6±6,3 года. Исследование проводилось в ревматологическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование включены 47 женщин и 11 мужчин, с достоверным диагнозом РА согласно критериям Американской коллегии ревматологов/Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR, American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г., средняя длительность заболевания – 13,2±3,4 года. Оценку клинических и иммунологических параметров производили при поступлении в стационар и перед выпиской. Активность заболевания оценивали с помощью шкалы (DAS28 (Disease Activity Score 28), среднее значение составило 4,3±0,8. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц. АТ к эластину определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу Гонтаря. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

**Результаты и обсуждение.** Повышенные уровни антител к эластину у больных РА выявлялись в 48,3% случаев. Концентрация антител к эластину в среднем составила 0,128±0,069 е.о.п. (верхняя граница нормы – 0,104 е.о.п.). При РА повышенный уровень АТ к эластину ассоциировался с поражением сосудов и сердца (74,1%).

**Выводы.** Повышенный уровень АТ к эластину у больных РА можно рассматривать в качестве фактора риска развития раннего атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных осложнений.

## ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Аляви Б.А.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев А.Х.<sup>1,2</sup>, Узоков Ж.К.<sup>1</sup>,  
Курмаева Д.Н.<sup>3</sup>, Пулатов Н.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр терапии  
и медицинской реабилитации,  
<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
<sup>3</sup>Центр передовых технологий,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценка безопасности и эффективности комплексного подхода к лечению больных коронарной болезнью (КБС).

**Материалы и методы.** В исследование включили 32 пациента КБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функциональных классов (ФК) (средний возраст 53,8±5,1 года, длительность заболевания – 7,2±1,3 лет.), которым после коронароангиографии, по показаниям, имплантировали в коронарные артерии стенты с лекарственным покрытием. Медикаментозная терапия включала антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), розувастатин, бета-блокаторы. Пациенты КБС СС III ФК вошли в I группу, а СС IV ФК – II группу. До стентирования и в динамике (3 и 6 месяцев) изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ); показатели коагулограммы; полиморфизм генов CYP2C19\*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272) (полимеразно-цепной реакцией), оценивали жизнеспособность миокарда (эхокардиография (стресс-ЭХОКГ), мультислайсная компьютерная томография (МСКТ)).

**Результаты.** До лечения выявлены существенные изменения в липидном спектре. Розувастатин уменьшил содержание ХС до 4,83±0,2, ХСЛПНП до 2,3±0,18 и ТГ до 1,55±0,12 ммоль/л при уровне ХСЛПВП 1,18±0,04 ммоль/л. Перед плановой реваскуляризацией рекомендован уровень ХСЛПНП<1,5 ммоль/л. Уровни ХСЛПНП<1,5 ммоль/л и ХС<3,5 ммоль/л до эндоваскулярного вмешательства (ЭВ) связаны с наименьшей частотой развития сердечнососудистых осложнений (ССО). При анализе степени АТ у больных КБС СС IV ФК, обнаружены статистически значимые более высокие значения в

сравнении с лицами СС III ФК групп и были выявлены достоверные отличия степени АТ, как спонтанной, так и индуцированной. У больных с СС IV ФК выявлены более высокие статистически значимые отличия в скорости АТ. Данные АТ показали более высокий риск тромботических осложнений в группе больных СС IV ФК и в необходимости медикаментозной коррекции. У пациентов с КБС повышение остаточной реактивности тромбоцитов (ОРТ) на фоне антиагрегантной терапии свидетельствовало об увеличении риска кардиальных событий после ЭВ. Высокая ОРТ повышает вероятность ишемических событий и поэтому пациенты с КБС перед и после стентирования нуждаются в лабораторном контроле эффективности антиагрегантной терапии и персонализации схем терапии, целесообразно определять агрегационные свойства тромбоцитов до и через 3, 6 месяцев после ЭВ. Исходно у больных параметры систолической функции были снижены и показатели глобальной и локальной сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов II группы были хуже. Показатели ЭХОКГ под влиянием лечения сопровождалось увеличением фракции выброса (ФВ) ЛЖ. До лечения этот показатель в среднем составил 59%, а после лечения – 61,5%. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) до лечения – 188 г, а после – 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 см до лечения и 1,05 см после, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) до и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) – 4,95 см до лечения и после лечения 4,9 см, конечно-диастолический объем (КДО) до лечения – 124, 5 мл и после лечения – 119 мл, конечно-систолический объем (КСО) до лечения – 48,5 мл и после лечения 49,5 мл. При этом ударный объем (УО) до лечения составил 79 мл, а после лечения 77,5 мл. У пациентов с дилатированным ЛЖ улучшение после операции менее выражено даже при лучших показателях жизнеспособности миокарда. Под влиянием лечения улучшились такие параметры ЭХОКГ как ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. Показатели глобальной систолической функции ЛЖ, УМЖП, УЗСЛЖ, КСО ЛЖ, УО ЛЖ, ФВ ЛЖ при малых дозах добутина при проведении реперфузии миокарда были лучше исходных. Характерные для КБС возникновения зон нарушения локальной сократимости (гипоакнезий) приводили к уменьшению сократимости и релаксации миокарда. У пациентов II группы выявлены ряд нарушений диастолической функции ЛЖ и достоверная разница всех изучаемых параметров, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ (скорости раннего и позднего наполнения желудочков (Е и А), времени замедления пика Е (DTE), времени извольюмического расслабления ЛЖ (IVRT) и соотношения пиков Е и А (Е/А)), в сравнении с параметрами таковых у лиц I группы. Оценка жизнеспособности миокарда необходима перед проведением реваскуляризации миокарда, для подтверждения ее целесообразности, что в первую очередь касается пациентов со сниженной сократимо-

стью ЛЖ. При распределении генотипов CYP2C19\*17 (rs 12248560) СС, СТ и ТТ рекомендовано увеличить дозу антиагрегантной терапии, а при распределении CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA – снижение доз антиагреганта.

**Заключение.** Оценка жизнеспособности миокарда, контроль базисных препаратов, индивидуализированный подход с учетом фармакогенетических исследований при ведении больных КБС, подвергшихся стентированию, повышает безопасность и эффективность лечения, предупреждает развитие грозных осложнений, что благоприятно сказывается на их качестве жизни.

## ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Ансарова А.А., Бабаева А.Р., Калинина Е.В.

Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

**Цель.** Анализ частоты и тяжести анемии, а также факторов риска (ФР) ее развития у лиц с ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** В исследование включены 265 больных с достоверным диагнозом РА (критерии ACR/EULAR, 2010), среди которых было 223 женщины и 42 мужчины в возрасте от 26 до 75 лет с продолжительностью РА от 5 до 18 лет. Пациентам было проведено общепринятое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование согласно действующим стандартам и рекомендациям. По результатам обследования выполнен анализ традиционных (заболевания ЖКТ, эффекты лекарственных препаратов) и болезнь-ассоциированных (активность РА, иммунологические и клинические особенности заболевания) ФР анемии у лиц с РА с оценкой достоверности различий по критерию  $\chi^2$ .

**Результаты.** В исследуемой выборке преобладали женщины в возрасте старше 50 лет, с поздней клинической стадией РА, умеренной и высокой активностью заболевания по DAS28, серопозитивным вариантом по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП). Анемия средней и легкой степени была выявлена у 64 пациентов (24,15%), тяжелой степени – у 5 (1,89%) больных, при этом лабораторно подтвержденная железодефицитная анемия (ЖДА) имела место лишь у 15 человек (5,66%), диагноз «анемия смешанного генеза» был установлен ранее у 41 пациента (15,47%), диагноз «анемия хронического воспаления» (АХВ) – у 13 па-

циентов (4,91%). Из традиционных ФР анемии у пациентов РА наиболее значимыми оказались заболевания ЖКТ, а также регулярный прием НПВП и глюкокортикоидов. Частота регистрации традиционных ФР достоверно преобладала у пациентов с подтвержденной анемией. Из болезнь-обусловленных ФР наибольшее значение имели умеренная и высокая активность заболевания, серопозитивность по РФ и АЦЦП, продолжительность РА, эрозивный артрит: у лиц с такими клиническими проявлениями РА анемия регистрировалась достоверно чаще.

**Выводы.** Анемический синдром различной степени тяжести выявлен у четверти пациентов с поздним РА. В реальной практике возникают трудности с уточнением генеза анемии, т.к. определение маркеров АХВ не включено в стандарты обследования пациентов с РА, поэтому при отсутствии признаков ЖДА обычно формулируется диагноз «анемии смешанного генеза». У пациентов с РА наряду с традиционными ФР важную роль в развитии анемии играют специфические ФР, определяющие генез АХВ и высокую частоту этой формы анемии у лиц с РА.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С СРЕДИ ЛИЦ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

**Ануфриева Е.В., Домский Н.А., Останкова Ю.В.**  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
институт эпидемиологии и микробиологии  
имени Пастера,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Вирусные гепатиты В и С вызывают тяжелые заболевания печени, такие как хронический гепатит, цирроз и гепатоцеллюлярная карцинома. Вирусы передаются через кровь и биологические жидкости. К основным путям передачи можно отнести инъекции наркотиков с использованием общих игл, небезопасные сексуальные отношения, совместное использование личных предметов гигиены, таких как бритва или ножницы, а также татуировки.

Заключенные из учреждений пенитенциарной системы считаются одной из основных групп риска инфицирования гемоконтактными вирусными гепатитами В и С. Согласно литературным данным, глобальная распространенность в мире гепатита В составляет 4,8%, а гепатита С 15,1%.

**Цель исследования.** Оценить распространенность серологических маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов В и С среди лиц из учреждений пенитенциарной системы.

**Материалы и методы исследования.** Материалом исследования служили 142 образца плазмы крови лиц из учреждений пенитенциарной системы.

Методом ИФА оценивали распространенность серологических маркеров гепатита В (HBsAg, анти-HBs IgG, анти-HBcore IgG) и гепатита С (анти-ВГС), с использованием коммерческих тест-систем в соответствии с рекомендациями производителей.

**Результаты и обсуждение.** В анализируемой группе преобладали лица мужского пола 97,18%. Возраст пациентов варьировал от 21 до 62 лет, и в среднем составил 41 год.

Серологические маркеры гепатита В выявлены у 55,63% (95% ДИ: 47,07-63,96%) лиц. Встречаемость серологических маркеров вирусного гепатита В в группе: HBsAg – 3,52% (95% ДИ: 1,15-8,03%), анти-HBs IgG – 34,51% (95% ДИ: 26,74-42,94%), анти-HBcore IgG – 38,03% (95% ДИ: 30,02-46,55%). Среди них 16,90% (95% ДИ: 11,14-24,10%) демонстрируют сочетание анти-HBs IgG и анти-HBcore IgG. В обследованной группе выявлено 3,52% HBsAg-положительных образцов, во всех этих случаях, также были обнаружены антитела анти-HBcore IgG.

Распространенность маркеров анти-ВГС в группе составила 59,86% (95% ДИ: 51,31-67,99%). Среди них антитела к вирусу гепатита С без одновременного обнаружения маркеров вирусного гепатита В показаны только у 12,68% обследованных (95% ДИ: 7,69-19,29%).

В анализируемой группе в следующих соотношениях выявлены случаи сочетания маркеров вирусных гепатитов В и С: анти-ВГС и анти-HBcore IgG – 9,15% (95% ДИ: 4,96 – 15,15%); анти-ВГС и анти-HBs IgG – 4,23% (95% ДИ: 1,57 – 8,97%); анти-ВГС, анти-HBcore IgG и анти-HBs IgG – 2,82% (95% ДИ: 0,77 – 7,06%); анти-ВГС, HBsAg и анти-HBcore IgG – 0,7% (95% ДИ: 0,02-3,86%).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости гемоконтактных вирусных гепатитов В и С среди лиц из учреждений пенитенциарной системы.

## ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

**Арипова Н.А., Ганиева Н.А., Джураева Э.Р.,  
Абдуазизова Н.Х., Азимова С.У.**  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить клиническое значение сывороточного цитокина ИЛ-4 при системной склеродермии с различными вариантами течения.

**Материалы методы.** Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 45 жен и 15 муж в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в ревматология и артрологическом от-



деления 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла в среднем  $8,22 \pm 7,1$  лет. У 45 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 15 – диффузная (дССД). Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, иммунофлюоресцентным методом антицентромерные антитела, антитела к Scl-70 и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). ИЛ-4 определяли в сыворотках больных непрямым твердофазным иммуноферментным методом.

**Результаты и обсуждение.** Все больные имели характерную для ССД периферическую и висцеральную симптоматику, включавшую поражение кожи (плотный отек – у 24 больных, индурация – у 14, средний кожный счет –  $8,1 \pm 7,3$  балла), сосудистую патологию (синдром Рейно у всех больных, трофические сосудистые нарушения – у 24), поражение опорно-двигательного аппарата (артрит – 9, миозит – 2, мышечная слабость – 5) и внутренних органов (склеродермическое поражение пищевода – 31, легких – 29, сердца – 24, почек – 1, легочная гипертензия – 8). При сравнительном анализе отмечено, что ИЛ-4 значительно чаще выявлялся в группе больных с меньшей длительностью заболевания, прогрессирующим течением ССД, поражением кожи в стадии плотного отека. У 30% больных обнаружены ССД специфические аутоантитела: Scl-70 (20%) или антицентромерные антитела (15%).

**Выводы.** Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-4 при ССД может рассматриваться как маркер активной фазы фиброзного процесса. На основании повышения его уровня в крови возможно выделение больных с прогрессирующим течением заболевания, нуждающихся в применении иммуносупрессивной терапии и в дальнейшем использовании сывороточного уровня ИЛ-4 в мониторинге прогрессирования ССД.

## УРОВНИ РЕЦЕПТОРОВ ФНО-А 1 И 2 ТИПА В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ СКВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Аристова М.В., Панафидина Т.А., Горбунова Ю.Н., Авдеева А.С., Попкова Т.В.

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

**Актуальность.** Фактор некроза опухоли (ФНО $\alpha$ ) – плейотропный провоспалительный цитокин, играющий важную роль в патогенезе системной крас-

ной волчанки (СКВ). По данным современных исследований уровень ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови может отражать активность СКВ, в особенности волчаночного нефрита (ВН).

Данный цитокин осуществляет свои функции посредством лигирования с рецепторами ФНО типа 1 (ФНОР1; р55/60) и типа 2 (ФНОР2; р75/80). ФНОР1 обеспечивает реализацию классических провоспалительных механизмов, в то время как ФНОР2 влияет на выживание Т-регуляторных клеток. Сложность кинетики и нестабильность ФНО- $\alpha$  является существенным недостатком, ограничивающим его измерение в крови. В связи с этим крайне актуальным представляется поиск стабильных маркеров, отражающих концентрацию ФНО- $\alpha$ , и перспективными кандидатами в этом направлении могут выступать ФНОР 1/2.

**Цель.** Измерить сывороточные уровни ФНОР1 (TNFR-60 kDa) и ФНОР2 (TNFR-80 kDa) у пациентов с СКВ и в группе контроля, оценить их взаимосвязь с клинико-иммунологическими проявлениями СКВ.

**Материалы и методы.** В пилотное исследование было включено 26 пациентов (21 женщина/5 мужчин), с достоверным диагнозом СКВ (критерии SLICC, 2012 г.; EULAR/ACR, 2019 г.), медиана возраста составила 32 [26; 40] года, медиана длительности заболевания – 14 [4; 144] мес. На момент включения в исследование все пациенты получали преднизолон 20 [10; 25] мг/сут, 24 (92%) пациента – гидроксихлорохин 200 [200; 400] мг/сут и 7 (27%) больных-микофенолата мофетил 2 [2; 2] г/сут. Активность заболевания оценивалась по индексу SLEDAI-2K и составила 16 [4; 21] баллов. Группа контроля включала здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту (n=4).

Концентрацию ФНОР1 (TNFR-60 kDa) и ФНОР2 (TNFR-80 kDa) в сыворотке определяли иммуноферментным анализом, Invitrogen (Human ELISA Kit, Австрия).

**Результаты.** Сывороточный уровень ФНОР1 (TNFR-60 kDa) у больных СКВ был выше, чем в группе контроля: 6,9 [4,6; 8,3] и 3,7 [2,8; 4,3] нг/мл соответственно,  $p=0,004$ . Различий по уровню ФНОР2 (TNFR-80 kDa) между пациентами с СКВ и контролем не обнаружено: 5,8 [3,6; 8,2] и 22,4 [9,3; 64,7] нг/мл соответственно,  $p=0,2$ .

В группе больных СКВ выявлена ассоциация между концентрацией ФНОР1 (TNFR-60 kDa) и SLEDAI 2K ( $R=0,66$ ), анти-дсДНК ( $R=0,42$ ), СОЭ ( $R=0,51$ ), протеинурией ( $R=0,63$ ), гематурией ( $R=0,60$ ), цилиндрурией ( $R=0,60$ ) лейкоцитурией ( $R=0,55$ ). Обнаружена прямая корреляция ФНОР2 (TNFR-80 kDa) с анти-дсДНК ( $R=0,44$ ) и обратная с С3 ( $R=-0,47$ ), С4 ( $R=-0,57$ ) компонентами комплемента, а также с анти-Ro/SSa ( $R=-0,75$ ) ( $p < 0,05$  во всех случаях).

В зависимости от активности СКВ пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n=19) – SLEDAI-2K  $\geq 6$  баллов (от умеренной до очень высокой) и II группа (n=7) – SLEDAI-2K  $\leq 5$  баллов (ремиссия и низкая активность). В I-ой группе выявлены



более высокие уровни ФНОР1 (TNFR-60 kDa), чем во 2-ой: 7,6 [5,2; 10,3] и 4,9 [3,6; 6,7] нг/мл соответственно,  $p=0,01$ . Различий в концентрации ФНОР2 (TNFR-80 kDa) у пациентов 1-ой и 2-ой групп не выявлено: 6,5 [5,2; 9,5] и 3,6 [3,1; 8,2] нг/мл соответственно,  $p=0,3$ .

Также уровень ФНОР1 (TNFR-60 kDa) различался между пациентами с ВН ( $n=18$ ) и без него ( $n=8$ ): 7,75 [5,35; 10,25] и 4,72 [3,82; 6,35] нг/мл соответственно,  $p<0,006$ .

**Выводы.** У пациентов с СКВ концентрация ФНОР1 (TNFR-60 kDa) была выше, чем в группе контроля. Обнаружена взаимосвязь уровня ФНОР1 (TNFR-60 kDa) с активностью СКВ и проявлениями ВН. В то же время, различий между уровнями ФНОР2 (TNFR-80 kDa) у пациентов с СКВ и контролем, как и связи с активностью болезни и ВН не выявлено.

Таким образом, определение ФНОР 1 типа в сыворотке больных СКВ может быть перспективным методом оценки активности заболевания.

## СЫВОРОТОЧНЫЙ ФЕРРИТИН, ИЛ-1В И РАСТВОРИМЫЙ РЕЦЕПТОР ИЛ-2 – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Аристова М.В., Панафидина Т.А., Горбунова Ю.Н.,  
Диатроптов М.Е., Попкова Т.В.

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

**Актуальность.** Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра и развивающимся в связи с этим иммуновоспалительным повреждением тканей и внутренних органов. Классические биомаркеры СКВ выполняют диагностическую и прогностическую функцию, однако современные тенденции персонализации терапии требуют поиска новых сывороточных маркеров, продукция которых отражает активацию иммунной системы с дальнейшим формированием нарушений аутоиммунитета. Таковыми являются цитокины, хемокины, факторы роста и их рецепторы, а также нетрадиционные для мониторинга СКВ острофазовые показатели, например, ферритин.

**Цель.** Определить уровни сывороточного ферритина, интерлейкина (ИЛ)-1b и растворимого рецептора ИЛ-2 (sИЛ-2R) у пациентов с СКВ, а также оценить их связь с клинико-лабораторными проявлениями болезни.

**Материалы и методы.** Проведено пилотное исследование, включающее 26 пациентов (из них 21

женщина (80%)) с достоверным диагнозом СКВ, удовлетворяющим критериям SLICC 2012г и EULAR/ACR 2019 г. Критерием исключения являлось наличие железодефицитной анемии. Средний возраст больных составил  $33\pm 11$  лет, а медиана длительности заболевания – 14 [4; 144] месяцев. Обследование пациентов включало осмотр ревматолога, лабораторную диагностику (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ на суточную протеинурию, с оценкой иммунологических показателей (СРБ, АНФер-2, анти-дсДНК, анти-Sm, анти-Ro/SSA, анти-La/SSB, aКЛ IgG/IgM, a $\beta$ 2-ГП1 IgG/IgM, BA, компоненты комплемента (C3, C4)). Активность заболевания оценивалась с помощью индекса SLEDAI-2K. Сывороточный уровень ферритина, ИЛ-1b и sИЛ-2R определялись методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.

**Результаты.** В исследуемой когорте медианы уровней сывороточного ферритина, ИЛ-1b и sИЛ-2R составили 42,1 [7,4; 167,1] нг/мл, 0,0065 [0,005; 0,008] пг/мл и 3,3 [2,5; 4,6] нг/мл соответственно.

Выявлена положительная корреляция концентрации ферритина со SLEDAI-2K ( $R=0,61$ ,  $p<0,0008$ ), анти-дсДНК ( $R=0,48$ ,  $p<0,01$ ), СОЭ ( $R=0,47$ ,  $p<0,01$ ), с показателями функции почек – креатинином ( $R=0,48$ ,  $p<0,01$ ), мочевиной ( $R=0,53$ ,  $p<0,01$ ), цилиндрурией ( $R=0,7$ ,  $p<0,0001$ ), лейкоцитурией ( $R=0,57$ ,  $p<0,0001$ ), протеинурией ( $R=0,4$ ,  $p<0,05$ ), а также отрицательная корреляция с уровнем общего белка крови ( $R=-0,41$ ,  $p<0,01$ ). Обнаружена отрицательная корреляция ИЛ-1b со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ-ЕР1) ( $R=-0,48$ ,  $p<0,01$ ). Уровень sИЛ-2R также ассоциировался со SLEDAI-2K ( $R=0,53$ ,  $p<0,005$ ), анти-дсДНК ( $R=0,55$ ,  $p<0,003$ ), СОЭ ( $R=0,45$ ,  $p<0,002$ ), цилиндрурией ( $R=0,46$ ,  $p<0,01$ ), лейкоцитурией ( $R=0,42$ ,  $p<0,03$ ), С3 компонентом комплемента ( $R=0,56$ ,  $p<0,003$ ) и ферритином ( $R=0,47$ ,  $p<0,05$ ).

По индексу активности SLEDAI-2K пациенты СКВ были разделены на 2 группы: I группа ( $n=19$ ) – SLEDAI-2K $\geq 6$  баллов (от умеренной до очень высокой) и II группа ( $n=7$ ) – SLEDAI-2K $\leq 5$  баллов (ремиссия и низкая активность). В I группе уровень ферритина был выше по сравнению со II группой: 83,4 [28,4; 171] и 6,8 [0,7; 17,3] нг/мл соответственно,  $p<0,008$ , в то время как различий по ИЛ-1b и sИЛ-2R между группами не обнаружено,  $p=0,52$ .

Уровень ферритина был выше у пациентов с поражениями кожи ( $n=10$ ) и нерубцовой алопецией ( $n=6$ ), чем у пациентов без таковых на момент включения – 169 [114; 203] и 153 [123; 170] vs 20 [0,85; 57] и 25,4 [3,9; 98,7] нг/мл соответственно ( $p<0,05$  для всех показателей). Связи концентраций ИЛ-1b и sИЛ-2R с клиническими проявлениями не выявлено.

Учитывая выявленную корреляцию исследуемых иммунологических маркеров с показателями функции почек, были выделены группы больных с волчаночным нефритом (ВН) ( $n=18$ ) и без него ( $n=8$ ),

однако различий в концентрации ферритина, ИЛ-1b и sИЛ-2R не обнаружено.

**Выводы.** У пациентов с СКВ уровень ферритина ассоциировался с более высокой активностью (SLEDAI-2K), а также с клиническими (поражение кожи, алопеция) и лабораторными (анти-дсДНК, СОЭ) параметрами, к том числе с проявлениями ВН (мочевой осадок, протеинурия, креатинин, мочевины). Данный биомаркер представляется перспективным кандидатом оценки активности СКВ. Концентрация sИЛ-2R, вероятно, может отражать активность ВН, что требует дальнейшего изучения на большей когорте больных.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аронова Е.С.<sup>1</sup>, Гриднева Г.И.<sup>1</sup>, Белов Б.С.<sup>1</sup>,  
Борисова М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>2</sup>Московский клинический научный центр  
имени А.С. Логинова,  
Москва

**Цель исследования.** Сравнить частоту постковидного синдрома (ПКС) и его клинических особенностей при различных ревматических заболеваниях.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 43 взрослых пациента с ревматическими заболеваниями (РЗ), ранее перенесшие COVID-19, у которых был установлен ПКС (по определению ВОЗ). Материал для статистической оценки был собран с помощью анкетирования и беседы с врачом-ревматологом. 1-ю группу составили больные системными РЗ (СКВ – 5 больных, системная склеродермия – 3 и РА с внесуставными проявлениями – 5). Во 2-ю группу вошли пациенты с РЗ с преимущественным поражением суставов (РА – 23 и АС – 6).

**Результаты.** В обеих группах преобладали женщины (90,9% и 78,6%). Средний возраст в 1-й группе составил 47,3±15,9 года, во 2-й группе – 48,9±15,2 года. В 1-й группе 8 пациентов (57,1%) получали глюкокортикоиды, 6 пациентов (42,9%) получали ритуксимаб, 5 из них получали последнюю инфузию в течение 6 месяцев до COVID-19. Во 2-й группе 7 пациентов (24,1%) получали глюкокортикоиды, 6 пациентов (20,7%) получали ритуксимаб, из них 4 в течение 6 мес до COVID-19. В среднем (медиане) у каждого больного в 1-й группе одновременно отмечалось 4 [3; 11,25], во 2-й группе – 7 [3; 10] симптомов ПКС. Таким образом, группы не имели достоверных статистических различий по основным характеристикам. В 1-й группе наиболее частыми симптомами ПКС были ухудшение

памяти – 8 (57,1%) случаев, слабость – 7 (50%), одышка – 7 (50%), головная боль – 5 (35,7%), затруднение концентрации внимания – 5 (35,7%). Во 2-й группе: трудности с концентрацией внимания – 17 (58,6%), боли в суставах – 16 (55,2%), проблемы с вниманием – 15 (51,7%), слабость – 14 (48,3%), раздражительность – 11 (37,9%). Боль в суставах (артралгия) достоверно чаще встречалась во 2-й группе (ОШ 4,5, 95% ДИ 1,036-19,657).

**Выводы.** Одышка и артралгия – наиболее частые симптомы ПКС в исследуемой группе, что требует дифференциальной диагностики в рамках обострения РЗ. Артралгия как проявление ПКС достоверно чаще отмечалось у пациентов с «суставными» РЗ.

## ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ COVID-19 У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Аронова Е.С.<sup>1</sup>, Гриднева Г.И.<sup>1</sup>, Белов Б.С.<sup>1</sup>,  
Борисова М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>2</sup>Московский клинический научный центр  
имени А.С. Логинова,  
Москва

**Цель.** Изучить клинические проявления COVID-19 у больных с ревматическими заболеваниями (РЗ).

**Материалы и методы.** В исследование были включены взрослые (старше 18 лет) пациенты с РЗ, ранее перенесшие COVID-19. Данные были получены с помощью анкет и интервью с врачом-исследователем.

**Результаты.** В исследование включено 90 пациентов. Полученные данные дифференцировали с учетом диагноза: 1-я группа – больные системными РЗ (АНЦА-ассоциированный васкулит, первичный синдром Шегрена, системная красная волчанка, системная склеродермия, антифосфолипидный синдром и ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями), N=33, и 2-я группа – больные РЗ с преимущественным поражением суставов (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит и псориатический артрит), N=57. В обеих группах преобладали женщины (90,9% и 78,6% соответственно). Средний возраст в 1-й группе составил 47,6±13,5 года, во 2-й группе – 48,2±16,4 года. Среди клинических проявлений COVID-19 в обеих группах чаще всего отмечалась лихорадка (75,8% и 78,6% соответственно), слабость (72,7% и 67,9%), аносмия (54,5% и 60,7%) и кашель (48,5% и 48,2%). Миалгия достоверно чаще встречалась у пациентов 2-й группы (36,4% и 48,2%), p>0,05. В период COVID-19 компьютерная томография (КТ) выполнена в 1-й груп-

пе – 18 пациентам, во 2-й группе – 35. Изменения, соответствующие КТ-0, выявлены в 1-й и 2-й группе у 5 (27,8%) и 5 (14,3%) пациентов. соответственно, КТ-1 – у 8 (44,4%) и 15 (42,9%), КТ-2 – у 3 (16,7%) и 11 (31,4%), КТ-3 – у 2 (11,1%) и 3 (16,7%). %, КТ-4 – в 0 и 1 (2,9%),  $p > 0,05$ .

**Выводы.** Лихорадка, слабость, аносмия, кашель были наиболее частыми проявлениями COVID-19 в обеих исследуемых группах. Миалгия чаще встречалась в группе артрологических пациентов. Группы исследования не имели достоверных различий по выраженности легочных изменений в период инфекционной фазы COVID-19, оцененных методом КТ.

## СЕЛЕКТИВНЫЕ БЛОКАТОРЫ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

**Артамонова О.Г., Карамова А.Э.**  
Государственный научный центр  
дерматовенерологии и косметологии,  
Москва

**Цель исследования.** Открытие в патогенезе иммуновоспалительных заболеваний роли фермента тирозинкиназы (JAK) и сигнального белка – трансдуктора и активатора транскрипции (STAT), образующих внутриклеточную сигнальную систему JAK-STAT, участвующую в передаче сигналов от цитокинов в ядро клетки, привело к созданию нового класса препаратов – блокаторов сигнальных путей (якинибов). Первый пероральный обратимый ингибитор JAK, одобренный на территории Российской Федерации – тофацитиниб. Препарат разрешен к применению при таких иммуновоспалительных заболеваниях как ревматоидный артрит и псориатический артрит. В дерматологии тофацитиниб применяется при псориазе среднетяжелой и тяжелой степени тяжести.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность терапии тофацитинибом у больных псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести.

**Материалы и методы.** Проведено наблюдательное исследование, включено 5 больных псориазом обыкновенным (4 мужчин, 1 женщина; средний возраст  $34,0 \pm 9,5$  года, от 21 до 47 лет). Длительность заболевания у пациентов исследуемой выборки варьировала от 5 до 20 лет (средняя длительность  $12,0 \pm 5,8$  лет). Наследственный анамнез был отягощен у 2 пациентов со стороны отца. В качестве основного провоцирующего фактора, вызывающего обострение псориаза, все 5 (100%) пациентов отмечали психоэмоциональное напряжение/стресс. Поражение ногтей пластин стоп отмечалось у 3 пациентов в виде подногтевого гипер-

кератоза и симптома масляного пятна. Диагноз псориатического артрита не был установлен ни у одного из 5 пациентов.

Степень тяжести псориаза устанавливалась с помощью индекса PASI. Исходное среднее значение PASI составило  $21,2 \pm 5,9$  (от 14,8 до 30,0). При этом среднетяжелая степень тяжести псориаза была установлена у 2 пациентов, тяжелая степень тяжести – у 3.

У всех больных в анамнезе регистрировалась неэффективность наружных средств терапии (топические глюкокортикостероиды) и терапия метотрексатом.

Всем пациентам была назначена монотерапия тофацитинибом в дозе 10 мг внутрь 2 раза в день. Эффективность терапии оценивали с помощью динамики индекса PASI.

Для каждого пациента проводилось клинико-лабораторное мониторирование показателей клинического анализа крови, биохимического анализа крови: глюкозы, ферментов печени (АЛТ, АСТ), показателей липидного обмена (уровень триглицеридов (ТГ), холестерин-липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерин-липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и общего холестерина в крови, рассчитывался индекс атерогенности).

**Результаты и обсуждение.** Первый клинический эффект от использования тофацитиниба был зафиксирован на 6 неделе терапии в виде снижения PASI на 50% от исходного значения у 2 из 5 пациентов. К 14 неделе достижение PASI 75 наблюдалось у 2 пациентов, к 26 неделе – у всех 5 (100%), из них PASI90 достигли 3 пациентов. При этом, среднее значение индекса PASI уменьшилось с  $21,2 \pm 5,9$  до  $4,42 \pm 3,00$  к 14 неделе и до  $1,8 \pm 1,5$  к 26-й неделе терапии ( $p < 0,05$ ).

По данным лабораторных анализов до начала терапии показатели клинического анализа крови и биохимического анализа крови у всех 5 пациентов определялись в пределах допустимых значений. К 26 неделе терапии указанные показатели сохранились в пределах допустимых значений. Анализируя полученные результаты лабораторных исследований у больных псориазом, получавших монотерапию тофацитиниба, не выявлено негативного воздействия препарата на показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови.

Дополнительно проводилась оценка безопасности терапии тофацитинибом. Развитие нежелательных реакций в виде головной боли были зарегистрированы у 2 больных в течение первых 2 недель наблюдения. Наблюдавшиеся нежелательные реакции были легкой степени тяжести, преходящие, купировались самостоятельно, не требовали отмены препарата или назначения дополнительной терапии.

**Выводы.** Полученные результаты подтвердили безопасность использования тофацитиниба у больных псориазом обыкновенным средней и тяжелой степени тяжести, с неэффективностью предшествующей терапией метотрексатом. К ограничениям нашего исследования следует отнести малую выборку.



## РОЛЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ С ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ХАРАКТЕРОМ МОРФОГЕНЕЗА В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ТРАХЕО- И БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ

Асташонок А.Н.<sup>1</sup>, Петрученя А.В.<sup>2</sup>,  
Полещук Н.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр  
эпидемиологии и микробиологии,

<sup>2</sup>Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценить значимость возбудителей с внутриклеточным характером морфогенеза (вирусов семейства Herpesviridae) в развитии цилиарной недостаточности.

**Материалы и методы.** Клиническое обследование проводилось в педиатрическом отделении 3-ей городской детской клинической больницы г. Минска. Основную группу исследования составили дети (n=30) с цилиарными дискинезиями, имеющие в анамнезе хронические заболевания легких (синдром Картагенера, первичная цилиарная дискинезия, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь и др.). Этим пациентам проведена лечебно-диагностическая бронхоскопия и получено 60 биоптатов (из карины трахеи и бронхов) для исследования электронно-микроскопическим методом. Материал фиксировался в 2,5%-глютаровом альдегиде, приготовленном на 0,1M Na-какодилатном буфере (pH 7,4), постфиксировался 1% OsO<sub>4</sub>, обезвоживался в спиртах восходящей концентрации, далее заливался в специальные смолы марки Spurr для получения специальных блоков для нарезки. Ультратонкие срезы получали на ультратоме «Ultracut» («Reichert-Jung», Австрия), контрастировали 1% уранилацетатом и цитратом свинца по Рейнольдсу. Исследование образцов проводили с помощью микроскопа «JEM-1011» («JEOL», Япония) при ускоряющем напряжении 100 кВт и инструментальных увеличениях x6 000-x80 000.

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании ультратонких срезов в 10 биоптатах (10/60, 16,6%) выявлены признаки, характерные для герпетической вирусной инфекции. У внутренней поверхности ядерной мембраны, а также в цитоплазме клеток прослеживались скопления мелкозернистого, разной степени плотности осмиофильного материала, в котором, вероятно, происходила репродукция вируса. На некоторых участках наблюдалось нарушение целостности ядерной мембраны. Отдельные клетки имели содержимое в цитоплазме миелоноподобные структуры в виде петель или узелков. Эпителиоциты были уплощены и, как правило, имели пикнотическое ядро. Структура хромати-

на была не однородная, преобладал гетерохроматин, которые распределялись вблизи ядерной мембраны. В отдельных случаях вокруг ядра определялась светлая зона цитоплазмы, заполненная бесструктурным веществом высокой электронной плотности. Ядра части эпителиоцитов приобретали неправильную морфологию с разбухшей ядерной мембраной, а количество хроматина в них увеличивалось. Это сопровождалось появлением участков повышенной электронной плотности в центральной части кариоплазмы и образованием сильно конденсированных глыбок хроматина вблизи ядерной мембраны. В отдельных случаях в надъядерной зоне отмечались остаточные тельца. Наблюдалось разрыхление цитозоля с появлением в цитоплазме участков различной электронной плотности. При анализе ультраструктуры ресничек этих клеток чаще всего регистрировались реснички с пустыми или двойными, тройными аксонемами, множество более мелких, не имеющих признаков дифференцировки микроворсинок на апикальной поверхности эпителиоцитов. Все это свидетельствовало о патологических изменениях, связанных как со структурными нарушениями клеток, так и их цилиарной функцией.

**Выводы.** Таким образом, методом электронной микроскопии выявлены структурно-функциональные изменения, проявляющиеся в реорганизации эпителиоцитов трахео- и бронхиального эпителия. Установлено расслоение эпителиального пласта, наличие в клетках промежуточного слоя вирусных частиц, признаков паракератоза. Ультраструктурные исследования также позволили идентифицировать в образцах метаплазию, фагоцитирующие клетки. Охарактеризованы вариации субклеточных органелл в норме и в измененных эпителиоцитах, свидетельствующие о нарушениях энергетического и белок-синтезирующего аппарата. Полученные результаты актуальны для диагностики и выбора тактики рациональной этиопатогенетической терапии при цилиарной дисфункции.

## МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ И КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Ахиярова К.Э.

Башкирский государственный  
медицинский университет,  
Уфа

**Введение.** Под гипермобильностью суставов (ГМС) понимается состояние, при котором амплитуда движений в суставах превосходит среднестатистическую в популяции. ГМС нередко рассматривается как фенотипическое проявление дисплазии соединитель-



ной ткани (ДСТ). Однако известно, что ГМС ассоциирована с ранним остеоартритом, хроническим болевым синдромом, различными видами нарушения осанки, вывихами, но остается открытым вопрос поиска молекулярно-генетических маркеров ГМС для ранней диагностики с целью прогнозирования возможных ассоциированных состояний и выбора стратегии профилактики.

**Цель.** Осуществить комплексный анализ состояния опорно-двигательного аппарата у лиц молодого возраста с гипермобильностью суставов и провести поиск ассоциаций с локусами генов метаболизма соединительной ткани.

**Материалы и методы.** Было проведено одномоментное поперечное исследование 261 практически здоровых лиц молодого (21,77±0,60) возраста. ГМС определяли с помощью шкалы Beighton (1998), наличие ДСТ – с применением модифицированной таблицы Т.И. Кадуриной (2015), оценка болевого синдрома в суставах и позвоночнике проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводили методом рентген-абсорбционной денситометрии с определением Z-критерия на аппарате Lunar DPX Pro. Проведено молекулярно-генетическое исследование и поиск ассоциаций полиморфных вариантов генов рецептора витамина Д (VDR), люмикана (LUM), тенасцина (TNXB), фактора роста и дифференциации 5 (GDF5), ионного канала магния (TRPM6), костного морфогенетического белка 5 типа (BMP5) с ГМС в изолированной и сочетанной с ДСТ формах с использованием Real-time PCR с применением технологии Casptm на аппаратной платформе QuantStudio. Статистическая обработка данных проводилась с использованием точного критерия Фишера с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2. Силу ассоциаций оценивали в значениях показателя соотношения шансов (Odds Ratio, OR, при  $p < 0,05$ ), поправка на множественность – методом FDR (Бенджамини-Хохберга).

**Результаты.** Гипермобильность суставов была выявлена у 156 обследованных, при этом болевой синдром в суставах отмечали 21 человек, в позвоночнике – 26. ДСТ была выявлена у 170 человек, в том числе у 116 – в сочетании с ГМС. Не было выявлено различий в частоте болевого синдрома по сравнению с группой контроля; отмечена тенденция к повышению интенсивности болевого синдрома в позвоночнике в группе с ДСТ ( $p=0,046$ ). Значения Z-критерия при исследовании МПКТ значимо не различались в группах ГМС, ДСТ и группе контроля. Тем не менее, у ряда лиц Z-критерий оказался меньше условной нормы пиковой костной массы ( $Z < 1$ ,  $n=14$ ). В данной группе статистически значимо чаще встречались боль в нижней части спины за последний месяц ( $p=0,009$ ), боль в нижней части спины в неделю ( $p=0,015$ ) и ее интенсивностью ( $p=0,021$ ).

При проведении сравнительного анализа распределения частот аллелей и генотипов полиморфных локусов генов метаболизма соединительной ткани в

исследуемых группах были выявлены ассоциации ассоциации аллеля G и генотипа GG локуса rs3734444 гена BMP5 с наличием ГМС (OR=3,70 и OR=5,10), аллеля A локуса rs1470527 гена BMP5 и наличием изолированной ГМС (OR=8,00), аллеля T и генотипа TT локуса rs11144134 гена TRPM6 с ГМС в изолированной (OR=3,00 и OR=10,19) и в сочетанной с ДСТ формах (OR=3,17 и OR=11,28), генотип TT также ассоциировался с изолированной формой ДСТ (OR=3,74). Генотип GT локуса rs73611720 гена GDF5 ассоциировался с изолированной ДСТ (OR=4,15). Для полиморфных вариантов rs11540149 (VDR), rs2268578, rs3759222 (LUM), rs3130342 (TNXB) не было обнаружено статистически значимых ассоциаций с ГМС. Все ассоциации сохранили статистическую значимость после введения поправки на множественность сравнений.

**Заключение.** Выявлены ассоциации снижения МПКТ и боли в нижней части спины в общей выборке, при этом ни ГМС, ни ДСТ не увеличивали частоту и интенсивность болевого синдрома. Частота болей в суставах у пациентов с ГМС составила 16,27%, что было сопоставимо с частотой доброкачественной гипермобильности. Аллель G локуса rs3734444 гена BMP5 является потенциально рискованным маркером изолированной ГМС, а аллель A локуса rs1470527 – изолированной ГМС, а генотип GT локуса rs73611720 гена GDF5 – изолированной ДСТ, аллель T локуса rs11144134 гена TRPM6 – ГМС в сочетании с ДСТ.

## ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Хамраев А.А.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение варибельности минеральной плотности костной ткани и некоторых генетических маркеров при остеоартрозе ОА коленных суставов.

**Материал и методы.** Обследованы 98 больных гонартрозом (ГА), находившихся на лечении в Многопрофильные клиники Ташкентской медицинской академии, из них 85 женщин и 13 мужчин. Средний возраст 53,2±0,3 года. Больных в возрасте до 50 лет было 36 (36,7%), 50 лет и старше 62 (63,3%).

Из анамнеза было установлено, что с длительностью болезни до 1-го года был 41 (41,8%) больной; до 5 лет 43 (43,8%); 10 лет и более 14 (14,8%). Проводились рентгенологические, денситометрические исследования, определяли индекс массы тела (ИМТ).

**Результаты.** По острофазовым показателям только у 27 (27,6%) больных была умеренно выражена степень воспалительной активности, что указывает на перманентность течения воспаления.

У 72% женщин и 90% мужчин обнаружено ожирение, преимущественно абдоминального типа. Избыточная масса тела (ИМТ>25) ассоциировалась с повышенной частотой ГА коленных суставов.

При рентгенологическом исследовании коленных суставов I степень изменений обнаружена у 28 больных, причем 23 из них женщины; II степень имела место у 24 больных, в том числе у 23 женщин, III степень у 46 больных, из них 39 женщин. У большинства больных продолжительность заболевания была до 5 лет.

Изучение состояния костей у больных ГА показало, что только у 8 (8,1%) больных костная система оставалась в норме. Остеопения обнаружена у 50 (51%) обследованных, системный ОП констатирован у 20 больных, причем 18 из них женщины. Данное обстоятельство указывает на наиболее частое сочетание ГА и ОП у женщин в силу снижения репродуктивности и климактерического периода.

Исследование показало, что показатели минеральной плотности костной ткани дистального отдела предплечья у больных ГА были статистически ниже, чем в контрольной группе, причем снижение плотности кости у больных ассоциируется с увеличением возраста и длительностью заболевания, уменьшением массы тела, отсутствием регулярных физических нагрузок.

**Вывод.** Прогрессирование рентгенологической стадии ГА коррелировало с уменьшением показателей костной плотности. Это обстоятельство указывает на необходимость всестороннего изучения состояния минеральной плотности костной ткани у больных ГА, особенно у женщин, независимо от давности и рентгенологической стадии заболевания.

## РОЛЬ ИНДЕКСА SCLERODERMA CLINICAL TRIALS CONSORTIUM DAMAGE INDEX В ОЦЕНКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Бабак В.В., Колтакова А.Д., Ананьева Л.П.,  
Конева О.А., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А.,  
Десинова О.В., Старовойтова М.Н.,  
Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель исследования.** Оценить структуру повреждения различных органов и систем при помощи индекса повреждения (ИП) Scleroderma Clinical Trials Consortium Damage Index (SCTC-DI) на российской когорте больных системной склеродермией (ССД).

**Материалы и методы.** Было проведено поперечное исследование, включившее в анализ 120 больных ССД: 102 (85%) женщины и 18 (15%) мужчин с медианой (Me) возраста 49,5 [37; 60] лет. Диагноз системной склеродермии соответствовал классификационным критериям прогрессирующего системного склероза (ACR/EULAR, 2013). На момент оценки ИП Me длительности заболевания составляла 93 [45; 189] мес, Терапия ССД была представлена пероральными системными глюкокортикоидами (ГК) у 110 (91,7%) пациентов с Me дозы 10 [5; 10] мг в сутки (по преднизолону), у 109 (90,8%) – иммуносупрессантами, у 56 (46,7%) – ритуксимабом.

У всех больных был оценен статус повреждения различных органов и систем при помощи ИП SCTC-DI, предложенного в 2019 году международной группой исследователей [1]. Было оценено повреждение скелетно-мышечной системы и кожи (наличие контрактуры мелких и крупных суставов, признаков синдрома Шегрена, проксимальной мышечной слабости и кальциноза), сосудистые изменения (наличие дигитальных язвочек, дигитальной ампутации), повреждение желудочно-кишечного тракта (наличие гипотонии пищевода, стриктуры пищевода, симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эктазии антральных сосудов желудка, псевдо-непроходимости кишечника, низкого индекса массы тела), повреждения легких (наличие умеренного или тяжелого интерстициального поражения легких, ФЖЕЛ<70%, зависимости от кислорода), повреждения сердечно-сосудистой системы (наличие легочной артериальной гипертензии, умеренной или тяжелой дисфункции правого желудочка, заболевания миокарда, связанного с ССД, умеренного или выраженного перикардального выпота), повреждения почек (наличие склеродермического почечного криза в анамнезе, в том числе осложненного стойкой почечной недостаточности). Максимальный возможный счет ИП согласно SCTC-DI 55 баллов.

Статистическая обработка данных включала в себя описание количественных переменных при помощи Me с указанием нижнего и верхнего квартиля; качественных переменных – с указанием абсолютного количества и доли объектов в выборке, имеющих изучаемый признак; использования коэффициента корреляции Спирмена ( $r_{\{s\}}$ ) и U-критерия Манна-Уитни. Различия показателей считались статистически-значимыми при уровне  $p<0,05$ .

**Результаты.** Me максимального счета ИП составила 6 [3; 10] баллов. При этом повреждение скелетно-мышечной системы и кожи наблюдалось у 80 (66,7%) пациентов (Me счета – 3 [0; 4] балла), у 50 (41,7%) – сосудистые изменения (Me счета – 0 [0; 2] балла), у 98 (81,7%) – повреждение желудочно-кишечного тракта (Me счета – 1 [1; 2] балла), у 46 (38,3%) – повреждение легких (Me счета – 0 [0; 2] балла), у 36 (30%) – повреждение сердечно-сосудистой системы (Me счета – 0 [0; 2] балла), у 6 (6%) – повреждение почек (расчет Me счета неприменим).

Максимальный счет ИП SCTC-DI не зависел от возраста ( $r_{\{s\}}=0,145$ ;  $p=0,113$ ) и длительности заболевания ( $r_{\{s\}}=-0,037$ ;  $p=0,686$ ). Ме максимального счета не отличалась у пациентов, принимающих иммуносупрессанты ( $p=0,671$ ), однако статистически значимо отличалась у пациентов, принимающих системные ГК, от тех, кто их на момент обследования не принимал ( $p=0,013$ ), при этом показатели максимального счета были выше у пациентов, принимающих ГК ( $r_{\{s\}}=0,228$ ,  $p=0,012$ ) и слабо прямо коррелировали с дозой препарата ( $r_{\{s\}}=0,208$ ;  $p=0,023$ ). Кроме того, максимальный счет ИП статистически-значимо был выше у пациентов получающих терапию ритуксимабом, по сравнению с теми кто его не получал ( $r_{\{s\}}=0,308$ ;  $p<0,001$ ).

**Выводы.** Наибольший вклад в итоговый счет ИП SCTC-DI был обусловлен наличием у больных повреждения скелетно-мышечной системы и кожи, а также желудочно-кишечного тракта. Наибольший максимальный счет ИП ассоциировался с наличием на момент обследования терапии ГК и ритуксимабом, что, вероятно, обусловлено назначением такой терапии более тяжелым пациентам.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Багрий А.Э.<sup>1</sup>, Щукина Е.В.<sup>1</sup>, Никулин И.Ю.<sup>2</sup>,  
Михайличенко Е.С.<sup>1</sup>, Совпель Я.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное  
медицинское объединение,  
Донецк

**Актуальность.** Панкреатогенный сахарный диабет (СД-П) представляет собой актуальную мультидисциплинарную проблему, многие аспекты которой требуют дальнейшего изучения. Среди них важное место занимают вопросы сахароснижающей терапии.

**Цель исследования.** Изучить эффективность и безопасность применения метформина в качестве компонента сахароснижающей терапии у больных с СД-П.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 73 больных с СД-П (59 мужчин и 14 женщин в возрасте  $54,9\pm 9,4$  лет), среди них в 48 случаях СД-П развился после эпизода острого, и в 25 – в результате хронического панкреатита. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1C) составил  $9,6\pm 2,3\%$ , уровни гликемии натощак –  $13,6\pm 3,7$  ммоль/л. Длительность анамнеза поражений поджелудочной железы –  $2,8\pm 1,3$  года. Ранее сахароснижающую терапию больные не получали. Всем рекомендовали соблюдение стандартных изменений образа жизни, прием панкреатических ферментных препаратов. В группе А ( $n=22$ ) в

качестве сахароснижающих применялись препараты инсулина, в группе Б ( $n=25$ ) всем назначали метформин в начальной дозе 1000 мг/сут (подбор дозы осуществлялся с учетом переносимости и уровней гликемии), а при уровнях HbA1C  $>8\%$  и гликемии натощак  $>10$  ммоль/л к нему добавляли препараты инсулина. Продолжительность наблюдения составила  $10,6\pm 2,7$  мес. Статистическую обработку проводили с применением пакета Statistica for Windows release 4,3 (StatSoft, Inc.1993).

**Результаты.** Переносимость лечения была удовлетворительной, в обеих группах больные завершили исследование без необходимости отмены назначенной терапии. В группе Б при завершении периода наблюдения средняя доза метформина составила  $1627\pm 219$  мг. Исходно сахароснижающее лечение в виде монотерапии было назначено 17 из 39 (43,5%) больных этой группы, что обеспечило адекватный контроль гликемии в 10 случаях, в 7 – потребовалось добавление препаратов инсулина. Средние уровни HbA1C снизились в группе А с  $9,9\pm 1,9$  до  $8,7\pm 1,6\%$ , в группе Б – с  $9,5\pm 1,8$  до  $8,2\pm 1,4\%$ , различия по сравнению с исходными величинами в обеих группах и финальными значениями между группами достоверны,  $p<0,05$ . В группе Б в сравнении с группой А доля лиц, у которых были достигнуты целевые уровни HbA1C, оказалась достоверно выше: 58,8% vs 32,3%,  $p<0,05$ . Кроме того, добавление метформина к препаратам инсулина в группе Б дало возможность уменьшить дозу инсулина на  $\geq 20\%$  в сравнении с исходной у 36,4% больных. В течение периода наблюдения у 4 (10,3%) больных группы Б и у 8 (23,5%) лиц группы А имели место рецидивы панкреатита, различия достоверны,  $p<0,05$ .

**Выводы.** Применение метформина при СД-П в качестве монотерапии и в сочетании с препаратами инсулина удовлетворительно переносилось, способствовало улучшению контроля гликемии, предоставляло возможность снижения доз инсулина и ассоциировалось с уменьшением частоты рецидивов панкреатита, что мотивирует более широкое применение метформина у больных с СД-П.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СУСТАВОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ

Багрий А.Э., Стефаненко Е.Р., Стефаненко А.В.  
Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,  
Донецк

**Актуальность.** Недифференцированный артрит (НДА) – воспалительное заболевание суставов, не соответствующее на момент наблюдения классификационным критериям определенных нозологических форм.



НДА может служить первичным диагнозом раннего ревматоидного артрита (РА) или суставного синдрома на период уточнения диагноза. Исследование РА-ДИКАЛ показало, что диагноз НДА устанавливается 33-36% пациентов с впервые возникшем артритом, а 33-50% НДА эволюционирует в РА.

**Цель.** Изучить возможности ультразвукового исследования (УЗИ) суставов у больных с НДА, с целью выявления больных в группе риска развития РА.

**Материалы и методы.** Обследовано 45 больных с НДА. Из них мужчин – 12 (26,6%), женщин – 33 (73,3%), средний возраст пациентов на момент исследования составлял  $35 \pm 1,85$  лет. Во всех случаях диагноз НДА был обусловлен недостаточным количеством классификационных критериев РА ACR/EULAR 2010 г. У всех пациентов отсутствовали серологические критерии ревматоидного артрита: уровень С-реактивного белка составлял  $12,2 \pm 0,68$  мг/л, СОЭ –  $27,8 \pm 0,83$  мм/ч, ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у всех пациентов были в пределах нормативных значений. При этом на боль в коленных суставах жаловались – 94,2% пациентов, боль в мелких суставах кистей рук беспокоила – 31,4% обследуемых, скованность в мелких суставах кистей в утренние часы беспокоила 24,9% пациентов, на артралгии мелких суставов стоп жаловались 14,4% пациентов, еще 3,5% испытывали боль и скованность в лучезапястных суставах. Длительность симптомов в среднем составляла  $6,3 \pm 2,1$  недель.

Всем пациентам был выполнен ревматологический скрининг на ультразвуковом аппарате SonoScape S20 Pro (с каналом доплера) с использованием линейного датчика 7,5 МГц, 40 мм. Исследовали плечевые, локтевые, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы, а также коленные, голеностопные, тазобедренные, плюснепредплюсневые, плюснефаланговые и межфаланговые суставы. Оценивали наличие синовита, степень выраженности субсиновальной васкуляризации и наличие эхопризнаков энтезита. Оценку проводили в В-режиме и режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) согласно критериям OMERACT 2020 г.

**Результаты.** Эхопризнаки синовита в 2-5 пястно-фаланговых суставах наблюдались у 45,7% пациентов, эхопризнаки симметричного синовита в лучезапястных суставах были обнаружены у 60,5% пациентов, синовит коленных суставов визуализировался у 85,7% пациентов. У 15 (42,8%) пациентов были зафиксированы эхопризнаки плантарного фасциита, у 1 пациента имели место эхопризнаки теносиновита локтевого разгибателя запястья. На данном этапе развития патологического процесса костные эрозии по данным УЗИ были зафиксированы у 1 пациента. Эхопризнаки активного синовита более чем в 10 суставах наблюдались у 16 из 35 пациентов – 45,7%, из них – у 14 (87,5%) пациентов через полгода проспективного наблюдения развился серопозитивный РА, при этом среди 19 пациентов без множественности поражения серопозитивный РА развился у 2

пациентов (10,5%). 31,2% пациентов не жаловались на боль в суставах, в которых был обнаружен синовит.

**Выводы.** Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что для развития РА у пациентов с НДА самым специфичным УЗ-признаком была множественность поражения (обнаружение синовита более, чем в 10 суставах), даже при отсутствии клинических проявлений синовита в данных суставах. Полученные результаты подтверждают данные литературы, что 30-50% НДА трансформируется в РА. Согласно результатам исследования, неблагоприятным прогностическим признаком было обнаружение синовита в мелких суставах кистей рук, даже при отсутствии субъективных жалоб пациентов на боль и скованность в данных суставах. Следовательно, можно сделать вывод, что УЗИ на доклиническом этапе развития РА, может быть использовано, как метод диагностики трансформации НДА в РА.

## НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**Байрамова С.С., Цыганкова О.В., Николаев К.Ю.**

Научно-исследовательский институт терапии  
и профилактической медицины – филиал  
Института цитологии и генетики  
Сибирского отделения Российской академии наук,  
Новосибирск

**Цель.** Оценка уровня прокальцитонина, определенного новым полуколичественным экспресс-тестом как биомаркера, ассоциированного со степенью тяжести внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы.** Было включено 123 пациента (серия случаев), госпитализированных в стационар по поводу внебольничной пневмонии (ВП) и не получивших антибактериальную терапию на амбулаторном этапе. В первые 24 часа с момента госпитализации всем пациентам проведены сбор анамнеза и физикальное обследование, выполнен общий анализ крови, биохимический анализ крови, электрокардиография, рентгенографическое исследование органов грудной полости. Также в первые сутки госпитализации и до начала антибактериальной терапии всем исследуемым определено значение прокальцитонина (ПКТ) плазмы при помощи нового иммунохроматографического полуколичественного экспресс-теста (ПКТ ЭТ; «Прокальцитонин Тест» научно-производственное объединение «БиоТест», Россия); интерпретация результатов осуществлялась по интенсивности окрашивания тестовой полосы (диапазон градуировки полос ПКТ ЭТ от 0 до 10 нг/мл). Показатели <0,5 нг/мл расценивались как отрицательные, диапазон

$\leq 0,5$  и  $< 2$  нг/мл как «пограничные», высокими считались значения экспресс-теста  $\leq 2$  и  $< 10$  нг/мл, очень высокими –  $\geq 10$  нг/мл. Наряду с ПКТ ЭТ определялась количественная концентрация ПКТ в плазме методом твердофазного иммуноферментного анализа («Прокальцитонин ИФА-Бест»). Оценка степени тяжести внебольничной пневмонии и принятие решения относительно места лечения пациента рассчитывались по шкале CRB-65. Исходя из степени тяжести состояния, определенной на основании комплексной клинико-лабораторной оценки, в том числе данных рентгенографии, показателей общего анализа крови, биохимических параметров, с учетом набранных баллов по шкале CRB-65, пациенты были разделены на две группы: госпитализированные в профильное пульмонологическое отделение ( $n=117$ ) и в ОРИТ ( $n=6$ ). Группа пациентов, находящихся в профильном отделении, состояла из 61 (52,1%) женщины и 56 (47,9%) мужчин, средний возраст  $49,1 \pm 21,1$  лет. Группа пациентов, маршрутизированных в ОРИТ, состояла из 4 (66,7%) женщин и 2 (33,3%) мужчин, средний возраст  $55,7 \pm 17,5$  лет.

**Результаты.** Обнаружено, что для больных с ВП, госпитализированных в профильное отделение, были характерны отрицательные и пограничные значения ПКТ ЭТ: показатели ПКТ ЭТ  $< 0,5$  нг/мл зафиксированы у 70,1% пациентов, уровни в диапазоне от  $\geq 0,5$  до  $< 2$  нг/мл наблюдались у 21,4% ( $p=0,001$ ). Для пациентов с ВП, маршрутизированных в ОРИТ, характерными оказались положительные значения (ПКТ ЭТ  $\geq 2$  нг/мл) – 83,3%, показатели  $\geq 2$  нг/мл, но  $< 10$  нг/мл – 16,7%, а значения более  $\geq 10$  нг/мл у 66,7% больных ( $p=0,001$ ). Показатели количественного ПКТ были значительно выше среди пациентов с тяжелой ВП, находящихся в ОРИТ, относительно тех, кто лежал в пульмонологическом отделении – 10,80 [4,21; 61,63] и 0,14 [0,09; 0,67] нг/мл ( $p=0,003$ ). Таким образом, значительное повышение ПКТ ЭТ прямо ассоциировано со степенью тяжести ВП.

Для определения диагностической значимости нового полуколичественного ПКТ ЭТ в детекции тяжелых ВП использовался ROC-анализ. Для ПКТ ЭТ  $\geq 2$  нг/мл в отношении тяжелой пневмонии оптимальная чувствительность составила 83,3%, специфичность – 91,5%, площадь под ROC-кривой составила 0,87. Диагностическая значимость оценена как очень хорошая.

При проведении корреляционного анализа по Спирмену в группе пациентов, получающих лечение в профильном отделении, выявлены значимые положительные связи уровня ПКТ ЭТ с частотой сердечных сокращений ( $r=0,234$ ,  $p=0,011$ ); частотой дыхательных движений ( $r=0,273$ ,  $p=0,003$ ); степенью дыхательной недостаточности ( $r=0,289$ ;  $p=0,002$ ) и количеством баллов по шкале CRB-65 ( $r=0,264$ ;  $p=0,004$ ), а также отрицательные корреляции с уровнем сатурации ( $r=-0,349$ ,  $p=0,001$ ), общим белком ( $r=-0,211$ ;  $p=0,022$ ) и альбумином ( $r=-0,221$ ;  $p=0,017$ ).

**Выводы.** Показатели нового полуколичественного ПКТ ЭТ, определенные в первые сутки у пациентов с ВП, не получавших ранее антибактериальную терапию, выше у пациентов, находившихся в ОРИТ по сравнению с больными, получающими лечение в

профильном пульмонологическом отделении. Прямая ассоциация высоких уровней ПКТ ЭТ с клинико-лабораторными маркерами степени тяжести ВП может способствовать выбору верной маршрутизации пациентов в рамках лечебно-профилактического учреждения. Значения ПКТ ЭТ  $\geq 2$  нг/мл могут рассматриваться как одно из показаний для перевода пациента в ОРИТ.

## НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС - ТЕСТ НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И ПРИ ЕЕ ОТСУТСТВИИ

**Байрамова С.С., Цыганкова О.В., Николаев К.Ю.**

Научно-исследовательский институт терапии  
и профилактической медицины – филиал  
Института цитологии и генетики

Сибирского отделения Российской академии наук,  
Новосибирск

**Цель.** Оценить диагностическую значимость нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин у больных с внебольничной пневмонией в зависимости от наличия или отсутствия гипергликемии на момент поступления в стационар.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 123 пациента (серия случаев), госпитализированных в стационар по поводу внебольничной пневмонии (ВП) и не получавших антибактериальную терапию на амбулаторном этапе. В первые 24 часа с момента госпитализации всем пациентам проведены сбор анамнеза и физикальное обследование, выполнен общий анализ крови, биохимический анализ крови, электрокардиография, рентгенографическое исследование органов грудной полости. Также в первые сутки госпитализации и до начала антибактериальной терапии всем исследуемым определено значение прокальцитонина (ПКТ) плазмы при помощи нового иммунохроматографического полуколичественного экспресс-теста (ПКТ ЭТ; «Прокальцитонин Тест» научно-производственное объединение «БиоТест», Россия). Реагент представляет собой пластиковую планшету прямоугольной формы, содержащую иммунохроматографическую экспресс-тест-полоску. Материалом для исследования служили плазма крови и цельная кровь. Интерпретация результатов осуществлялась по интенсивности окрашивания тестовой полосы (диапазон градуировки полос ПКТ ЭТ от 0 до 10 нг/мл). Показатели  $< 0,5$  нг/мл расценивались как отрицательные, диапазон  $\geq 0,5$  и  $< 2$  нг/мл как «пограничные», высокими считались значения экспресс-теста  $\geq 2$  и  $< 10$  нг/мл, очень высокими –  $\geq 10$  нг/мл. Время выхода на устойчивые показатели 30 минут.

Наряду с ПКТ ЭТ определялась количественная концентрация ПКТ в плазме методом твердофазного иммуноферментного анализа («Прокальцитонин ИФА-Бест»). Из всех обследованных пациентов 36 человек (средний возраст 56 [32; 75,75] лет) имели высокие значения гликемии различной этиологии (согласно федеральным клиническим рекомендациям «Сахарный диабет 2 типа у взрослых» от 2019 г.) Группу сравнения составили 87 пациентов, возраст 44 [32; 63] лет, не имевшие нарушений углеводного обмена. Уровни глюкозы плазмы у пациентов с гипер- и эугликемией составили 10,3 [6,5; 14,7] и 5,2 [4,8; 5,8] ммоль/л, соответственно ( $p=0,001$ ). Пациентки с гестационным диабетом в исследование не включались.

**Результаты.** Пациенты с ВП и сопутствующей гипергликемией имели более высокие значения индекса массы тела 29,9 [25,3; 31,7] ( $p=0,001$ ), частоты дыхательных движений 18 [17; 18] ( $p=0,044$ ), сатурации 94 [93; 95] ( $p=0,002$ ), креатинина 85,0 [75,0; 107,5] ( $p=0,044$ ), и, ожидаемо, гликированного гемоглобина 8,7 [6,1; 10,1] ( $p=0,001$ ), чем пациенты без нарушений углеводного обмена. В группе пациентов без нарушений углеводного обмена данные показатели имели следующие значения: индекс массы тела составил 25,4 [23,1; 29,1], частота дыхательных движений 17 [17; 18], сатурация 96 [94; 97], креатинин 72,0 [64,0; 82,5], гликированный гемоглобин 5,3 [4,6; 5,9]. Установлено, что для больных с ВП с гипергликемией характерен коморбидный фон – у них чаще встречались такие заболевания как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность с превалированием более высокого функционального класса и стадии, также снижение скорости клубочковой фильтрации до 30-60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и печеночная дисфункция. В группе пациентов с ВП и сопутствующей гипергликемией, относительно лиц с эугликемией, положительные результаты ПКТ ЭТ ( $\geq 0,5$  нг/мл) регистрировались в 3,6 раз чаще – в 66,7% и в 18,4% соответственно ( $p=0,001$ ) и в 6,5 раз чаще встречались очень высокие показатели ПКТ ЭТ – в 22,2% и в 3,4% ( $p=0,001$ ). Напротив, для группы без углеводных нарушений характерны отрицательные значения ПКТ ЭТ ( $< 0,5$  нг/мл), которые были зафиксированы у 81,6% пациентов с ВП. Количественное содержание ПКТ в крови оказалось значительно выше (в 8 раз) у больных ВП в сочетании с гипергликемией – 0,8 [0,3; 12,8] и 0,1 [0,9; 0,7] нг/мл ( $p=0,001$ ), чем в группе сравнения. В группе пациентов с ВП и сопутствующей гипергликемией дополнительно обнаружены положительные связи средней и сильной степени ПКТ ЭТ с уровнями лейкоцитов, скоростью оседания эритроцитов, концентрацией креатинина, и отрицательные – с показателями эритроцитов и фибриногена. У обследованных пациентов с ВП с эугликемией выявлены отрицательные корреляционные связи между ПКТ ЭТ с показателями общего белка, альбумина, калия и натрия.

**Выводы.** В условиях реальной клинической практики у пациентов с ВП и гипергликемией были чаще зафиксированы положительные и очень высокие значения ПКТ, определенного с помощью нового экспресс-метода.

## ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К МЕТФОРМИНУ В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

**Баранов В.Л., Шорохова П.Б.**  
Северо-Западный государственный  
медицинский университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

Исследования в области фармакогенетики метформина убедительно продемонстрировали, что значительная вариабельность индивидуального ответа на препарат может быть обусловлена полиморфизмом множества генов. Первоначально в центре внимания находились генетические полиморфизмы, определяющие особенности фармакокинетики метформина. Несколько позже появились работы по оценке клинического значения полиморфных вариантов генов, влияющих на фармакодинамику данного препарата. В последние годы все чаще предпринимаются попытки суммировать полученные данные для определения индивидуального генетического «портрета» пациента, у которого можно прогнозировать оптимальный ответ на метформин.

**Цель исследования.** Изучить влияние полиморфных вариантов rs622342 A>C гена SLC22A1 и rs7903146 C>T гена TCF7L2 на восприимчивость к терапии метформином в когорте пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (СД2).

**Материалы и методы.** В исследование включено 53 пациента (женщин – 56,6%, мужчин – 43,4%) с впервые диагностированным СД2, не получавших ранее терапии пероральными сахароснижающими препаратами и не имеющих противопоказаний к назначению метформина. Медиана возраста составила 54 [50; 58] года, медиана ИМТ – 31,8 [30,1; 34,8] кг/м<sup>2</sup>. Всем участникам исследования в качестве исходного антидиабетического лекарственного средства (ЛС) был назначен метформин в стандартной начальной дозе. Наряду с общеклиническим обследованием у всех больных исходно и через 6 месяцев лечения определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы крови натощак и постпрандиально, оценивали динамику ИМТ. При сохранении выраженной гипергликемии на фоне стартовой терапии дозу препарата титровали или назначали комбинацию сахароснижающих ЛС. Клинические результаты проводимой фармакотерапии анализировали через 6 месяцев: повторно исследовали вышеуказанные показатели углеводного обмена; оценивали долю пациентов, достигших индивидуальных целевых значений уровня HbA1c при монотерапии метформином; число пациентов, у которых потребовалось назначение комбинации антидиабетических ЛС ввиду того, что монотерапия оказалась малоэффективной. Генотипирование полиморфизмов SLC22A1 rs622342 (A>C) и



TCF7L2 rs7903146 (C>T) производилось методом ПЦР в режиме реального времени с использованием соответствующих наборов реагентов. На заключительном этапе исследования проводилось сопоставление подгрупп пациентов с различными аллельными вариантами изучаемых генов по выраженности ответа на терапию метформином. Обработка полученных данных осуществлялась с применением непараметрических методов статистического анализа. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . Соответствие равновесию Харди – Вайнберга оценивали с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты и обсуждение.** По результатам генотипирования среди 53 больных с впервые выявленным СД2 30 пациентов имели генотип AA гена SLC22A1 и 23 человека являлись носителями полиморфизма rs622342 (AC и CC генотипы); «дикий» тип гена TCF7L2 идентифицирован у 34 пациентов, носителями минорного аллеля T по полиморфизму rs7903146 являлись 19 больных. Распределение аллелей и генотипов соответствовало уравнению Харди-Вайнберга. Через 6 месяцев от начала терапии метформином установлено достоверное снижение уровня гликемии натощак и HbA1c у всех больных с впервые выявленным СД2 ( $p < 0,05$ ). Однако, целевого уровня HbA1c в подгруппе носителей полиморфизма rs622342 достигли только 39,1% пациентов, тогда как среди пациентов с «диким» типом гена SLC22A1 стойкая компенсация углеводного обмена наблюдалась у 66,7% больных. Расчет отношения шансов показал, что риск отсутствия ответа на метформин у носителей полиморфного аллеля C в гомоили гетерозиготном состоянии выше, чем у больных с генотипом AA (ОШ=3,4; 95% ДИ от 1,5 до 7,9;  $p = 0,004$ ). При этом, 16,6% больных без полиморфизма rs622342 была назначена комбинация сахароснижающих препаратов ввиду сохраняющейся гипергликемии, тогда как в подгруппе носителей минорного аллеля C такая необходимость возникла у 56,5% пациентов ( $p < 0,01$ ). Носительство полиморфизма в гене TCF7L2 статистически значимо не сказалось на числе пациентов, достигших целевого уровня HbA1c через 6 месяцев монотерапии метформином. Анализ динамики основных показателей гликемического контроля позволил сделать выводы о том, что в группах пациентов с различными аллельными вариантами гена TCF7L2 метформин демонстрировал сопоставимый антигипергликемический эффект.

**Выводы.** Определение генетических полиморфизмов SLC22A1 rs622342 и TCF7L2 rs7903146 может быть целесообразно для прогнозирования сахароснижающего эффекта метформина при инициации медикаментозной терапии у больных СД2. У пациентов с генотипом AA по полиморфному локусу rs622342 гена SLC22A1 следует ожидать более высокую восприимчивость к терапии метформином. Полиморфный вариант rs7903146 гена TCF7L2 не оказывает существенного влияния на индивидуальный ответ при применении метформина в когорте больных с впервые выявленным СД2.

## ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ (ПО ДАННЫМ ФГБНУ НИИР ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ)

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С.,  
Корогаева Т.В.

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

**Цель исследования.** Изучить факторы риска развития коморбидных инфекций (КИ) у больных спондилоартритами (SpA): анкилозирующим спондилитом (АС), псориатическим артритом (ПсА), недифференцированным спондилоартритом.

**Материал и методы.** В исследование включены 332 пациента, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Большинство из них были мужчинами ( $n = 190$ ), наиболее частыми нозологиями были АС ( $n = 206$ ) и ПсА ( $n = 98$ ). Средний возраст составил  $39,5 \pm 12,1$  года, медиана продолжительности заболевания – 9 [4; 16] лет. Пациенты получали следующую терапию: глюкокортикоиды ( $n = 108$ ), метотрексат-МТ ( $n = 180$ ), сульфасалазин ( $n = 199$ ), лефлуномид ( $n = 39$ ), генно-инженерные биологические препараты-ГИБП ( $n = 102$ ). Больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты. При необходимости дополнительную информацию получали из медицинской документации.

**Результаты.** Согласно полученным данным, продолжительность заболевания ( $> 5$  лет) ассоциировалась с развитием инфекций нижних дыхательных путей-НДП (ОШ 1,774, 95% ДИ 1,034-3,042;  $p = 0,037$ ), ЛОР-органов (ОШ 2,22, 95% ДИ 1,378-3,576;  $p = 0,001$ ), герпес-вирусных инфекций (ОШ 1,988, 95% ДИ 1,247-3,168;  $p = 0,004$ ), инфекций глаз (ОШ 2,817, 95% ДИ 1,321-6,008;  $p = 0,007$ ), инфекций кожи (ОШ 11,55, 95% ДИ 1,533-87,027;  $p = 0,018$ ). Риск развития инфекций НДП (ОШ 2,381, 95% ДИ 1,439-3,94;  $p = 0,001$ ), герпес-вирусных инфекций (ОШ 1,715, 95% ДИ 1,11-2,649;  $p = 0,015$ ) был выше у коморбидных больных. Проводимая терапия ГИБП повышала риск развития инфекций НДП (ОШ 2,018, 95% ДИ 1,221-3,335;  $p = 0,006$ ) и ЛОР-органов (ОШ 1,761, 95% ДИ 1,1-2,819;  $p = 0,018$ ), в то время как длительность терапии МТ повышала риск развития только инфекций ЛОР-органов (ОШ 2,478, 95% ДИ 1,053-5,831;  $p = 0,038$ ). Прием нескольких базисных противовоспалительных препаратов ассоциировался с развитием инфекций кожи (ОШ 2,518, 95% ДИ 1,044-6,076;  $p = 0,04$ ). Риск кишечных инфекций был выше у пациентов, принимавших ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ОШ 35,575, 95% ДИ 1,982-638,409;  $p = 0,015$ ). У 27% больных SpA развитие КИ потребова-

ло отмены проводимой терапии, у 138 человек развилось обострение СпА после перенесенной КИ.

**Выводы.** В нашем исследовании продемонстрирована взаимосвязь между продолжительностью ревматического заболевания, коморбидной патологией, проводимой терапией и риском развития отдельных КИ у больных СпА. Полученные данные позволяют оптимизировать стратегию мониторинга и профилактики КИ у больных СпА, имеющих соответствующие факторы риска, что может повысить эффективность лечения.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-ГЛУТАМИЛ-ТРИПТОФАНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Барышникова Н.В., Успенский Ю.П.,  
Фоминых Ю.А.

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

**Цель.** Оценить влияние альфа-глутамил-триптофана, порошка для приготовления геля, в восстановлении анатомо-функциональных показателей слизистой оболочки желудка у больных хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным атрофическим гастритом (ХАГ).

**Материалы и методы.** Проведено двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование в параллельных группах в трех лечебных центрах. Обследовано 116 пациентов (средний возраст  $58,1 \pm 0,8$ ) с установленным диагнозом ХАГ, ассоциированный с *H. pylori*. Пациенты рандомизировались в 2 группы в соотношении 1:1: основная группа больных после эрадикации *H. pylori* принимала альфа-глутамил-триптофан 2 раза в день в течение 28 дней; группа сравнения – плацебо по аналогичной схеме. Всем пациентам до и после проводимого лечения выполнялось гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, анализ крови с помощью комплекса «Гастропанель», суточная рН-метрия (аппарат «Гастроскан-24») с оценкой минимального значения рН, среднего значения рН, индекса агрессивности (ИА) и индекса кислотности (ИК). На всех этапах проведения исследования проводилась оценка нежелательных явлений. Для проведения статистического анализа был использован пакет статистических программ «Statistica 12.0 for Windows».

**Результаты.** На фоне приема альфа-глутамил-триптофана по сравнению с плацебо отмечено статистически значимые изменения: 1. увеличение коли-

чества желез на  $1 \text{ мм}^2$  слизистой оболочки желудка ( $p=0,013$ ); 2. снижение количества клеток воспалительной инфильтрации на  $1 \text{ мм}^2$  слизистой оболочки желудка: уменьшение эозинофильных гранулоцитов в 3 раза, нейтрофильных лейкоцитов – в 4 раза, макрофагов – в 1,5 раза, лимфоцитов – на 28,2%, плазматических – на 29,6% ( $p<0,05$ ); 3. улучшение показателей рН-метрии: смещение в кислую сторону среднего значения рН в 1,59 раза, улучшение ИК в 2,94 раза, улучшение ИА в 1,48 раза ( $p<0,05$ ); 4. увеличение в 1,45 раза коэффициента соотношения пепсиноген I / пепсиноген II (PG I/PG II) ( $p<0,05$ ).

В исследовании было зарегистрировано 45 нежелательных явлений (НЯ). Из них 20 – на фоне приема исследуемого препарата, 12 – на фоне приема плацебо, остальные возникли до назначения исследуемых препаратов. Межгрупповое сравнение количества НЯ, выявленных в период приема исследуемого препарата и плацебо, не выявило статистически значимых различий ( $\chi^2=1,55$ ;  $p=0,2125$ ) в количестве НЯ в исследуемых группах, что является основанием для оценки препарата Регастим Гастро (альфа-глутамил-триптофана), как безопасного. С учетом совокупности полученных эффектов соотношение польза/риск так же является благоприятным.

**Выводы.** Альфа-глутамил-триптофан обладает регенераторным и противовоспалительным эффектом, улучшает кислотообразующую и пепсинообразующую функции желудка, способствует восстановлению анатомо-функциональных параметров слизистой оболочки желудка при ХАГ. Назначение его пациентам с атрофическим гастритом, как *H. pylori* (+), так и *H. pylori* (-) с целью уменьшения фактора воспаления и стимуляции репарации слизистой оболочки желудка может быть рекомендовано как средство профилактики рака желудка.

## ДИНАМИКА ОБРАЗОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ НА ФОНЕ РЕАКТИВНОГО СИНОВИТА

Бедина С.А.<sup>1,2</sup>, Мозговая Е.Э.<sup>1</sup>, Спицина С.С.<sup>1,2</sup>,  
Трофименко А.С.<sup>1</sup>, Мамус М.А.<sup>1</sup>, Загороднева Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной ревматологии  
имени А.Б. Зборовского,  
<sup>2</sup>Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

Остеoarthritis (OA) – часто диагностируемое заболевание опорно-двигательного аппарата. В настоящее время общепризнано, что в патогенезе заболевания

и его прогрессировании существенную роль играют врожденные, а также адаптивные иммунологические механизмы, запускающие воспалительные и метаболические процессы, приводящие к развитию хронического воспаления и разрушению тканей суставов.

**Цель исследования.** Изучить влияние реактивного синовита на динамику образования внеклеточных ловушек нейтрофилами у больных ОА.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Международной медицинской ассоциации, и рекомендациями по этике биомедицинских исследований. Циркулирующие нейтрофилы периферической крови выделяли методом одноэтапного центрифугирования в ступенчатом градиенте йогексола в оригинальной модификации с плотностью верхнего и нижнего слоев: 1080 кг/м<sup>3</sup> и 1090 кг/м<sup>3</sup>, соответственно. Клеточную фракцию нейтрофилов отбирали из нижней интерфазы, на границе градиентов. Качественный состав фракций оценивали с помощью микроскопии стандартных мазков, окрашенных по методу Май-Грюнвальда, жизнеспособность клеток – методом исключения трипанового синего, степень активации – с помощью стандартного теста с нитросиним тетразолием. В качестве индуктора образования NETs применяли раствор форбол-12-миристан-13-ацетата (ФМА). Визуализацию спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек производили методом флуоресцентной микроскопии (длина волны возбуждения 485 нм, эмиссии – 535 нм) после инкубации нейтрофилов в 100 мкл 1,25 мкМ SYBR Green в течение 10 минут. За NETs принимали четко определяемые, расположенные внеклеточно сетчатые структуры, превышающие размер интактных гранулоцитов. Результат выражали в процентах, как относительное количество нейтрофилов с внеклеточными ловушками на 100 сосчитанных лейкоцитов при визуализации в образце не менее 200 клеток. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием программы «STATISTICA 10.0» для Windows.

**Результаты и обсуждение.** В исследование вошли: 31 (24 женщины и 7 мужчин, средний возраст – 50,4±1,7 лет) больной с верифицированным диагнозом ОА и 30 (9 мужчин и 21 женщина) условно здоровых лиц. На момент включения в исследование все больные находились в стадии ремиссии. При последующих визитах (через 3, 8 и 12 месяцев после включения в исследование) у 23 (74,2%) больных отмечалось обострение ОА с развитием синовита. Данные больные сформировали группу больных ОА с синовитом. В процессе эксперимента 3 больных из-за отказа от дальнейшего участия в исследовании выбыли: 1 – на втором визите и 2 – на третьем.

Полученные в ходе исследования нейтрофильные фракции больных ОА и здоровых лиц, характеризовались высокими показателями чистоты и жи-

вности и имели низкий процент примесей, активированных и нежизнеспособных клеток. Средняя доля нейтрофилов со спонтанным ловушкообразованием при ОА в состоянии ремиссии была существенно выше по сравнению со здоровыми лицами ( $p=0,012$ ). Применение ФМА-индуктора сопровождалось значительным повышением способности нейтрофильных фракций к образованию внеклеточных ловушек у больных ОА в ремиссии ( $p<0,001$ ). Обострение ОА с развитием синовита демонстрировало дальнейший рост числа нейтрофилов, генерирующих ловушки, как в процессе спонтанного, так и в процессе ФМА-индуцированного нетоза ( $p<0,0001$  для всех случаев). У больных ОА в обострении доля спонтанного и индуцированного образования NETs значительно выше, чем при ОА в ремиссии ( $p<0,001$  для всех случаев). Темп прироста спонтанного образования ловушек выше индуцированного в 3,74 раза, и составил 146,3% и 39,1%, соответственно.

**Выводы.** В ходе нашего исследования мы изучили динамику спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек циркулирующими нейтрофилами у больных ОА при переходе стадии ремиссии в фазу обострения. Результаты исследования демонстрировали рост образования внеклеточных ловушек нейтрофилов на фоне обострения заболевания, что свидетельствует о существенном влиянии реактивного воспаления на нетоз. При этом, темп прироста был значительно выше при спонтанной генерации нейтрофильных ловушек. Полученные данные могут свидетельствовать о возможном участии циркулирующих нейтрофилов через нетоз в патогенезе иммунного воспаления при ОА.

## СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: АНТИТЕЛА К КАТАЛАЗЕ КАК МАРКЕР АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бедина С.А.<sup>1,2</sup>, Емельянова О.И.<sup>1,2</sup>, Мозговая Е.Э.<sup>1</sup>,  
Спицина С.С.<sup>1,2</sup>, Трофименко А.С.<sup>1</sup>,  
Краюшкина Н.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной ревматологии  
имени А.Б. Зборовского,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

Одним из частых клинических проявлений системной красной волчанки (СКВ) является анемический синдром, распространенность которого может достигать 80%. В большинстве случаев СКВ анемический синдром имеет полиэтиологический характер.



Несмотря на то, что в настоящее время уже известны многочисленные причины развития анемии при СКВ, процессы, сопровождающие развитие анемического синдрома выяснены не полностью.

**Цель исследования.** Изучить активность каталазы, концентрацию антител к каталазе в сыворотке крови и зависимость развития анемического синдрома у больных СКВ от уровня антител к каталазе.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 35 больных СКВ, из них 33 женщины и 2 мужчин, средний возраст – 32,7 лет. В референтную группу вошли 30 (3 мужчин и 27 женщин) здоровых лиц, средний возраст 35,6 лет. Активность СКВ оценивали, основываясь на индексе Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI). У большинства больных (26 (74%)) выявлен анемический синдром, который проявлялся снижением числа эритроцитов и гемоглобина. Эти больные в основном имели II-III степень активности. В сыворотке крови активность каталазы определяли спектрофотометрически и выражали в мкКАТ/мл, антитела – иммуноферментным методом с использованием иммобилизованных гранулированных препаратов с магнитными свойствами. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20». Результаты выражали как среднее (95% доверительный интервал) (M (95% ДИ)). Статистически значимыми считали различия центральных тенденций при неперекрывающихся 95% ДИ.

**Результаты и обсуждение.** В референтной группе в сыворотке крови активность каталазы составила (M(95%ДИ): 22,28(21,38-23,18) мкКАТ/мл, уровень антител к каталазе – 0,0587 (0,0437-0,0737) е.о.п. У больных СКВ (M(95%ДИ): активность каталазы – 19,56 (18,32-20,8) мкКАТ/мл, концентрация антител к каталазе – 0,127 (0,109-0,145) е.о.п. Различия изучаемых показателей были статистически значимы у больных СКВ по сравнению со здоровыми: активность фермента была существенно ниже, а уровень антител к каталазе – выше. Проведенный корреляционный анализ выявил обратную связь средней силы между уровнем эритроцитов, гемоглобина и концентрацией антител:  $r=-0,56$ ;  $p=0,02$  и  $r=-0,61$ ;  $p=0,01$ , соответственно. Обнаруженная зависимость, по-видимому, может свидетельствовать об участии антител к каталазе в развитии анемического синдрома за счет ингибирования активности фермента, снижения ее защитной функции и стимуляции перекисного окисления липидов мембран эритроцитов, что, может приводить к разрушению эритроцитов и развитию анемии.

**Выводы.** В сыворотке крови у больных СКВ обнаружено существенное изменение активности каталазы и уровня антител к ней по сравнению со здоровыми. Концентрация антител к каталазе обратно коррелирует с количеством эритроцитов и уровнем гемоглобина, что вероятно демонстрирует возможность использования показателя концентрации антител к каталазе в качестве дополнительного маркера анемического синдрома у больных ССД.

## ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Бейлина Н.И., Газизов Р.М.

Казанская государственная медицинская академия,  
Казань

Выявление и коррекция факторов риска (ФР) и заболеваний сердечно-сосудистой системы актуальны во всех возрастных группах, особенно в гериатрической практике.

**Цель.** Выявить частоту гипертонической болезни (ГБ), ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов старше 60 лет.

**Материалы и методы.** В группах (1 гр. – пожилые – 23 жен.,  $71 \pm 0,7$  год; 10 муж.,  $69,9 \pm 1,2$  год; 2 гр. – старики – 60 жен.,  $81,7 \pm 0,5$  год; 27 муж.,  $82,4 \pm 0,7$  года; 3 гр. – долгожители – 5 жен.,  $91,8 \pm 1$  год; 4 муж.,  $93,6 \pm 0,6$  года) проведены опрос, осмотр, измерение артериального давления (АД), подсчет индекса массы по Кетле, определение глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови. Статистическая обработка: критерии Пирсона с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера (достоверная разница при  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** В 1 гр. ГБ была у 78,3% жен, в т.ч. в сочетании с др. ССЗ – 69,6% жен., сахарным диабетом (СД) – 4,3% жен., анемией – 39,1% жен.; и 100% муж., в т.ч. с др. ССЗ – 80% муж., СД – 30% муж. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была у 39,1% жен. и 40% муж. Среди ФР ССЗ: избыток массы – 47,8% жен. и 10% муж., ожирение I ст. – 26,1% жен. и 40% муж., ожирение II ст. – 4,3% жен.; повышение холестерина – 65,2% жен. и 40% муж.; повышение глюкозы – 17,4% жен. и 40% муж., снижение гемоглобина – 26,1% жен.

Во 2 гр. ГБ выявлена у 90% жен, в т.ч. в сочетании с др. ССЗ – 71,7% жен., СД – 21,7% жен., анемией – 15% жен.; и 85,2% муж., в т.ч. с др. ССЗ – 91,3% муж., СД – 13% муж., анемией – 4,3% муж. ХСН – у 31,7% жен. и 44,4% муж. Среди ФР ССЗ: избыток массы – 33,3% жен. и 44,4% муж., ожирение I ст. – 25% жен. и 11,1% муж., ожирение II ст. – 1,7% жен., ожирение III ст. – 7,4% муж.; повышение холестерина – 31,7% жен. и 55,6% муж., повышение глюкозы – 21,7% жен. и 37% муж., снижение гемоглобина – 18,3% жен. и 3,7% муж.

В 3 гр. ГБ была у 100% жен. и муж., сочеталась с др. ССЗ у 100% жен. и муж., анемией – у 60% жен. и 25% муж., ХСН – у 80% жен. и 50% муж. Среди ФР ССЗ: избыток массы у 50% муж., ожирение III ст. – 20% жен., повышение холестерина – 60% жен. и 75% муж., повышение глюкозы – 20% жен. и 25% муж., снижение гемоглобина – 100% жен. и 25% муж.

Гендерных различий в частоте ГБ, ХСН в группах по возрастам нет ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** ГБ среди пожилых выявлена у 78,3% женщин и у 100% мужчин; среди стариков – у 90% женщин и 85,3% мужчин; среди долгожителей – у всех пациентов. У значительной части пациентов имеются факторы риска ССЗ (СД, нарушения углеводного/жирового обмена, анемия). Гендерных различий в частоте ГБ, ХСН, в группах по возрастам и среди женщин нет.

## АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ФОКУС НА ФЕРРИТИН

Белая И.Е.

Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,  
Луганск

**Цель исследования.** Оценить маркеры «цитокинового шторма» при атипичной пневмонии.

**Материалы и методы.** Обследована больная К., 42 лет, которая поступила в ЛГКМБ №1 г. Луганска на 8-е сутки заболевания с диагнозом: «Подозрение на коронавирусную инфекцию, внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония, III клиническая группа, средней тяжести, ЛН II». Кроме общеклинических методов исследований, больная дополнительно обследована на ферритин, С-реактивный белок и D-димер.

**Результаты и обсуждение.** Больная поступила с жалобами на выраженную общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39°C. Общее состояние средней тяжести. Над легкими определялось укорочение перкуторного звука с обеих сторон, выслушивалось жесткое дыхание, чдд – 24 в минуту. Сатурация кислорода составила 88% в покое. Получен отрицательный результат ПЦР на РНК 2019-n CoV. Ферритин – 189 нг/мл, С-реактивный белок – 0,640 мг/л, D-димер – 679 нг ФЭЕ/мл. Повышению уровня ферритина способствует избыток железа в организме из-за повреждения коронавирусом гена гемоглобина с блокированием атома железа. Избыток ферритина в организме активирует макрофаги с последующим выделением цитокинов, которые сами стимулируют печень к выработке, в первую очередь, ферритина и С-реактивного белка. Образование D-димеров может быть связано с высокой протеолитической активностью плазмы и зависеть от разрушающихся в гнойных очагах легких нейтрофилов. Однако анализ на D-димер может быть ложноотрицательным, так как антикоагулянтная терапия уже была назначена до забора крови. В клиническом анализе крови – абсолютный моноцитоз (13%). При МСКТ органов грудной клетки (ОГК) определялись двусторонние множественные участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» (вирусная пневмония, КТ-2, с объемом поражения легких 48%). Больная получала противовирусную, противовоспалительную и антикоагулянтную терапию. К 15 дню заболевания несколько уменьшилась

одышка, однако сохранялась субфебрильная температура тела и выраженная слабость. Сатурация кислорода – 93%. В клиническом анализе крови определялись лейкоцитоз (12,9x10<sup>9</sup>/л), лимфоцитопения (9%) при относительном уменьшении моноцитов (3%) и тромбоцитоз (465x10<sup>9</sup>/л). Отмечается повышение уровня ферритина (238 нг/мл) при отсроченном увеличении С-реактивного белка более чем в 3 раза (15,6 мг/л). Более раннее повышение ферритина может быть связано как с избытком железа при повреждении гена гемоглобина, так и с тем, что СРБ синтезируется преимущественно в печени, а ферритин, кроме печени, синтезируется в легких и миокарде. При МСКТ-контроле ОГК сохранялись признаки интерстициальных изменений легких с объемом поражения легких 28%.

**Выводы.** 1. В случае отрицательного ПЦР решающее значение в постановке диагноза COVID-19 приобретает КТ ОГК. 2. Гипервоспаление при атипичной пневмонии может манифестировать активацией макрофагов (повышением уровня ферритина сыворотки крови). 3. Развитие «цитокинового шторма» с увеличением ферритина, С-реактивного белка в сочетании с лимфоцитопенией у пациентов с атипичной пневмонией может указывать на затяжной характер течения инфекционно-воспалительного процесса.

## ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Белая И.Е., Манищенко Ю.А.

Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,  
Луганск

**Цель исследования.** Изучить векторкардиографические особенности ранних этапов сердечной недостаточности при гипертонической болезни (ГБ), сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материалы и методы.** В амбулаторно-поликлинических условиях республиканской больницы №2 г. Луганска в плане диспансеризации обследовано 128 больных в возрасте от 40 до 65 лет. Средне-возрастной показатель составил 49 лет (преобладали лица мужского пола – 116 мужчин и 12 женщин). У 32 из них диагностирована ГБ II стадии, у 31 – ЯБ ДПК, у 65 больных – ГБ II, сочетанная с ЯБ ДПК. Язвенная болезнь на период обследования находилась в фазе ремиссии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (мужчин – 15, женщин – 5) в возрасте от 41 до 52 лет. Проведено электро-векторкардиографическое исследование на полиграфе МТМ-СКМ. Векторкардиограмма (ВКГ) представлена в пяти проекциях по Акулиничеву. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью компьютерной программы Statistica 6.1.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результирующей вектора Р при векторном анализе у больных с ГБ свидетельствует об уменьшении его максимальной величины в ВА2, увеличении площади петель Р в ВА1,4,5, сгущении отметок времени в конечной части петли Р в ВА2, увеличении углового расхождения QRS-Р в ВА1,4, и достоверном изменении в ВА5 (на фоне уменьшения общей площади QRS в ВА3 не выявлено его увеличения), что может подтверждать уже имеющее место повышение давления, и, возможно, начальные процессы гипертрофии задне-боковой стенки левого предсердия, передней и задней стенок правого предсердия с нарушением процессов реполяризации в указанных областях. Отмечается достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение величины максимального вектора QRS в ВА3,5, уменьшение площади петель QRS и замедление распространения возбуждения по петле QRS в области Vно в ВА2,3, что свидетельствует о ремоделировании мышцы сердца в задне-боковой стенке левого желудочка, большей частью в его базальных отделах. Увеличение углового расхождения QRS-T в ВА1,4 и достоверное изменение в ВА3,5, а также замедление распространения импульса в начальной части петли Т в ВА2, указывают на возможное нарушение процессов реполяризации в передней, задне-боковой стенке левого желудочка, а также в области верхушки и в задне-базальных отделах правого желудочка.

При ВКГ-обследовании больных с ЯБ отмечается увеличение площади петель Р в ВА2-5; угловое расхождение петель QRS-Р увеличено в ВА1,4 и достоверно изменено в ВА3,5, что может быть связано с гипертрофией задне-боковой стенки левого предсердия и задней стенки правого предсердия с нарушением процессов реполяризации в задне-боковой стенке левого предсердия, а также передней и задней стенках правого предсердия. Площадь петель QRS уменьшена в ВА2,3, угловое расхождение QRS-T увеличено в ВА1,4, и достоверно изменено в ВА5, отмечается замедление распространения импульса в области Vно в ВА2,3. Данные изменения могут указывать на ремоделирование миокарда в задне-боковой стенке левого желудочка, преимущественно в его базальных отделах, с нарушением реполяризации в области верхушки, передней и задней стенках левого желудочка, и передних и задне-базальных отделах правого желудочка. Увеличение величины максимального вектора Т, площади петель Т в ВА4,5 и увеличение скорости распространения возбуждения в начальной части петли Т в ВА4, могут проявляться на фоне ваготонии. Изменения, выявленные векторкардиографически, согласуются с изменениями на ЭКГ у большинства больных этой группы.

При исследовании электродвижущей силы сердца у больных с сочетанной патологией увеличена в ВА4,5 площадь петель Р, что чаще отмечается при наличии повышенной нагрузки на миокард предсердий, и сопровождается ремоделированием задне-боковой стенки левого предсердия и задней стенки правого предсердия. Увеличение в ВА1,4 углового расхождения QRS-Р (последнее в ВА5 достоверно изменено) может отражать нарушение процессов реполяризации в задне-

боковой стенке левого предсердия и передней и задней стенках правого предсердия. Регистрируется также уменьшение максимального вектора QRS в ВА4,5, уменьшение площади петель QRS во всех проекциях, увеличение углового расхождения QRS-T в ВА1,4, и достоверное изменение в ВА3,5, замедление распространения импульса по всей петле QRS в ВА1,2,4,5, в начальной части петли QRS в ВА3 и в области Vно в ВА2,3, что допускает наличие ремоделирования во всех отделах сердца и нарушенные процессы реполяризации в верхушке, передней, задне-боковой стенках левого желудочка, и передних и задне-базальных отделах правого желудочка.

**Выводы.** Ранние проявления сердечной недостаточности при коморбидном течении гипертонической болезни и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризуются гипертрофией миокарда предсердий и снижением биоэлектрической активности миокарда желудочков.

## СТРУКТУРА КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердовская А.Н.<sup>1</sup>, Миклаш Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская областная детская клиническая больница,  
Гродно, Беларусь

**Цель.** Проанализировать структуру кардиоревматологической патологии у детей Гродненской области.

**Методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование за период 2019-2021 гг., использованы отчеты – форма 1-дети (Минздрав РБ).

**Результаты и их обсуждение.** Распространенность кардиоревматологической патологии по данным диспансерного учета на 1.01.2022 г.: 16,2% (на 1.01.2021 г. – 15,2%; на 01.01.2020 г. – 15,5%).

Общая заболеваемость в 2021 составила 11,0, в 2020 – 10,7, в 2019 – 11,2 на 1000 детского населения. Первичная заболеваемость в 2021 – 2,3 на 1000, 2020 – 2,1 на 1000, 2019 – 2,6 на 1000 детского населения. В 2021 году по сравнению с 2020 годом произошло повышение общей (на 2,8%) и первичной (7,8%) заболеваемости детей по классу болезни органов кровообращения. Увеличение заболеваемости по классу кровообращения может быть связано с улучшением качества диагностики, выявления заболеваний на стадии начальных изменений.

На диспансерном учете по кардиоревматологическому профилю на 01.01.2022 год состоит 3419 детей.

В структуре анализируемого профиля ведущее место занимают врожденные пороки сердца (ВПС) –



49%. В 2021 количество число детей с ВПС уменьшилось на 16,1% по сравнению с 2020 годом и на 12,5% по сравнению с 2019 годом. 31,3% от всех выявленных ВПС составили дефект межпредсердной перегородки, 19% – дефект межжелудочковой перегородки, 8,4% – открытый артериальный проток, 6% – стеноз легочной артерии, 3% – стеноз клапана аорты, 2,4% – коарктация аорты, 1,7% – тетрада Фалло, 11,5% – бicuspidальный аортальный клапан, 8,8% – комбинированные, 8,2% – другие ВПС.

На 8% увеличилось количество пациентов с первичной артериальной гипертензией, преимущественно за счет лабильной.

В структуре кардиоревматологической патологии нарушения сердечного ритма не претерпели существенных изменений за анализируемые годы. Основную группу составили (52,8%) пациенты с экстрасистолией, 22,6% с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, 8,2% с эктопической пароксизмальной тахикардией.

На 11,6% выявлено больше системных заболеваний по сравнению с 2020 годом и на 10,2% по сравнению с 2019 годом. Среди системных заболеваний лидирует ювенильный идиопатический артрит – 94,7%. За 2019-2021 годы не зарегистрированы новые случаи острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Благинина И.И., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д.  
Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

Высокая частота встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) у больных анкилозирующим спондилитом (АС) трудоспособного возраста, а также негативное влияние хронического болевого синдрома (БС) на качество жизни (КЖ) пациентов определяют необходимость применения адьювантных средств, способствующих снижению выраженности боли и тем самым достижения физического, психологического и эмоционального благополучия пациентов. На сегодняшний день доказано, что дефицит витамина Д ассоциируется с плохим настроением и коррелирует с тяжестью депрессии, что дополнительно ухудшает КЖ больных и говорит о необходимости модификации терапии АС у лиц с РТДС.

**Цель исследования.** Изучить влияние препарата витамина Д на выраженность болевого синдрома и КЖ больных АС с РТДС.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 69 пациентов с АС и клиническими признаками РТДС, установленными по шкалам тревожности Тейлора и Спилбергера, и шкале депрессии Гамильтона (ШДГ). Болевой синдром и скованность в позвоночнике оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) пациентами, а врачом – подсчет числа болезненных суставов (ЧБС), индексов Bath AS disease activity index (BASDAI) и Bath AS Functional Index (BASFI). КЖ изучали по опроснику SF-36 (the Short Form-36) с вычислением показателей: ФФ – физическое функционирование, РФФ и РЭФ – ролевое физическое и эмоциональное функционирование, Б – интенсивность боли, ОЗ – общее здоровье, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, ПЗ – психическое здоровье и оценкой двух суммарных измерений: физического (РН) и психологического здоровья (МН). Средний возраст пациентов составил 43,4±7,5 лет, длительность АС 10,6±4,5 лет; BASDAI – 3,9 (3,3; 4,3); BASFI – 4,1 (3,6; 4,6). Все больные получали базисную терапию в стабильной дозе не менее 8 месяцев. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и длительности АС: 1 группа – 35 больных, которые на протяжении 6 месяцев наблюдения дополнительно получали препарат витамина Д (холекальцеферол).

**Результаты и обсуждение.** По окончании периода наблюдения при оценке данных по SF-36: в 1-й группе улучшился физический компонент здоровья – увеличение ФФ и РФФ на 51,4% и 37,8% от исходных показателей; также возросли ЖА, ПЗ и СФ, обусловленные эмоциональным состоянием, на 37,6%, 33,4% и 42,5% соответственно. Во 2-й группе (n=34) исследуемые показатели значимых изменений в динамике не претерпели. В обеих группах отмечалась тенденция к снижению уровня тревожности по шкале Тейлора. Однако, в 1-й группе достоверно снизились частота и выраженность депрессии по ШДГ (p=0,009) и личностная тревожность (p=0,03); во 2-й группе эти показатели не изменились. На фоне приема холекальцеферола BASDAI и BASFI снизились на 16% и 22% (p=0,006, p=0,0022 соответственно), а во 2-й группе динамика была менее значимой (p=0,013, p=0,015 соответственно). Также в 1-й группе наблюдалось высокодостоверное (p<0,001) снижение выраженности утренней скованности и болей в позвоночнике, а во 2-й группе они были менее значимы (соответственно p=0,043, p=0,016). По ЧБС положительная динамика в 1-й группе также была более значимой (p=0,003), чем у пациентов 2-й группы (p=0,033).

**Выводы.** Включение в схему лечения больных АС с РТДС холекальцеферола повышает эффективность базисной терапии, что выражается в уменьшении тревожности и депрессии, снижении выраженности проявлений хронического БС, и, как следствие, улучшении КЖ пациентов с данной патологией.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Блудова Н.Г., Ярцева С.В., Реброва О.А.,  
Благинина И.И., Благодаренко А.Б.  
Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

Как известно, среди множества факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа ведущая роль принадлежит дислипидемии. Поэтому адекватная гиполипидемическая является наиболее эффективным методом воздействия на сердечно-сосудистые риски у такой категории пациентов.

**Цель.** Изучить эффективность комбинированной гиполипидемической терапии с использованием розувастатина и эзетимиба (в составе препарата розулип плюс) в лечении атеросклероза у больных с СД 2 типа.

**Материалы и методы.** В исследование включены 31 пациент СД 2 типа с клиническими проявлениями атеросклероза. Средний возраст больных составил  $66 \pm 9,6$  года, давность СД –  $9,8 \pm 2,6$  года, мужчин – 18 (58%), женщин – 13 (42%). Из них 12 больных перенесли инфаркт миокарда, 11 больным проведена реваскуляризация коронарных артерий по поводу ОИМ, 3 пациентам – в связи с ХИБС, 4 пациентам произведено стентирование сонных артерий по поводу атеросклероза церебральных сосудов. Все пациенты на момент включения в исследование получали розувастатин в дозе 20 мг в сутки, или аторвастатин 40 мг в сутки в течение не менее 6 месяцев и в контроле лечения не имели целевых значений ЛПНП. За целевые значения принимались цифры ЛПНП  $< 1,4$  ммоль/л с учетом группы очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Пациенты были поделены на 2 группы: в 1 группе (12 больных) была рекомендована монотерапия розувастатином в дозе 30 мг/сутки; во 2 группе (19 больных) назначен препарат розулип плюс (розувастатин 20 мг, эзетимиб 10 мг) 1 раз / сутки. Период наблюдения составил в среднем 6,4 месяца. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Анализ показателей липидограммы больных на начало исследования показал, что уровень общего холестерина (ОХ) в среднем составлял  $4,39 \pm 0,45$  ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)  $2,08 \pm 0,28$  ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) –  $1,22 \pm 0,27$  ммоль/л, триглицеридов (ТГ) –  $1,79 \pm 0,21$  ммоль/л. При контрольном исследовании липидограммы через 6 месяцев в обеих

группах была выявлена положительная динамика. Однако, в 1 группе уровень ОХ снизился на 13,2%, тогда как во 2 группе этот показатель снизился на 23,6% ( $p < 0,05$ ), ЛПНП – на 17,1% и 25,8% соответственно ( $p < 0,05$ ). Следует заметить, что в абсолютных цифрах показатель ЛПНП достиг целевых значений только у 7 пациентов (58,3%) 1 группы, в то время как во 2 группе целевые показатели ЛПНП были достигнуты у 14 пациентов (73,6%). Уровень ЛПВП в результате лечения в 1 группе повысился на 13,4%, а во 2 группе – на 14,8% соответственно ( $p > 0,05$ ). Показатель ТГ в обеих группах существенно снижался: в 1 группе на 10,1%, во 2 группе – на 11,7% соответственно ( $p < 0,05$ ). В течение всего исследуемого периода в 1 группе у 2 пациентов на фоне повышения дозы розувастатина до 30 мг/сутки отмечалось повышение трансаминаз в среднем в 2,7 раза, что потребовало коррекции дозы, у 1 больного наблюдалось прогрессирование почечной недостаточности со снижением СКФ до 30 мл/мин, что привело к замене препарата на аторвастатин. Во 2 группе также у 2 пациентов отмечалось транзиторное повышение трансаминаз в среднем в 2,8 раза, что также потребовало коррекции дозы. В остальных случаях препарат переносился удовлетворительно.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют, что использование комбинированного гиполипидемического препарата розулип плюс в группе больных СД 2 типа очень высокого СС риска способствует значительному улучшению показателей липидного профиля, том числе в сравнении с монотерапией розувастатином в дозе 30 мг/сутки, что подтверждается более высоким процентом достижения целевых значений ЛПНП при практически одинаковой переносимости препаратов.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бобылева Т.А.<sup>1,3</sup>, Ткаченко С.Б.<sup>1</sup>,  
Бобылева И.В.<sup>2</sup>, Сурыгина С.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Российская медицинская академия непрерывного  
последипломного образования,  
Москва,

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург,

<sup>3</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Москва

**Цель исследования.** Проанализировать показатели электролитного состава крови и данные эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формой фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** Обследовано 63 мужчины с ФП. Пациенты были разделены на две группы: 1-ю группу составил 31 пациент с пароксизмальной формой ФП, 2-ю группу – 32 больных с персистирующей формой ФП. Группы были сопоставимы по возрасту. В исследование не включались больные с сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, миокардитом, со стенокардией и инфарктом миокарда, пороками сердца, ожирением. Радиометрическим методом определяли электролиты в крови. ЭХОКГ исследование проводилось по стандартной методике.

**Результаты.** Анализируя данные ЭхоКГ было выявлено, что в группах обследуемых достоверно выше нормы были только показатели объема левого предсердия (ОЛП) и индекса объема левого предсердия (ИОЛП). У пациентов 2-й группы ОЛП был достоверно больше ( $72,6 \pm 2,0$  мл) по сравнению с больными 1-й группы ( $63,2 \pm 1,2$  мл). Показатель ИОЛП у пациентов с персистирующей формой ФП также достоверно был выше  $38,5 \pm 0,8$  мл/м<sup>2</sup> по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП  $32,85 \pm 1,2$  мл/м<sup>2</sup>. У обследованных пациентов 2-й группы было выявлено, что 46,8% имели аритмологический анамнез ФП менее 3 лет и их ОЛП составил  $70,1 \pm 2,8$  мл, а ИОЛП  $36,1 \pm 1,7$  мл/м<sup>2</sup>.

Уровень электролитов в крови находился в пределах нормальных значений и достоверных различий между обследуемыми группами не выявлено. Однако отмечалась тенденция к более низким значениям уровня К<sup>+</sup> у пациентов с пароксизмальной формой ФП по сравнению с больными 2-й группы ( $4,05 \pm 0,04$  и  $4,36 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Развитие персистирующей формы ФП связано с увеличением объема левого предсердия более 70 мл и индекса объема левого предсердия более 36 мл/м<sup>2</sup>, а склонность к гипокалиемии характерна для пациентов с пароксизмальной формой ФП.

Финансовая поддержка: нет.

## ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Богдалова Л.Р.**

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

Постковидный синдром – состояние, возникшее у лиц с вероятной или подтвержденной коронавирусной инфекцией, обычно через 3 месяца от начала заболевания, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативными диагнозами. Патогенез постковидного синдрома сло-

жен, у одного пациента возможно сочетание нескольких механизмов развития.

**Цель исследования.** Изучить частоту встречаемости и структуру постковидного синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями.

**Материал и методы.** В исследование были включены 70 пациентов с ревматическими заболеваниями (19 мужчин, 51 женщина), перенесшие COVID-19 в течение последних 12 месяцев. Средний возраст пациентов составил  $48,7 \pm 11,3$  лет, средняя продолжительность ревматического заболевания составила 10,3 лет. Проведено анкетирование по тяжести перенесенной коронавирусной инфекции, сохраняющимся симптомам в постковидный период на протяжении 6 месяцев. Использованы опросники на определение индекса качества сна (PSQI), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory), проведена оценка активности заболевания (индексы активности). Ревматические заболевания были представлены ревматоидным артритом – 29 (41%), анкилозирующим спондилитом – 28 (40%); системными заболеваниями соединительной ткани – 6 (9%), системными васкулитами – 7 (10%) обследованных пациентов. Пациенты получали следующие препараты: синтетические базисные препараты 30 (42,9%) пациентов, генно-инженерные биологические препараты 16 (22,9%), ингибиторы JAK-киназ 6 (8,6%) больных.

**Результаты.** Проявления постковидного синдрома встречались у 50 (71%) пациентов, из них у 47 (67%) имелось 2 и более проявления. Постковидный синдром отмечался одинаково часто у пациентов с легкой, среднетяжелой и тяжелой формой перенесенного COVID-19. Из симптомов через 3 месяца после перенесенного COVID-19 преобладали слабость – у 50 (71%) больных, артралгии – у 33 (47%), повышение АД – у 20 (28%), одышка – у 18 (26%), тахикардия – у 8 (11,4%) пациентов. Через 6 месяцев у половины пациентов отмечалось уменьшение выраженности слабости, артралгий и одышки, однако дестабилизация АД и тахикардия оставались на прежнем уровне. Из психоэмоциональных проявлений у 20 (29%) наблюдалась умеренная депрессия, у 18 (26%) – нарушение памяти, у 22 (31%) – бессонница. Причем 90% пациентов с депрессией составили женщины. В группе пациентов на генно-инженерной терапии постковидный синдром развивался в 56% всех случаев. Проявления постковидного синдрома у пациентов, получающих ингибиторы JAK-киназ, встречались в 3 раза реже, чем у пациентов, получающих базисную терапию, к 6 месяцам после перенесенного COVID-19 отмечалось полное купирование симптомов.

**Выводы.** Более 2/3 пациентов с ревматическими заболеваниями, перенесших COVID-19, сталкиваются с постковидным синдромом. Длительность сохранения симптомов превышает 6 месяцев после инфекции у 1/3 обследованных пациентов с РЗ. По структуре про-



явлений через 3 месяца после выздоровления нет значимых различий при ревматических заболеваниях и в общей популяции: преобладают слабость, нарушения сна, одышка, снижение памяти, артралгии, артериальная гипертензия. У пациентов, получающих ГИБП и таргетную терапию, реже встречаются и быстрее купируются проявления постковидного синдрома, чем у пациентов на базисной терапии синтетическими препаратами. С учетом выявленной дестабилизации АД у пациентов с ревматическими заболеваниями целесообразно проведение оценки сердечно-сосудистых рисков у пациентов, перенесших COVID-19, для профилактики осложнений.

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

**Богданов А.Н.**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Городская больница №40,  
Санкт-Петербург

Старческая астения – ведущий гериатрический синдром, который характеризуется ассоциированным с возрастом снижением физиологического резерва и функций организма и приводит к повышенному риску заболеваемости и летального исхода. Диагностика старческой астении включает скрининг пациентов и комплексную гериатрическую оценку, результатом которой является диагностика астении и ее стадии, а также составление плана лечебных и реабилитационных мероприятий.

Для ранней диагностики старческой астении и улучшения результатов ее лечения внедряются биологические параметры: маркеры системного воспаления (С-реактивный белок, фактор некроза опухоли-альфа, интерлейкин-6), ряд лабораторных данных (гемоглобин, альбумин, скорость клубочковой фильтрации), уровень гормонов (тестостерон, дегидроэпиандростерон инсулиноподобный фактор роста, паратгормон), продуктов окислительного повреждения (конечные продукты гликирования и др.), антиоксидантов ( $\alpha$ -токоферол и др.).

Ограниченная чувствительность этих показателей обусловлена тем, что большинство из них относится к биологическим маркерам старения независимо от наличия или отсутствия старческой астении. Кроме того, большинство биомаркеров отражают состояние отдельных органов и систем, не являются предикторами прогрессирования (в частности, не позволяют дифференцировать преастению и старческую астению) и плохо коррелируют с клинически значимыми исходами (например, с инвалидностью).

Перспективными маркерами являются циркулирующие остеогенные клетки-предшественники, относя-

щиеся к популяции мезенхимальных стволовых клеток и ядерные ламины – фибриллярная сеть, которая подстилает ядерную мембрану и участвует в организации структуры хроматина (известны ламины А, В и С). Процент циркулирующих остеогенных клеток-предшественников и уровень ламина А стабильны при физиологическом старении, но неуклонно снижаются при преастении и, особенно, старческой астении, что позволяет рано выявлять эти состояния. Изучается роль протеомных индикаторов старческой астении в ряде биологических мишеней (ангиотензин, антитромбин, гаптоглобин, трансферрин, фибриноген) и роль генетической дисрегуляции.

Разработка и внедрение новых биологических критериев диагностики позволит раньше выявлять преастению и старческую астению, разрабатывать профилактические и лечебные мероприятия и снизить нагрузку на систему здравоохранения.

## КОРРЕКЦИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

**Богданова О.М.**

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

Старческая астения (СА) – ассоциированный с возрастом синдром, который характеризуется снижением физиологических функций организма и увеличением риска заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Лечение старческой астении включает немедикаментозные методы (лечебная физкультура в зависимости от индивидуальных возможностей с целью улучшения или поддержания физического, функционального и когнитивного статусов) и медикаментозную терапию коморбидной патологии (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, нарушения ритма, сахарный диабет, хронический болевой синдром и др.).

Средства лечебной физкультуры (ЛФК), включающие сочетание силовых и аэробных тренировок, упражнений на поддержание равновесия, гибкости, способствуют профилактике, снижают темпы прогрессирования старческой астении, уменьшают риск падений у пожилых пациентов.

Эффективность комплексной программы ЛФК, которая проводилась 3 дня в неделю в течение 12 недель и включала аэробную тренировку (ходьба на месте стоя или сидя, упражнения на верхние и нижние конечности), тренировки с сопротивлением (на сгибатели и разгибатели кисти, плеча, бедра, стопы), упражнения на равновесие и координацию (подъем на ноги из положения сидя, ходьба, повороты, ходьба назад, стояние и ходьба на пятках и носках) изучалась у пациентов с ве-

рифицированным диагнозом старческой астении в рандомизированном контролируемом исследовании. Установлено, что программа ЛФК безопасна, достоверно улучшает физическую работоспособность, равновесие и координацию, замедляет развитие слабости и уменьшает активность воспаления (измеряемого по уровню С-реактивного белка и интерлейкина-6), улучшает качество жизни и рекомендуется пожилым лицам со старческой астенией, которые могут заниматься дома.

Таким образом, занятия ЛФК с использованием доступных аэробных нагрузок, тренировок с сопротивлением, тренировок на равновесие, координацию и гибкость являются эффективным методом профилактики и коррекции старческой астении и должны широко внедряться в клиническую практику.

## НАЛИЧИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Богулко К.А., Голобокова Е.А., Королева М.В.**

Кемеровский государственный  
медицинский университет,  
Кемерово

**Цель исследования.** Оценить наличие и распространенность факторов риска, влияющих на состояние костной ткани у лиц молодого возраста.

**Материалы и методы.** Было проведено одномоментное сплошное исследование с использованием анкеты, включающей вопросы по питанию, образу жизни и наличию факторов риска переломов. В исследование вошли 181 человек (49 (27,1%) мужчин и 132 (72,9%) женщины). Средний возраст составил 20,39 [19,0; 21,0] лет. Потребление кальция в сутки рассчитывалось как сумма суточного потребления кальция из молочных продуктов (в мг) и 350 мг кальция, приходящегося на все другие продукты. Среднее содержание кальция в 100 г молочных продуктов брали из таблиц, указывающих содержание кальция в различных продуктах питания.

**Результаты и обсуждение.** Среднее количество кальция в сутки за счет всех продуктов составило  $684,97 \pm 109,6$  мг (при норме 1000 мг в сутки). В целом среди опрошенных молодых лиц нормальное количество кальция потребляли 34 (18,78%) человека, 50% от нормы – 49 (27,0%), ниже нормы – 98 (54,14%) опрошенных.

Свой уровень витамина Д знают лишь 25 (13,8%) респондентов, поэтому для косвенной оценки статуса витамина D в анкетирование были включены вопросы по виду, длительности и регулярности инсоляции. Отмечено, что в летние месяцы  $\geq 5$  часов в

день бывают на открытом воздухе 83 человека (45,9%), 3-4 часа – 71 (39,2%) и 27 (14,9%) опрошенных менее 3-х часов в день. Стоит отметить, что 161 (88,95%) человек проводит летнее время на открытом воздухе за городом, что способствует достаточной инсоляции и нормальному уровню витамина Д. Дополнительный прием витамина Д осуществляют 62 (34,3%) человека. Регулярные физические нагрузки более 5 часов в неделю отметили 22 (12,2%) респондента молодого возраста, 2-4 часа в неделю – 80 (44,2%). Таким образом, около половины всех опрошенных (79 человек – 43,6%) не занимается спортом на регулярной основе. Следует отметить, что такие вредные привычки как курение и прием алкогольных напитков выявлены у 50 (27,6%) и 110 (60,8%) человек, соответственно. Наличие переломов в анамнезе отметили 49 (27,1%) респондентов. При этом у 12 (24,5%) из них – нормальный уровень потребления кальция в сутки, у 9 (18,37%) – 50% от нормы и у 28 (57,13%) – ниже 50% от нормы. При проведении корреляционного анализа статистически значимой взаимосвязи наличия переломов в анамнезе с различными факторами риска, влияющими на состояние костной ткани установлено ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, более 80% опрошенных молодых людей потребляют молочные продукты в недостаточном объеме, тем самым, не обеспечивая достаточного поступления кальция в организм для поддержания пиковой костной массы. Около половины опрошенных молодых людей, имеющих переломы в анамнезе, потребляют с пищей  $\leq 50\%$  от суточной нормы кальция. За счет пребывания в летние месяцы на свежем воздухе за городом  $\geq 3$  часов в день у 85% человек обеспечивается достаточная инсоляция для поддержания нормального уровня витамина Д.

## ИНФАРКТ МИОКАРДА 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

**Болдуева С.А., Леонова И.А., Облавацкий Д.В.**

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

Проблема инфаркта миокарда (ИМ) 2 типа является относительно новой проблемой в кардиологии и вызывает широкий интерес исследователей во всем мире как наименее изученный и противоречивый вариант ИМ. Повышенное внимание к этой проблеме прежде всего обусловлено трудностями постановки диагноза.

**Цель исследования.** Оценить распространенность ИМ 2 типа среди всех больных, госпитализированных в различные клиники ФГБОУ ВО СЗГМУ им.

Мечникова за 10-летний период, проанализировать демографические показатели, сопутствующую патологию и коморбидный фон у пациентов с ИМ 2 типа, определить характер и профиль госпитализации больных с ИМ 2 типа, своевременность постановки диагноза в исследуемой группе пациентов.

Ретроспективная часть включала изучение данных историй болезни пациентов, госпитализированных в различные клиники и отделения СЗГМУ им. Мечникова в период с 01.01.2009 г. по 31.12.2015 г., которым прижизненно, либо по результатам аутопсии был установлен диагноз ИМ 2 типа. Проспективная часть заключалась в последовательном включении в исследование пациентов с диагнозом ИМ 2 типа, госпитализированных с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 гг. в любую из клиник СЗГМУ им. Мечникова. За исследуемый 10-летний период было проанализировано 4168 клинических случаев установленного диагноза ИМ и отобраны пациенты, диагноз которых соответствовал критериям ИМ 2 типа. Из общего количества пациентов с ИМ за 10-летний период (n=4168) выделена исследуемая группа больных с ИМ 2 типа, включившая 681 пациента. Таким образом, частота ИМ 2 типа среди всех случаев ИМ за 10-летний период составила 16,34%.

Далее в зависимости от наличия информации о состоянии КА, подтверждающей отсутствие коронарного тромбоза, общее количество пациентов с ИМ 2 типа было разделено на 2 группы:

1 – основную группу больных – «верифицированный ИМ 2 типа» – у которых диагноз соответствовал существующим диагностическим критериям, но также было подтверждено отсутствие атеротромбоза при помощи КАГ, дополненной в ряде случаев ОКТ и ВК-УЗИ, и/или имелись результаты аутопсии. В основную группу включено 353 пациента (51,8% от общей численности исследуемой группы с ИМ 2 типа).

2 – дополнительную группу пациентов – «вероятный ИМ 2 типа» – у которых диагноз был установлен командой экспертов на основании существующих диагностических критериев ИМ 2 типа, но состояние КА при текущем ИМ не исследовалось. Дополнительная группа включала 328 больных (48,2% от общей численности исследуемой группы с ИМ 2 типа). Анализ демографических показателей общего числа больных с ИМ 2 типа показал, что средний возраст пациентов составил  $69,4 \pm 13,9$  лет. Данное заболевание одинаково распространено среди пациентов мужского и женского пола. Наиболее часто ИМ 2 типа встречается среди лиц пожилого (52,7%) и старческого (26,3%) возраста. Коморбидная и сопутствующая патология среди общего числа пациентов с ИМ 2 типа была представлена большим количеством различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, наиболее часто – гипертонической болезнью, фибрилляцией предсердий (ФП), атеросклерозом периферических и брахиоцефальных артерий, эндокринной патологией, болезнями опорно-двигательного аппарата, заболеваниями бронхолегочной и пищеварительной систем,

хронической болезнью почек (ХБП), в том числе – со значимым снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ). При анализе историй болезни отмечено, что диагноз ИМ 2 типа достаточно часто пропускается или устанавливается несвоевременно. Так по результатам исследования, из 681 случаев ИМ 2 типа, лишь у 225 пациентов (33%) был поставлен данный диагноз. Из них у 124 больных ИМ 2 типа был полностью верифицирован данными КАГ / ОКТ и/или ВСУ-ЗИ, а у остальных 67 пациентов – был установлен по клинико-anamnestическим данным. У 456 пациентов (67%) диагноз во время госпитализации не был диагностирован. Из них в 383 случаях (84%) диагноз ИМ сформулирован без указания типа, у 45 пациентов (9,9%) ИМ впервые появился в посмертном эпикризе без упоминания о типе, а у 28 скончавшихся больных (6,1%) ИМ 2 типа был пропущен и выявлен при патологоанатомическом исследовании.

Необходимы дальнейшие исследования с целью уточнения причин и механизмов развития ИМ 2 типа. В этой связи представляется важным более глубокое изучение популяции пациентов с ИМ 2 типа, которое должно обязательно включать применение дополнительных внутрикоронарных диагностических методик и провокационных проб для выявления коронароспазма, что позволит уточнить долю ИМ 2 типа, в частности – его вазоспастического варианта, а также среди больных с ИМ без обструктивного поражения КА.

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ В РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АБАТАЦЕПТОМ

Борисова М.А.<sup>1</sup>, Лукина Г.В.<sup>1,2</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>,  
Новиков А.А.<sup>1</sup>, Аронова Е.С.<sup>2</sup>, Глухова С.И.<sup>2</sup>,  
Насонов Е.Л.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Московский клинический научно-практический  
центр имени А.С. Логинова,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>3</sup>Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Обоснование.** С внедрением в терапию генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) произошел прорыв в лечении ревматоидного артрита (РА). Абатацепт (АБЦ) представляет собой димерный рекомбинантный белок, активной частью которого является внеклеточный домен молекулы CTLA4. Данный препарат подтвердил свою эффективность и безопасность в лечении РА. С каждым годом появляются новые препараты для лечения РА с различными механизмами



действия. Поэтому актуальной проблемой является вопрос выбора препаратов для пациента с учетом особенностей течения заболевания. Анализ когорты пациентов находящихся в ремиссии РА на фоне терапии АБЦ позволит охарактеризовать данную группу пациентов и разработать более персонализированные подходы к лечению заболевания.

**Цель.** Проанализировать клинико-иммунологические особенности пациентов с РА, достигших ремиссии заболевания на фоне терапии АБЦ.

**Материалы и методы.** В исследование включен 91 пациент с РА, наблюдавшиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Больные были с высокой активностью РА (DAS28=5,1±1,0) и неэффективностью базисной противовоспалительной терапии (в основном метотрексат, 70,3%) и ГИБП (в основном блокаторы ФНО-α, 93%). Большинство пациентов было среднего возраста (49±13,5), позитивные по РФ (72,5%) и АЦЦП (77%). Инфузии АБЦ проводились в дозе 10 мг/кг по стандартной схеме. Оценка эффективности терапии проводилась по критериям EULAR/ACR 2011г и с помощью индексов SDAI, CDAI, DAS28, RAPID3. Функциональные нарушения по индексу HAQ.

**Результаты.** На фоне терапии АБЦ отмечалось достоверное снижение активности РА. Так, через 12 мес лечения в ремиссии по индексам SDAI, CDAI, DAS28 находилось – 21,6% (n=11), 24% (n=13), 37,4% (n=20). Был произведен анализ исходных демографических, клинических и острофазовых показателей пациентов в зависимости от достижения ремиссии к 12-му мес. лечения по SDAI, CDAI и DAS28. Отсутствие ремиссии через 12 мес. лечения сопровождалось исходно более высокой активностью РА по SDAI (p=0,04), CDAI (p=0,03) и по DAS28 (p=0,009), большим количеством ЧБС (p=0,03) для индексов CDAI и DAS28 соответственно. Пациенты, находящиеся в ремиссии к 12 мес лечения по данным индексам, имели сходно умеренные ограничения функционального статуса по HAQ (0,75 (0,1-1) vs 1,4 (1-2,1), p<0,05) и более низкую активность по индексу RAPID3 (10 (9,3-13) vs 15 (11-19), p<0,05). В отдельную группу были выделены пациенты, достигшие ремиссии по булеанским критериям EULAR. После 12 мес. лечения 11 пациентов входили в данную группу, что составляло 22% общего числа больных. Исходно для данную группу составляли пациенты с более низкой активностью заболевания по индексу RAPID3 (p=0,01), умеренным уровнем боли по ВАШ (p=0,01) и умеренными ограничениями функционального статуса по HAQ (p=0,03). В зависимости от исходного наличия аутоантител (РФ, АЦЦП, АМЦВ) в группе терапии АБЦ не выявлено достоверных различий при достижении ремиссии по индексам DAS28, SDAI и CDAI

**Выводы.** АБЦ эффективный препарат для лечения РА. Достижение ремиссии РА на фоне терапии АБЦ ассоциируется с умеренной активностью заболевания по DAS28, SDAI, CDAI и RAPID3 умеренными ограничениями функционального статуса.

## ВЛИЯНИЕ АБАТАЦЕПТА НА УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИНДЕКСЫ АКТИВНОСТИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОГРЕССИЮ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Борисова М.А.<sup>1</sup>, Лукина Г.В.<sup>1,2</sup>,  
Смирнов А.В.<sup>2</sup>, Волков А.Н.<sup>2</sup>, Северинова М.В.<sup>2</sup>,  
Сайковская Т.М.<sup>2</sup>, Алексеева О.Г.<sup>2</sup>, Аронова Е.С.<sup>2</sup>,  
Глухова С.И.<sup>2</sup>, Насонов Е.Л.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

<sup>3</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

**Обоснование.** Абатацепт (АБЦ) является блокатором ко-стимуляции Т-лимфоцитов и с успехом применяется для лечения ревматоидного артрита (РА). С целью оценки эффективности терапии РА используются различные индексы (SDAI, CDAI), которые включают лабораторные и клинические показатели. Оценка ультразвуковых (УЗ) индексов активности РА дает дополнительную информацию об активности заболевания, что в совокупности с динамикой рентгенологического прогрессирования и оценкой клинических индексов позволяет углубленно проанализировать состояние пациента и назначить наиболее подходящее лечение.

**Цель.** Проанализировать влияние АБЦ на УЗ-индексы активности и рентгенологическую прогрессию.

**Материалы и методы.** В исследование включено 52 пациента с РА (SDAI=27,8±13, CDAI=25,0±12), наблюдавшиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в рамках в рамках первого российского стратегического исследования фармакотерапии РА – РЕМАРКА (Российское исследование Метотрексата и биологических препаратов при Раннем активном Артрит). Данная группа больных имела недостаточную эффективность метотрексата (МТ – 84,6%), блокаторов ФНО-α (30,5%) и находилась на терапии АБЦ в дозе 10 мг/кг внутривенно. Всем больным проводилось стандартное клиническое и лабораторное обследование. Оценка эффективности терапии проводилась 1 раз в 3 месяца по индексам DAS28, SDAI, CDAI. УЗИ 8 суставных зон кистей и стоп (запястья, II, III пястно-фаланговых, II, III проксимальных межфаланговых, II, V плюснефаланговых суставов) клинически доминирующей стороны проводилось всем пациентам перед началом лечения, далее каждые 3 мес. Проводилась полуколичественная оценка в режиме серой шкалы (СШ) и энергетического доплера (ЭД). Рентгенография суставов проводилась

перед началом лечения и через 12 мес. Для оценки рентгенологических изменений использовали метод Sharp в модификации van der Heijde.

**Результаты.** Терапия АБЦ приводила к достоверному снижению активности РА. Так через 6 мес и 12 мес лечения ремиссия заболевания по индексам SDAI, CDAI отмечалась у 7 (16%), 7 (16%) и у 6 (20,7%), 8 (25,8%) соответственно. До начала лечения 84% пациентов имели значительную и умеренную активности синовита в В-режиме и 57% по ЭД. После 6 мес терапии АБЦ отмечалось снижение медианы в В-режиме, эта тенденция сохранялась после 12 мес., но уровня достоверности не достигала. После 6 и 12 мес. 5 (14%) и 4 (13%) пациента достигли минимальной активности по СШ. В режиме ЭД достоверное снижение активности воспаления отмечалось с 6-го мес. и до конца наблюдения. После 6 и 12 мес минимальная активность по ЭД отмечалась у 49% (n=21) и 63% (n=19). Полной и неполной УЗ-ремиссии после 6 мес. достигли 16 и 21 пациентов, через 12 мес. – 13 и 19 соответственно. В В-режиме через 6 мес. и 12 мес. полной УЗ-ремиссии достигли 4 и 0 пациентов, неполной УЗ – 6 и 4 пациентов соответственно. При сопоставлении пациентов с полной и неполной УЗИ-ремиссией с больными, находящимися в ремиссии по индексам SDAI, CDAI, совпадение регистрировалось не более чем в 50% случаев. На фоне терапии АБЦ у 85% (n=23) пациентов через год лечения не отмечалось отрицательной рентгенологической динамики. Всего у 4 (15%) пациентов зарегистрирована рентгенологическая прогрессия.

**Выводы.** На фоне терапии АБЦ отмечается достоверное снижение УЗ-индексов активности за весь период наблюдения, у подавляющего большинства пациентов отсутствовало рентгенологическое прогрессирование. Отмечено частое несовпадение клинической и УЗ-ремиссии. Полученные результаты могут быть объяснены высокой чувствительностью УЗ-исследования.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Брежнева Е.Б., Кучерова А.В.

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганская городская многопрофильная больница №7,  
Луганск

**Цель.** Изучить ценность высокочувствительного тропонинового теста в диагностике повреждения кардиомиоцитов у больных сахарным диабетом с нестабильной стенокардией и фибрилляцией предсердий.

**Материал и методы.** Обследовано 102 больных сахарным диабетом 2-го типа с нестабильной стенокардией. Первая группа (80 пациентов) с сахарным диабетом (СД) 2-го типа и нестабильной стенокардией (НС) с синусовым ритмом (женщин – 33, средний возраст которых – 63 года, мужчин – 47, средний возраст – 56 лет). Вторая группа – 22 больных сахарным диабетом 2-го типа с нестабильной стенокардией и фибрилляцией предсердий (ФП) (женщин – 12, средний возраст 73 года, мужчин – 10, средний возраст – 65 лет). Диагнозы установлены в соответствии со стандартами обследования. Высокочувствительный тропонин Т (hscTnT-high sensitive – высокочувствительный – англ.) определялся методом электрохемилюминесценции «Cobase-411» Roche. Верхний предел нормы (99-й перцентиль) для hscTnT-14 пкг/мл. Пограничный уровень – (99-я перцентиль  $\times 2$ ).

Для сравнения показателей hscTnT двух групп был использован критерий Стьюдента. Связь между показателями hscTnT и ФП оценивали с помощью бисериального коэффициента корреляции. Для вычисления достоверности диагностического теста использовалась четырехпольная таблица. Вероятность изменения hscTnT при НС с ФП у больных СД 2 типа определялась с помощью таблицы интерпретаций различных отношений правдоподобия.

**Результаты.** При сравнении hscTnT у больных СД 2-го типа с НС и синусовым ритмом ( $13,1 \pm 0,52$  пкг/мл) и больных СД 2-го типа с НС и ФП ( $17,76 \pm 1,02$  пкг/мл) выявлено статистически значимое различие ( $p < 0,001$ ). Связь между показателем hscTnT и ФП была слабой, но статистически значимой. Бисериальный коэффициент оказался равен 0,35. Доля повышенного hscTnT в группе больных НС с ФП (чувствительность) составила 68%, доля негативных результатов теста в группе больных СД 2-го типа с НС и синусовым ритмом (специфичность) составила 61%. Прогностическая ценность положительного результата – 38%, прогностическая ценность отрицательного результата – 84%, отношение правдоподобия для положительных результатов теста оказалось равным 1,74, что свидетельствует об увеличении вероятности повышения уровня hscTnT у больных СД с НС и ФП, однако, степень ее увеличения оценивается как минимальная.

**Выводы.** 1. При фибрилляции предсердий у больных сахарным диабетом с нестабильной стенокардией hscTnT повышен достоверно ( $p < 0,001$ ). 2. Это повышение не выходит за пределы пограничного уровня hscTnT (99-й перцентили  $\times 2$ ). Для hscTnT (99-я перцентиль) составляет 14 пкг/мл. 3. Пациентов больных сахарным диабетом 2-го типа с фибрилляцией предсердий и нестабильной стенокардией со значением hscTnT выше пограничного уровня следует относить к группе высокого риска (летальность – до 10% в первые 30 дней) и вести их согласно протоколам острого коронарного синдрома с положительными кардиомаркерами.

## КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И ИХ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СОСТАВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Бровко Ю.И., Соцкая Я.А.

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

**Цель работы.** Изучение уровня циркулирующих иммунных комплексов и их молекулярного состава у больных неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и ожирением (Ож) на фоне общепринятого лечения.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 58 больных в возрасте от 20 до 59 лет с диагнозом НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож.

Все больные получали только общепринятое лечение, то есть гепатопротекторы, спазмолитики, желчегонные средства, при необходимости – антибактериальные препараты.

Лабораторное обследование кроме общепринятого (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови) включало изучение концентрации ЦИК в сыворотке крови методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон. Молекулярный состав ЦИК с удалением фракций крупно- (>19S), средне- (11S 19S) и низкомолекулярных (<11S) иммунных комплексов определяли путем дифференцированной преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ. Учитывали, что по уровню ЦИК, особенно наиболее патогенных (среднемолекулярной и низкомолекулярной) их фракций, можно судить о выраженности синдрома иммунотоксикоза.

**Результаты и их обсуждение.** До начала лечения было установлено, что рост уровня ЦИК происходил преимущественно за счет наиболее токсигенных средне- и низкомолекулярных фракций, поскольку наблюдалась четкая тенденция роста как процентного содержания, так и абсолютного количества данных показателей.

Действительно, концентрация наиболее токсигенной среднемолекулярной фракции ЦИК у больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож к началу проведения лечения была повышена в среднем в 2 раза относительно показателя нормы в абсолютном исчислении и составляла  $1,15 \pm 0,05$  г/л (норма  $0,59 \pm 0,03$  г/л;  $P < 0,001$ ) и в 1,2 раза в относительном исчислении –  $38,5 \pm 1,7\%$

(норма  $31,5 \pm 1,6\%$ ;  $P < 0,001$ ). Содержание низкомолекулярной фракции иммунных комплексов до начала лечения у обследованных больных было повышено в 2,4 раза относительно нормы и составляла  $0,96 \pm 0,04$  г/л (норма  $0,41 \pm 0,02$  г/л;  $P < 0,01$ ). Относительное содержание низкомолекулярной фракции ЦИК составляло  $0,96 \pm 0,04\%$  (при норме  $21,9 \pm 1,3\%$ ;  $P < 0,01$ ). Суммарная концентрация средне- и низкомолекулярных ЦИК у больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож составляла  $70,6 \pm 1,8\%$ , то есть  $2,11 \pm 0,05$  г/л, что было в 2,11 раза выше показателя нормы.

При повторном иммунологическом обследовании после завершения курса общепринятого лечения у обследованных больных имела место некоторая положительная динамика изученных показателей, а именно снижение общей концентрации ЦИК и содержание отдельных фракций – средне- и высокомолекулярных фракций ЦИК, однако полной нормализации мы не наблюдали. У больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож сохранялось достоверное повышение общей концентрации ЦИК, в среднем в 1,23 раза по отношению к норме и составляло  $2,31 \pm 0,09$  г/л ( $P < 0,01$ ). Содержание среднемолекулярных фракций иммунных комплексов было в 1,25 раза выше нормы и равнялось  $0,74 \pm 0,04$  г/л ( $P < 0,01$ ). Концентрация низкомолекулярных ЦИК у наших пациентов оставалась достоверно выше показателя нормы в 1,4 раза –  $0,58 \pm 0,03$  г/л ( $P > 0,05$ ). Суммарная концентрация средне- и низкомолекулярных ЦИК у больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож после завершения общепринятого лечения составляла  $57,1 \pm 1,4\%$ , то есть  $1,32 \pm 0,03$  г/л, что было в 1,32 раза выше показателя нормы.

**Выводы.** Таким образом, после завершения общепринятого лечения больных НАСГ с сопутствующим ХНХ и Ож, несмотря на некоторую положительную динамику, все же сохраняется повышенной общая концентрация ЦИК, а также имеет место дисбаланс молекулярных фракций ЦИК за счет увеличения содержания средне- и низкомолекулярных фракций.

## ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АМПУТИРОВАННЫМИ НИЖНИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Бубман Л.И.<sup>1</sup>, Тополянская С.В.<sup>2</sup>,  
Кошурников Д.С.<sup>1</sup>, Лыткина К.А.<sup>1</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,

<sup>2</sup>Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель исследования.** Изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с ампутацией



рованными нижними конечностями и анализ взаимосвязей МПКТ с различными клиническими и лабораторными параметрами.

**Материалы и методы.** Данная работа представляет собой одномоментное («поперечное») исследование, проводимое на базе Госпиталя для ветеранов войн №3. К настоящему моменту в исследование включено 27 больных – 5 женщин (18,5%) и 22 мужчины (81,5%) старше 60 лет, перенесших ампутацию одной из нижних конечностей. Средний возраст включенных в исследование пациентов составил  $74,5 \pm 8,9$  лет, варьируя от 62 до 101 года. 40,7% больных перенесли ампутацию левой нижней конечности, 59,3% – правой. Время с момента ампутации до включения в исследование варьировало 6 до 264 месяцев, медиана этого показателя составила 34,5 месяца. Минеральную плотность костной ткани в поясничном отделе позвоночника и в проксимальных отделах бедренных костей анализировали посредством двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** Остеопороз в проксимальном отделе левой бедренной кости зарегистрирован у 50,0% больных, остеопения – у 19,2%, нормальная МПКТ – в 30,8% случаев. Остеопороз в проксимальном отделе правого бедра наблюдался у 57,7% пациентов, остеопения – у 15,4%, нормальная МПКТ – в 26,9% случаев. В поясничном отделе позвоночника остеопороз обнаружен лишь у 1 больного (3,8%), остеопения – у 5 (19,2%), нормальная МПКТ – у 76,9%. Среднее значение Т-критерия в поясничном отделе позвоночника достигало  $+0,45$  SD, в проксимальном отделе левой бедренной кости –  $-1,5$  SD, в шейке левой бедренной кости –  $-2,1$  SD, в проксимальном отделе правого бедра –  $-1,9$  SD, в шейке правой бедренной кости –  $-2,0$  SD. В случае ампутации левой нижней конечности МПКТ проксимального отдела левого бедра составляла в среднем  $700,9 \pm 261,6$  мг/см<sup>3</sup>, а Т-критерий –  $-2,7 \pm 1,8$  SD, при сохранной левой ноге –  $1001,9 \pm 178,5$  мг/см<sup>3</sup> и  $-0,75 \pm 1,4$  SD ( $p=0,002$  и  $p=0,007$ , соответственно). При ампутации правой нижней конечности МПКТ проксимального отдела правого бедра достигала в среднем  $721,8 \pm 241,7$  мг/см<sup>3</sup>, а Т-критерий –  $-2,4 \pm 1,6$  SD, при сохранной правой ноге –  $948,4 \pm 190,5$  мг/см<sup>3</sup> и  $-1,3 \pm 1,4$  SD ( $p=0,01$  и  $p=0,1$ , соответственно). Вероятность развития остеопороза в проксимальном отделе левой бедренной кости при ампутации левой ноги повышалась в 11,4 раза, по сравнению с пациентами, имевшими сохранную левую нижнюю конечность (Отношение шансов=11,4; 95% ДИ=1,2-113,1;  $p=0,02$ ). В отношении правой ноги данный показатель не достигал степени статистической достоверности (Отношение шансов=2,44; 95% ДИ=0,4-14,7;  $p=0,3$ ). У больных с ампутацией левой ноги наблюдалась корреляция между временем, прошедшим с момента ампутации до включения в исследование, и минеральной плотностью костной

ткани:  $r=-0,73$ ,  $p=0,01$  – для абсолютных значений МПКТ левой бедренной кости;  $r=-0,72$ ,  $p=0,01$  – для Т-критерия в левом бедре;  $r=-0,62$ ,  $p=0,04$  – для Т-критерия в поясничном отделе позвоночника;  $r=-0,61$ ,  $p=0,04$  – для МПКТ в поясничном отделе позвоночника. У пациентов, перенесших ампутацию правой ноги, достоверных взаимосвязей между МПКТ и временем, прошедшим с момента ампутации, обнаружено не было. Каких-либо других значимых взаимосвязей между состоянием МПКТ и проанализированными клиническими и лабораторными параметрами не установлено.

**Выводы.** Предварительные результаты настоящего исследования демонстрируют снижение минеральной плотности костной ткани в проксимальном отделе бедра ампутированной конечности. Необходимы дальнейшие исследования по изучению состояния МПКТ у больных с ампутированными конечностями и выяснению патогенетических основ взаимосвязи между МПКТ и другими клиническими и лабораторными параметрами в данной группе пациентов.

## ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Бубман Л.И.<sup>1</sup>, Тополянская С.В.<sup>2</sup>, Коршунова М.А.<sup>2</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>1</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель.** Изучить значимость различных гематологических индексов в качестве маркеров лабораторной воспалительной активности у больных с трофическими язвами нижних конечностей и сравнить их с аналогичными индексами у больных старческого возраста с ИБС.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 140 больных; 50 пациентов с трофическими язвами – в основную группу, 90 с ИБС, но без язв – в группу сравнения. Основная группа состояла из 24% мужчин и 76% женщин. Средний возраст больных с трофическими язвами достигал  $80,4 \pm 10,8$  года (от 61 до 101 года). Определяли отношение числа нейтрофилов к лимфоцитам (НЛЮ), нейтрофилов к моноцитам (НМО), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО), лимфоцитов к моноцитам (ЛМО) и произведение нейтрофильно-лимфоцитарного отношения и числа тромбоцитов (системный иммуновоспалительный индекс, СИВИ).

**Результаты.** Среднее содержание лейкоцитов у больных с трофическими язвами составило  $7,3+2,9 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов –  $4,8+2,7 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоцитов –  $1,7+0,6 \times 10^9/\text{л}$ , моноцитов –  $0,5+0,3 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитов –  $283,2+104 \times 10^9/\text{л}$ . Средние показатели НЛО в группе пациентов с язвами достигали  $3,3+2,7$ , НМО –  $12,8+11,6$ , ТЛО –  $186,7+92,9$ , ЛМО –  $4,6+4,5$ , СИВИ –  $775,3$ . У больных с трофическими язвами среднее содержание лейкоцитов ( $7,3+2,9$  и  $6,1+1,5 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,003$ ), нейтрофилов ( $4,9+2,7$  и  $3,8+1,2 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,004$ ), лимфоцитов ( $1,7+0,6$  и  $1,6+0,5 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,01$ ) и тромбоцитов ( $283+104$  и  $211+60 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p<0,0001$ ) было достоверно выше, чем в группе пациентов с ИБС. Нейтрофильно-лимфоцитарное отношение ( $3,3+2,7$  и  $2,5+1,2$ ;  $p=0,02$ ) и тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение ( $186,8+93$  и  $139,6+54$ ;  $p<0,0001$ ) у больных с трофическими язвами нижних конечностей было выше, по сравнению с пациентами с ИБС. Достоверных различий по нейтрофильно-моноцитарному отношению ( $12,8+11,6$  и  $12,5+13,5$ ;  $p=0,71$ ) и лимфоцитарно-моноцитарному отношению ( $4,6+4,5$  и  $5,2+5,9$ ;  $p=0,27$ ) между изученными группами больных обнаружено не было. В группе пациентов с трофическими язвами среднее значение системного иммуновоспалительного индекса достигало  $775$ , тогда как у больных ИБС –  $400$  ( $p=0,006$ ). Скорость оседания эритроцитов у больных с язвами нижних конечностей составляла в среднем  $33,9+21,8$  мм/ч, а у пациентов с ИБС –  $24,0+15,8$  мм/ч ( $p=0,006$ ). Зарегистрирована прямая взаимосвязь между НЛО и содержанием тромбоцитов ( $r=0,28$ ;  $p=0,05$ ), моноцитов ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ), а также уровнем С-реактивного белка ( $r=0,31$ ;  $p=0,03$ ). Для нейтрофильно-моноцитарного и лимфоцитарно-моноцитарного отношения никаких значимых взаимосвязей обнаружено не было. Тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение коррелировало лишь с числом нейтрофилов ( $r=0,42$ ;  $p=0,003$ ). В отношении СИВИ зарегистрирована прямая корреляция этого показателя с содержанием лейкоцитов ( $r=0,65$ ;  $p<0,0001$ ) и моноцитов ( $r=0,29$ ;  $p=0,04$ ). Установлена прямая взаимосвязь между содержанием нейтрофилов и тромбоцитов ( $r=0,45$ ;  $p=0,001$ ), моноцитов ( $r=0,42$ ;  $p=0,003$ ), а также тромбоцитарно-лимфоцитарным отношением ( $r=0,42$ ;  $p=0,003$ ) и уровнем СРБ ( $r=0,41$ ;  $p=0,003$ ). Обнаружена прямая корреляция между числом лейкоцитов и тромбоцитов ( $r=0,5$ ;  $p<0,0001$ ). Содержание моноцитов напрямую коррелировало с числом нейтрофилов ( $r=0,42$ ;  $p=0,003$ ), СОЭ ( $r=0,37$ ;  $p=0,007$ ) и уровнем СРБ ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ). Наблюдалась прямая взаимосвязь между СОЭ и содержанием лейкоцитов ( $r=0,30$ ;  $p=0,03$ ) и моноцитов ( $r=0,37$ ;  $p=0,007$ ), а также концентрацией СРБ ( $r=0,52$ ;  $p<0,0001$ ). Зарегистрирована прямая корреляция между уровнем СРБ и числом лейкоцитов ( $r=0,4$ ;  $p=0,004$ ), нейтрофилов ( $r=0,41$ ;  $p=0,003$ ), моноцитов ( $r=0,3$ ;  $p=0,35$ ) и нейтрофильно-лимфоцитарным отношением ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ).

**Выводы.** Результаты исследования позволяют говорить о том, что различные гематологические индексы могут быть использованы в качестве маркеров лабораторной воспалительной активности у больных с трофическими язвами нижних конечностей в пожилом и старческом возрасте.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бубман Л.И.<sup>1</sup>, Нечаев А.И.<sup>1</sup>, Карпов В.В.<sup>1</sup>,  
Хан С.О.<sup>1</sup>, Тополянская С.В.<sup>1,2</sup>, Лыткина К.А.<sup>1</sup>,  
Мелконян Г.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский  
университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель.** Сравнить различные клинические и лабораторные параметры у долгожителей и больных пожилого и старческого возраста с трофическими язвами нижних конечностей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 100 больных; 45 долгожителей с трофическими язвами – в основную группу, 55 пациентов с трофическими язвами моложе 90 лет – в группу сравнения. Средний возраст включенных в исследование больных варьировал от 61 до 101 года, в среднем составлял  $82,9+10,5$  года. Большинство участников исследования составили женщины (70%).

**Результаты.** У 46,7% долгожителей зарегистрирована фибрилляция предсердий, тогда как у больных моложе 90 лет данная аритмия наблюдалась в 31,4% случаев ( $p=0,02$ ). Сахарным диабетом страдали 22,2% долгожителей и 43,4% больных моложе 90 лет ( $p=0,001$ ). ОНМК в прошлом перенесли 11,1% долгожителей и 18,9% пациентов пожилого и старческого возраста ( $p<0,001$ ). Различий по частоте встречаемости инфаркта миокарда в анамнезе ( $p=0,92$ ) и хронической сердечной недостаточности ( $p=0,97$ ) между группами больных не установлено. Среди долгожителей 45,2% пациентов имели нормальную массу тела, 31% – избыточный вес, 23,8% – ожирение, тогда как в группе пациентов моложе 90 лет ожирение зарегистрировано у 53,7%, а нормальный индекс массы тела имели лишь 22,2% больных ( $p=0,001$ ). Индекс массы тела у долгожителей достигал в среднем  $27,2+6,0$  кг/м<sup>2</sup>, у пациентов пожилого и старческого возраста –  $33,7+11,2$  ( $p<0,0001$ ), а вес –  $67,9+16,3$  кг и  $92,2+33,2$  кг, соответственно ( $p<0,0001$ ). Среднее содержание лейкоцитов у

долгожителей составило  $6,4+2,3 \times 10^9/\text{л}$ , у больных моложе 90 лет –  $7,3+2,8 \times 10^9/\text{л}$  ( $p=0,07$ ), а нейтрофилов –  $3,9+1,7 \times 10^9/\text{л}$  и  $4,9+2,7 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно ( $p=0,05$ ). Число тромбоцитов у долгожителей достигало в среднем –  $233,1+87,1 \times 10^9/\text{л}$ , у больных пожилого и старческого возраста –  $291,0+116,9 \times 10^9/\text{л}$  ( $p=0,006$ ). Средний уровень С-реактивного белка у долгожителей составлял  $12,4+14,7$  мг/л, а у пациентов моложе 90 лет –  $26,5+34,0$  мг/л ( $p=0,04$ ). Наблюдалась обратная корреляция между уровнем С-реактивного белка и возрастом больных ( $r=-0,49$ ;  $p<0,0001$ ). У долгожителей средняя концентрация глюкозы в крови составила  $5,9+2,2$  ммоль/л, у больных моложе 90 лет –  $6,6+2,3$  ммоль/л ( $p=0,03$ ). Вместе с тем концентрация мочевины в крови была выше у долгожителей –  $9,4+4,8$  ммоль/л и  $8,1+4,5$  ммоль/л, соответственно ( $p=0,07$ ). Других значимых различий между возрастными группами больных обнаружено не было. При проведении корреляционного анализа в группе долгожителей установлены достоверная прямая корреляция между числом тромбоцитов и СОЭ ( $r=0,49$ ;  $p=0,001$ ), наряду с обратной корреляцией с гемоглобином ( $r=-0,4$ ;  $p=0,007$ ). В отношении СОЭ зарегистрирована прямая корреляция с уровнем С-реактивного белка ( $r=0,48$ ;  $p=0,01$ ), но обратная корреляция с числом лейкоцитов ( $r=-0,33$ ;  $p=0,03$ ). Наблюдалась прямая корреляция между уровнем С-реактивного белка и индексом массы тела больных ( $r=0,61$ ;  $p=0,001$ ), а также концентрацией глюкозы в крови ( $r=0,5$ ;  $p=0,008$ ).

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о ряде особенностей различных клинических и лабораторных параметров у долгожителей с трофическими язвами нижних конечностей, по сравнению с аналогичными пациентами пожилого и старческого возраста.

## ВОЗМОЖНОСТИ В ИЗМЕНЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИК

Бутакова Н.А.

354 Окружной военный клинический госпиталь,  
Екатеринбург

**Цель.** Изменение парадигмы в реабилитации военнослужащих боевых действий с заболеваниями легких в условиях военного госпиталя с использованием методик Бутаковой Н.А., для восстановления физи-

ческого и психо-эмоционального состояния пострадавших участников СВО.

**Материалы и методы.** Проблемы эффективного долечивания, с использованием методов лечебной физкультуры (ЛФК) приобретают медицинское и социальное значение в реабилитации военнослужащих боевых действий. Легочная реабилитация пострадавших участников СВО с заболеваниями легких. предъявляет высокие требования к выбору методик. Необходимо восстанавливать трудоспособность и социальную адаптацию, улучшать качество и увеличивать продолжительность жизни всех участников военных действий. Научная новизна. Одновременное сочетание двигательных и дыхательных упражнений с акцентом расслабления на выдохе в сочетании с другими современными методами реабилитации в восстановлении дыхания пациентов в условиях госпиталя. Практическая значимость. Данная методика ЛФК восстанавливает функцию дыхательных, опорно-двигательных систем, психологическое состояние раненных с нарушением дыхания. Предмет наблюдения: поэтапное использование комплексной методики по легочной реабилитации пациентов в условиях госпиталя с использованием авторских технологий Бутаковой Н.А. Методы: анализ, наблюдение, беседа и опрос, эксперимент, тестирование, математическая обработка результатов с оценкой статистической значимости различий между группами по непараметрическим методам.

**Результаты и обсуждения.** Опыт использования авторских технологий Бутаковой Н.А., объединяющих несколько систем для оздоровления раненных в условиях госпиталя, на базе ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России. В основе метода результаты проспективного клинического рандомизированного исследования, проведенного в соответствии с принципами доказательной медицины на базе «Областного клинического медицинского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний». Результаты исследования: пациенты исследуемой группы характеризовались существенно более выраженной положительной динамикой как физического, так и психо-эмоционального статуса; жизненная емкость легких увеличилась на 1,6 литров (среднее значение); экскурсия грудной клетки увеличилась на 2,5 см (среднее значение); эмоциональное состояние к концу лечения: психологически спокойные пациенты составили 73%, воодушевленные 27%. Основная группа характеризовалась статистически менее значимой динамикой этих показателей в процессе и по окончании лечения: жизненная емкость легких увеличилась только на 0,8 литров, экскурсия грудной клетки увеличилась на 0,5 см (среднее значение); эмоциональное состояние характеризовалась сохранением у части пациентов негативного психологического фона: спокойные пациенты составили 75%, воодушевленные 2%, угнетенные 23%.



**Выводы.** Применение комплексной методики Бутаковой Н.А. по восстановлению дыхания военнослужащих с заболеваниями легких в условиях военного госпиталя: способствует увеличению жизненной емкости легких, экскурсии грудной клетки; нормализует эмоциональный фон пациентов, повышает приверженность к длительному восстановлению, практически не имеет противопоказаний, существенно не увеличивает затраты на лечение. Может быть полезной для специалистов в военных и гражданских медицинских учреждениях.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Бызова П.И.<sup>1</sup>, Тузмухаметова О.Х.<sup>1</sup>, Бадреева А.Д.<sup>1</sup>,  
Белокрылова Л.В.<sup>1</sup>, Оконечникова Н.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тюменский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Областная клиническая больница №2,  
Тюмень

**Актуальность.** Изучение особенностей гематологических параметров крови у людей с новой коронавирусной инфекцией в сравнительном аспекте с пациентами, у которых данный диагноз не был подтвержден, представляет большой интерес в плане поиска предикторов прогноза и исхода этого заболевания, особенно в сочетании с другими патологиями, в частности – с ишемическим инсультом.

**Цель исследования.** Изучить изменения показателей крови у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) в острый период во время пандемии новой коронавирусной инфекцией (НКИ).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 1418 историй болезни у пациентов с ИИ, проходивших лечение в неврологическом отделении «Областной клинической больницы №2» г. Тюмени в период за 2021 год. Материалом для изучения послужили данные общего анализа крови (ОАК) и коагулограммы при поступлении.

**Результаты.** Пациенты с ИИ были разделены на 2 группы – с подтвержденной НКИ (209 больных) и без НКИ (1209). В группе с НКИ соотношение мужчин и женщин было 98 (46,8%) и 111 (51,3%) соответственно, без НКИ 686 (56,7%) и 523 (43,2%) соответственно. Среди исследуемых у 56,3% ИИ был легкой степени тяжести, у 16,5% – средней, у 6,3% – тяжелой, у 20,9% – крайне тяжелой степени. Среди ковид-пневмоний чаще наблюдается легкое поражение (67,4%), реже поражение средней и тяжелой степени (27% и 5,6% соответственно).

В момент госпитализации в общем анализе крови анемия легкой степени тяжести (90-110 г/л) выявлена у 278,0 (77,5%) пациентов, средней степени тяжести у 31,0 (2,19%) пациента и тяжелой степени у 9,0 (0,63%). Среди всех анемий: 28,62% гипохромные, 71,38% нормохромные. Лейкоцитоз  $11,79 (9,02; 31,97) \times 10^9/\text{л}$  в подгруппе пациентов без НКИ обнаружен у 416 человек (34,7%), а в подгруппе с НКИ – у 81 (38,94%) с уровнем  $12,20 (9,02; 23,31) \times 10^9/\text{л}$ . Лейкопения выявлена у 17 (1,42%) пациентов без НКИ и у 4 (1,92%) с НКИ. Абсолютная лимфопения  $0,75 (0,2; 1) \times 10^9/\text{л}$  в подгруппе без НКИ выявлена у 159 пациентов (13,26%), а с НКИ  $0,68 (0,17; 1) \times 10^9/\text{л}$  у 32 человек (15,3%). Абсолютная нейтрофилия  $7,1 (1; 27) \times 10^9$  в группе без НКИ обнаружена у 655 (54,63%) пациентов, с НКИ нейтрофилия  $7,61 (2; 19) \times 10^9/\text{л}$  определяется у 122 (58,65%) человек; то есть показатели общего анализа крови не имели существенных различий в группах больных с ИИ.

В подгруппе без НКИ найдены следующие изменения коагулограммы: тромбоцитопения  $146,96 (1,56; 180) \times 10^9/\text{л}$  у 297 (24,79%) пациентов, тромбоцитоз  $422,76 (351; 766) \times 10^9$  у 72 (6,01%), снижение АЧТВ 24,48 (1,08; 26) у 26,29% (315), у 6,09% – повышение: 57,22 (40,3; 180), у большинства (67,61%) – АЧТВ в пределах нормы 31,36 (26,7; 40). Среди больных с НКИ: тромбоцитопения  $142,54 (21; 180) \times 10^9/\text{л}$  у 53 (25,36%) пациентов, тромбоцитоз  $438,71 (351; 561) \times 10^9$  – у 17 (8,13%), снижение АЧТВ 24,34 (17; 26) у 23,45%, у 4,31% – повышение: 48,11 (42; 68), также у большинства (72,25%) АЧТВ соответствует нормальным значениям 31,5 (26,8; 40).

Также были подсчитаны индексы PLR (отношение тромбоцитов к лимфоцитам) и NLR (отношение нейтрофилов к лимфоцитам). У пациентов с НКИ в 18 случаях зафиксирован летальный исход, у них значение PLR равнялось 178,6 (49; 357), NLR – 5,6 (1; 13). Среди выписавшихся (191) индекс PLR 159,17 (8; 1029), а NLR соответствовал 4,53 (0; 65); различия в подгруппах пациентов с ИИ и НКИ с летальным исходом и выписавшихся не достоверны. В группе с ИИ без НКИ у 130 больных наступил летальный исход: индекс PLR 236,5 (19; 2685), NLR – 8,0 (0; 68). 1067 пациентов выписались, у них PLR 142,8 (0; 1000), NLR – 3,13 (0; 36) соответственно. Показатели NLR и PLR оказались значительно ( $P < 0,001$ ) выше у умерших пациентов без НКИ по сравнению с выписавшимися пациентами с ИИ без НКИ, что позволяет рассматривать высокие показатели NLR и HLR в качестве предикторов летального исхода у пациентов с ИИ.

**Выводы.** 1. Статистически значимых различий в показателях общего анализа крови в подгруппах пациентов с ИИ по признаку наличия НКИ не обнаружено. 2. Индексы PLR (отношение тромбоцитов к лимфоцитам) и NLR (отношение нейтрофилов к лимфоцитам) значительно выше у пациентов с ИИ с летальным исходом по сравнению с выписавшимися больными, что позволяет рассматривать высокие показатели NLR и HLR в качестве предикторов летального исхода у пациентов с ИИ.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ, (ОА) В РАМКАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Карпухина Е.П.,  
Малюков Д.А., Суслова Е.Ю.

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

**Цель исследования.** Оценить целесообразность и эффективность профилактических, реабилитационных мероприятий, проведенных в рамках Всероссийской диспансеризации взрослого населения.

**Материалы и методы.** Согласно рекомендациям проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 года №1391), были обследованы 122 пациента (100 женщин и 20 мужчин) 68, 6±2,2 лет, не обращавшихся за помощью по поводу болей в тазобедренных суставах (основная группа, 1). Контрольную группу (группа 2) составили 60,0 пациентов, аналогичного возраста и гендерного распределения. До прохождения диспансеризации обе группы больных применяли эпизодически только нестероидные, противовоспалительные препараты, при болях в суставах и не обращались за помощью к врачу. После рентгенологического обследования, у всех выявили стадии 1-2 ОА тазобедренных суставов по Kellgren. Так же проанализировали болевой синдром, применив Вербальную описательную шкалу оценки боли (Verbal Descriptor Scale, Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). В основной группе был проведен курс хондроитинсульфата (препарат хондрогард) по 2,0 мл через день курс 25 инъекций в сочетании с реабилитационной лечебной физкультурой (ЛФК) под наблюдением инструктора. В группе 2 применили физиотерапевтические методы лечения в комплексе с ЛФК.

**Результаты.** До лечения больные обеих групп жаловались на постоянную, умеренную (3,8±0,26) балла боль после нагрузки в области обоих тазобедренных суставов. Через 30 дней боль в основной группе значительно уменьшилась и стала незначительной (1,4±0,48) балла,  $P < 0,05$ . У 15 пациенток боль составила – 0±0,96, баллов. Пациентки отказались от приема обезболивающих препаратов. И эти результаты сохранились на протяжении трех месяцев. Анализ боли в группе через 3 месяца показал ее выраженность в баллах – 2,1±1,16, достоверность при сравнении в динамике с исходными данными,  $P < 0,05$ . В группе контроля 2 после применения физиотерапевтических мероприятий в сочетании с ЛФК, боль уменьшилась и на 30 день составила 2,8±0,56 балла. Это улучшение было значимым,  $P < 0,05$ . Однако, уже в последующие 3 месяца, боль появилась вновь, составив

4,1±0,16, балла, и приблизилась по интенсивности к значениям до лечения,  $P > 0,05$ . Рентгенологические результаты обследования, проведенные через 3 месяца в обеих группах, выявили прогрессирование склероза суставных поверхностей у 10 пациентов в группе контроля.

**Выводы.** Проведение профилактических, реабилитационных мероприятий, в рамках Всероссийской диспансеризации взрослого населения с применением хондроитинсульфата в сочетании с ЛФК эффективно и целесообразно, так как существенно уменьшает боль в суставах, тормозит прогрессирование остеоартрита и улучшает качество жизни пациентов пожилого возраста. Данную схему реабилитации можно рекомендовать врачам в условиях амбулаторного лечения пациентов с остеоартритом тазобедренных суставов.

## ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский  
центр реабилитации и курортологии,  
Москва

**Цель исследования.** Изучить влияние нового комплексного метода лечебной физкультуры с включением балансотерапии с биологической обратной связью и кинезогадротерапии на функцию баланса.

**Материал и методы.** В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 40 до 65 лет с индексом массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Методы исследования включали в себя антропометрию, стабилometriю. Далее пациенты были разделены на две группы методом простой рандомизации. Пациенты обеих групп прошли двухнедельный курс медицинской реабилитации. Пациенты основной группы получали 4 метода лечебной физкультуры: балансотерапию, групповые занятия кинезогадротерапией, групповые занятия специальным комплексом лечебной гимнастики в зале, аэробные упражнения на велотренажере или беговой дорожке. Пациенты группы сравнения проходили лечение только с использованием занятий аэробными упражнениями и лечебную гимнастику в зале по той же методике и с тем же количеством процедур, что и в основной группе. Динамическое наблюдение проводилось исходно и через 14 дней.

**Результаты.** Согласно полученным данным, улучшение показателей функции равновесия мы получили на 14-й день исследования по разбросу по фронтальной (p=0,028), по разбросу по сагиттальной (p=0,043). Достоверно улучшились показатели в основной группе по средней скорости перемещения центра давления (p=0,018) и скорости перемещения статокинезиограммы (p=0,028), показателей площади эллипса (p=0,018).

**Выводы.** Новая комплексная программа, включающая аэробные и силовые физические тренировки, кинезоидротерапию и балансотерапию показала более значимое, чем стандартный метод реабилитации, влияние на функцию баланса после завершения реабилитации.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИИ КОМПЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

**Васильева В.А., Марченкова Л.А.**

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии,  
Москва

**Введение.** В настоящее время проблема избыточной массы тела (ожирение) неуклонно растет.

**Цель исследования.** Оценить эффективность новой комплексной программы реабилитации с включением балансотерапии с биологической обратной связью и кинезоидротерапии на динамику веса и показатели состава тела с помощью разных методов после этапа реабилитации и отдаленные результаты.

**Материал и методы.** В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 40 до 65 лет с индексом массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Методы исследования включали в себя антропометрию, измерение толщины жировой складки, исследование состава тела с помощью биоимпедансометрии и воздухзамещающей бодиплятизографии. Далее пациенты были разделены на две группы методом простой рандомизации. Пациенты обеих групп прошли двухнедельный курс медицинской реабилитации на фоне низкокалорийной диеты. Пациенты основной группы (группы 1) получали 4 метода лечебной физкультуры: балансотерапию (сенсомоторную тренировку), групповые занятия кинезоидротерапией, групповые занятия специальным комплексом лечебной гимнастики в зале, аэробные упражнения на велотренажере или беговой дорожке. Пациенты группы сравнения (группы 2) проходили лечение только с использованием занятий аэробными упражнениями и лечебную гимнастику в зале по той же методике и с тем же количеством процедур, что и в основной группе. Динамическое наблюдение проводилось сразу после завершения курса, через 3 и 6 месяцев.

**Результаты.** Согласно полученным данным, в обеих группах после завершения этапа лечения достоверно снизилась масса тела в обеих группах,  $p=0,0001$ , окружность талии ( $p=0,0001$  в группе 1 и  $p=0,005$  в группе 2) и окружность бедер ( $p=0,0001$  в группе 1 и  $p=0,0003$  в группе 2). В основной группе достоверно ( $p<0,05$ ) уменьшилась толщина жировой складки области трицепса через 14 дней, 3 и 6 месяцев соот-

ветственно (с 36,0 [28,0; 39,5] до 32,0 [24,0; 46,0] до 28,0 [20,5; 37,5] до 29,0 [19,0; 45,0] мм соответственно), уменьшилась толщина жировой складки области живота через 14 дней, 3 и 6 месяцев (с 67,5 [50,0; 77,5] до 56,0 [50,0; 68,0] до 46,0 [37,0; 50,0] до 50,0 [38,0; 70,0] мм соответственно). Мы получили достоверное ( $p<0,05$ ) снижение жировой массы по данным биоимпедансометрии в основной группе через 14 дней и 3 месяца соответственно (с 65,7 [49,2; 72,1] до 60,9 [42,2; 66,7] до 55,3 [39,3; 62,2] кг, соответственно). В группе 1 снижение жировой ткани по данным воздухзамещающей бодиплятизографии так же достоверно ( $p<0,05$ ) отличались спустя 14 дней, 3 месяца соответственно (с 56,8 [41,3; 77,5] до 49,7 [40,1; 57,1] до 44,4 [34,4; 64,4] кг соответственно).

**Обсуждение.** Данные анализа состава тела в динамике подтверждают эффективность комплексных программ в снижении веса.

**Выводы.** Новая комплексная программа, включающая аэробные и силовые физические тренировки, кинезоидротерапию и балансотерапию в сочетании с низкокалорийной диетой показала более значимое, чем стандартный метод реабилитации, влияние на снижение массы, уменьшение толщины жировых складок, а также изменение композитного состава тела, в том числе на отдаленных этапах наблюдения.

## ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НА КОКЛЮШ

**Видманова М.В., Лямин А.В., Неняйкин С.С., Никишкова Е.Е.**

Самарский государственный  
медицинский университет,  
Самара

Актуальность коклюшной инфекции на современном этапе обусловлена распространенностью стертых и атипичных форм коклюша, трудностями его лабораторной диагностики, несоответствием действующей схемы вакцинации от коклюша с эпидемиологической ситуацией. Стандартом лабораторной диагностики является бактериологический метод, наиболее трудоемкий из всех возможных (молекулярно-биологический, иммунологический и др.), однако именно он позволяет выделять актуальные циркулирующие штаммы *Bordetella* spp., направляемые в дальнейшем для изучения в Референс-центр [1]. В ходе обследования медицинских работников, имеющих детей младшего возраста, на наличие *Bordetella* spp. в верхних дыхательных путях нами отработывалась идентификация всех выделяемых штаммов методом масс-спектрометрии (MALDI-ToFF).



**Цель.** Изучить микрофлору верхних дыхательных путей при бактериологическом обследовании потенциальных носителей *Bordetella* spp., оценить возможность антагонизма *Bordetella* spp. и наиболее частых представителей сопутствующей флоры.

**Материалы.** Мазки с задней стенки глотки от 133 медицинских работников, постоянно контактирующим в кругу семьи с детьми 0-7 лет. Методы – мазки отбирались сухим ватным тампоном и каждый засевался по Голду на две чашки с питательными агарам *Bordet Gengou* и *Regan Lowe* с кровью и цефалексином [2]. Каждая партия питательных сред подвергалась качественному бактериологическому контролю питательных сред. Идентификация колоний проводилась на масс-спектрометре в режиме *Sensitivity* – автоматически и вручную.

**Результаты.** При работе с первичным посевами была проведена идентификация максимального количества колоний на 1, 2 и 3 сутки. До вида идентифицировалось от 1 до 6 микроорганизмов из каждой пробы с количественным содержанием от 103-105. Представителей рода *Bordetella* выделить у потенциальных носителей не удалось, однако нами было обнаружена *Neisseria meningitidis* у двух обследуемых. Наиболее часто обнаруживались условно-патогенные *Neisseria*: *N.flavescens* – у 73% обследуемых, *N.subflava* – у 68%, *N.massacae* – у 21%, *N.perflava* – у 16%. У 13% обследуемых был выделен *Streptococcus salivarius*. Колонии микроорганизмов рода *Neisseria* крупные быстрорастущие, поэтому было выдвинуто предположение об антагонизме *Neisseria* spp. и *Bordetella* spp. и изучено на примере штамма *N.subflava*. Ингибирующих свойств в отношении *Bordetella pertussis* у штамма *N.subflava* не отмечено.

**Заключение.** 1. Выявить носителей *Bordetella* spp. в группе обследуемых не удалось. 2. Селективность используемых питательных сред недостаточная. 3. Свойства используемых питательных сред не позволяют достаточно успешно интегрироваться с методом масс-спектрометрии, так как белковые массы компонентов питательных сред дают несколько мажорных пиков на 2000 4000 и 8000, что иногда не позволяет провести достоверную идентификацию).

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА – ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И.  
Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) определяется как развитие систолической

сердечной недостаточности к концу беременности или в течение нескольких месяцев после беременности со снижением фракции выброса левого желудочка, как правило, менее 45% при отсутствии другой идентифицируемой причины сердечной недостаточности. Несмотря на многочисленные попытки выявить четкую этиологию ПКМП, причина остается неизвестной и может быть многофакторной. Был выявлен ряд факторов риска ПКМП, в том числе возраст старше 30 лет, многоплодная беременность, и преэклампсия, эклампсия или послеродовая гипертензия в анамнезе, длительная (>4 недель) пероральная токолитическая терапия бета-адреномиметиками, злоупотребление кокаином. Клиническая картина ПКМП варьиабельна и сходна с таковой при других формах систолической сердечной недостаточности вследствие кардиомиопатии.

**Цель работы.** Изучение клинического случая редкого заболевания сердца – перипартальной кардиомиопатии.

**Материалы и методы.** Пациентка 40 лет, поступила на 35 неделе в отделение патологии беременных в городскую больницу Ленинградской области в связи с резким нарастанием отеков, с выраженной одышкой в покое, повышением артериального давления до 180/100 мм рт.ст. Выставлен диагноз преэклампсия и проведено экстренное родоразрешение Кесеревым сечением. Извлечены: доношенный плод мужского пола, 2980 г., ростом 48 см, по шкале Апгар 7-8 баллов., через 2 минуты доношенный плод женского пола, 2220 г., ростом 47 см и по шкале Апгар 7-8 баллов. В послеродовом периоде сохранилось повышенное артериальное давление до 170/100 мм рт.ст., одышка в покое, отеки нарастали, в связи с чем была вызвана БСМП и пациентка была госпитализирована в стационар г. Санкт-Петербург. Из анамнеза выяснено, что данная беременность четвертая, многоплодная, протекала на фоне анемии. Во втором триместре на фоне артериального давления 140/90 мм рт.ст., выполнялось эхокардиография (ЭхоКГ), по данным которой полости сердца не расширены, фракция выброса (ФВ) по Симпсону 78%. При поступлении в стационар г. Санкт-Петербурга выполнена компьютерная томография легких и выявлены застойные изменения, двусторонний гидроторакс. По данным ЭхоКГ: резкое снижение ФВ на фоне диффузной гипокинезии (ФВ по Симпсону 29%), дилатация левых камер сердца и правого предсердия, эксцентрическая гипертрофия левого желудочка митральная недостаточность 2 ст, трикуспидальная недостаточность 1 ст Пульмональная недостаточность 2 ст, дилатация легочного ствола, легочная гипертензия 1 ст. Проведено суточное мониторирование по Холтеру (ХМЭКГ), на котором зарегистрированы эпизоды желудочковая экстрасистолия 4 градации по Рауп. На электрокардиограмме (ЭКГ) определялся синусовая тахикардия с ЧСС 103 удара в минуту.

**Результаты.** Таким образом, соблюдая диагностические критерии, начала клинической картины сердечной недостаточности III триместр беременности, снижение сократимости ЛЖ с расширением всех полостей у пациентки без предшествующей патологии сердца был выставлен диагноз перипаратальной кардиомиопатии. Во время нахождения в стационаре проводилась терапия хронической сердечной недостаточности (диуретики, ингибиторы АПФ,  $\beta$ -блокаторы). За время госпитализации купированы отечный синдром, гидроторакс, увеличена толерантность к физической нагрузке, достигнуты целевые значения артериального давления. По данным ЭхоКГ отмечалась положительная динамика: ФВ увеличилась до 35%, митральная и трикуспидальная недостаточность стали менее выражены (2ст->1 ст), произошло уменьшение объемов левого предсердия (111мл->76 мл), нормализовалось легочное давление (48->30 мм рт.ст), нормализовались размеры легочного ствола (30->22 мм). Пациентка была выписана в стабильном состоянии. Было рекомендовано продолжать лечение амбулаторно, под контролем кардиолога по месту жительства.

**Выводы.** Перипаратальная кардиомиопатия является сложным для диагностики и лечения заболеванием, трудности диагностики ПКМП связаны с неспецифичностью клинических проявлений, необходимостью проведения дифференциальной диагностики. Риск рецидива при последующей беременности самый высокий среди женщин со стойкой систолической дисфункцией левого желудочка, хотя женщины с восстановленной систолической функцией ЛЖ также подвержены риску рецидива.

## ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

**Власенко Е.Н.**

Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

Научные исследования возможной контаминации постоянных ран или временных полостей раны и вытекающие из них хирургические рекомендации являются предметом спорных дискуссий в медицинской литературе. Достижения в области технологий приводят к увеличению травм от высокоскоростных снарядов, особенно в военных конфликтах.

При этом каждый театр военных действий характеризуется рядом специфических географических, климатических, экологических и иных особенностей, которые могут оказывать влияние на характер бактери-

ального загрязнения ран и эффективность антибактериальной терапии.

**Цель.** Провести анализ бактериальной загрязненности ранений на этапах госпитализации и стационарного лечения в условиях вооруженных конфликтов.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели был выполнен поиск литературных источников в электронных научных базах PubMed, Embase, eLibrary, на основании этого произведена обработка информации и ее анализ.

**Результаты и обсуждение.** Сочетание превентивных мер (например, бронежилеты и использование жгутов) и усовершенствования правил оказания медицинской помощи раненым привели к заметному снижению числа военнослужащих погибших в бою, и показателей летальности. Тем не менее среди выживших военнослужащих с тяжелой травмой наблюдается рост инфекционных осложнений связанных с полирезистентными микроорганизмами, создающими дополнительные проблемы для врачей клиницистов.

Качественный анализ микрофлоры ран показывает преобладание грамположительных кокков (*S. aureus*, *S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. viridans*) – они были выявлены у 47-54% раненых. Среди других раненых было установлено наличие полимикробных ассоциаций, что составило от 7% до 10%. Также имело место наличие грамположительных кокков и грамположительных аэробных спорообразующих палочек. Ассоциации грамположительных кокков, грамположительных аэробных спорообразующих палочек и грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae. Количественный анализ выявил клинически значимые показатели содержания микробных тел в тканях (свыше 105 КОЕ/мл) у 42-48%. Эти данные соответствуют результатам различных исследователей, отмечающих преобладание в первичных огнестрельных ранах сапрофитной малопаатогенной флоры. Помимо факторов воздействия, существует ряд предрасполагающих факторов, способствующих развитию полимикробной аэробно-анаэробной инфекции. Сопоставление полученных результатов с данными других исследователей позволяет отметить общую тенденцию последних лет изменения микрофлоры боевых ранений в сторону возрастания роли нозокомиального инфицирования грамотрицательной флорой, преимущественно семейства Acinetobacter.

**Выводы.** Данные о динамике изменений микробного пейзажа ран на протяжении их лечения должны учитываться при определении тактики антибактериальной терапии. В случае дополнительного инфицирования раны пациент получает повышенную травму, затраты на лечение возрастают, а общие методы лечения ран становятся более ресурсоемкими. Определение микроорганизмов, которые колонизируют боевые раны и вызывают раневую инфекцию, имеет первостепенное значение, поскольку эта информация может помочь в лечении таких инфекций или даже изменить стратегии инфекционного контроля.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ ОМАРОН ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Вологин А.И.<sup>1</sup>, Сидорова Н.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Комсомольская межрайонная больница,

<sup>2</sup>Городская поликлиника №9,  
Комсомольск-на-Амуре

**Актуальность проблемы.** Артериальная гипертонзия, является наиболее широко-распространенным сердечно-сосудистым заболеванием среди населения трудоспособного возраста, приводящего к развитию нарушения мозгового кровообращения, декомпенсации хронической ишемии головного мозга и сосудистой деменции. Знание факторов риска важно при прогнозировании течения гипертонической болезни. В отечественной литературе немало работ, посвященных изучению высших мозговых функций при ишемическом инсульте и хронической ишемии головного мозга. В то же время немного клинически исследований, по когнитивным нарушениям при гипертонической болезни. Раннее выявление и медикаментозная коррекция этих нейропсихологических нарушений имеет большое медико-социальное значение, так как позволяет замедлить или предотвратить развитие деменции.

**Цель исследования.** Выявление и коррекция (препаратом омарон) когнитивных нарушений при гипертонической болезни (ГБ).

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты исследования 96 больных в возрасте от 43 до 70 лет, из них женщин – 62, мужчин – 34. Средний возраст пациентов составлял  $56,5 \pm 13,3$ . Длительность течения гипертонической болезни – от 10 до 15 лет (в среднем  $12,5 \pm 1,3$  года). У 62 (62%) пациентов регистрировалась II стадия ГБ (1-я группа), у 34 (34%) – III стадия ГБ (2-я группа). В контрольную группу, идентичную по возрасту, полу и образованию, входили 28 человек (18 женщин и 10 мужчин), у которых отсутствовали когнитивные нарушения и заболевания сердечно-сосудистой системы. Постановка диагноза ГБ и определение ее стадии у пациентов, проводились на основании общепринятых критериев по МКБ-10. Когнитивные расстройства определялись по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС), батареи тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД), теста рисования часов, заучивания и воспроизведения 12 слов (А.Р. Лурия, 1969). Для оценки эмоционального статуса пациентов использовалась шкала для оценки тревоги Спилберга (1970). У всех пациентов основной и контрольной группы проводилась компьютерная томография головного мозга, биохимический анализ крови, глазное дно, электроэн-

цефалография, ультрозвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, оценка соматического и неврологического статуса. Из исследования исключались пациенты с выраженной соматической, сердечно-сосудистой патологией и деменцией. Пациентам первой и второй групп, в течение двух месяцев назначался препарат с ноотропным, антигипоксическим и сосудорасширяющим действием омарон по 1т-два раза в день на протяжении двух месяцев, группы тестировались по MMSE-краткая шкала оценки психического статуса до и после лечения и результаты сравнивались с контрольной группой.

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование показало, что ГБ гетерогенна по нейропсихологическим нарушениям. У пациентов с ГБ отмечались легкие и умеренные когнитивные расстройства, разной степени выраженности. У пациентов с ГБ II стадии, были жалобы: на снижение памяти, внимания и умственной работоспособности, а при нейропсихологическом исследовании выявлялись легкие когнитивные расстройства (ЛКР), которые не сказывались на профессиональной и социально-бытовой активности. Клиническая симптоматика у больных ГБ III стадии соответствовала диагностическим критериям умеренных когнитивных расстройств. Средний возраст больных с умеренными когнитивными расстройствами-УКР, (2-я группа) был достоверно выше, чем у пациентов с легкими когнитивными расстройствами – ЛКР (1-я группа). Отмечалось преобладание по возрасту пациентов с УКР, по сравнению с больными без когнитивных расстройств – КР (контрольная группа), которое не достигало статистической значимости. При оценке функциональных нарушений у всех пациентов с УКР было выявлено, наличие мягких, но уже достаточно отчетливых нарушений, затрудняющих профессиональную деятельность. Данные нейропсихологического исследования свидетельствовали, что у пациентов с УКР (2-я группа) были наиболее выражены КР. Для оценки влияния на когнитивные функции препарата омарон, содержащий ноотроп-пирацетам и микроциркулянт- циннаризин, использовали шкалу MMSE. Показатели шкалы MMSE при лечении омарон выявили, что различия достоверны ( $p < 0,05$ ): \* – между 2 и контрольной группами.

**Выводы.** 1. Сравнение результатов клинко-инструментального обследования лиц с синдромом КР выявило значительное сходство неврологической симптоматики и данных нейровизуализации, что свидетельствовало о наличии признаков сосудистой мозговой недостаточности у всех пациентов с ГБ. 2. Использование омарона способствовало уменьшению когнитивных расстройств, что проявлялось достоверным увеличением объема памяти и внимания по нейропсихологическим тестам. Препарат повышал качество жизни пациентов с ГБ и не вызывал побочных эффектов.



## ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПЕЧЕНИ

Волынец Г.В.<sup>1</sup>, Никитин А.В.<sup>1</sup>,  
Скворцова Т.А.<sup>1</sup>, Потапов А.С.<sup>2</sup>,  
Рябова А.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии академика Ю.Е. Вельтищева,

<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,

<sup>3</sup>Детская городская поликлиника №133,  
Москва

**Актуальность.** Влияние кишечной микробиоты на развитие различных заболеваний вызывает огромный интерес исследователей. Однако данные о таксономическом разнообразии кишечной микробиоты при хронических заболеваниях печени у детей в доступной литературе отсутствуют.

**Цель.** Исследовать различия в таксономическом разнообразии фекальной микробиоты у детей с хроническими заболеваниями печени в сравнении с здоровыми детьми, а также оценке потенциальных биомаркеров ампликонов гена 16S рРНК при этих заболеваниях путем сравнения таксономического состава.

**Биоинформационный анализ секвенирования 16S рРНК.** Данные секвенирования 16S рРНК были проанализированы с использованием биоинформационного конвейера, реализованного на языках программирования R v.3.6 (R Core Team, 2014) и Python. На первом этапе конвейера праймерные последовательности обрезались в начале парных считываний, при этом пары считываний, не содержащие праймерных последовательностей, отбрасывались. Далее мы обрезали 25 пар оснований с конца каждого прочтения как некачественные основания и обрабатывали полученные данные с помощью пайплайна DADA2 для идентификации точных вариантов последовательности. После определения точных вариантов последовательности прямые и обратные чтения объединялись путем конкатенации, и полученные последовательности использовались для наивной байесовской таксономической классификации с использованием базы данных SILVA v138 в качестве эталона. Определение вида проводилось с помощью алгоритма точного соответствия в DADA2 с использованием последовательностей SILVA v138, предварительно обработанных соответствующим образом с помощью пользовательских скриптов.

**Статистическая обработка.** Сравнение численности различных таксонов в разных когортах проводилось с помощью U-теста Манна-Уитни (для парных сравнений). Коррекция множественных тестов

проводилась с помощью метода Бенджамина-Хохберга в R. Для расчета индекса разнообразия Шеннона матрица, содержащая общее количество ASV на уровне вида на образец, была предоставлена в качестве входных данных в пакет “vegan” на языке программирования R. Для идентификации специальных таксонов для каждой группы был проведен sPLS-DA анализ с помощью пакета «muliomix» на языке программирования R.

**Объем и методы исследования.** Проведен метагеномный анализ кишечной микробиоты 24 детей с хроническими заболеваниями печени (средний возраст 10,3±4,7 лет) с выделением региона гена 16S рРНК. В группу вошли 18 детей с аутоиммунными заболеваниями печени и 6 детей с неаутоиммунными заболеваниями печени. Исследование сплошное – образцы фекалий собирались одновременно у всех детей с заболеваниями печени, находившихся на обследовании на момент проведения сбора материала. Группу сравнения составили образцы фекалий 34 условно здоровых детей. Метагеномное исследование образцов фекалий проводилось в генетической лаборатории Медико-генетического центра CERBALAB (г. Санкт-Петербург).

**Результаты исследования.** Проведенное исследование выявило 684 вида микроорганизмов в исследуемых образцах фекалий пациентов. Анализ проведенных исследований показал, что образцы фекалий здоровых детей и пациентов с хроническими заболеваниями печени различаются по бактериальному разнообразию. Доминирующим таксоном у здоровых детей были *Neisseria flavescens*, у пациентов с хроническими заболеваниями печени доминирующими таксонами были *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Blautia massiliensis*. При этом *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium adolescentis*, *Blautia massiliensis* в образцах фекалий пациентов с хроническими заболеваниями печени повышено в 8 раз.

При сравнении бактериального разнообразия кишечной микробиоты детей с аутоиммунными и неаутоиммунными заболеваниями печени установлено, что у пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени доминирующих таксонов не выявлено, а у пациентов с неаутоиммунными заболеваниями печени доминирующим таксонами были *Veillonella dispar*, *Veillonella parvula*, *Cloacibacillus porcorum*, *Prevotella histicola* и *Bacteroides eggerthii*. При этом значительно различалось процентное соотношение доминирующих видов кишечной микробиоты у детей с неаутоиммунными и аутоиммунными заболеваниями печени: *Veillonella dispar*, *Veillonella parvula*, *Cloacibacillus porcorum*, *Prevotella histicola* и *Bacteroides eggerthii* в образцах фекалий пациентов с неаутоиммунными заболеваниями печени значительно выше, чем в образцах фекалий детей с аутоиммунными заболеваниями.

**Заключение.** Анализ проведенных исследований показал, что в образцах фекалий детей с хроническими заболеваниями печени при сравнении с таковыми здоровых детей имеются различия как в таксономическом разнообразии видов кишечной микробиоты, так и в их процентном соотношении. Имеются значительные различия в таксономическом разнообразии при аутоиммунных и неаутоиммунных заболеваниях печени.

## ОСОБЕННОСТИ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

**Воробьева А.А.**

Медицинский центр «Капитал Полис»,  
Санкт-Петербург

**Цель.** Определить особенности микробиоты кишечника у пациентов с псориазом.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 89 человек: у 47 пациентов был установлен псориаз (среди них 24 мужчины и 23 женщины, средний возраст – 47,38±2,25 лет), 42 человека составили группу контроля (среди них 12 мужчин и 30 женщин, средний возраст – 38,16±2,14 лет). Было проведено клиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза, клиническая оценка опорно-двигательного аппарата у больных псориазом) и исследование фекальной микробиоты пациентов методом ПЦР real-time. Статистическое сравнение групп проводилось с определением критерия хи-квадрат.

**Результаты и обсуждение.** Важными представителями комменсальной микрофлоры кишечника являются *Lactobacillus* spp и *Bifidobacterium* spp. Нами было выявлено снижение уровня *Lactobacillus* spp как при псориазе (56,5%), так и у здоровых лиц (83,3%). Избыточное содержание *Lactobacillus* spp определялось только в группе с псориазом (6,5%). Не было продемонстрировано связи между снижением уровня *Lactobacillus* spp и изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата. Жалобы на боль/припухлость в периферических суставах предъявляли 66% со снижением *Lactobacillus* spp и 64% без снижения. Также не было установлено взаимосвязи уровня *Lactobacillus* spp и болевого синдрома в позвоночнике. У большей части пациентов (69%) без псориаза количество *Bifidobacterium* spp было в пределах нормы. Среди пациентов с псориазом нормальное количество *Bifidobacterium* spp отмечалось только в 26,1% случаев. Более половины пациентов (56,5%) с псориазом имели повышенное содержание *Bifidobacterium* spp, в то время как в группе контроля увеличение количества данных микроорганизмов наблюдалось лишь в 11,9%. Все пациенты с псориазом со снижением

*Bifidobacterium* spp предъявляли жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата. Боль/припухлость в периферических суставах с одинаковой частотой наблюдались при нормальном (81,8%) и пониженном (87,5%) содержании *Bifidobacterium* spp, но значительно чаще, чем при избытке *Bifidobacterium* spp в кале (54,2%).

*Bacteroides thetaiotaomicron* и *Akkermansia muciniphila* обладают противовоспалительными свойствами и способствуют укреплению кишечного барьера. В нашем исследовании *B. thetaiotaomicron* и *A. muciniphila* с одинаковой частотой выявлялись при псориазе (52% и 36,9%) и без него (54% и 40,5%). Однако, среди пациентов с псориазом в отсутствие *B. thetaiotaomicron* суставной синдром встречался в 95,5% случаев, а при наличии – в 45,8%. В то же время изменения как в периферических суставах, так и в позвоночнике, встречались в равной степени в группах пациентов с *A. muciniphila* в кале и без нее.

*S. aureus* микрофлоры кишечника продуцирует энтеротоксины, которые могут приводить к развитию воспаления. В нашей работе *S. aureus* чаще определялся при псориазе (25%), чем без него (10,3%). Связи между суставным синдромом и наличием *S. aureus* выявлено не было.

Повышенное соотношение *Bacteroides fragilis*/*Faecalibacterium prausnitzii* может рассматриваться в качестве потенциального биомаркера дисбиоза кишечника провоспалительного типа. В нашей группе пациентов с псориазом увеличению данного соотношения наблюдалось в 32,5% случаев, в группе контроля повышенный индекс отмечался несколько реже 24,4%. Среди пациентов с псориазом при повышенном индексе изменения в опорно-двигательном аппарате в целом отмечались в 87,5% случаев.

**Выводы.** 1. Снижение уровня *Lactobacillus* spp в кишечной микрофлоре не показало связи с псориатическим процессом. Не было установлено отрицательного влияния дефицита фекальной *Lactobacillus* spp на состояние опорно-двигательного аппарата у пациентов с псориазом. Избыточный рост *Lactobacillus* spp определялся только при псориазе. 2. Нормальное содержание *Bifidobacterium* spp чаще наблюдалось у здоровых лиц, чем при псориазе. Избыточный рост *Bifidobacterium* spp чаще отмечался при псориазе. Все пациенты с псориазом со снижением *Bifidobacterium* spp предъявляли жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата. Боль/припухлость в периферических суставах реже отмечались при избытке фекальной *Bifidobacterium* spp. 3. Не было выявлено взаимосвязи псориаза и содержанием в фекалиях *B. thetaiotaomicron* и *A. muciniphila*. В отсутствие *B. thetaiotaomicron* у пациентов с псориазом суставной синдром встречался чаще, чем при наличии. 4. *S. aureus* чаще определялся при псориазе, у здоровых лиц. Связи между суставным синдромом и наличием *S. aureus* выявлено не было.

## ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Гайнуллина Г.Р.<sup>1</sup>, Кириллова Э.Р.<sup>2</sup>,  
Абдулганиева Д.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница,  
Казань

**Цель.** Изучить взаимосвязь клинических характеристик язвенного колита (ЯК) с уровнями тревоги и депрессии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 47 пациентов с ЯК. Средний возраст пациентов составил 33 (26; 37) года. Средняя продолжительность заболевания была 48 (12; 108) месяцев. У 13 пациентов (28%) наблюдалось тяжелое течение заболевания, у 26 человек (55%) средней тяжести, у 8 пациентов (17%) легкое. Тяжесть атаки определяли при помощи индекса Мейо. У 14 пациентов наблюдалась легкая атака (30%), у 28 пациентов (59%) атака средней степени тяжести, у 5 пациентов (11%) тяжелая атака. У каждого пациента при клиническом осмотре проводилось обследование 34 суставов и 46 энтезисов верхних и нижних конечностей. При помощи УЗИ у каждого пациента проводилось обследование 14 суставов и 68 энтезисов верхних и нижних конечностей. Для оценки психологического портрета пациентов применялась шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression – HAD), где по сумме набранных баллов оценивалось наличие/выраженность нарушений настроения. Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Манна-Уитни, анализ корреляционной связи проводился с использованием коэффициента Спирмена.

**Результаты.** По опроснику HAD уровень тревоги у пациентов составил в среднем 8 (5; 11). У пациентов с тяжелым течением заболевания уровень тревоги составил 11 (7; 12), со средней тяжестью 7,5 (5; 10), с легким течением 5,5 (3,5; 8). Средний уровень тревоги у пациентов с тяжелым течением ЯК был достоверно выше, чем у пациентов со средним и легким течением заболевания ( $p=0,03$ ,  $p=0,01$  соответственно). Прямая корреляционная связь наблюдалась между тяжестью атаки (индексом Мейо) и уровнем тревоги ( $SR=0,42$ ;  $p=0,003$ ). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем тревоги у пациентов и поражением суставов и энтезисов не было выявлено. По опроснику HAD уровень депрессии у пациентов составил в среднем 4 (1; 7). У пациентов с тяжелым течением заболевания уровень депрессии составил 5 (4; 8), со средней тяжестью 3,5 (1; 7), с легким течением 1,5 (1; 4,5). Таким образом, уровень депрессии был выше при тяжелом течении заболевания, однако различия не достигли статистической значимости. Прямая корреляционная связь

наблюдалась между уровнем депрессии и тяжестью атаки (индексом Мейо) ( $SR=0,52$ ;  $p=0,0001$ ), а также уровнями СОЭ ( $SR=0,44$ ;  $p=0,001$ ) и СРБ ( $SR=0,36$ ;  $p=0,01$ ). Статистически значимой взаимосвязи между уровнем депрессии у пациентов и поражением суставов и энтезисов не было выявлено.

**Выводы.** У пациентов с ЯК с увеличением тяжести атаки (индексом Мейо) повышались уровни тревоги и депрессии. При тяжелом течении заболевания уровень тревоги был достоверно выше. Взаимосвязи поражения суставов и энтезисов с психическим состоянием пациентов выявлено не было.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЕЗНИ КРОНА С УРОВНЯМИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Гайнуллина Г.Р.<sup>1</sup>, Кириллова Э.Р.<sup>2</sup>,  
Абдулганиева Д.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница,  
Казань

**Цель.** Изучить взаимосвязь клинических характеристик болезни Крона (БК) с уровнями тревоги и депрессии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 38 пациентов с БК. Средний возраст пациентов составил 32 (26; 38) года. Средняя продолжительность заболевания была 34 (12; 84) месяца. У 29 пациентов (76%) наблюдалось тяжелое течение заболевания, у 9 человек (24%) средней тяжести. Тяжесть атаки определяли при помощи индекса Харви-Брэдшоу. У 21 пациента наблюдалась легкая атака (55%), у 6 пациентов (16%) атака средней степени тяжести, у 11 пациентов (29%) тяжелая атака. Из 38 пациентов 13 человек (34%) принимали препараты 5-аминосалициловой кислоты, 14 человек (37%) принимали преднизолон внутрь, 16 пациентов (42%) принимали азатиоприн, 14 (37%) пациентов получали ГИБП. У каждого пациента при клиническом осмотре проводилось обследование 34 суставов и 46 энтезисов верхних и нижних конечностей. При помощи УЗИ у каждого пациента проводилось обследование 14 суставов и 68 энтезисов верхних и нижних конечностей. Для оценки психологического портрета пациентов применялась шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression – HAD), где по сумме набранных баллов оценивалось наличие/выраженность нарушений настроения. Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Манна-Уитни, анализ корреляционной связи проводился с использованием коэффициента Спирмена.



**Результаты.** По опроснику HAD уровень тревоги у пациентов составил в среднем 7 (6; 9). У пациентов с тяжелым течением БК уровень тревоги составил 7 (6; 9), со средней тяжестью 9 (7; 11). Статистически значимых различий в уровне тревоги между пациентами со средним и тяжелым течением заболевания выявлено не было. Статистически значимой взаимосвязи между уровнем тревоги у пациентов и тяжестью атаки (индексом Харви-Брэдшоу), поражением суставов и энтезисов также выявлено не было. По опроснику HAD уровень депрессии у пациентов составил в среднем 3 (2; 7). У пациентов с тяжелым течением заболевания уровень депрессии составил 3 (2; 8), со средней тяжестью 3 (2; 7). Статистически значимых различий в уровне депрессии между пациентами со средним и тяжелым течением заболевания выявлено не было. Статистически значимой взаимосвязи между уровнем депрессии у пациентов и тяжестью атаки (индексом Харви-Брэдшоу), поражением суставов и энтезисов также выявлено не было.

**Выводы.** Взаимосвязи тяжести течения БК с психологическим состоянием пациентов выявлено не было, что можно объяснить тем, что пациенты со средним и тяжелым течением БК часто находились на ГИБП терапии (37% пациентов).

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕГО НАРУШЕНИЯ РИТМА У ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕНОСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Галенко А.С., Исецкая А.О., Ушаков В.А.,  
Паршков Е.Е., Морозов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург

Несмотря на частое поражение сердечно-сосудистой системы при ревматоидном артрите, возникновение при этом иммуновоспалительном заболевании стойких желудочковых нарушений ритма нехарактерно. Однако, инфекция SARS-CoV-2 изменила привычное течение многих заболеваний, вызывая ранее практически не встречающиеся жизнеугрожающие осложнения.

**Цель.** Описать и проанализировать клиническое наблюдение пациентки с желудочковой тахикардией и длительным анамнезом ревматоидного артрита.

**Материалы и методы.** Клинический случай основан на проспективном наблюдении за пациенткой, пролеченной в терапевтическом отделении стационара г. Санкт-Петербурга.

**Результаты и обсуждение.** Пациентка К., 45 лет, с 2010 года имела диагноз: ревматоидный артрит с III степенью активности по DAS-28. Проводилась терапия метотрексатом, дексаметазоном, преднизалоном. На фоне терапии с 2019 года на фоне стойкой ремиссии самостоятельно прекратила базисную терапию метотрексатом, препарат не получает по настоящее время.

В июне 2021 г. – перенесла COVID-19 нетяжелого течения, со степенью поражения легких КТ-1 (12% поражения). После чего с сентября 2021 г. отмечала ухудшение состояния: появились жалобы на нарастание общей слабости, периодические давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе верхние конечности, продолжительностью около 20 минут, возникающих при ходьбе на расстояние более 500 метров, при наклонах туловища вперед, сопровождающихся головной болью, головокружением, потливостью, тремором рук, учащенным сердцебиением, проходящих самостоятельно.

9 ноября 2021 г. обратилась в поликлинику по месту жительства к участковому терапевту с жалобами на подобные эпизоды и была в срочном порядке госпитализирована с предварительным диагнозом «нестабильная стенокардия». При поступлении в стационар маркеры повреждения миокарда отрицательны. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 65/мин, электрическая ось сердца отклонена влево, полная блокада правой ножки пучка Гиса. При эхокардиографии (ЭХОКГ): без значимой патологии. Выполнен чреспищеводный ишемический стресс-тест – отрицательный, пароксизмальных нарушений ритма также не зафиксировано. Проводилось мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, неблагоприятных нарушений ритма и проводимости не зарегистрировано. С рекомендациями по коррекции гипотензивной терапии (к ранее принимаемому лозартану добавить гипотиазид 12,5 мг в сутки) 13 ноября 2021 г. была выписана из клиники.

13 декабря 2021 г. во время очередного подобного приступа резкой слабости и головокружения пациентка зафиксировала повышение АД до 170/100 мм рт. ст., в связи с чем была госпитализирована с диагнозом направления «гипертонический криз».

20.12.2021 г., со слов соседок по палате, потеряла сознание, очнулась, происходящего не помнит. На момент осмотра жаловалась на головную боль, головокружение, боль за грудиной сжимающего характера, повышенную потливость.

На ЭКГ был зафиксирован пароксизм тахикардии с широким комплексом (ЖТ? наджелудочковая тахикардия (НЖТ) с аберрацией на фоне полной блокады правой ножки пучка Гиса?) с частотой сокращения желудочков 260 в мин. По экстренным показаниям проведена электроимпульсная терапия аппаратом LifePak-20, однократно энергией 200 Дж. Пароксизм был купирован, восстановлен синусовый ритм, ЭКГ зарегистрирована.

В дальнейшем повторно выполнялось суточное мониторирование ЭКГ – за период наблюдения синусовый ритм с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса со средней ЧСС 72 уд/мин. Ишемической депрессии сегмента ST не выявлено.

Пациентка К. была консультирована кардиологом-аритмологом и направлена на ЭФИ с одновременной коррекцией очага эктопии.

В ходе ЭФИ ЖТ не удалось индуцировать, поэтому было выполнено электроанатомическое вольтажное картирование левого желудочка. Зоны с амплитудой сигнала менее 0,5 мВ расценены как плотный рубец, от 0,5 до 1,5 мВ как пограничный миокард, более 1,5 мВ – как интактный миокард. Верифицирована критическая зона тахикардии в базальных отделах левого желудочка, перегородочно. Выполнены радиочастотные воздействия в данной области.

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение под наблюдением кардиолога для контроля ЭКГ. Приступы пароксизмальной желудочковой тахикардии больше не наблюдаются.

**Выводы.** Генез нарушений ритма и проводимости при РА достаточно сложен. Однако, в приведенном нами случае причиной возникновения аритмии стал не сам по себе длительно текущий РА, а перенесенный COVID-19, оставивший после себя участок кардиосклероза, который и стал аритмогенным субстратом.

Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития редких жизнеугрожающих осложнений у пациентов с РА после перенесенной инфекции SARS-CoV-19 и сложность в дифференциальной диагностике генеза сердечно-сосудистых осложнений.

## СОСТОЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З.,  
Набиева Д.А., Арипова Н.А., Матюсупова С.Г.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, 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 кардиоваскулярной 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.

## ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ганиева Н.А., Бекенова Г.Т., Бердиева Д.У.,  
Арипова Н.А.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценить уровни ИЛ6 в сыворотке крови у больных системной склеродермией (ССД).

**Материалы и методы.** Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 40 жен. и 20 муж. в возрасте старше 18 лет, в среднем  $50,4 \pm 15$  лет находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет. Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. У 40 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 20 – диффузная (дССД). Помимо клинической характеристики кожи, сосуди-

стой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ методом латексагглютинации, и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). Уровень ИЛ-6 и растворимых рецепторов ИЛ-6 в сыворотке измеряли у пациентов с ССД (n=60) и здоровых людей в контрольной группе (n=20). Были изучены связи между уровнем ИЛ-6 в сыворотке и С-реактивным белком и ключевыми клиническими исходами при ССД.

**Результаты.** Уровень ИЛ-6 в сыворотке часто был повышен у пациентов с ССД, особенно у пациентов с диффузным ССД и повышенными маркерами острой фазы. Выраженная экспрессия в коже наблюдалась в дермальных фибробластах, моноклеарных клетках и эндотелиальных клетках у пациентов с ранним диффузным ССД. Высокая экспрессия ИЛ-6 на ранней стадии диффузным ССД, по-видимому, связана с более тяжелым поражением кожи через 3 года и худшим долгосрочным выживанием, чем у пациентов без повышенных уровней ИЛ-6.

**Заключение.** Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-6 при ССД может рассматриваться как маркер воспаления и фиброза, но также может быть клинического исхода при этом заболевании. Эти данные также служат обоснованием для клинических исследований, а также в качестве потенциальной антифибротической терапии ССД.

## МНОГОКОМПОНЕНТНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ЕГО СВЯЗЬ С ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гараева А.Р.<sup>1</sup>, Шапорева К.Р.<sup>1</sup>, Купкенова Л.М.<sup>1</sup>,  
Габдуллина З.Н.<sup>2</sup>, Заманова Э.С.<sup>2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница,  
Казань

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

**Материалы и методы.** Обследовано 78 пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями, из них 30,8% больных ревматоидным артритом (РА) и 68,2% с анкилозирующим спондилоартритом (АС). Средний возраст 42 [34,5; 59,5] лет. Гендерное соотношение у пациентов с АС 80,8% мужчин и 19,2% женщин, с РА – 100% женщин. Активность оценивалась по шкале DAS28 для пациентов с РА, BASDAI/ASDAS у пациентов с АС. Высокая активность наблюдалась у 69,3%, умеренная – у 23,1%, низкая – у 7,6%. Распределение по функциональной недостаточности (ФН) было сле-

дующим: 7,7% – 4 степени, 34,6% – 3 степени, 34,6% – 2 степени, 23,1% – 1 степени. Средняя длительность заболевания 194,6±103,2, медиана 192 [114; 258] месяца. Проводилось неврологическое обследование для выявления невропатической боли (НБ), а ее степень оценивалась при помощи опросника Pain detect (PD), связь болевого синдрома с центральной сенситизацией (ЦС) определялась по шкале Central Sensitization Inventory (CSI), качество жизни – с помощью опросника EQ-5D. Полученные данные обрабатывались с помощью программы IBM SPSS Statistic 26.0. Оценка взаимосвязи между исследованными показателями проводилась с помощью корреляционного анализа Спирмена, различия показателей считали статистически значимыми при p<0,05.

**Результаты.** У всех исследованных пациентов отмечалась хроническая воспалительная боль в суставах и/или спине, также 69,3% пациентов имели дополнительно боль невоспалительного характера: 38,4% пациентов – НБ, 50% – боль, характерную для ЦС. В исследованной когорте пациентов отсутствовала достоверная корреляционная связь наличия и выраженности НБ и/или ЦС с возрастом пациента, давностью заболевания, индексами активности РА и АС, не было гендерных различий. НБ превалировала в группе пациентов с РА, в то время как ЦС преобладала у пациентов с АС. По шкале PD положительный результат наблюдался у 53,9% всех пациентов, 41,2% у АС и 87,5% с РА. Выявлена прямая умеренная корреляционная связь индекса PD с лабораторными показателями воспаления СОЭ и СРБ (rCп=0,445; p=0,026), интенсивностью боли по ВАШ (rCп=0,470; p=0,018), однако, не отмечена связь с ФН. По шкале CSI положительный результат наблюдался у 50% всех пациентов, 52,9% у АС и 44,4% с РА. Шкала CSI имела корреляционную связь с интенсивностью боли по ВАШ (rCп=0,699; p=0,001), выявлена обратная умеренная связь с индексом EQ-5D (rCп=-0,659; p=0,001). Коморбидная патология встречалась у 61,5% пациентов: остеопороз – 38,5%, артериальная гипертензия (АГ) – 30,8%, анемия – 38,5% пациентов. Число коморбидных состояний в среднем на одного пациента 2 [0; 4]. Сопутствующие заболевания встречались у 41,7% пациентов при наличии ЦС и 71,4% с положительным индексом PD. АГ встречалась у 46,2% с наличием ЦС и 16,7% без ЦС. Отмечена взаимосвязь анемии с индексами PD и CSI (rCп=-0,536; p=0,006) и (rCп=-0,692; p=0,001) соответственно, также наблюдалась обратная зависимость уровня гемоглобина со шкалой ВАШ (rCп=-0,541; p=0,005). Отмечена обратная зависимость наличия ЦС с приемом противовоспалительной терапии (НПВП, базисные и глюкокортикоидные препараты).

**Выводы.** У большинства пациентов (69,3%) с иммуновоспалительными заболеваниями имеется боль смешанного генеза, причем при РА больше за счет невропатического компонента, а при АС – ЦС. Интенсивность боли по ВАШ ожидаемо достоверно выше у пациентов с наличием невропатического и центрального



компонента боли. При наличии НБ и ЦС у пациентов выше лабораторная активность, чаще встречается коморбидная патология, анемия, АГ. Качество жизни пациентов значительно ниже у пациентов с сопутствующим центральным компонентом боли. Таким образом, при обследовании пациентов с РА и АС требуется детализация болевого синдрома с последующим дифференцированным подходом к анальгетической терапии.

## ДИНАМИКА ОСТРОФАЗОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ 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.

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

**Цель исследования.** При системной склеродермии (ССД) острофазовые показатели, такие как скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивный белок (СРБ), ассоциированы с высокой активностью заболевания и повышением смертности. К настоящему времени получено много клинических данных о положительном влиянии ритуксимаба (РТМ) на фиброз кожи и интерстициальное поражение легких (ИПЛ) при ССД. Целью нашей работы было оценить частоту повышения СРБ и СОЭ у пациентов с ССД и динамику этих показателей на фоне терапии РТМ.

**Материалы и методы.** Проспективно было включено 103 пациента с достоверным диагнозом ССД. Средний возраст составил  $47 \pm 12,9$  лет, преобладали женщины – 87 пациентов (84%). Диффузная форма заболевания была у 55 пациентов (53%), лимитированная у 37 (36%), перекрестная у 11 (11%). Средний период наблюдения составил  $12,6 \pm 10,7$  месяцев, продолжительность заболевания  $6,2 \pm 5,5$  года. У всех пациентов было выявлено ИПЛ. РТМ назначался в связи с неэффективностью предшествующей терапии ИПЛ. Суммарная средняя доза РТМ составила  $1,7 \pm 0,6$  грамма. Исходно 48 пациентов получали иммуносупрессанты, все пациенты получали преднизолон. Результаты представлены в виде средних значений, медианы, нижнего и верхнего квартилей.

**Результаты и обсуждение.** На фоне терапии РТМ было отмечено улучшение исследуемых показателей. При включении повышение уровня СРБ было выявлено у 56 пациентов, повышение СОЭ у 29 пациентов. Большинство из них были с диффузной формой ССД (48% и 45% соответственно). Было отмечено снижение СРБ с  $13,1 [8,7; 26,6]$  до  $6,9 [2,5; 11,8]$  мг/л

( $p=0,001$ ); снижение СОЭ с  $43,2 \pm 12,7$  до  $21,8 \pm 12,5$  мм/час ( $p=0,001$ ). Индекс активности заболевания (EScSG-AI) снизился с  $3,1 \pm 1,7$  до  $1,5 \pm 1,2$  ( $p=0,001$ ). Выявлена умеренная статистически значимая корреляция между СРБ и СОЭ ( $r=0,357$ ,  $p=0,001$ ), между СРБ и индексом активности ( $r=0,201$ ,  $p=0,001$ ).

**Выводы.** Повышение СРБ и СОЭ было выявлено у 54% и 28% пациентов с ССД соответственно. Увеличение острофазовых показателей превалировало при диффузной форме ССД. На фоне терапии РТМ наблюдалось достоверное снижение СРБ и СОЭ, что коррелировало со снижением индекса активности заболевания. РТМ может быть эффективным вариантом в терапии ССД с повышенными уровнями острофазовых показателей.

## ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ВЛИЯНИЕ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

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.** Поражение сердца является одним из серьезных проявлений системной склеродермии (ССД) и может значительно увеличивать риск смертности, особенно при диффузной форме заболевания. Данные о влиянии анти-В-клеточной терапии (ритуксимаб (РТМ) на функцию сердца при ССД ограничены и в большинстве случаев носят противоречивый характер. Целью нашего исследования было – оценить распространенность поражения сердца у пациентов с ССД и интерстициальным поражением легких (ИПЛ) и влияние терапии РТМ на функцию сердца.

**Материалы и методы.** Всего в исследование было включено 103 пациента с диагнозом ССД. Большинство пациентов были женщинами (84%), средний возраст  $47 \pm 12,9$  лет. Средний период наблюдения составил  $12,6 \pm 10,7$  месяцев. По форме заболевания распределение пациентов было следующим: диффузная – 55 пациентов, лимитированная – 37, перекрестная – 11 (11%). Средняя продолжительность заболевания составляла  $6,2 \pm 5,5$  года. У всех пациентов было выявлено ИПЛ. При включении у 23 пациентов была выявлена артериальная гипертензия, у 88% – одышка. Пациентов с первичной легочной артериальной гипертензией в данной группе не было. Все пациенты получали преднизолон в средней дозе  $11,3 \pm 4,5$  мг/сутки и 47% из них

– иммунодепрессанты. Суммарная доза РТМ составила  $1,7 \pm 0,6$  грамм. Результаты представлены в виде средних значений.

**Результаты и обсуждение.** На фоне терапии РТМ не наблюдалось ухудшения функции сердца. Исходно у 49 пациентов была выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, на фоне терапии РТМ этот показатель не изменился. Незначительно уменьшилось количество пациентов с нарушениями ритма (с 45 до 42) и нарушениями проведения сердца (с 42 до 39). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в динамике была стабильной ( $63,1 \pm 7\%$ ). Исходно в группе было 5 пациентов с ФВ ЛЖ  $\leq 50\%$ . У этих пациентов ФВ ЛЖ увеличилась с  $42,8 \pm 10$  до  $47,8 \pm 5,6\%$ . Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) также оставалось стабильным в целом по группе ( $34,6 \pm 12,1$  мм рт.ст.). В группе исходно было 33 пациента с повышением СДЛА ( $\geq 35$  мм рт.ст. по данным эхокардиографии). У этих пациентов СДЛА снизилось с  $47 \pm 13,7$  до  $44,3 \pm 11,5$  мм рт.ст. ( $p=0,04$ ). Повышение СДЛА преобладало среди пациентов с диффузной формой по сравнению лимитированной формой заболевания ( $37,5 \pm 17,8$  и  $32,2 \pm 8,4$  мм рт.ст. соответственно).

**Выводы.** В нашем исследовании проявления поражения сердца выявлялись практически у половины пациентов с ССД-ИПЛ. На фоне терапии РТМ не наблюдалось ухудшения функции сердца. Отмечено достоверное улучшение ФВ ЛЖ и СДЛА у пациентов с исходным снижением этих показателей. РТМ может быть эффективным и безопасным вариантом терапии ССД-ИПЛ с поражением сердца, но целесообразно проведение дальнейших клинических исследований.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИТУКСИМАБА В СРАВНЕНИИ С ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ В ТЕРАПИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ФИБРОЗА КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гарзанова Л.А., Конева О.А., Ананьева Л.П.,  
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.** В ряде исследований был подтвержден положительный эффект ритуксимаба (РТМ) для лечения системной склеродермии (ССД).

Тем не менее, очень мало данных о сравнении эффективности РТМ и иммуносупрессантов (ИС). Целью нашего исследования было сравнить динамику легочных объемов и кожного фиброза при ССД между двумя группами пациентов – получавших терапию РТМ (назначенную после неэффективности предшествующей терапии ИС) и получавших только ИС.

**Материалы и методы.** В исследование было включено суммарно 168 пациентов с ССД. В группу 1 вошло 103 пациента получавших РТМ, в группу 2 – 65 пациентов, получавших ИС и глюкокортикоиды (преднизолон). Средний период наблюдения составил  $12,6 \pm 10,7$  месяцев. В 1-й группе средний возраст пациентов был  $47 \pm 12,9$  года, женщин было 84%, диффузная форма заболевания у 53%. Средняя длительность заболевания составила  $6,2 \pm 5,5$  года. Все пациенты были с интерстициальным поражением легких (ИПЛ), у 92% был выявлен положительный АНФ и у 67% из них положительные антитела к топоизомеразе-1. Все пациенты получали преднизолон в дозе  $11,3 \pm 4,5$  мг/сутки, ИС на момент включения получали 47% из них. Суммарная средняя доза РТМ была  $1,7 \pm 0,6$  г. Во 2-й группе средний возраст составил  $50,8 \pm 13,8$  года, женщин было 82%, диффузная форма заболевания у 68%. Средняя длительность заболевания составила  $8,8 \pm 7,7$  года. У 81% пациентов было ИПЛ, у 88% был положительный АНФ и у 58% из них положительные антитела к топоизомеразе-1. Все пациенты получали преднизолон в дозе  $8,7 \pm 4,3$  мг/сутки, из них ИС получали 57%. Терапию циклофосфамидом получали 45% пациентов. Д-пеницилламин получали 30% пациентов. Другие пациенты получали терапию микофенолата мофетилом или метотрексатом в единичных случаях. Пациенты сравниваемых групп не отличались по основным демографическим и клиническим параметрам. Результаты представлены в виде дельты ( $\Delta$ ) – разницы между исходным значением и точкой наблюдения.

**Результаты и обсуждение.** В 1-й группе было отмечено улучшение всех исследуемых показателей: увеличение форсированной жизненной емкости легких –  $\Delta$ ФЖЕЛ=4% ( $p=0,0004$ ); диффузионная способность легких оставалась стабильной ( $\Delta$ ДСЛ=0,1%); было отмечено улучшение кожного фиброза в виде уменьшения кожного счета –  $\Delta$ КС=3,4 ( $p=0,001$ ); снижение индекса активности заболевания (EScSG-AI) - Линдекс активности =1,7 ( $p=0,001$ ). Во 2-й группе изменения были не достоверными:  $\Delta$ ФЖЕЛ=-2,3%,  $\Delta$ КС=0,87, Линдекс активности =0,3. Но наблюдалось достоверное снижение ДСЛ:  $\Delta$ ДСЛ=-5,1% ( $p=0,001$ ).

**Выводы.** Результаты нашего исследования подтверждают данные о положительном влиянии РТМ в комплексной терапии ССД (уменьшение плотности кожи, повышение ФЖЕЛ, стабилизация ДСЛ). В то же время у больных на фоне ИС и терапии преднизолоном отмечалась тенденция к ухудшению функции легких и

незначительные изменения других клинических показателей. РТМ можно рассматривать как более эффективный вариант в комплексной терапии ССД по сравнению с ИС.

## ПРИМЕНЕНИЕ PRF-ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПО ВОЗРАСТУ

Гашимова С.А.<sup>1,3</sup>, Жилинская Н.Т.<sup>2,3</sup>,  
Муста оглы Н.М.<sup>3</sup>, Бландов А.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Стоматологическая клиника «Студия-С»,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский политехнический  
университет Петра Великого,

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский медико-социальный институт,  
Санкт-Петербург

**Актуальность исследования.** Platelet Rich Fibrin или PRF (богатый тромбоцитами фибрин) – эффективная хирургическая методика, позволяющая ускорить процессы регенерации костной ткани. PRF – это фибриновый матрикс, содержащий в себе 100% тромбоцитов, 60% лейкоцитов, естественный фибрин, цитокины, факторы роста, способен выделять их продолжительное время. В клинической практике применяют методики A-PRF и i-PRF. Приставка A-PRF означает advanced, т.е. «улучшенный», а i-PRF – это жидкость, используемая для склеивания остеопластического материала. Может использоваться как в виде сгустков, так и в виде мембран. В стоматологии PRF-материалы используются после удаления зубов (заживление ран, лунок) с целью сохранения объема, высоты и формы кости; при установке зубных имплантатов; костнопластических операциях; закрытии перфораций при открытом синус-лифтинге; пластике мягких тканей, как соединительнотканый трансплантат (закрытие рецессий десны); лечении пародонтита и пародонтальных дефектов; для профилактики и лечение альвеолитов, снижения общего количества осложнений за счет стимуляции процессов регенерации. Одно из главных достоинств применения A-PRF – это замена любых искусственных мембран и получение биосовместимой аутогенной мембраны с очень низкой себестоимостью.

Остеопороз и болезни пародонта объединены несколькими общими факторами риска: пожилым возрастом, курением, недостаточным потреблением кальция и витамина D. При остеопорозе происходит не только потеря костной массы опорного скелета, но и быстро снижается плотность челюстных костей, старение и недостаток эстрогенов оказывают отрицательное влияние на сохранение зубов и остаточную

резорбцию альвеолярного гребня. В некоторых исследованиях установлено, что лечение остеопороза улучшает состояние тканей пародонта, медикаментозная терапия способствует сохранению альвеолярной костной массы.

**Цель исследования.** Показать возможность применения центрифугированной крови пациента, с образованием обогащенной тромбоцитами плазмы (A-PRF), в практике врача-стоматолога при лечении пациентов с фактором риска развития остеопороза по возрасту.

**Материалы и методы.** Забор венозной крови у пациентов проводился непосредственно перед хирургическим вмешательством. Вакуумным способом происходит забор крови объемом 10 мл из вены пациента в специальные пробирки (A-PRF), далее кровь центрифугируется. Получение A-PRF: центрифугирование венозной крови без антикоагулянтов со скоростью вращения равна 1300 об./мин., время – 8 мин. Образуются плотные мембраны, которые достаточно прочные, эластичные, отлично обрабатываются с помощью хирургических ножниц, стабильны при комнатной температуре. Плазма укладывается на железный блок, сверху устанавливается пресс, который оставляют на несколько минут до момента получения мембраны. Мембрана удобна в использовании, может быть использована во всех видах операций (от лунок после удаления до изолирование костных материалов).

**Результаты и обсуждение.** В период с 2019 по 2021 г.г. в стоматологической клинике наблюдались 25 пациентов в возрасте старше 50 лет, женского пола, с отсутствием в анамнезе инфекционных заболеваний, сахарного диабета, опухолевых новообразований, но с фактором риска развития остеопороза по возрасту. У пациентов в результате оперативного стоматологического лечения образовались костные раны или проводились оперативные вмешательства по поводу рецессии десны. У 15 пациентов во время имплантации использовали A-PRF для обеспечения быстрого заживления и образования костной ткани. Уже через 5 месяцев у них наблюдалось полноценное восстановление костной ткани. У 10 пациентов с рецессией десны, после центрифугирования и отжима, полученная A-PRF-мембрана (4 слоя) создала идеальный по размеру трансплантат, который был уложен на место рецессии в виде конверта и способствовал эпителизации, наступившей через 1 неделю.

Таким образом, аутогенные препараты из собственной крови пациента, полученные с использованием A-PRF-технологии, улучшают регенерацию тканей в результате проводимого лечения.

**Выводы.** Пациентам с фактором риска развития остеопороза по возрасту при проведении стоматологического лечения может быть рекомендовано применение A-PRF-технологии при условии терапевтического сопровождения врача-терапевта или врача-эндокринолога.



## ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Геворкян Р.Р.<sup>1</sup>, Резниченко Н.А.<sup>2</sup>, Ткаченко К.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница  
имени Н.А. Семашко,

<sup>2</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,  
Симферополь,

<sup>3</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Оценить уровни половых гормонов у женщин со стрессовой формой недержания мочи (СНМ) в постменопаузе.

**Материалы и методы.** Всего было обследовано 150 женщин постменопаузального возраста, страдающих СНМ. Группу контроля составили 57 относительно здоровых женщин аналогичного возраста. У всех пациентов были исследованы сывороточные уровни половых гормонов (эстрадиола, эстриола свободного и тестостерона свободного) методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «MedStat». Описательная статистика включала расчет медианы, 25% и 75% квартилей (Me [Q1; Q3]). Для сравнения центральных тенденций двух независимых выборок использовали U-тест Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Проведенными исследованиями не установлены различия в сывороточных уровнях половых гормонов (эстрадиола, эстриола свободного, тестостерона свободного) у женщин постклимактерического возраста в зависимости от наличия у них симптомов СНМ. Так сывороточная концентрация эстрадиола у женщин основной группы составила 17,9 [12,5; 23,0] пг/мл, что достоверно не отличалось ( $p > 0,05$ ) от показателей группы контроля – 17,2 [11,9; 24,9] пг/мл. Аналогичные данные были получены при изучении сывороточных уровней эстриола свободного. Содержание гормона в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста, страдающих СНМ, составило 2,0 [1,43; 2,67] нмоль/л, а в группе контроля – 2,01 [1,2; 2,52] нмоль/л ( $p > 0,05$ ). Исследование уровней тестостерона свободного также не установило достоверных различий между основной и контрольной группами ( $p > 0,05$ ). Сывороточная концентрация тестостерона свободного у женщин основной группы составила 1,82 [1,02; 2,86] нг/мл, а в группе относительно здоровых женщин аналогичного возраста – 1,74 [1,2; 3,09] нг/мл.

**Выводы.** Проведенными исследованиями не выявлено достоверных различий в сывороточных уров-

нях эстрадиола, эстриола свободного, и тестостерона свободного у женщин постменопаузального возраста в зависимости от наличия у них симптомов СНМ. Полученные данные указывают на необходимость проведения дальнейших исследований.

## АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И МИОСТАТИНА ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Геворкян Р.Р.<sup>1</sup>, Майлян Э.А.<sup>2</sup>, Ткаченко К.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница  
имени Н.А. Семашко,  
Симферополь,

<sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Установить наличие корреляционной зависимости между уровнями витамина D и миостатина в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста при стрессовом недержании мочи (СНМ).

**Материалы и методы.** Всего было обследовано 150 женщин в постменопаузе, страдающих стрессовым недержанием мочи средней степени тяжести. У всех женщин в утренних образцах сыворотки периферической крови методом иммуноферментного анализа определялись концентрации 25(OH)D и миостатина. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «MedStat». Выполнен расчет медианы, 25% и 75% квартилей [Q1; Q3]. Для корреляционного анализа производили расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs). Уровень статистической значимости соответствовал  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** СНМ обусловлено ослаблением мышц тазового дна и дисфункцией сложных мышечно-связочно-кожно-фасциальных взаимодействий. Среди возможных причин развития СНМ обращает на себя внимание дефицит витамина D. Проведенными исследованиями установлено, что содержание витамина D в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста с СНМ составило 18,36 [13,85; 23,21] нг/мл, что соответствует умеренному дефициту витамина (норма  $\geq 30$  нг/мл). В настоящее время хорошо известно, что витамин D является неотъемлемой частью физиологии поперечно-полосатых мышц, включая мускулатуру тазового дна. В мышцах витамин D влияет на пролиферацию и дифференцировку клеток. Миостатин представля-

ет собой белок, продуцируемый собственно клетками скелетных мышц, который попадая в системный кровоток, оказывает ингибирующее действие на рост мышечной массы. Средние уровни миостатина у пациентов с СНМ в нашем исследовании составили 3,46 [3,00; 3,98] нг/мл. Статистический анализ данных показал наличие отрицательной корреляционной зависимости между уровнями 25(ОН)D и миостатином. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между данными показателями составил  $r_s = -0,446$  при  $p < 0,0001$ . Полученные результаты корреляционного анализа согласуются с данными о способности витамина D подавлять экспрессию миостатина.

**Выводы.** Проведенными исследованиями установлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнями 25(ОН)D и миостатином ( $p < 0,0001$ ). Полученные результаты отражают патогенетическую роль витамина D в регуляции мышечного метаболизма при стрессовом недержании мочи у женщин в постменопаузе.

## УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Геворкян Р.Р.<sup>1</sup>, Резниченко Н.А.<sup>2</sup>, Майлян Э.А.<sup>3</sup>,  
Ткаченко К.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница  
имени Н.А. Семашко,

<sup>2</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,  
Симферополь,

<sup>3</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Оценить уровни интерлейкина-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) у женщин со стрессовой формой недержания мочи в постменопаузе.

**Материалы и методы.** Группу исследования составили 150 женщин постменопаузального возраста, страдающих стрессовым недержанием мочи (СНМ). В группу контроля вошли 57 относительно здоровых женщин аналогичного возраста. У всех женщин в утренних образцах сыворотки периферической крови определялись концентрации ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-10 методом иммуоферментного анализа. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «MedStat». Выполнен расчет медианы, 25% и 75% квартилей [Q1; Q3]. Для сравнения центральных тенденций двух независимых выборок использовали W-критерий Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Уровень ИЛ-1 $\beta$  у женщин постменопаузального возраста с СНМ составил 2,0 [1,3; 2,7] пг/мл, что достоверно не отличалось ( $p > 0,05$ ) от аналогичного показателя здоровых женщин в постменопаузе, у которых уровень цитокина в сыворотке крови имел значение 1,8 [1,2; 2,7] пг/мл. Вместе с тем, анализ показателя ИЛ-10 выявил, что у женщин основной группы уровень данного маркера в сыворотке крови был достоверно ниже, по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля ( $p = 0,023$ ). Сывороточная концентрация ИЛ10 у пациентов с СНМ составила 4,7 [2,5; 7,1] пг/мл, а в контрольной группе – 5,8 [3,6; 9,7] пг/мл.

**Выводы.** Проведенными исследованиями установлено, что женщины, страдающие стрессовым недержанием мочи характеризуются более низкими значениями ИЛ-10 в сыворотке крови ( $p = 0,023$ ). Статистически значимых различий по сывороточным показателям ИЛ-1 $\beta$  установлено не было ( $p > 0,05$ ). Полученные результаты отражают важные патогенетические аспекты развития стрессовой формы недержания мочи у женщин в постменопаузе, а именно значимость снижения прогнатовоспалительного цитокина – ИЛ-10 в развитии симптомов СНМ.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Главатских Ю.О., Будневская С.А., Перцев А.В.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) как неминуемый финал практически всех сердечно-сосудистых заболеваний занимает лидирующие позиции в структуре общей смертности и стойкой инвалидизации населения, в том числе трудоспособного возраста. На основании ряда исследований определен целый ряд коморбидных состояний, которые в значительной степени влияют на течение и прогноз ХСН, к одним из таких состояний относится сахарный диабет (СД).

**Цель исследования.** Изучение особенности клинического течения ХСН у пожилых пациентов с СД 2 типа.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 800 человек, средний возраст пациентов составил  $66,8 \pm 8,4$  лет (42% мужчин (336) и 58% женщин (464)). Всем пациентам был установлен диагноз ХСН ишемического генеза. Участники исследования были разделены на две группы, в которых изучалось и сравнивалось влияние СД 2 типа на прогрессирование ХСН у пожилых пациентов с ИБС. В 1 группу вошли 182 человека с сочетанием ХСН и СД 2 типа, во 2 группу 618 человек с ХСН,

без СД 2 типа в анамнезе. В ходе исследования анализировались данные клинической картины заболевания, результатов трансторакальной эхокардиографии (Эхо-КГ) с определением фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), электрокардиографии (ЭКГ), рентгенологического исследования органов грудной клетки, теста с 6 минутной ходьбой, ультразвуковые исследования органов брюшной полости и почек, клинические и биохимические исследования крови, исходы заболеваний.

**Результаты.** Оценивая сократительную способность левого желудочка по данным трансторакальной Эхо-КГ учитывалась ФВ ЛЖ: в 1 группе ФВ ЛЖ составила  $48,5 \pm 8,5\%$ , во 2 группе ФВ ЛЖ –  $54,8 \pm 10,3\%$  ( $p=0,002$ ). Анализируя данные биохимического анализа крови выяснилось, что у пациентов с декомпенсацией ХСН отмечается более высокий уровень гликемии (в 1 группе  $8,1 \pm 1,8$  ммоль/л, а во 2 группе  $5,6 \pm 0,5$  ммоль/л) ( $p=0,001$ ). При проведении корреляционного анализа взаимосвязи ФВ ЛЖ и уровня глюкозы крови в 1 группе пациентов была выявлена заметная корреляционная связь ( $r=-0,6$ ). При оценке результатов теста с 6 минутной ходьбой, в 1 группе одышка появлялась при дистанции до 200 м (ФК III), а во 2 группе при дистанции до 400 м (ФК I-II).

**Обсуждение.** Таким образом, оценивая взаимосвязь течения ХСН на фоне СД 2 типа можно прийти к выводу, что частота сопутствующего СД составляет 22,8% (182 человек из 800 пациентов), что подтверждает данные многих исследований о высокой распространенности СД у лиц с ХСН.

**Выводы.** Выявлены особенности клинического течения ХСН на фоне СД 2 типа, которые выражались в снижении ФВ ЛЖ  $48,5 \pm 8,5\%$  (против  $54,8 \pm 10,3\%$  ( $p=0,002$ )), высоком уровне гликемии ( $8,1 \pm 1,8$  ммоль/л) у больных с СД 2 типа. Установлены более высокие подъемы САД (уровень САД  $148 \pm 19,1$  мм рт.ст., против  $136,3 \pm 11,9$  мм рт.ст., ( $p=0,023$ )) и ДАД ( $91,8 \pm 11,2$  мм рт.ст., против  $83,3 \pm 4,3$  мм рт.ст., ( $p=0,017$ )), снижение толерантности к физической нагрузке.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Главатских Ю.О., Перцев А.В.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность.** В течение последних трех лет наблюдается тенденция к увеличению количества госпитализаций по поводу внебольничных пневмоний, что отражает большую актуальность данной пробле-

мы в настоящее время [1]. Особенности клинической картины вирусно-бактериальных пневмоний, тяжесть клинического течения, высокая частота возникновения осложнений и неблагоприятных исходов, склонность к эпидемическому распространению отражают необходимость совершенствования лабораторных методов исследования и ранней диагностики данной нозологии [2,3].

**Цель.** Провести анализ функциональных, клинических, инструментально-диагностических лабораторных показателей у пациентов с внебольничной пневмонией различной степени тяжести.

**Материалы и методы.** В течение 6 месяцев нами были обследованы 67 пациентов в возрасте от 19 до 23 лет (мужчины, средний возраст составил  $21 \pm 2,3$ ). В зависимости от тяжести течения внебольничной пневмонии пациенты были разделены на три подгруппы. В схему обследования были включены лабораторные и инструментальные методы, проведено анкетирование и анализ данных функциональных проб. Анкета содержала вопросы об образе жизни и отношении к курению.

**Результаты.** По результатам проведенных обследований было выявлено: у пациентов с легким течением внебольничной пневмонии (1 группа) наблюдались незначительные изменения клинических показателей, при этом, на рентгенограмме и компьютерной томографии (КТ) выявлено односторонне моно-сегментарное поражение. Во 2 группе (пациенты с пневмонией средней степени тяжести) выявлялись субфебрильная, чаще фебрильная температура, выраженная тахикардия, и незначительное снижение показателей артериального давления. При инструментальном обследовании выявлялись двустороннее моно-, полисегментарные и долевые поражения легких. По данным общего анализа крови наблюдалось значительное ускорение СОЭ при умеренном лейкоцитозе. В 3 группе пациентов (с тяжелой степенью течения внебольничной пневмонии) были зафиксированы фебрильная и пиретическая температура тела, выраженный цианоз и значительное снижение показателей артериального давления и статистически значимом ускорении ЧСС. Характерной для данной группы пациентов являлась полисегментарность поражения, также зачастую выявлялся плеврит, сопровождающийся выпотом. По данным клинического анализа крови была выявлена выраженная лейкопения, значительное ускорение СОЭ. По данным анкетирования 81% опрошенных – курящие, при этом, 42% из них никогда не задумывались о вреде курения и не совершали попыток бросить курить. Согласно результатам проведенных функциональных проб (Штанге-Генчи, Серкина) не зависимо от степени тяжести пневмонии достоверных различий показателей в группах курящих и некурящих пациентов выявлено не было.

**Выводы.** Степень тяжести течения внебольничной пневмонии отражается в совокупности данными функциональных, клинических, инструментально-диагностических лабораторных показателей.



## ПРЕИМУЩЕСТВА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Главатских Ю.О., Перцев А.В.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность.** Основной причиной возникновения более частых обострений и прогрессирования хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются острые респираторные инфекции, в связи с чем профилактика гриппа и ОРВИ является одним из наиболее эффективных направлений для снижения частоты и выраженности обострений данной патологии (GOLD 2021). Своевременная иммунизация – наиболее доступный и эффективный метод решения данной проблемы, однако используемый недостаточно широко для этой категории пациентов.

**Цель.** Оценить и проанализировать эффективность применения иммунизации противогриппозным препаратом Инфлювак у больных ХОБЛ.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 150 пациентов в возрасте от 47 до 63 лет с установленным диагнозом ХОБЛ (были отобраны пациенты с 2 и 3 стадиями заболевания). Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1 группа (пациенты, иммунизированные препаратом Инфлювак (SolvayPharma) 0,5 мл однократно), 2 группа – пациенты, отказавшиеся от вакцинации. В первой группе проводилась оценка состояния в течение первых 72 часов после иммунизации. В течение года осуществлялось наблюдение за включенными в исследование пациентами, с оценкой качества их. Нами была использована с целью систематизации и объективной оценки «Система мониторинга пациентов с хронической обструктивной болезнью легких» – программа контроля частоты обострений, связанных с ними госпитализаций, случаев ОРВИ и амбулаторных обращений.

**Результаты.** В группе вакцинированных пациентов число госпитализаций за год снижено в 2,82 раза, статистически значимо снизилось число обострений ХОБЛ, а также амбулаторных обращений данной категории пациентов в сравнении с группой, отказавшейся от вакцинации.

**Выводы.** По результатам НИР использование противогриппозной вакцины Инфлювак у больных ХОБЛ оказывает положительное влияние на течение заболевания, отражающееся в снижении числа госпитализаций в течение года, обострений ХОБЛ и амбулаторных обращений пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ МИАСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Голдобин В.В., Алибеков Э.Р.  
Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

Миастения (М) – это аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, главным клиническим проявлением которого являются патологическая мышечная утомляемость и флюктуирующая в течение дня слабость мышц, приводящая к парезам и параличам.

Факторами, ухудшающими течение М. считаются заболевания бронхолегочной системы, прием лекарств, ухудшающих нервно-мышечное проведение и обострения сопутствующих заболеваний. Одним из таких заболеваний считается ожирение (О). Проведены исследования, показывающие негативное влияние избыточной массы тела на качество жизни пациентов с М., однако оценки влияния степени О. на тяжесть течения М. не проводилось. Доказано что, О. чаще встречается среди больных М. Наличие М. в анамнезе связано с повышенным риском развития ожирения и сахарного диабета в независимости от приема глюкокортикостероидов. Согласно данным литературы, у больных с миастенией и индексом массы тела (ИМТ) более 23 наблюдалась значительно более высокая частота серьезных неблагоприятных осложнений, послеоперационной дыхательной недостаточности и более длительный восстановительный период по поводу проведенной тиреэктомии. Литературные данные говорят о косвенной взаимосвязи О. на М. однако прямого влияния О. на тяжесть течения М. изучено недостаточно.

**Цель работы.** Оценка влияния ожирения на тяжесть пациентов, страдающих миастенией.

**Материалы и методы.** Сплошным методом было просмотрено 75 историй болезни больных пациентов с М., в возрасте  $59,6 \pm 15,3$  года (от 28 до 84 лет), мужчин 33 (44 %), женщины – 42 (56 %), проходивших лечение в неврологическом отделении №1 СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период с января 2019 по февраль 2022 года. На основании ИМТ выборка была распределена на 2 группы: пациенты с нормальной и избыточной массой тела ( $ИМТ \leq 29,9$ ;  $N=58$ ;  $59,1 \pm 16,5$  года) – 1 группа, и пациенты с О. ( $ИМТ \geq 30,0$   $N=17$ ;  $61,2 \pm 10,7$  года) – 2 группа. В группе больных с О. 1 степень была у 11 человек, 2 ст. – у 5 человек, 3 ст. – у 1. Достоверного различия по возрасту и полу в сравниваемых группах выявлено не было. Тяжесть М. оценивалась с помощью шкал MGFA и QMGs. Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** ИМТ всей выборки составил  $26,9 \pm 5,6$  кг/м<sup>2</sup>. 22,7% всех пациентов имели ожирение в анамнезе разной степени тяжести, и еще 37,3% исследуемых – избыточную массу тела. Статистической

разницы при сравнении двух групп по шкале MGFA нами найдено не было ( $p > 0,05$ ). Однако было выявлено достоверное различие по шкале QMGS. Общий балл в 1-й группе составил 11,4, во 2-й – 15,5. Средний балл у пациентов с О. по сравнению с обследованными без О. было больше на 4,1. Был проведен корреляционный анализ между количественными данными шкалы QMGS и ИМТ по группам и по всей выборке пациентов. Статистически значимой взаимосвязи между данными переменными найдено не было.

**Обсуждения.** Стоит указать, что QMGS является количественной шкалой, позволяющей оценить поражения основных групп мышц в баллах. Она является более объективной и точной, по сравнению с MGFA, что указывает, почему различия были выявлены лишь по шкале QMGS. Избыточный вес создает лишнюю нагрузку на мышца осевого скелета и конечностей тем самым ускоряя момент утомляемости мускулатуры у пациентов с М.

**Выводы.** Ожирение является сопутствующим заболеванием, ухудшающим тяжесть М. Клиницистам стоит учитывать данное заболевание у таких больных, в т.ч. при назначении глюкокортикостероидов.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Головина Н.Б.

Городищенская центральная районная больница,  
Волгоград

**Цель.** Изучить особенности течения спондилоартритического варианта псориазического артрита.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 104 пациента возрастом от 18 до 74 лет, проходивших лечение в отделении ревматологии ГУЗ ГКБ СМП №25 с 2019 по 2022 годы. В исследование включили 60 мужчин в возрасте от 18 до 71 лет и 54 женщины возрастом от 26 до 74 лет. Все пациенты имели диагноз: Псориазический артрит, установленный на основании критериев CASPAR 2006 года и получали стандартную терапию НПВС, метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин. Часть из пациентов получала ГИБП (инфликсимаб, тоцилизумаб). Всем больным проводился физикальный осмотр, лабораторное и рентгенологическое обследование.

**Обсуждения и результаты.** Из 104 пациентов, участвовавших в исследовании, 65 человек имели спондилоартритический вариант ПсА, односторонний сакроилиит выявлен у 77% больных, а двусторонний – у 23%.

Из 65 пациентов со спондилоартритической формой 45 мужчин (69,2%) и 20 женщин (30,8%). 40 пациентов со спондилоартритическим вариантом ПсА – возрастом до 50 лет (61,5%). Из них – 29 мужчин (72,5%) и 11 – женщин – (27,5%).

У 40 пациентов из 65 пациентов со спондилоартритической формой заболевания отмечался повышенный индекс массы тела (61,5%).

Среди 65 пациентов со спондилоартритическим вариантом ПсА повышение СРБ отмечено было у 36 пациентов (55,3%).

Поражения периферических суставов выявлены у 51 пациента (78%): кисти рук (дактилиты, артрит), коленные, тазобедренные суставы.

ГИБП получали 9 человек из 65 (13,8%). Из них – 6 мужчин (66,7%) и 3 женщины (33,3%). Метотрексат был назначен в качестве базисной терапии у 37 пациентов из 65 (57%), сульфасалазин – 12 пациентам (18,4%), лефлуномид – 7 (10,8%).

**Выводы.** Таким образом, спондилит выявляется у больных ПсА достаточно часто, особенно это характерно для мужчин. Индекс массы тела повышен у большей части наблюдаемых пациентов, среди которых преобладают мужчины. Для этой формы заболевания характерно повышение СРБ. Также почти у всех пациентов встречаются поражения кистей рук. Для спондилоартритической формы заболевания характерен молодой возраст (до 50 лет). И наибольшая часть пациентов получает метотрексат в качестве базисной терапии.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ЕГО КОМПОНЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В.,  
Кириллова И.Г.

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

**Актуальность.** В формировании метаболического синдрома (МС) при ревматоидном артрите (РА) ведущая роль принадлежит хроническому/аутоиммунному воспалению. Показано, что увеличение концентрации острофазовых белков, провоспалительных цитокинов ассоциируется с различными компонентами МС: абдоминальным ожирением (АО), нарушением толерантности к глюкозе, липидным обменом и артериальной гипертензией. Частота выявления МС у пациентов с ранним РА составляет 30-31%.

**Цель.** Уточнить частоту МС и его взаимосвязь с клиническими и лабораторными проявлениями раннего РА.

**Материалы и методы.** Обследовано 74 пациента (54 ж./ 20 м.) с РА, не получавших ранее ГК и БПВП, медиана возраста – 56,0 [46; 61] лет, длительность заболевания – 6,0 [4,0; 8,0] мес., серопозитивных по IgM РФ (87%) и АЦЦП (100%); активность заболевания –

DAS28 -5,6 [5,1;6,4]; SDAI -34,4 [21,3;41,7]; CDAI -30,6 [19,6;39,0]. МС устанавливали согласно критериям IDF, которые включали АО ( $OT \geq 94$  см (м.),  $\geq 80$  см (ж.)), уровень глюкозы  $\geq 5,6$  ммоль/л или наличие СД, ХС ЛПВП  $< 1,0$  ммоль/л (м.),  $< 1,3$  ммоль/л (ж.), ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л, АД  $\geq 130/85$  мм рт. ст. Контрольная группа 30 здоровых доноров без ревматических заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

**Результаты.** В целом по группе частота МС у пациентов с ранним РА была выше, чем в контрольной группе: 44 против 23% ( $p < 0,05$ ). В зависимости от наличия или отсутствия МС, больные РА разделены на 2 группы: I группа – пациенты с РА и МС ( $n=33$ ); II группа – без МС ( $n=41$ ). Пациенты I-ой группы были старше по возрасту, чем больные II-ой группы (58,0 [54,0; 64,0] лет против 51,0 [38,0;58,0] лет) ( $p < 0,05$ ). Различий по клиническим проявлениям, длительности, активности РА в сравниваемых группах не наблюдалось. В то же время при поправке на возраст у пациентов с РА отмечалась корреляция индексов активности РА (DAS 28 ( $r=0,39$ ), SDAI ( $r=0,45$ ), CDAI ( $r=0,43$ )), острофазовых показателей (СОЭ ( $r=0,21$ ), СРБ ( $r=0,31$ )) с наличием МС ( $p=0,001$  во всех случаях). Повышение систолического АД коррелировало с длительностью заболевания ( $r=0,23$ ), увеличение ОТ – с уровнем СРБ ( $r=0,25$ ), снижение уровня ХСЛПВП – с клиническими (индексы DAS 28, SDAI, CDAI) ( $r=0,5$ ) и лабораторными (СРБ, СОЭ) ( $r=0,3$ ) проявлениями раннего РА ( $p < 0,05$  во всех случаях).

**Заключение.** У пациентов с ранним РА до назначения противоревматической терапии частота МС выше, чем в контроле. Ассоциация клинических и лабораторных показателей РА с МС и его компонентами предполагает роль ревматоидного воспаления в развитии МС.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ БАКТЕРИЙ-ОПОРТУНИСТОВ В МОЧЕ У ЛИЦ С ИММУНОСУПРЕССИЕЙ

Гречишникова О.Г., Метельская В.А.

Московский научно-исследовательский институт  
эпидемиологии и микробиологии  
имени Г.Н. Габричевского,  
Москва

**Цель исследования.** Определение частоты встречаемости резистентных к антибиотикам штаммов бактерий-оппортунистов в моче у лиц с иммуносупрессией.

**Материалы и методы.** Проведено микробиологическое исследование образцов клинического материала у лиц с хронической иммуносупрессией с клиническими признаками инфекции мочевыводящих путей, получавших лечение в лечебно-профилактиче-

ских учреждениях г. Москвы. У пациентов в первые 48 часов после госпитализации забирались образцы мочи ( $n=34$ ) на выявление микрофлоры. Посев проводили по методу Голда, используя хромогенную неселективную среду «Уриселект агар» (Bio-Rad, Франция). Посевы инкубировали от 24 до 48 часов при  $t 37^\circ\text{C}$ . Клиническую значимость возбудителей, выделенных из мочи, оценивали в соответствии с критериями, представленными в Рекомендациях Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин. Идентификацию исследуемых культур проводили на основании морфотипических, культуральных и биохимических свойств, используя, помимо рутинных методов, тест-системы Lachema (Чехия) с последующей верификацией методом MALDI-TOF масс-спектрометрии на микробиологическом анализаторе «BactoSCREN» (Литех, Россия). В качестве критерия надежной видовой идентификации использовали рекомендуемые значения Score  $\geq 0,8$ . Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом на агаре Muller-Hinton с использованием дисков OXOID (Великобритания) и Bioanalyse Limited (Турция), в соответствии с рекомендациями European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистической программы «Система микробиологического мониторинга «Микроб-2». Использовали непараметрические методы: Манна-Уитни и хи-квадрат Пирсона. Критерием статистической достоверности получаемых данных считали общепринятую величину  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Из образцов мочи были выделены 42 культуры микроорганизмов, из которых 26 (61,9%) отнесены к бактериям семейства Enterobacteriaceae с преобладанием *E. coli* – 63,6%, *Proteus mirabilis* – 15,2% и бактерий *Enterobacter cloacae* complex – 21,2%. Остальные были идентифицированы как неферментирующие грамотрицательные бактерии – *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* sp. (19%), а также к стафилококки (9,5%) и энтерококки (9,5%). В результате проведенного анализа антибиотикочувствительности выделенных штаммов было отобрано 17 полирезистентных изолятов бактерий. Идентификация методом MALDI-TOF масс-спектрометрии позволила отнести их к микроорганизмам рода *Enterobacter* ( $n=4$ ), а также неферментирующим грамотрицательным бактериям (*Acinetobacter* sp. ( $n=2$ ), *P. aeruginosa* ( $n=5$ ), стафилококкам ( $n=2$ ) и энтерококкам ( $n=4$ )).

Все 5 изолятов *P. aeruginosa* оказались мультирезистентны к пенициллинам – тикарциллину (100%), к антисинегнойным цефалоспорином – цефтазидиму и цефепиму (100%), к карбапенемам – имипенему и меропенему (100%), аминогликозиду – амикацину (100%). Согласно новым критериям EUCAST, 100% изолятов оказались резистентны к азтреонаму. Резистентность к фторхинолонам – цiproфлоксацину и левофлоксацину – проявляли также 100% изолятов. Все штаммы рода *Acinetobacter* были высокоустойчивы к



цефалоспорином – ципрофлоксацину и левофлоксацину (100%), к карбапенемам – имипенему и меропенему (100%), аминогликозидам – амикацину, гентамицину, тобрамицину (в 100% случаев соответственно). Бактерии, входящие в *Enterobacter cloacae complex*, проявляли резистентность к пенициллинам – ампициллину и амоксициклу (83,3%), к ко-тримоксазолу проявляли 100% изолятов. Изученные штаммы *Staphylococcus sp.* в 100% случаев были резистентны к пенициллину, в 50% – к аминогликозидам (амикацину и тобрамицину) и ко-тримоксазолу. Все штаммы *Enterococcus faecalis* (VRE) показали множественную лекарственную устойчивость к пенициллинам, имипенему, гентамицину, норфлоксацину, тейкопланину и ванкомицину.

**Выводы.** Результаты данного исследования свидетельствуют о ведущей роли грамотрицательных бактерий в этиологии воспалительных заболеваний мочевыводящих путей у пациентов с хронической иммуносупрессией. Наиболее распространенными возбудителями в анализируемый период были представители семейства *Enterobacteriaceae*, неферментирующие грамотрицательные бактерии, стафилококки и энтерококки. Большинство из этих микроорганизмов относятся к группе наиболее проблемных бактериальных возбудителей, которая получила название ESKAPE, из-за высокой частоты встречаемости и способности к формированию вторичной резистентности к антибиотикам разных классов. Анализ чувствительности к антибактериальным препаратам выделенных штаммов выявил высокий уровень резистентности к препаратам разных групп.

## ПРОБЛЕМА РЕАКТИВАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С.

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

**Цель исследования.** Всемирная Организация Здравоохранения поставила цель элиминировать вирус гепатита В к 2030 году, однако пациенты, инфицированные HBV, и получающие иммуносупрессивную терапию, создают значимое препятствие на пути достижения этой цели. HBV-инфекция у больных с ревматическими заболеваниями создает значительные трудности в выборе лечения, прежде всего из-за риска реактивации HBV.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов 13681 госпитализации за 30-месячный период (январь 2020 г. – июнь 2022 г.). 80 взрослых ( $\geq 18$  лет) HBsAg-положительных пациентов с ревматическими заболеваниями (PЗ) поступили в ФБГНУ НИИР им. В.А. Насоновой, из них 55 (69%)

женщин и 25 (31%) мужчин, 53 (66%) были госпитализированы первично и 27 (34%) – повторно.

**Результаты и обсуждение.** Позитивные по HBs(+) больные были госпитализированы с диагнозами системный васкулит – 6 (8%), СКВ – 3 (4%), дерматомиозит – 1 (1%), системный склероз – 3 (4%), синдром Шегрена – 5 (6%), ревматическая полимиалгия – 1 (1%), другие заболевания соединительной ткани – 2 (3%), болезнь Стилла взрослых – 1 (1%), остеоартрит и посттравматические изменения суставов – 14 (15%). 43 (54%) имели иммуновоспалительные ревматические заболевания (в т.ч. ревматоидный артрит (РА) без внесуставных проявлений – 12 (15%), РА с внесуставными проявлениями – 6 (8%), серонегативный РА – 7 (9%), анкилозирующий спондилоартрит (АС) – 8 (10%), другие спондилоартриты 3 (4%), псориазический спондилоартрит – 6 (8%). Серореверсия выявлена у 2 (3%) пациентов мужского пола 74 и 73 лет: с диагнозом облитерирующий эндартериит, (терапия МТ) и с диагнозом АС, (пульс-терапия ГК и этанерцептом) соответственно. Данные о ПВТ для обоих пациентов отсутствуют. Реактивация HBV выявлена у 6 (8%) больных, все – женского пола: 54 лет с диагнозом псориазический спондилит (терапия МТ, без ПВТ); 56 лет, РА серопозитивный (МТ, преднизолон более 10 мг в сутки, нет данных о ПВТ); 54 лет, РА серопозитивный с внесуставными проявлениями (лефлуномид, преднизолон менее 10 мг в сутки, нет данных о ПВТ); 66 лет, гранулематоз с полиангиитом (ритуксимаб, азатиоприн, преднизолон менее 10 мг в сутки, без ПВТ), 56 лет, РА серопозитивный (МТ), 37 лет, РА серонегативный (гидроксихлорохин, упадацитиниб, без ПВТ).

**Выводы.** Частота HBs(+) у больных, поступивших в стационар ревматологического профиля составила 1,05%. Метотрексат считается терапией с низким риском реактивации HBV, однако большинство наблюдаемых нами случаев реактивации были связаны с метотрексатом. Необходим учет сопутствующих факторов риска реактивации данной инфекции и своевременное наблюдение и профилактическое лечение HBV. Необходимы дальнейшие исследования для разработки четких рекомендаций по ведению пациентов с ревматическими заболеваниями, инфицированных HBV.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РУБЦАМИ

Грицкова И.А., Пономаренко И.Г.

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

Сегодня в реалиях мирного и военного травматизма ежегодно количество формирующихся рубцовых

дефектов увеличивается, эти деформации кожи часто сопровождаются наличием выраженных субъективных ощущений и ограничением функциональной активности тканей, особенно у детей. Разработка новых лечебно-профилактических программ для реабилитации пациентов с посттравматическими, послеожоговыми, постоперационными рубцами кожи с использованием доступных и оптимальных для всех категорий пациентов технологий является актуальной задачей.

**Цель исследования.** Определение клинической эффективности и безопасности применения ультрафонофореза и аппликационного применения противорубцовых препаратов для реабилитации пациентов с посттравматическими и послеоперационными формирующимися рубцами кожи.

**Материалы и методы.** Объект исследования – 55 пациентов на этапе ранней послеоперационной реабилитации после различных травм, ожогов, удаления новообразований кожи: 30 женского и 25 мужского пола, в возрасте от 5 до 78 лет с формирующимися атрофическими и гипертрофическими рубцовыми дисплазиями. Пациенты рандомно были разделены на подгруппы. В первой подгруппе – проводили лечение с помощью аппликаций противорубцовых ферментных гелей (Контрактубекс и Карипаин) во второй подгруппе – курс из 10 процедур ультрафонофореза вышеупомянутых противорубцовых препаратов.

Использованы методы оценки клинических характеристик рубцовых тканей и медико-социологические – оценка качества жизни и профиля безопасности. Сроки наблюдения составили 4-6 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Установлено улучшение клинического статуса по данным шкалы POSAS после аппликаций противорубцовых препаратов и под действием их ультрафонофореза в обеих подгруппах исследования.

В первой подгруппе общая оценка врачом внешнего вида рубца до лечения составляла –  $5,35 \pm 0,83$ , после окончания курса терапии –  $3,5 \pm 0,5$ , согласно оценке пациента –  $5,72 \pm 0,23$  до лечения,  $4,5 \pm 0,58$  после лечения соответственно. Во второй подгруппе показатель внешней оценки составил по оценке врача до лечения  $5,67 \pm 0,63$ , по оценке пациента –  $5,81 \pm 0,83$ , согласно оценке врача и пациента после курса терапии –  $2,8 \pm 0,5$  и  $3,4 \pm 0,6$  соответственно. По данным видеодерматоскопии показатель цвета и васкуляризации, как самый выраженный по динамике в ходе данного исследования, составил  $24,22 \pm 0,58$  до начала коррекции, после –  $16,54 \pm 0,24$  в первой подгруппе. Во второй подгруппе до курса терапии –  $24,85 \pm 0,4$ ; после окончания –  $12,6 \pm 0,5$ .

В результате оценки динамики субъективных ощущений, связанных с формированием рубца (боли, зуда, парестезий) наиболее значимые изменения наблюдались у пациентов, получавших курс Карипаин-ультрафонофореза. Вероятно, с этим связано и верифицированное максимально выраженное улучшение показателей качества жизни у этих пациентов, которые были достоверно более значимы у пациентов детско-

го возраста. Оценка профиля безопасности позволила установить развитие преходящих нежелательных явлений в виде эритемы, ощущений покалывания и жжения непосредственно в период лечения. Однако стойких выраженных побочных эффектов не возникало.

**Выводы.** Благоприятный профиль безопасности, максимально выраженные положительная динамика субъективных ощущений, улучшение клинического статуса и качества жизни пациентов, получавших Карипаин-Scar ультрафонофорез на этапе формирования рубцовых деформаций кожи позволяет определить его как наиболее универсальный и эффективный метод превентивной терапии, который может быть включен в комплексные реабилитационные программы пациентов любого возраста с формирующимися рубцами кожи различного генеза.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 20% взрослого населения мира имеют проблемы, связанные с повышением АД. К тому же, опубликованы тревожные прогнозы экспертов ВОЗ, согласно которым, к 2025 году ожидается пик роста АГ, заболеваемость достигнет 29% всего взрослого населения планеты.

В системе здравоохранения Узбекистана АГ также является актуальной проблемой. Согласно результатам популяционных исследований (Махмудов Б.Х. и соавт., Мамутов Р.Ш. и соавт., Турсунов С.Ю. и соавт.), выполненных с использованием стандартизированных методов и унифицированных критериев оценки результатов (ВОЗ) более 26% населения Республики в возрасте старше 40 лет страдают АГ. В Узбекистане ССЗ, являющиеся наиболее частой причиной смертности (56%) и инвалидности (25%), наносят ощутимый вред здоровью нации и бюджету государства. Проводимые реформы здравоохранения в Республике, в частности организация семейных поликлиник создали реальную возможность для проведения первичной, вторичной и третичной профилактики ССЗ.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики, лечения и диспансерного наблюдения ГБ в условиях первичного звена путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

**Материалы и методы.** Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном

наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них ( $n=122$ , основная группа), прошли курс обучения, а часть ( $n=114$ , группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

**Результаты и обсуждение.** Таким образом, среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций. Как видно из таблицы 1 у пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% ( $p<0,001$ ); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% ( $p<0,001$ ). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения ( $p<0,001$ ); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% ( $p<0,001$ ); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) ( $p<0,001$ ). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% ( $p<0,001$ ) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

**Заключение.** Результаты исследования показали, необходимым условием эффективного лечения больных АГ с позиции хронофармакологии являются их активное участие в лечебно-диагностическом процессе. Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни способствует повышению информированности пациентов и степени соблюдения

схемы антигипертензивной терапии, достижению целевых уровней АД, обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Гадаев А.Г.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Научные исследования последних лет, направленные на изучение факторов повышения приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений, показали, что одним из основных методов, повышающих полноту и точность выполнения врачебных назначений, является обучение пациентов. Оно позволяет расширить сферу влияния врача от лечения болезни к профилактике и эффективному динамическому наблюдению.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики и диспансеризации артериальной гипертензии путем группового обучения пациентов в условиях семейной поликлиники (СП) и сельского врачебного пункта (СВП).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и опрошены врачи СП г. Ташкента и СВП областей Республики, проходившие 10-месячные курсы переподготовки врача общей практики. До обучения анкетированы 156 врачей, после обучения 119, а также анкетировано и осмотрено 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с гипертонической болезнью (ГБ) в СП/СВП. Впоследствии часть из них ( $n=122$ , основная группа), прошли курс обучения в школе гипертоников, а часть ( $n=114$ , группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под нашим наблюдением в течение 2-х лет.

**Результаты и обсуждение.** В большинстве амбулаторных карт СП/СВП рекомендации по немедикаментозному лечению даются в неполном объеме. Результаты следующие – ограничение поваренной соли рекомендуют 35 (64,8%) врачей СП и 53 (31,5%) врачей СВП; аутотренинг 24 (44,4%) и 64 (38,0%); ограничение потребления жиров 31 (57,4%) и 71 (42,2%); ограничение жидкости до 1-1,5 л/сут 25 (46,2%) и 54 (32,1%); снижение массы тела при ожирении 37 (68,5%) и 71 (42,2%); прекращение курения 11 (20,3%) и 72 (42,8%); регулярную физкультуру рекомендуют 37 (68,5%) и 67 (39,8%) соответственно. Сравнительный анализ ретроспективных показателей амбулаторных карт с данными устного опроса врачей



и обследования этих же больных выявил достоверное расхождение ( $p < 0,001$ ) вышеуказанных факторов риска. Эти данные позволяют сделать выводы, что за подавляющим большинством пациентов не проводилось эффективное диспансерное наблюдение, своевременное выявление и коррекция факторов риска ГБ.

**Выводы и исследования.** 1. На уровне первичного звена у больных ГБ факторы риска выявляются не в полном объеме; у части из них не проводится коррекция выявленных модифицируемых факторов риска; подавляющее число больных используют гипотензивные препараты короткими курсами (СП-35,1%; СВП-82%), не соблюдая регулярность и длительность (СП-64,8%; СВП-17,8%) приема. 2. Больные ГБ недостаточно осведомлены о факторах риска (33,9%), влияющих на течение и прогноз заболевания; не владеют навыками самоконтроля (63,3%) и оказания самопомощи (75%) при остром повышении артериального давления (АД); наблюдается низкая приверженность (24%) пациентов к выполнению врачебных рекомендаций. 3. Групповое обучение пациентов достоверно способствует профилактике осложнений ГБ, адекватному контролю АД (96,7%), в нашем исследовании данное обучение позволяло достичь у 82,7% целевого уровня АД.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Гадаев А.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** АГ в мире страдает около 1 миллиарда человек и более 7,1 миллиона смертельных исходов в год связано с повышенным артериальным давлением (АД). Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 20% взрослого населения мира имеют проблемы, связанные с повышением АД. К тому же, опубликованы тревожные прогнозы экспертов ВОЗ, согласно которым, к 2025 году ожидается пик роста АГ, заболеваемость достигнет 29% всего взрослого населения планеты.

В системе здравоохранения Узбекистана АГ также является актуальной проблемой. Согласно результатам популяционных исследований (Махмудов Б.Х. и соавт., Мамутов Р.Ш. и соавт., Турсунов С.Ю. и соавт.), выполненных с использованием стандартизированных методов и унифицированных критериев оценки результатов (ВОЗ) более 26% населения Республики в возрасте старше 40 лет страдают АГ. В Узбекистане ССЗ, являющиеся наиболее частой причиной смертности

(56%) и инвалидности (25%), наносят ощутимый вред здоровью нации и бюджету государства.

Вместе с тем, в ряде отечественных и зарубежных исследований убедительно показано, что, несмотря на наличие медикаментозных средств, позволяющих эффективно снижать АД и предупреждать развитие осложнений, приверженность больных к лечению остается низкой. В этой связи изучение роли информированности населения о факторах риска, методах контроля и профилактики осложнений ГБ в улучшении приверженности пациентов к лечению приобретает особую актуальность.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики, лечения и диспансерного наблюдения ГБ в условиях первичного звена путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

**Материалы и методы.** Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них ( $n=122$ , основная группа), прошли курс обучения, а часть ( $n=114$ , группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

**Результаты и обсуждение.** Таким образом, среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций. Как видно из таблицы 1 у пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% ( $p < 0,001$ ); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% ( $p < 0,001$ ). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения ( $p < 0,001$ ); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% ( $p < 0,001$ ); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) ( $p < 0,001$ ). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обуче-

ния пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% ( $p < 0,001$ ) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

**Заключение.** Результаты исследования показали, необходимым условием эффективного лечения больных АГ с позиции хронофармакологии являются их активное участие в лечебно-диагностическом процессе. Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни способствует повышению информированности пациентов и степени соблюдения схемы антигипертензивной терапии, достижению целевых уровней АД, обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

## АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА SAA1 (RS12218) С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гусева И.А., Сахарова К.В., Крылов М.Ю.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель исследования.** Изучение ассоциативной взаимосвязи полиморфизма гена SAA1 (rs12218, -13T/C) с предрасположенностью к развитию АС и его клинико-иммунологическими проявлениями.

**Материалы и методы.** В исследование включено 197 больных АС, удовлетворяющих модифицированным Нью-Йоркским классификационным критериям заболевания 1984 г. Все больные прошли стационарное обследование и лечение в клинике НИИР им. В. А. Насоновой в 2020-2022 гг. Из 197 пациентов с АС 12 пациентов были с вторичным АА-амилоидозом, подтвержденным патоморфологически. Среди обследованных пациентов 62,4% составили мужчины, 37,6% – женщины. Возраст начала заболевания больных варьировал от 3 до 59 лет, длительность заболевания на момент включения в исследование колебалась от 18 до 69 лет. Выборка больных характеризовалась высокой воспалительной активностью заболевания согласно индексам ASDAS и BASDAI: по первому индексу высокая и очень высокая активность была определена у 83,8%, по второму

индексу – у 97,5% пациентов. Лабораторные маркеры воспаления приблизительно в 60% случаев превышали норму и в ряде случаев достигали очень высоких значений. Контролем для молекулярно-генетического исследования служили 114 здоровых доноров крови без аутоиммунных заболеваний иотягощенной наследственности по ним, сопоставимых по полу и возрасту с группой больных. Генотипирование выполнено методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием оригинальных сиквенс-специфических праймеров и проб, меченных различными флюоресцентными метками (НПК «Синтол»). Генотипирование проводилось согласно инструкции фирмы-изготовителя наборов. СБР определяли в сыворотке крови нефелометрическим методом на анализаторе BN ProSpec (Siemens, Германия) с использованием коммерческих наборов реагентов (верхняя граница нормы – 5,0 мг/л.). Белок SAA в сыворотке крови также определяли нефелометрическим методом на анализаторе BN ProSpec (Siemens, Германия) с использованием коммерческих наборов реагентов (верхняя граница нормы – 5 мг/л.). Сывороточный кальпротектин (СК) исследовали методом ИФА с помощью коммерческих наборов сывороток с использованием микропланшетного ридера Tecan Sunrise, Швейцария (верхняя граница нормы – 2,9 µg/ml). Статистический анализ проводился с использованием статистической программы SPSS v.17.0. и программы EpiInfo v.7.2.

**Результаты.** Распределение генотипов ТТ, ТС и СС статистически значимо различалось в группе больных АС и контрольной группе (21,8%, 57,9%, 20,3% и 40,4%, 44,7%, 14,7%, соответственно,  $\chi^2=12,15$ ,  $p=0,002$ ). Наличие в генотипе хотя бы одного аллеля С (генотипы ТС и СС) повышало риск развития АС почти в 2,5 раза. Поскольку в наше исследование вошли больные с амилоидозом, который, по данным литературы, может быть ассоциирован с геном SAA1, провели отдельный анализ распределения генотипов в группе АС без амилоидоза (АС), в группе АС с амилоидозом (А) по сравнению с контрольной группой (К). АС, но без амилоидоза (АС), практически с таким же уровнем статистической значимости был ассоциирован с полиморфизмом rs21218 гена SAA1: риск развития АС у больных с генотипами ТС и СС составил  $OR=2,34$  [1,33-4,14],  $p=0,002$  и  $OR=2,19$  [1,01-4,79],  $p=0,03$ , соответственно. Что касается немногочисленной группы больных АС с амилоидозом (А), маркером риска являлся минорный генотип СС ( $OR=4,41$  [1,35-14,61],  $p=0,014$ ). Был проведен анализ взаимосвязи генотипов исследуемого гена с демографическими и клинико-иммунологическими показателями больных АС и была выявлена ассоциация с двумя параметрами – показателями ASDAS и уровнем сывороточного кальпротектина. У больных хотя бы с одним аллелем С (генотипы ТС и СС) уровень ASDAS был статистически значимо выше, чем у больных с генотипом ТТ (3,10 [2,40; 3,80] и 2,60 [2,13; 3,40], соответственно,  $p=0,031$ ). При этом

у больных с гетерозиготным генотипом ТС по сравнению с больными с гомозиготным генотипом ТТ статистическая значимость различий была более выраженной ( $p=0,01$ ). В целом, у носителей хотя бы одного мутантного аллеля С (генотипы СС и ТС) уровень кальпротектина был значительно выше, чем у гомозигот «дикого типа» ТТ (4,12 [2,06; 6,07] и 2,18 [1,95; 4,01], соответственно,  $p=0,024$ ). Однако самые значимые статистически различия в уровнях кальпротектина были выявлены между носителями генотипа ТТ и носителями гомозиготного генотипа СС ( $p=0,011$ ).

**Выводы.** 1. Впервые выявлена ассоциативная связь АС с полиморфизмом гена SAA1 (rs21218). 2. Амилоидоз ассоциирован с полиморфизмом гена SAA1 (rs21218), однако выборка очень мала, следовательно, данный аспект нуждается в дальнейшем исследовании. 3. Полиморфизм гена SAA1 (rs21218) взаимосвязан с индексом ASDAS и уровнем кальпротектина.

## ВЛИЯНИЕ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М.,  
Акберов А.М.

Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан

**Резюме.** Изучено влияние нафталанской нефти в комплексном лечении больных остеоартритом (ОА). Нафталанская нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляция кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов, стабилизирует синтез хондроитин сульфата-одного из составляющих суставного хряща, что способствует повышению его подвижности и эластичности.

Нафталанолечение, также способствует улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессию суставного синдрома у больных ОА.

**Цель исследования.** Определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных ОА, получавших нафталанскую нефть в комплексе физиотерапией.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 120 больных ОА в возрасте от 40 до 66 лет (средний возраст – 56,05±4,64 года), среди которых преобладали женщины (84,4%). В 84% случаев больные страдали полиостеоартритом, 16%-двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность остеоартрита составила 9,5±2,4 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрэну соста-

вил 2,5±0,1. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 18 (15%) больных с ФНС 0 степени, 70 (58%) с ФНС I степени и 32 (27%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие механических болей в периферических суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 5,7±2,5. У 74 пациентов (61%) отмечались явления синовита и периартрита, у 27 больных (23%) – только явления синовита и у 19 (16%) – только явления периартрита. Все больные получали комплексную терапию: включающую смазывание нафталаном пораженные суставы при  $t^{36-37^{\circ}\text{C}}$ , продолжительность 15-20 минут ежедневно, курс лечения составил 15 процедур.

Лечение коленных суставов акустическими волнами на аппарате Shock Med (Italia) проводился 2 раза в неделю. Курс лечения составил 5 сеансов. Курсы массажа и ЛФК проводились ежедневно по традиционному методу в течении двух недель.

**Результаты.** Через 2 недели от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ( $p=0,00001$ ), скованности ( $p=0,00002$ ) и сокращение времени прохождения по прямой линии ( $p=0,004$ ). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ( $p<0,01$ ); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ( $p<0,01$ ). Специальные опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ( $p<0,01$ ).

**Обсуждение.** Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельное применение больными нафталанотерапии в сочетании с акустическими волнами, в комплексе массажа и ЛФК, улучшающие периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущений у больных, получающих Нафталанотерапию в сочетании акустических волн, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

**Выводы.** Применение нафталанотерапии в сочетании акустических волн способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, MCAO3 и KOOS.



## ЛЕЧЕНИЕ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гусейнов Н.И.<sup>1</sup>, Мехтиев П.С.<sup>1</sup>, Ахмедова Н.М.<sup>1</sup>,  
Акберов А.М.<sup>1</sup>, Сулейманова Р.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский медицинский университет,

<sup>2</sup>Центральная больница нефтяников,  
Баку, Азербайджан

**Обоснование.** Частота различных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата у больных страдающих Сахарным диабетом (СД) значительно повышена. Прежде всего, это касается разнообразным заболеваниями околосуставных мягких тканей. Самым частым ревматическим проявлениям при сахарном диабете является пальмарный фасциит – сгибательная контрактура пальцевых суставов кистей.

**Цель.** Оценить эффективность и переносимость локальной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении пальмарного фасциита у больных СД.

**Материалы и методы.** Обследованы 60 больных СД, имеющие пальмарный фасциит. Давность заболевания СД-от 2 до 10 лет. Давность сгибательной контрактуры от 1-го месяцев до 5 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная – 32 и контрольная – 28 больных). Обе группы больные получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и локальные КС (0,5ml) на пораженные участки. Локальное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1-3 инъекции). Следует отметить, что до-, и через 24 часа после локального введения КС у больных СД определялось уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат (Вобэнзим - 15 таб/сут.). 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 достоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 6-больных основной группы и у 5 из 28 больных контрольной группы не было отмечено существенно-го клинико-лабораторные улучшения. У этих групп больных срок давности поражения периферических суставов составлял более 7 лет, а клинические симптомы пальмарного фасциита соответствовали III-стадии болезни. А также, у 3 больных СД было обнаружено инсулинозависимая форма. Необходимо отметить, что повышение уровня сахара в крови было отмечено у 2-х больных основной группы и у 6 больных в контрольной группе. Побочные эффекты проводимой терапии у

основной группы больных отмечены не были. В то же время, в контрольной группе у 8 больных были отмечены тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

**Выводы.** Клиническая эффективность комбинированной терапии больных пальмарным фасциитом страдающих СД, в обеих группах больных были одинаковые. Включение в комплексную терапию полиэнзимного препарата способствует уменьшению побочных эффектов КС (тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия) и улучшает оптимизацию течения патологического процесса.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М.,  
Акберов А.М.

Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан

**Резюме.** В материале изложены результаты исследования эффективности нафталанотерапии в комплексном лечении больных Аксиальным Спондилитом (АксС). Нафталанский нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляцию кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов.

**Введение.** АксС занимает центральное место среди Серонегативных Спондилоартритов и вопросы лечения еще до конца не изучены.

**Цель.** Изучить эффективность смазывание нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных АксС.

**Материалы и методы.** Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 90 больных АксС. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные на пораженные сегменты позвоночника получали амплипульс, ЛФК и массаж. Больные I группы (n=50) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталанской нефти. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до-, и после лечения.

Результаты сравнивались с больными АксС, не получавшими нафталанотерапию (II группа n=40). После проведенного физиолечения у подавляющего числа

больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, 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 активности у больных, получавших физиопроцедуры, происходило в более ранние сроки, чем у больных не получавших этого вида лечения.

**Выводы.** В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталаном в сочетании амплипульстерапии, ЛФК и массаж у больных АксС.

## НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М.,  
Акберов А.М.  
Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан

**Введение.** Вопросы лечения периферических спондилоартритов (PpSpA) сложны и до конца еще не изучены.

**Цель.** Изучить эффективность аппликацию нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных PpSpA.

**Материалы и методы.** Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 150 больных PpSpA (периферический спондилоартрит – 65, псориатическая артропатия – 50, реактивный артрит – 35). В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные получали синусоидально-модулированный ток (СМТ), ЛФК и массаж. Больные I группы (n=90) в качестве местного лечения на периферические суставы дополнительно получали аппликацию нафталанской нефти. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП-диклофенак 150 мг/с). Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до-, и после лечения.

Результаты сравнивались с больными PpSpA, не получавшими нафталановые аппликации (II группа n=60). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, увеличение объема движений в периферических суставах, а также, уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение

активности у больных, получавших физиопроцедуры, происходило в более ранние сроки, чем у больных не получавших этого вида лечения.

**Выводы.** В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием аппликации нафталаном в комплексе синусоидально-модулированных токов, ЛФК и массаж у больных PpSpA.

## ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Научные исследования последних лет, направленные на изучение факторов повышения приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений, показали, что одним из основных методов, повышающих полноту и точность выполнения врачебных назначений, является обучение пациентов. Оно позволяет расширить сферу влияния врача от лечения болезни к профилактике и эффективному динамическому наблюдению.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики и диспансеризации артериальной гипертензии путем группового обучения пациентов в условиях семейной поликлиники (СП) и сельского врачебного пункта (СВП).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и опрошены врачи СП г. Ташкента и СВП областей Республики, проходившие 10-месячные курсы переподготовки врача общей практики. До обучения анкетированы 156 врачей, после обучения 119, а также анкетировано и осмотрено 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с гипертонической болезнью (ГБ) в СП/СВП. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения в школе гипертоников, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под нашим наблюдением в течение 2-х лет.

**Результаты и обсуждение.** В большинстве амбулаторных карт СП/СВП рекомендации по немедикаментозному лечению даются в неполном объеме. Результаты следующие – ограничение поваренной соли рекомендуют 35 (64,8%) врачей СП и 53 (31,5%) врачей СВП; аутотренинг 24 (44,4%) и 64 (38,0%); ограничение потребления жиров 31 (57,4%) и 71 (42,2%); ограничение жидкости до 1-1,5 л/сут 25 (46,2%) и 54 (32,1%); снижение массы тела при ожирении 37 (68,5%) и 71 (42,2%); прекращение курения

11 (20,3%) и 72 (42,8%); регулярную физкультуру рекомендуют 37 (68,5%) и 67 (39,8%) соответственно. Сравнительный анализ ретроспективных показателей амбулаторных карт с данными устного опроса врачей и обследования этих же больных выявил достоверное расхождение ( $p < 0,001$ ) вышеуказанных факторов риска. Эти данные позволяют сделать выводы, что за подавляющим большинством пациентов не проводилось эффективное диспансерное наблюдение, своевременное выявление и коррекция факторов риска ГБ.

**Выводы.** 1. На уровне первичного звена у больных ГБ факторы риска выявляются не в полном объеме; у части из них не проводится коррекция выявленных модифицируемых факторов риска; подавляющее число больных используют гипотензивные препараты короткими курсами (СП-35,1%; СВП-82%), не соблюдая регулярность и длительность (СП-64,8%; СВП-17,8%) приема. 2. Больные ГБ недостаточно осведомлены о факторах риска (33,9%), влияющих на течение и прогноз заболевания; не владеют навыками самоконтроля (63,3%) и оказания самопомощи (75%) при остром повышении артериального давления (АД); наблюдается низкая приверженность (24%) пациентов к выполнению врачебных рекомендаций. 3. Групповое обучение пациентов достоверно способствует профилактике осложнений ГБ, адекватному контролю АД (96,7%), в нашем исследовании данное обучение позволяло достичь у 82,7% целевого уровня АД.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 20% взрослого населения мира имеют проблемы, связанные с повышением АД. К тому же, опубликованы тревожные прогнозы экспертов ВОЗ, согласно которым, к 2025 году ожидается пик роста АГ, заболеваемость достигнет 29% всего взрослого населения планеты.

В системе здравоохранения Узбекистана АГ также является актуальной проблемой. Согласно результатам популяционных исследований (Махмудов Б.Х. и соавт., Мамутов Р.Ш. и соавт., Турсунов С.Ю. и соавт.), выполненных с использованием стандартизированных методов и унифицированных критериев оценки результатов (ВОЗ) более 26% населения Республики в возрасте старше 40 лет страдают АГ. В Узбекистане ССЗ, являющиеся наиболее частой причиной смертности

(56%) и инвалидности (25%), наносят ощутимый вред здоровью нации и бюджету государства. Проводимые реформы здравоохранения в Республике, в частности организация семейных поликлиник создали реальную возможность для проведения первичной, вторичной и третичной профилактики ССЗ.

**Цель исследования.** Повышение эффективности профилактики, лечения и диспансерного наблюдения ГБ в условиях первичного звена путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

**Материалы и методы.** Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них ( $n=122$ , основная группа), прошли курс обучения, а часть ( $n=114$ , группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

**Результаты и обсуждение.** Таким образом, среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций. Как видно из таблицы 1 у пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% ( $p < 0,001$ ); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% ( $p < 0,001$ ). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза; гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) до обучения и 30,3% после обучения ( $p < 0,001$ ); уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% ( $p < 0,001$ ); избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) и после обучения лишь у 3 (2,4%) ( $p < 0,001$ ). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% ( $p < 0,001$ ) в группе пациентов, включенных в образовательную программу.



Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

**Заключение.** Результаты исследования показали, необходимым условием эффективного лечения больных АГ с позиции хронофармакологии являются их активное участие в лечебно-диагностическом процессе. Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни способствует повышению информированности пациентов и степени соблюдения схемы антигипертензивной терапии, достижению целевых уровней АД, обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

## ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Власов Т.Д.,  
Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А., Малахова З.Л.  
Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург

**Материалы и методы.** Исследовано 20 пациентов с аксиальным спондилоартритом (АксСпА) и болезнью Крона (БК). Диагноз АксСпА устанавливался на основании классификационных критериев Международного общества по изучению спондилоартритов (ASAS) 2010 года. Диагноз БК устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных. Производилась оценка маркеров воспалительной активности желудочно-кишечного тракта (фекальный кальпротектин, эозинофильный нейротоксин), эпителиальной проницаемости (фекальный зонулин; ФЗ), эхокардиографии, а также степени повреждения эндотелиального гликокаликса сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) сублингвальной области методом темнопольной микроскопии. В исследование не включались пациенты с другими ревматологическими заболеваниями, онкологическими и хроническими инфекционными заболеваниями, а также БК или АксСпА в фазе ремиссии.

**Результаты.** В подгруппе пациентов с БК-ассоциированным АксСпА в отличие от пациентов с изолированным АксСпА выявлено уменьшение перфу-

зии МЦР, определяемой по наполнению микрососудов эритроцитами (70,8% против 74,8%, соответственно;  $p=0,026$ ). Пациенты с БК-ассоциированным АксСпА без носительства антигена HLA-B27 имели более высокие значения пограничной области перфузии капилляров (PBR) диаметром 5-9 мкм (PBR5-9; 1,20 мкм против 1,01 мкм;  $p=0,036$ ), а также меньшую величину допустимой плотности микрососудов (DV; 441 мкм/мм<sup>2</sup> против 416 мкм/мм<sup>2</sup>;  $p=0,024$ ), чем аналогичные пациенты с положительным результатом типирования антигена HLA-B27.

При анализе корреляционных матриц выявлена положительная корреляция скорости оседания эритроцитов (СОЭ) с показателями повреждения микрососудов среднего (PBR10-19;  $p=0,009$ ;  $r=0,68$ ) и крупного (PBR20-25;  $p=0,006$ ;  $r=0,71$ ) калибров, а также всего МЦР (PBR5-25;  $p=0,003$ ;  $r=0,75$ ). Увеличение СОЭ также имело сильную обратную корреляцию с Индексом здоровья микрососудов ( $p=0,038$ ;  $r=-0,80$ ) и умеренную – с плотностью микрососудов DV ( $p=0,037$ ;  $r=-0,58$ ). Выявлена умеренная положительная корреляция концентрации С-реактивного белка (СРБ) и средней ширины столбца эритроцитов ( $p=0,008$ ;  $r=0,63$ ), также отражающей степень повреждения гликокаликса. При повышении концентрации зонулина в стуле отмечено снижение фракции выброса левого желудочка, рассчитанной по Simpson ( $p=0,05$ ;  $r=-0,81$ ), однако пациенты с высоким и нормальным уровнями ФЗ не имели достоверных отличий в показателях эхокардиографии.

Среди пациентов с БК-ассоциированным АксСпА не выявлено достоверных различий в показателях воспалительной активности в кишечнике и степени повреждения эндотелиального гликокаликса при различной степени активности аксиального поражения (оцениваемой по индексам BASDAI и ASDAS). Данные параметры также не имели достоверных различий у пациентов с рентгенологическим и нерентгенологическим АксСпА.

У пациентов, получавших генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), выявлены более высокие значения показателя DV (453 мкм/мм<sup>2</sup> против 434 мкм/мм<sup>2</sup>;  $p=0,045$ ), а также (MVHS; 4,83 против 4,20;  $p=0,015$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о возможном наличии более глубоких нарушений эндотелиального гликокаликса у пациентов с АксСпА, ассоциированным с БК, в отличие от пациентов с изолированным АксСпА. В исследуемой группе больных величина СОЭ имела положительную корреляцию со степенью повреждения эндотелиального гликокаликса микрососудов среднего (10-19 мкм) и крупного (20-25 мкм) калибров, а также сосудов МЦР в целом (5-25 мкм). Отсутствие носительства антигена HLA-B27 у пациентов с сочетанием БК и АксСпА было ассоциировано с более выраженным повреждением гликокаликса и снижением перфузии МЦР. На фоне увеличения проницаемости эпителия, оцениваемой по концентрации фекального зонулина, наблюдалось сни-

жение глобальной сократительной способности левого желудочка, что требует дальнейшего изучения возможного влияния феномена повышенной эпителиальной проницаемости на сердечно-сосудистую систему. В исследуемой группе больных выявлено положительное влияние генно-инженерной терапии на перфузию и интегральный показатель здоровья сосудов МЦР.

В связи с небольшим объемом выборки планируется продолжить набор пациентов для подтверждения выявленных изменений сосудистого эндотелия у пациентов с АксСпА, ассоциированным с БК.

## ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ СЕДАЦИИ В ОРИТ С ПОМОЩЬЮ BIS-МОНИТОРИНГА

Данилов М.С., Симутис И.С., Салыгина Д.С.  
Северо-Западный окружной  
научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова,  
Санкт-Петербург

Седация – один из важнейших элементов лечения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), она тесно связана с обезболиванием, гиподинамией, нарушениями сна. Недостаточная или чрезмерная глубина угнетения сознания будет приводить к неблагоприятным последствиям, поэтому важно иметь средства объективного контроля седации. Современные рекомендации предлагают персонализировать ее целевой уровень, проводить ее прерывисто, корректировать целевой уровень в динамике, но их выполнение без объективной оценки невозможно.

Такую оценку можно проводить, например, с использованием BIS-мониторинга. В последние годы появляются данные, что ранее считавшийся нецелесообразным у пациентов в реанимации, этот метод все же может принести пользу. Поэтому мы полагаем, что наша работа с учетом известных ограничений метода позволит по-новому взглянуть на перспективы использования непрерывной аппаратной оценки седации в условиях реанимационного отделения.

**Цель исследования.** Повышение безопасности лечения пациента в ОРИТ с помощью комбинации BIS-мониторинга и балльной оценки седации. Задачи: определить целевой уровень седации по BIS; сравнить расход пропофола в изучаемых группах; оценить влияние BIS-мониторинга на частоту нежелательных событий; оценить целесообразность применения BIS-мониторинга для контроля седации в ночное время.

**Материал и методы.** Изучено 69 пациентов. Критерии включения: лечение в ОРИТ и необходимость продленной седации для обеспечения комфортной ИВЛ или вследствие развития делирия. Критерии невключения: возраст старше 70 лет, индивидуальная непереносимость пропофола, болезнь Паркинсона.

Критерии исключения: развитие состояний, требующих инвазивных методов диагностики и лечения или транспортировки за пределы отделения реанимации, развитие острого нарушения мозгового кровообращения или острого инфаркта миокарда.

Рандомизацию проводили методом конвертов, были сформированы 2 группы. В первую (n=38) вошли пациенты, у которых седация контролировалась непрерывно комбинированным методом (по уровню BIS+контроль по шкале RASS), а во второй (контрольной, n=31) оценка проводилась только по RASS. Между группами не было существенных различий по степени выраженности органной дисфункции. В группе 1 ориентировались на значение BIS = 70-80 (умеренная седация, реагирует на громкую речь). В группе 2 в качестве целевого было принято значение RASS=-1...-2. Нами были выбраны 95% ДИ и уровень значимости  $p < 0,05$ .

Нормальность распределения подтверждена с помощью критерия Шапир-Уилка ( $p$  для группы 1 и группы 2 составили 0,401 и 0,356), далее для сравнения групп использовались  $t$ -критерий и коэффициенты ранговой корреляции Спирмана и корреляции Кендалла.

**Результаты и обсуждение.** Основным показателем сравнения был выбран расход пропофола. В группе 1 средний расход составил  $2696 \pm 300$  мг/сут, а в группе 2 –  $3205 \pm 360$  мг/сут, то есть, в среднем снизился на 15,9%.  $T$ -критерий Стьюдента для двух независимых выборок групп составил -6,40,  $p < 0,01$ . Таким образом, снижение расхода пропофола в группе BIS-мониторинга не является случайным. Такая разница, вероятно, связана с большей дозировкой в группе RASS, когда у врача возникает субъективное ощущение, что высокая доза необходима для исключения нежелательных событий, а также с повышением расхода в ночное время, когда количество персонала и настороженность снижаются.

Затем мы оценили, какое значение BIS будет достаточным для седации без чрезмерного угнетения сознания (пациент легко пробудим в ответ на речевую стимуляцию). Таким целевым уровнем стало значение BIS  $77 \pm 6,1\%$ .

В заключение мы оценили корреляцию между значениями BIS и RASS. Коэффициент ранговой корреляции Спирмана составил 0,827,  $p < 0,01$ , а коэффициент корреляции Кендалла 0,711,  $p < 0,01$ . Таким образом, оценка с помощью BIS-мониторинга надежно соответствует оценке по RASS, то есть, она может быть применима наряду с рутинной балльной оценкой.

Завершая обсуждение полученных результатов, следует отдельно отметить, что в группе 1 не было зафиксировано нежелательных событий, связанных с избыточным угнетением сознания, тогда как в группе 2 двое пациентов были переведены на ИВЛ в ночное время из-за чрезмерно глубокой седации.

**Выводы.** 1) Определен целевой уровень седации по BIS, который составил  $77 \pm 6,1$ . 2) Расход пропофола в группе 1 на 15,9% меньше, чем в группе 2. 3) Маловероятно, что с учетом выявленной корреляции

ляции и в целом более высокой динамичности BIS-мониторинг может приводить к повышению частоты осложнений седации.

**Заключение.** Предложенный подход к мониторингу седации в ОРИТ позволяет ее оптимизировать и повысить ее безопасность. Кроме того, следует выделить и экономическую эффективность такой оценки, так как мониторинг в реальном времени позволяет уменьшить расход седативных препаратов и уменьшить затраты на лечение осложненной седации. Таким образом, использование BIS-мониторинга повышает безопасность седации и, как следствие, безопасность лечения в отделении реанимации.

## ИЗУЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИНОВИИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Данилова А.Н.

Новосибирский национальный исследовательский  
государственный университет,  
Новосибирск

**Актуальность.** Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание, характерным проявлением которого является формирование необратимых деформаций суставов с последующей инвалидизацией. РА является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний (частота в популяции до 1%). Заболевание развивается у лиц трудоспособного возраста и приводит к ранней инвалидизации при отсутствии адекватной терапии. Согласно принципу Treat-to-target, целью лечения РА является достижение ремиссии, либо низкой активности заболевания. В настоящее время часто выбор методов лечения РА, осуществляется эмпирически, не предусматривая чувствительность пациентов к лечению. Во многих случаях лечение базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) недостаточно эффективно контролирует клинические проявления и рентгенологическую динамику РА, а частота ремиссии не превышает 25%. Пациентам, не отвечающим на противовоспалительную терапию, показано назначение генно-инженерных препаратов (ГИБП). Эффект ГИБП по сравнению с БПВП, как правило, развивается значительно быстрее и более выражен. Однако, до 40% пациентов не отвечают на терапию ГИБП, что с учетом высокой стоимости препаратов еще острее ставит вопрос по поиску прогностических маркеров эффективности терапии.

Первичным участком воспаления при РА является синовиальная оболочка, в которой иммунологические и морфологические изменения возникают еще

до клинической манифестации заболевания. Биопсия синовиальной оболочки обычно используется для диагностики и уточнения характера воспалительного процесса, однако ее использование остается относительно ограниченным. В частности, в настоящее время в клинической практике отсутствуют утвержденные морфологические биомаркеры, которые бы использовались для диагностики и подбора лечения ревматоидного артрита. Различными исследователями выделен ряд морфологических субтипов синовиальной оболочки у пациентов с РА: лимфомиелоидный субтип с преобладанием В-клеток при наличии клеток миелоидного ряда; диффузно-миелоидный субтип с преобладанием клеток миелоидного ряда при скудном количестве В-клеток; малоиммунный субтип с преобладанием фибробластов и скудным количеством клеток иммунной системы. Пациенты с различными субтипами РА имели разную активность воспаления, иммунологическую активность, демонстрировали различия в скорости рентгенологической прогрессии заболевания.

Таким образом, морфологические изменения синовиальной оболочки могут объяснять гетерогенность ответа на лечение, что имеет перспективы для принятия терапевтических решений для таргетной терапии.

**Цель исследования.** Целью исследования явился анализ морфологических изменений синовиальной оболочки сустава у больных ревматоидным артритом с различной активностью заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование включены 27 пациентов – 15 пациентов с РА и 12 – с остеоартритом (ОА) в качестве группы сравнения. Проводилось общеклиническое обследование больных, оценка активности заболевания (СОЭ, СРБ, комплексные индексы активности). У пациентов РА с синовитом коленного сустава выполнялась тонкоигольная биопсия синовиальной оболочки сустава под УЗ-контролем. У пациентов с ОА забор материала проводился при проведении артроскопии коленного сустава. Проводилась стандартная гистологическая подготовка, окраска гематоксилином-эозином, ИГХ с целью выявления отдельных субпопуляций иммунных клеток.

**Результаты и их обсуждение.** В нашем исследовании при выполнении ТИАБ не зафиксировано на одного осложнения, что демонстрирует безопасность и доступность метода. У больных РА с умеренной и высокой активностью заболевания выявлено большее содержание лимфоцитов по сравнению с низкой активностью заболевания и остеоартритом. У больных РА с низкой активностью выявлено большее содержание макрофагов и фибробластов. При низкой активности РА выявлено парадоксальное увеличение содержания макрофагов, расположенных преимущественно периваскулярно.

**Вывод.** Тонкоигольная биопсия синовиальной оболочки является легкодоступной безопасной методикой прижизненной визуализации патоморфологических изменений синовиальной оболочки. У пациентов с РА выявлены статистически значимые отличия пато-



морфологической картины в синовии в зависимости от активности процесса. Несмотря на низкую клиническую активность воспаления, на тканевом уровне проявления воспаления сохраняются. Это может объяснить феномен рентгенологической прогрессии заболевания даже у пациентов с низкой активностью заболевания и требует дальнейшего изучения.

## ОСТЕОАРТРОЗ СУСТАВОВ КИСТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Дауренбекова А.Ш., Джураева Э.Р.,  
Матчанов С.Х., Нурмухамедова Н.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Диагностика и изучение особенностей течения различных вариантов остеоартрозов (ОА) суставов кисти, раннее выявление заболевания и оценка качества жизни больных.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 42 больных (мужчин – 6, женщин – 36) в возрасте 45–75 лет (средний возраст составил  $54,6 \pm 2,8$ ) с ОА суставов кистей, соответствующим критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). Группу сравнения составили 20 женщин соответствующего возраста без ОА суставов кистей. Клиническое обследование включало в себя подсчет числа болезненных и деформированных суставов из 22 исследуемых: дистальные (ДМФС) и проксимальные (ПМФС) межфаланговые суставы (МФС), запястно-пястный (ЗППС) и I пястно-фаланговый сустав (ПФС) кисти (I МФС). Также пациенты указывали уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и оценивали состояние своего здоровья по ВАШ.

**Результаты и обсуждения.** Достоверных различий по основным демографическим характеристикам между пациентами с ОА и женщинами из группы сравнения не выявлено. Длительность ОА на момент исследования составила в среднем  $8,5 \pm 7,8$  года. Число болезненных и деформированных суставов значительно различалось и было выше у пациентов с ОА. Уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе у пациентов с ОА и в группе сравнения достоверно различался, составив  $32,1 \pm 23,2$  и  $13,3 \pm 21,3$  соответственно. Мы обратили внимание на то, что женщины из группы сравнения указали на боль в суставах кистей, хотя при клиническом и рентгенологическом обследовании значимой костно-суставной патологии у них не было выявлено. При этом у пациентов основной группы и женщин из группы сравнения оценка общего состояния здоровья полностью совпала, что, вероятно,

можно объяснить наличием практически одинакового статуса по сопутствующей патологии в обеих группах и малозначимым вкладом ОА кистей в формирование показателя «общее здоровье». В то же время показатели беспокойства из-за деформации суставов и неудобства в случае, когда кисти оказываются на виду, значительно различались между группами. Так, у женщин с ОА данные параметры эстетического дискомфорта достигали соответственно 37,4 и 39,2 мм по ВАШ, тогда как в группе сравнения указанные проблемы были малозначимыми (1,4 и 14,2 мм по ВАШ). Показатель беспокойства из-за боли в суставах кистей также оказался значительно выше у женщин с ОА, достигая в среднем 41,7 мм по ВАШ. Постоянство ухода за руками женщины основной группы и группы сравнения оценили одинаково. В то же время боязнь прогрессирования деформации присутствовала у 2/3 женщин с ОА суставов кистей. Показатели боли, скованности и функциональной недостаточности у женщин с ОА были выше, чем в группе сравнения, в 4,2; 4,5 и 7,3 раза соответственно.

**Выводы.** Таким образом, изучение особенностей диагностики и течения различных вариантов ОА суставов кисти и оценка качества жизни пациентов являются одними из актуальных проблем.

## СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Демидов В.В.<sup>1</sup>, Сидоренко Ю.В.<sup>1</sup>, Иванова Л.Н.<sup>1</sup>,  
Сысойкина Т.В.<sup>1</sup>, Сероухова С.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Луганский государственный медицинский  
университет,

<sup>2</sup>Луганский республиканский  
кардиологический диспансер,  
Луганск

В условиях современных процессов урбанизации сердечно-сосудистые заболевания и патология органов дыхания, в том числе гипертоническая болезнь (ГБ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), являются одной из важнейших медико-социальных проблем. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у мирных жителей и военнослужащих, которое возникает вследствие военных конфликтов, является значимым фактором риска для возникновения и прогрессирования различной патологии внутренних органов, в том числе ГБ и ХОБЛ. В то же время, на сегодняшний день остается нерешенным ряд

вопросов коморбидного течения ГХ и ХОБЛ, на фоне ПТСП, а именно недостаточно изучена роль эндотелиальной дисфункции в прогрессировании сочетанной патологии, что и явилось целью нашего исследования. Под наблюдением находилось 87 больных ГБ, из них у 52 пациентов ГБ протекала в сочетании с ХОБЛ на фоне ПТСП (1-я группа). 2-ю группу составили 35 пациентов, у которых ГБ носила изолированный характер. Наличие и степень ГБ устанавливали согласно Клиническим рекомендациям Российского Кардиологического Общества. Верификация диагноза ХОБЛ и оценка степени тяжести проводилась в соответствии с критериями GOLD. На основании тестирования и консультации невролога выставлен ПТСП (МКБ - 10: F43.1). Функция эндотелия была изучена с помощью сонографического исследования дилатации плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, а также изучали содержание в плазме крови стабильных метаболитов эндотелиальной вазорелаксирующей субстанции – нитритов (NOX). Подробный анализ показателей функционального состояния эндотелия показал, что у обследованных больных ГБ, сочетанной с ХОБЛ на фоне ПТСП, базальный синтез оксида азота имеет схожие характеристики с больными с изолированной ГБ (2-я группа). Об этом свидетельствует отсутствие статистически достоверных отличий диаметра плечевой артерии, так как этот показатель является стабильной величиной, не зависящей от уровня АД. Он почти не отличался у всех обследованных больных обеих групп и составил  $(4,21 \pm 0,20)$  мм и  $(4,18 \pm 0,22)$  мм соответственно. Изменение диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией в 1-й группе составило  $(6,8 \pm 0,15)$  %, что достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем во 2-й группе  $(8,3 \pm 0,6)$  %. Поскольку за нормальную эндотелийзависимую вазодилатацию принимается величина прироста степени вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией на 10% и более, из исследования видно, что недостаточная степень ( $< 10\%$ ) эндотелийзависимой вазодилатации присуща больным обеих групп. Таким образом, результаты обследования свидетельствуют о наличии дисфункции эндотелия у всех больных с гипертонической болезнью, при этом коморбидность уменьшает эндотелийзависимую вазодилатацию. Кроме того, исследована эндотелий независимая вазодилатация на фоне приема нитроглицерина, нормальной величиной которой считали прирост диаметра плечевой артерии более 15%. В обеих группах показатели статистически не отличались и составили в 1-й группе  $(15,9 \pm 0,47)$  мм, во 2-й -  $(16,7 \pm 0,51)$  мм. Итак, чувствительность сосудистой стенки к экзогенному оксиду азота у больных ГБ в сочетании с ХОБЛ на фоне ПТСП не отличалась и от таковой у больных ГБ. Следовательно, речь идет именно о дисфункции эндотелия, связанной со снижением синтеза эндотелием вазорелаксанта оксида азота. Концентрация стабильных метаболитов NOx в плазме крови у больных 1-й группы оказалась в 1,34 раза ниже  $(34,4 \pm 1,3)$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ), чем у больных 2-й группы  $(46,1 \pm 1,5)$  мкмоль/л). Таким образом, более

выраженная степень эндотелиальной дисфункции у больных с коморбидной ГБ ассоциировалась с более низким уровнем метаболитов оксида азота в сыворотке крови. В этих условиях оксид азота оказывается вовлеченным в адаптацию сосудистой системы к повышенным метаболическим и физическим потребностям. У больных ГБ в сочетании с ХОБЛ на фоне ПТСП образование эндотелием вазоконстрикторных факторов увеличивается в ответ на стрессорное влияние, в то время как обеспечивающееся противодействие NO, выполняющего роль «модератора» локального и системного сосудистого тонуса при сочетанной патологии, снижено.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Джеломанова Е.С.<sup>1</sup>, Лесниченко Д.А.<sup>2</sup>,  
Майлян Э.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецкое клиническое территориальное  
медицинское объединение,

<sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

Климактерический синдром (КС) представляет собой совокупность вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, которые возникают вследствие снижения гормональной функции яичников и резко снижают качество жизни пациента. Наиболее частыми ранними проявлениями КС выступают вегетососудистые, или вазомоторные симптомы (ВМС), и эмоционально-психические нарушения. В то же время, современные данные о распространенности КС, частоте и тяжести отдельных его проявлений среди женщин Донецкого региона в доступной литературе нами обнаружены не были.

**Цель работы.** Исследовать распространенность КС, частоту регистрации и тяжесть отдельных его симптомов среди женщин в ранней постменопаузе, проживающих в Донецком регионе.

**Материалы и методы.** Обследовано 328 женщин, проживающих на Донбассе, возрастом от 48 до 57 лет и продолжительностью постменопаузы до 5 лет. Наличие КС подтверждали по результатам опроса и клинического обследования. Все женщины с подтвержденным КС проходили анкетирование с помощью опросника оценки тяжести симптомов менопаузальных расстройств по шкале Грина. Данная шкала состоит из 21 вопроса, которые позволяют оценить состояние женщины по четырем разделам: психосоциальная сфера, соматические симптомы, вазомоторные симптомы и сексуальная сфера. Степень тяжести каждого симптома шкалы оценивали по четырех-балльной системе: 0 бал-

лов – отсутствие симптома, 1 балл – легкая степень, 2 балла – средняя степень и 3 балла – тяжелая степень выраженности симптома.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что распространенность КС среди обследованных женщин составила  $69,8 \pm 2,5\%$ . Наиболее часто обследованные женщины с КС указывали на нарушение сна ( $79,9 \pm 2,6\%$ ), чувство недовольства или депрессии ( $77,7 \pm 2,7\%$ ), головные боли ( $80,3 \pm 2,6\%$ ) и приливы ( $75,5 \pm 2,8\%$ ). Следует отметить, что перечисленные симптомы, а также потливость, оценивались женщинами как наиболее выраженные (медиана составила 2 балла). Реже всего опрошенные женщины жаловались на такие проявления КС как быстрое или сильное сердцебиение ( $11,4 \pm 2,1\%$ ), плаксивость ( $10,9 \pm 2,1\%$ ), чувство онемения и дрожь в различных частях тела ( $10,9 \pm 2,1\%$ ). Указанные симптомы встречались в среднем у одной женщины из девяти и характеризовались невысокой интенсивностью. Наличие хотя бы одного положительного симптома из раздела психосоциальной сферы было выявлено у всех 229 опрошенных женщин с климактерическим синдромом. Минимум один положительный признак из раздела соматических симптомов был зарегистрирован у 218 опрошенных, что составило  $95,2\% \pm 1,4\%$ . 193 женщины с КС в ранней постменопаузе ( $84,3 \pm 2,4\%$ ) указывали на наличие хотя бы одного симптома из раздела вазомоторных проявлений. При этом нарушения сексуальной сферы, заключающиеся в потере интереса к сексу, регистрировались только у 52 обследованных женщин ( $22,7 \pm 2,8\%$ ).

Таким образом, установлена достаточно высокая распространенность КС среди женщин в период ранней постменопаузы. Наиболее частыми и тяжело протекающими симптомами у обследованных женщин с КС являются нарушения сна, чувства недовольства или депрессии, головные боли и приливы. Следует отметить, что результаты исследований, посвященных распространенности депрессии у женщин постменопаузе свидетельствуют о частоте данного симптома около 40%. Что касается частоты регистрации нарушения сна в постменопаузе, то частота данного симптома варьирует, по данным разных авторов от 15% до 35-60%. Возможно, более высокие показатели распространенности депрессии и нарушения сна, нередко сочетающегося с депрессивным настроением, установленные в нашем исследовании, связаны с неблагоприятным психологическим воздействием, обусловленным продолжающимися боевыми действиями на территории региона.

**Выводы.** Установлена достаточно высокая распространенность КС среди женщин в период ранней постменопаузы, составившая  $69,8 \pm 2,5\%$ . Наиболее частыми ( $>75\%$  случаев) и тяжело протекающими симптомами у обследованных женщин с КС являются нарушения сна, чувства недовольства или депрессии, головные боли и приливы. У 100% опрошенных присутствует хотя бы один симптом из раздела психосоциальной сферы, у  $95,2\% \pm 1,4\%$  – из раздела соматических симптомов.  $84,3 \pm 2,4\%$  женщин с КС указывают на

наличие хотя бы одного симптома из раздела вазомоторных проявлений, а у  $22,7 \pm 2,8\%$  лиц присутствуют нарушения сексуальной сферы. Полученные результаты необходимо использовать при назначении комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий женщинам в ранней постменопаузе.

## ИЗУЧИТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Джурасва Э.Р., Зияева Ф.К., Арипова Н.А.,  
Ганиева Н.А., Нурмухаммедова Н.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить клиническую картину ревматоидного артрита у больных, перенесших COVID-19.

**Материал и методы исследований.** Обследовано 32 пациента с достоверным диагнозом РА, согласно критериям Американской коллегии ревматологии и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR RA) 2010, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных РА было 28 женщин ( $87,5\%$ ) и 4 мужчин ( $12,5\%$ ), средний возраст больных ( $M \pm m$ ) составил  $51,16 \pm 9,35$  года, средняя длительность РА –  $15 \pm 9,26$ . У всех обследованных больных определяли число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, проводили общую оценку активности заболевания больным (ООАБ) и врачом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28 – СОЭ. По заболеваемости COVID – 19 пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные РА, перенесшие COVID – 19, II группа – больные РА, не перенесшие данное заболевание. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, объективное исследование, рентгенологическое исследование суставов, иммунологическое исследование и определение ревматоидного фактора (РФ) крови.

**Результаты и обсуждения.** В результате проведенных исследований установлено, что после перенесенного COVID-19 у  $68,1\%$  больных РА отмечалось обострение патологического процесса. Клиническими особенностями РА у пациентов I группы в 70% случаев было частое вовлечение в процесс крупных и средних суставов. Продолжительность утренней скованности у больных РА I группы составила  $180,0 \pm 1,6$  минут, в то же время во II группе –  $156 \pm 1,5$  минут. В зависимости от наличия РФ в сыворотке крови у 59% обследованных больных I группы был серопозитивный (среднее значение РФ –  $19,2 \pm 1,4$ ) и у 36% – серонегативный



РА (во II группе эти показатели составили 70% и 30% соответственно). Активность РА согласно индексу DAS28 у пациентов I группы была  $5,13 \pm 0,6$  баллов, что соответствовало III степени, во II группе DAS28 составила  $5,0 \pm 0,8$  баллов, то есть имела место II степень активности. РА I группы и 70% больных II группы имел место ФК III, что показало большее нарушение функции суставов после перенесенной вирусной инфекции. Согласно рентгенологическим проявлениям больные I группы были распределены следующим образом: I стадия выявлена у 23% больных, II – у 64%, III стадия – у 13% больных. Рентгенологические изменения во II группе: I стадия выявлена у 20% больных, II – у 60%, III – у 10%, IV стадия выявлена у 10% больных. По результатам анализа крови у пациентов I группы уровень гемоглобина составил  $92,0 \pm 0,6$  г/л СОЭ –  $28,6 \pm 0,9$  мм/час по сравнению с показателями во II группе: гемоглобин –  $101,3 \pm 0,3$  г/л; СОЭ –  $20,5 \pm 1,2$  мм/час. Сравнительный анализ уровня СРБ показал более высокие значения у больных I группы ( $35,1 \pm 1,3$ ) по сравнению со II группой (СРБ- $28,6 \pm 0,9$ ). У 73% пациентов РА I группы кроме суставных проявлений также отмечалось поражение внутренних органов (кардит, нефрит).

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов РА, перенесших COVID-19, часто отмечалось прогрессирование заболевания и высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей острофазных проб, а также присоединилось системное поражение внутренних органов.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Исломов Р.И.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

В возникновении и прогрессировании ревматических заболеваний существенную роль играют эндокринные нарушения. Зачастую эндокринная перестройка служит фоном для развития заболеваний соединительной ткани. В то же время изменение нейроэндокринного статуса является неотъемлемой составляющей прогрессирования ревматических заболеваний. Распространенность тиреоидной патологии в целом среди больных ревматоидным артритом (РА) достигает 28%. По имеющимся данным, аутоиммунное поражение щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит или болезнь Грейвса) встречаются при РА в три раза чаще, чем в общей популяции. Однако на сегодняшний день остается много нерешенных вопросов в проблеме взаимоотношений РА и тиреоидного статуса.

**Цель исследования.** Оценить состояние щитовидной железы у больных РА, выявить особенности клинического течения

**Материалы и методы.** Обследовано 83 больных РА женского пола, находящихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Средний возраст больных составил  $33,4 \pm 2,9$  года, средняя продолжительность заболевания  $6,2 \pm 1,4$  лет. Больным проведены общеклинические, биохимические, иммунологические исследования крови, определение гормонов щитовидной железы (ТТГ, f-T3, f-T4, АТ-ТПО), ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, рентгенография суставов.

**Результаты и обсуждение.** Все больные РА в зависимости от состояния функции щитовидной железы были разделены на 2 группы: 1 группа – 12 (14%) больных с поражением щитовидной железы (гипотиреоз), во 2 группу вошли 71 больной РА (86%) – без нарушения ее функции. Причиной гипотиреоза у больных РА был аутоиммунный тиреоидит. У 30 пациентов при проведении УЗИ щитовидной железы выявлены патологические изменения: гиперплазия щитовидной железы у 53,3% (16 больных), узловый зоб – у 20% (6 больных), атрофия щитовидной железы – у 20% (6 больных), у 6,7% (2 больных) проведена струмэктомия в анамнезе. По результатам лабораторных исследований в 1 группе выявлены высокие показатели СОЭ ( $43 \pm 8$  мм/ч) и СРБ ( $17 \pm 5$  мг/л) по сравнению со 2 группой ( $28 \pm 6$  мм/ч и  $13 \pm 3$  мг/л соответственно). Также у больных РА 1 группы отмечены изменения показателей гормонов щитовидной железы: увеличение ТТГ, АТ-ТПО и снижение гормонов f-T3, f-T4. РА с поражением щитовидной железы имел некоторые особенности течения, а именно тяжелое течение суставного синдрома, большую продолжительность утренней скованности, боли в мышцах, повышенную утомляемость.

**Вывод.** Таким образом, РА в сочетании с поражением щитовидной железы ассоциируется с высокой клинико-лабораторной активностью заболевания, отличается тяжестью клинических проявлений, что требует динамического контроля функционального состояния щитовидной железы.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Джураева Э.Р., Шодиев С.Б.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить особенности течения псориатической артропатии у больных с гиперурикемией

**Материалы и методы.** Обследовано 30 больных с псориатическим артритом от 35-69 лет (средний возраст равен  $54,88 \pm 10,14$ ) находящихся на стационарном лечении в отделении ревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Были проведены лабораторные исследования крови на уровень мочевой кислоты, скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка, а также ультразвуковое исследование печени.

**Результаты.** У 36,6% обследуемых была обнаружена гиперурикемия. В то же время у 72,7% больных псориатическим артритом с гиперурикемией была выявлена гепатомегалия и в свою очередь у больных с псориатическим артритом без гиперурикемии гепатомегалия встречалась у 36,8%. У 8-х обследованных больных с гиперурикемией наблюдалась 2-я степень активности псориатического артрита и у 3-х больных 3-я степень активности. У 12 больных без гиперурикемии наблюдалось 1 степень активности псориатического артрита и у 7-х из них 2 степень активности. У больных с гиперурикемией наблюдались частые приступообразные боли в коленных и голеностопных суставах подобные подагре, наблюдалось развитие ограниченности движения в суставах вплоть до контрактуры

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов с псориатическим артритом с гиперурикемией, часто отмечалось прогрессирование заболевания и высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей лабораторных исследований

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СУБТИПОВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Дибров Д.А., Авдеева А.С.

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

**Цель исследования.** Сравнить клинические проявления ревматоидного артрита у пациентов с АЦЦП-негативным и АЦЦП-позитивным вариантами заболевания

**Материалы и методы.** В исследование были включены 158 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита. Диагноз был установлен на основании критериев ACR/EULAR 2010 г. и после исключения других заболеваний. Среди пациентов количество женщин составило 132 (83,5%), мужчин 26 (16,5%). Ме возраста пациентов составила 53 [40; 62] года, продолжительности заболевания 48 [22; 96] месяцев. В зависимости от значений АЦЦП пациенты были разделены на 2 группы: АЦЦП-позитивных и АЦЦП-негативных, при

наборе учитывалась сопоставимость по полу, возрасту, длительности заболевания и проводимой терапии. В группу АЦЦП(+) пациентов вошли пациенты со значениями АЦЦП  $>2$  норм, в группу АЦЦП(-) вошли пациенты со значениями ниже верхней границы нормы. Оценивались характер дебюта и течения заболевания, для оценки активности РА использовались индексы DAS28, SDAI, CDAI. Ретроспективная характеристика начала и особенностей течения заболевания проводилась на основании данных анамнеза и медицинской документации.

**Результаты.** В исследование вошли 79 пациентов с АЦЦП-негативным вариантом РА и 79 – с АЦЦП-позитивным. Статистически значимых отличий по возрасту и длительности заболевания между субтипами не определялось, поэтому группы были признаны сопоставимыми. Возраст больных (Me [ИР] (в годах)) при АЦЦП(-) варианте составил 52 [39; 62], при АЦЦП(+) 54 [42; 62], длительность заболевания (в месяцах) 59 [23; 122] и 48 [17; 84], соответственно. Клиническая картина начала заболевания для серологических субтипов имела статистически значимые отличия ( $p < 0,001$ ). У АЦЦП(+) пациентов первые проявления заболевания почти в половине случаев (48,6%) приходились на артриты мелких суставов, другая часть на артралгии (45,8%) и в остальных случаях на артриты крупных суставов (4,2%), системные и конституциональные проявления (1,4%). Начало заболевания у АЦЦП(-) пациентов чаще всего проявлялось артритами мелких суставов (36,8%), немного реже – воспалением крупных суставов (32,9%) и артралгиями (25%), в отдельных случаях системными и конституциональными проявлениями (5,3%). На момент включения в исследование у АЦЦП(+) пациентов чаще отмечалась утренняя скованность в суставах (89,5%), также она имела большую длительность (60 [30; 180] мин) в сравнении с АЦЦП(-) (78,2%), 43 [12; 120] мин. По симптому сжатия кистей достоверных отличий между группами не выявлено (АЦЦП(-) 69,6% и АЦЦП(+) 76,4%;  $p=0,35$ ). У АЦЦП(+) пациентов определялась более высокая активность заболевания по индексам DAS28срб, DAS28соз, SDAI, CDAI, значения С-реактивного белка и скорости оседания эритроцитов, большее число болезненных и припухших суставов ( $p < 0,05$ ). С учетом локализации пораженных суставов у АЦЦП(+) пациентов статистически значимо чаще определялись артриты проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных и плечевых суставов из счета 28 суставов. По локализации болезненных суставов, частоте анкилозирования, вовлечении шейного отдела позвоночника и височно-нижнечелюстного сустава у субтипов достоверных отличий не выявлено. По оценке рентгенограмм кистей и стоп у АЦЦП(+) пациентов преобладали более высокие стадии. Системные проявления РА на момент осмотра и в анамнезе статистически значимо чаще встречались у АЦЦП(+) (32,9%), чем у АЦЦП(-) (17,7%). Из системных проявлений у АЦЦП(+) пациентов чаще отмечались ревматоидные узелки, у АЦЦП(-) выявлена тенденция к большей частоте нейропатии, склеритам и эписклеритам.

**Выводы.** У пациентов с АЦЦП(-) субтипом менее выражены клинические признаки поражения суставов и воспалительный компонент по сравнению с АЦЦП(+). Однако смешанная картина манифестации, менее «яркое» течение заболевания, отсутствие характерных иммунологических биомаркеров обуславливают необходимость длительного и тщательного наблюдения этой группы пациентов. При этом субъективная тяжесть болезни и нарушение функции из-за анкилозирования суставов не отличаются от АЦЦП(+) варианта РА.

## МЫШЕЧНАЯ СИЛА, ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ИХ АССОЦИАЦИЯ С БОЛЬЮ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Феклистов А.Ю.,  
Козырева М.В., Торопцова Н.В.

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

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь боли с состоянием скелетной мускулатуры у женщин с ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** 158 пациенток в возрасте от 40 до 75 лет с достоверным РА (установленным по критериям ACR/EULAR, 2010) были включены в исследование. Критерии включения: подписанное информированное согласие, отсутствие асептических некрозов костей, образующих крупные суставы конечностей, суставных эндопротезов, перекрестных синдромов, тяжелой органной недостаточности, возникшей на фоне осложнений РА или сопутствующих заболеваний, заболеваний с известным отрицательным миотропным действием, нарушений памяти. Участницам исследования проведено анкетирование, оценка боли в опорно-двигательном аппарате по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Мышечная сила верхних конечностей оценена с помощью кистевой динамометрии, нижних конечностей – с использованием теста «Встать со стула» (ВСС). Физическая работоспособность (ФРС) определялась по скорости ходьбы на 4 м и тесту «Встань и иди» (ВИИ). Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха. Однофакторный логистический регрессионный анализ использовали для установления ассоциаций между выраженностью боли и мышечным статусом.

**Результаты.** Медианы возраста, длительности РА и боли по ВАШ составили 60 [52; 64] лет, 8 [4; 14] лет и 41 [23; 56] мм соответственно. Результаты кистевой динамометрии и теста ВСС у большинства обследованных лиц соответствовали сниженной мышечной силе (12 [8; 15] кг и 17,6 [13,4; 24,5] с соответственно). 123 (78%) пациентки имели низкую мышечную силу

верхних конечностей, а 104 (66%) – нижних конечностей. У 139 (88%) обследованных лиц зафиксирована низкая мышечная сила хотя бы по одному тесту. Медиана скорости ходьбы составила 0,8 [0,7; 1,0] м/с; времени выполнения теста ВИИ – 10 [8; 12] с. ФРС была низкой у 88 (56%) пациенток. Логистический регрессионный анализ показал, что болевой синдром был ассоциирован с низкой мышечной силой нижних конечностей (ОШ 2,72 95%ДИ 1,29-5,75,  $p=0,009$ ) и снижением ФРС (ОШ 3,19 95%ДИ 1,40-7,26,  $p=0,006$ ).

**Выводы.** У большинства (88%) обследованных лиц с РА выявлена низкая мышечная сила, более чем у половины (56%) – нарушенная ФРС. Риск наличия низкой мышечной силы нижних конечностей и нарушенной ФРС возрастал в 2,72 раза и в 3,19 раза соответственно на фоне болевого синдрома.

## ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Добровольская О.В., Сорокина А.О.,  
Феклистов А.Ю., Демин Н.В., Торопцова Н.В.

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

**Цель исследования.** Определить частоту патологических фенотипов состава тела у женщин с ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит (РА), системная склеродермия (ССД) и остеоартрит (ОА)).

**Материал и методы.** В исследование включены 255 человек: 114 пациенток с РА, 46 – с ССД, 56 – с ОА и 39 женщин без ревматических заболеваний (РЗ) (контрольная группа) в возрасте от 40 до 75 лет. Группы не различались между собой по возрасту ( $p>0,05$ ). Проведены опрос по оригинальной анкете, антропометрические измерения, двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) всего тела, поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра (шейка и общий показатель бедра). На основании оценки минеральной плотности кости (МПК), аппендикулярной мышечной массы (АММ), аппендикулярного мышечного индекса (АМИ) и общей жировой массы (ОЖМ) выделены следующие фенотипы состава тела: 1. нормальный; 2. изолированные (остеопороз, саркопения, ожирение); 3. комбинированные (остеосаркопения, остеопоротическое ожирение, саркопеническое ожирение, остеосаркопеническое ожирение).

**Результаты.** Нормальный фенотип состава тела встречался у 13,0% больных ССД, 9,6% – с РА, 17,9% – с ОА и 25,6% лиц контрольной группы ( $p>0,05$ ). Изолированные и комбинированные патологические фенотипы обнаружены у 51,8% и 38,6% пациенток с РА, у 34,8% и



52,2% – с ССД, и у 71,4% и 10,7% – с ОА соответственно. Комбинированные патологические фенотипы состава тела значимо чаще диагностированы у лиц с РА и ССД по сравнению с женщинами с ОА и без РЗ. Частота ожирения по денситометрическому критерию (ОЖМ>35%) не различалась между всеми группами ( $p>0,05$ ), при том что индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> значимо чаще встречался у лиц с ОА ( $p<0,001$ ). У 44,7% женщин с РА, 52,2% – с ССД, 19,6% – с ОА и 50,0% – без РЗ из числа лиц, имевших нормальный ИМТ, диагностировано ожирение по DXA. Низкий АМИ (<5,5 кг/м<sup>2</sup>) выявлен у 21 (18,4%) пациенток с РА 14 (30,4%) – с ССД, и у 2 (5,1%) лиц контрольной группы, а среди больных ОА таких женщин не выявлено ( $p<0,001$ ). Пациентки с РА и ССД не различались между собой по ИМТ, ОЖМ, АММ и АМИ ( $p>0,05$ ), однако женщин с низким АМИ среди лиц с ССД было больше по сравнению с таковыми среди больных РА ( $p=0,025$ ), ОА ( $p<0,001$ ) и группой контроля ( $p<0,001$ ). У пациенток с РА АМИ<5,5 кг/м<sup>2</sup> выявлен чаще, чем у женщин с ОА и без РЗ ( $p<0,001$  и  $p=0,033$  соответственно). Саркопенический фенотип диагностирован у 29,8% пациенток с РА, 43,5% – с ССД и 1,8% – с ОА ( $p<0,05$ ), изолированное ожирение в этих же группах обнаружено у 38,6%, 23,9% и 67,8% соответственно ( $p<0,001$ ). Остеосаркопеническое ожирение выявлено у 10,5% больных РА, у 19,6% пациенток с ССД ( $p>0,05$ ), а среди женщин с ОА такой фенотип не встречался.

**Заключение.** Во всех группах женщин с РЗ и контроле самым частым патологическим фенотипом состава тела было изолированное ожирение, реже других встречались изолированные остеопороз и саркопения. Среди комбинированных фенотипов наиболее частым оказалось остеопоротическое ожирение. Совокупная частота саркопенических фенотипов значимо чаще была у женщин с РА и ССД по сравнению с лицами с ОА и без РЗ.

## ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С САРКОПЕНИЕЙ, У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Демин Н.В., Козырева М.В.,  
Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В.

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

**Цель исследования.** Определить частоту саркопении (СП) и ассоциированные с ней факторы у женщин с ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** Обследованы 104 женщины (медиана возраста 60,5 [51,1; 66,0] лет) с достоверным РА (ACR/EULAR, 2010). Участницы исследования опрошены по специально разработанной анкете и заполнили опросник Mini Nutritional Assessment (MNA); всем проведено клинико-лабораторное обследование.

Мышечную силу определяли с помощью механического кистевого динамометра, критерием ее снижения была сила сжатия менее 16 кг. По результатам двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (LUNAR, GE, USA) оценивали минеральную плотность кости (МПК) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и проксимальном отделе бедра (шейка бедра, ШБ, общий показатель бедра, ОПБ), аппендикулярную мышечную массу (АММ) и общую жировую массу (ОЖМ), рассчитывался аппендикулярный мышечный индекс (АМИ). Диагноз СП устанавливался при сочетании низкой мышечной силы и АММ <15 кг или АМИ <5,5 кг/м<sup>2</sup>. Проведены корреляционный (по Спирмену) и однофакторный логистический регрессионный анализы.

**Результаты.** У 33 (31,7%) пациенток диагностирована СП. Лица с СП и без СП не различались по возрасту ( $p>0,05$ ). Нормальный индекс массы тела (ИМТ) обнаружен у 75,8% пациенток с СП и 28,2% – без СП ( $p<0,001$ ). Величина МПК у лиц с СП была значимо меньше, чем у женщин без СП во всех областях измерения. Остеопороз (ОП) диагностирован у 18 (54,5%) женщин с СП и у 17 (23,9%) – с нормальной мышечной массой ( $p=0,002$ ). Показатели АММ коррелировали с ИМТ ( $r=0,61$ ,  $p<0,001$ ), МПК в L1-L4 ( $r=0,32$ ,  $p<0,001$ ), МПК в ШБ ( $r=0,53$ ,  $p<0,001$ ), МПК в ПОБ ( $r=0,44$ ,  $p<0,001$ ), ОЖМ ( $r=0,51$ ,  $p<0,001$ ). Отрицательные корреляционные связи обнаружены с С-реактивным белком ( $r=-0,18$ ,  $p=0,036$ ), с показателями 10-летнего риска остеопоротических переломов, определенными по FRAX без учета МПК (все основные локализации  $r=-0,32$ ,  $p<0,001$ ; проксимальный отдел бедра  $r=-0,41$ ,  $p<0,001$ ). АММ не коррелировала с возрастом. В однофакторном регрессионном анализе установлены связи между СП и ИМТ<25 кг/м<sup>2</sup> (ОШ 8,13; 95%ДИ (3,30-20,01),  $p<0,001$ ), наличием ОП (ОШ 4,01; 95%ДИ (1,78-9,03),  $p<0,001$ ), ОЖМ<35% (ОШ 2,58; 95%ДИ (1,14-5,83),  $p=0,023$ ), сниженным нутритивным статусом по опроснику MNA (ОШ 2,82; 95%ДИ (1,16-6,83),  $p=0,022$ ).

**Заключение.** Подтвержденная СП выявлена у 1/3 лиц с РА. Факторами, связанными с СП, были ИМТ<25 кг/м<sup>2</sup>, наличие ОП, ОЖМ<35% и сниженный нутритивный статус.

## К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА

Долгих А.О., Главатских Ю.О., Перцев А.В.

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

**Актуальность исследования.** Важнейшим аспектом в практике врача терапевтического и кардиологического профилей являются умение четко интерпретировать

результаты основных методов диагностики, анализировать данные анамнеза, систематизировать получаемые ежедневно знания. Данные критерии особо важны для грамотной и своевременной дифференциальной диагностики систолического шума на верхушке сердца [1].

**Цель исследования.** Изучить методы диагностики заболеваний у пациентов с систолическим шумом на верхушке сердца, проанализировать структуру данных патологий.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 196 больных от 25 до 47 лет, госпитализированные в кардиологическое отделение по поводу резкого ухудшения самочувствия. При поступлении всем включенным в исследование пациентам проводилась регистрация ЭКГ, эхокардиография и рентгенография ОГК. Критерием включения в обследуемую группу являлось наличие систолического шума с локализацией на верхушке сердца. При проведении эхокардиографии исследовалось среднесистолическое, позднее систолическое и голосистолическое провисание створок МК; пролабирование одной или обеих створок при исследовании парастернальным и апикальным доступами, поздняя митральная регургитация при доплеровском исследовании.

**Результаты.** В ходе проведения научно-исследовательской работы было установлено, что у 28% пациентов причиной систолического шума на верхушке сердца являлся пролапс митрального клапана (МК) [2,3]. При этом, у при проведении аускультации у 16 пациентов выслушивался систолический шум, у 10 – систолический щелчок, а также поздний систолический шум, у 4 – изолированный систолический щелчок. При анализе результатов эхокардиографии у 24 пациентов выявлялся пролапс передней створки МК, у 14 пролабировалась задняя створка МК, у 18 – пролапс обеих створок МК. У 23,5% пациентов, включенных в исследование, причиной выявления систолического шума на верхушке сердца являлась митральная недостаточность. Сочетанный митральный порок являлся основной причиной образования митральной недостаточности, при этом, у 16 пациентов развилась относительная митральная недостаточность, а у 4 причиной формирования недостаточности являлся инфекционный эндокардит. В 10 случаях была обнаружена миксоматозная дегенерация створок МК, а еще в 6 – ишемическая дисфункция папиллярных мышц. По результатам рентгенологического исследования у 24 пациентов было обнаружено увеличение IV дуги по левому контуру сердца, III и IV дуг – у 6. При аускультативном исследовании была проведена дифференцировка систолических шумов: у 30 больных выявлено ослабление I тона, у 24 пациентов – дуоцильный систолический шум, систолический шум низкого тембра выявлен у 16, шум слабой интенсивности – у 6. При этом, у 12 пациентов шум выслушивался в начало систолы, у 32 – в течение половины систолы, у 6 пациентов шум являлся пансистолическим. В 14 случаях выслушивался патологический III тон – протодиастолический галоп.

**Выводы.** Наиболее частой причиной обнаружения систолического шума на верхушке сердца является пролапс митрального клапана, однако важно проводить дифференциальную диагностику на основании тщательного анализа клинической, аускультативной картины, результатов данных инструментальной диагностики.

## ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ В ОТНОШЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность.** Длительное стойкое повышение артериального давления ведет к поражению органов-мишеней, а также развитию ассоциированных клинических состояний. Особо важной проблемой является нерегулярный или нерациональный прием антигипертензивных препаратов, что ухудшает прогноз течения заболевания, ведет к развитию многих осложнений при гипертонической болезни.

**Цель.** Проанализировать влияние рационального приема терапии по поводу основного заболевания пациентами с гипертонической болезнью на поражение органов-мишеней.

**Материалы и методы.** При проведении НИР были отобраны 112 пациентов с установленным диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ) (32 мужчины и 80 женщин; средний возраст больных составил  $66,3 \pm 1,42$ ; включенные в исследование пациенты страдали ГБ в течение  $16,3 \pm 1,39$  лет). В ходе исследования был изучен анамнез заболевания пациентов, выполнено обследование, включавшее расчет ИМТ, определение уровня артериального давления, общий клинический и биохимический анализы крови, забор суточной мочи, а также ЭХО-кардиография и УЗИ почек. Всем пациентам было предложено прохождение анкетирования (опросник Мориски-Грин).

**Результаты.** По результатам исследования было выявлено, что 58% пациентов не соблюдали назначения врача, в связи с чем антигипертензивная терапия была нерациональной. Согласно результатам анкетирования, пациенты получившие 3 и более баллов (группа пациентов, соблюдающих стандартную схему лечения ГБ) имели контролируемый уровень давления, приближенный к рекомендуемому, при этом в группе пациентов, принимающих терапию нерационально, показатели САД составляли свыше  $189 \pm 3,68$  мм рт. ст. (АГ III степени). По данным обследований нарушения со стороны работы почек были выявлены у 69% пациентов, при этом, у больных, принимающих на постоянной основе антиги-

пертензивную терапию, уровень СКФ был статистически значимо выше, чем у второй группы. Такая же тенденция наблюдалась и при оценке альбуминурии (31,5 мг/сут и 171,3 мг/сут соответственно). Нами выявлено, что показатель индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) был статистически значимо ниже у пациентов, принимающих антигипертензивную терапию на постоянной основе, по сравнению со второй группой.

**Выводы.** У пациентов, принимающих антигипертензивную терапию на постоянной основе, значительно улучшается прогноз заболевания, в связи с меньшим уровнем поражения органов-мишеней у данной категории пациентов.

## ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О.  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность.** Длительное стойкое повышение артериального давления ведет к поражению органов-мишеней, а также развитию ассоциированных клинических состояний, является одним из основных факторов повышения риска сердечно сосудистых осложнений (ССО). Распространенность данной патологии среди населения Российской Федерации составляет свыше 39,7%. По данным актуальных крупных научных исследований зачастую артериальная гипертензия является вторичной, а основной причиной являются различные дисфункции щитовидной железы (ЩЖ).

**Цель.** Оценить наличие взаимосвязи уровня артериального давления с уровнем ТТГ, сТ3 у пациентов с артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования были отобраны 240 пациентов (168 женщин и 72 мужчины, средний возраст  $49,7 \pm 7,8$ ) с установленным диагнозом артериальная гипертензия 1-3 степени. Все пациенты, включенные в исследование, принимали антигипертензивную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению артериальной гипертензии (2020). Нами было проведено исследование уровня тиреоидных гормонов, а также оценка артериального давления по данным суточного мониторирования АД (СМАД). По результатам СМАД оценивались среднесуточное САД, Среднесуточное ДАД, а также пульсовое АД, параметры суточного изменения АД.

**Результаты.** В ходе проведения НИР нами была установлена умеренная прямая корреляционная связь между концентрацией ТТГ в плазме крови и показате-

лем среднесуточного САД, а также среднесуточным ДАД и среднесуточным средним АД. Была обнаружена слабая прямая корреляционная связь между концентрацией ТТГ и степенью ночного снижения уровня АД. Концентрация сТ3 имела обратную умеренную корреляционную взаимосвязь со среднесуточным показателем САД и среднесуточным ДАД имеет, а также обратную взаимосвязь с средним суточным показателем АД и слабую прямую с степенью ночного снижения уровня АД.

**Выводы.** Показатели тиреоидного статуса однозначно коррелируют с уровнем артериальной гипертензии, что дает возможность сделать вывод об участии данных гормонов в регуляции сосудистого тонуса.

## К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА

Долгих А.О., Главатских Ю.О., Перцев А.В.  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Актуальность исследования.** Важнейшим аспектом в практике врача терапевтического и кардиологического профилей являются умение четко интерпретировать результаты основных методов диагностики, анализировать данные анамнеза, систематизировать получаемые ежедневно знания. Данные критерии особо важны для грамотной и своевременной дифференциальной диагностики систолического шума на верхушке сердца.

**Цель исследования.** Изучить методы диагностики заболеваний у пациентов с систолическим шумом на верхушке сердца, проанализировать структуру данных патологий.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 196 больных от 25 до 47 лет, госпитализированные в кардиологическое отделение по поводу резкого ухудшения самочувствия. При поступлении всем включенным в исследование пациентам проводилась регистрация ЭКГ, эхокардиография и рентгенография ОГК. Критерием включения в исследуемую группу являлось наличие систолического шума с локализацией на верхушке сердца. При проведении эхокардиографии исследовалось среднесистолическое, позднее систолическое и голосистолическое провисание створок МК; пролабирование одной или обеих створок при исследовании парастернальным и апикальным доступами, поздняя митральная регургитация при доплеровском исследовании.

**Результаты и обсуждение.** В ходе проведения научно-исследовательской работы было установлено, что у 28% пациентов причиной систолического шума на



верхушке сердца являлся пролапс митрального клапана (МК) [2,3]. При этом, у при проведении аускультации у 16 пациентов выслушивался систолический шум, у 10 - систолический щелчок, а также поздний систолический шум, у 4 – изолированный систолический щелчок. При анализе результатов эхокардиографии у 24 пациентов выявлялся пролапс передней створки МК, у 14 пролабировалась задняя створка МК, у 18 – пролапс обеих створок МК. У 23,5% пациентов, включенных в исследование, причиной выявления систолического шума на верхушке сердца являлась митральная недостаточность. Сочетанный митральный порок являлся основной причиной образования митральной недостаточности, при этом, у 16 пациентов развилась относительная митральная недостаточность, а у 4 причиной формирования недостаточности являлся инфекционный эндокардит. В 10 случаях была обнаружена миксоматозная дегенерация створок МК, а еще в 6 – ишемическая дисфункция папиллярных мышц. По результатам рентгенологического исследования у 24 пациентов было обнаружено увеличение IV дуги по левому контуру сердца, III и IV дуг – у 6. При аускультативном исследовании была проведена дифференцировка систолических шумов: у 30 больных выявлено ослабление I тона, у 24 пациентов – дуоциальный систолический шум, систолический шум низкого тембра выявлен у 16, шум слабой интенсивности – у 6. При этом, у 12 пациентов шум выслушивался в начале систолы, у 32 – в течение половины систолы, у 6 пациентов шум являлся пансистолическим. В 14 случаях выслушивался патологический III тон – протодиастолический галоп.

**Выводы.** Наиболее частой причиной обнаружения систолического шума на верхушке сердца является пролапс митрального клапана, однако важно проводить дифференциальную диагностику на основании тщательного анализа клинической, аускультативной картины, результатов данных инструментальной диагностики.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Долгополова Е.В., Соцкая Я.А.  
Луганский государственный медицинский  
университет имени Святого Луки,  
Луганск

**Цель работы.** Изучение показателей системы глутатиона у больных внегоспитальной пневмонией (ВП) на фоне хронической патологии гепатобилиарной системы (ХПГБС) при проведении общепринятого лечения.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 38 больных в возрасте от 29 до 55 лет с диагнозом ВП на фоне ХПГБС. Все больные получали общепринятое лечение (антибактериальное, дезинтоксикационное, муколитическое, гепатопротекторы, спазмолитики, желчегонные средства).

Для реализации цели исследования кроме общепринятого лабораторного обследования дополнительно у всех больных для характеристики системы глутатиона (СГ) анализировалось содержание восстановленного глутатиона (ВГ) и окисленного глутатиона (ОГ) в сыворотке крови с подсчетом коэффициента ВГ/ОГ. Клинико-биохимические исследования показателей СГ в сыворотке крови больных ВП на фоне ХПГБС проводились в динамике. Первое обследование было проведено при поступлении в стационар (до начала назначения лечения), второе – после завершения основного курса проводимой терапии.

**Результаты и их обсуждение.** До начала проведения лечения у всех больных ВП на фоне ХПГБС были однотипные изменения со стороны системы глутатиона.

Так, уровень ВГ, поддерживающий высокую активность тиолсодержащих ферментов и оказывающий стабилизирующее влияние на содержание высокореакционных SH групп в мембранах эритроцитов, в сыворотке крови больных ВП на фоне ХПГБС до начала лечения, был снижен в среднем в 1,75 раза по отношению к норме и составлял  $0,57 \pm 0,03$  ммоль/л. В то же время, концентрация ОГ в сыворотке крови у обследованных больных была выше нормы в среднем в 3,62 раза (при норме  $0,16 \pm 0,02$  ммоль/л) и составляла  $0,58 \pm 0,03$  ммоль/л. В результате указанных сдвигов ВГ и ОГ соотношение ВГ/ОГ составляло  $0,98 \pm 0,02$ , что было в 6,4 раза ниже показателя нормы ( $6,25 \pm 0,08$ ). Следовательно, установлено, что у больных ВП на фоне ХПГБС имеет место дисбаланс в СГ, связанный с увеличением потребления ВГ во время нейтрализации свободных радикалов, образующихся вследствие активации процессов липопероксидации.

При повторном биохимическом обследовании было установлено, что под влиянием проведенного курса общепринятого лечения у больных ВП на фоне ХПГБС наблюдалась некоторая положительная динамика со стороны показателей СГ. Концентрация ВГ в крови увеличилась в среднем в 1,33 раза относительно начального уровня и достигла  $0,76 \pm 0,04$  ммоль/л, но осталась все же в 1,32 раза ниже нормы ( $P < 0,05$ ). В то же время содержание ОГ снизилось более существенно – в 1,87 раза, но при этом осталось в 1,94 раза выше нормы ( $P < 0,001$ ). Исходя из этого, коэффициент ВГ/ОГ у больных ВП на фоне ХПГБС увеличился в среднем в 2,5 раза по отношению к исходному уровню, оставаясь, однако, существенно ниже нормы, а именно в 2,55 раза ( $P < 0,001$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о существенной значимости нарушений СГ в патогенезе ВП на фоне ХПГБС. Поскольку показатели СГ достаточно четко характеризуют функциональное состояние АОЗ в целом, полученные данные позволяют

считать, что у больных ВП на фоне ХПГБС, имеют место существенные расстройства со стороны АОЗ.

Поэтому можно считать целесообразным в дальнейшем изучении эффективности включения в комплекс лечения больных ВП на фоне ХПГБС современных метаболически активных препаратов, которые способны нормализовать активность СГ и улучшить вследствие этого функциональные способности АОЗ в целом.

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Домрачева Д.В.<sup>1</sup>, Сахарова Ю.А.<sup>1</sup>, Паскарь Д.А.<sup>1</sup>,  
Черняев И.А.<sup>2</sup>, Ножкина Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центральная городская клиническая больница №1,  
<sup>2</sup>Уральский государственный  
медицинский университет,  
Екатеринбург

**Цель.** Оценка распространенности постковидного синдрома среди студентов 5 курса лечебно-профилактического факультета медицинского университета в 2020-2022 гг.

**Материал и методы.** Исследование проводилось методом стихийной выборки обучающихся 5 курса лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург (УГМУ). Объем выборки рассчитывался по методике К.А. Отдельной для исследования был задан средней точности, уровень значимости  $p < 0,05$ .

В исследовании приняло участие 172 человека, из которых 109 переболело новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), что составляет 28,6% от общего количества студентов на 5 курсе лечебного факультета.

Сбор данных осуществлялся социологическим методом с применением опросника собственной разработки. В опросе мы опирались на характеристики тяжести заболевания, симптомы, которые чувствовали студенты во время заболевания и после выздоровления, продолжительность данных симптомов, и их влияния на качество жизни и работоспособность. Собранные данные обрабатывались в Microsoft Excel. Рассчитаны показатели заболеваемости на 100 обучающихся, показатели структуры опрошенных по изучаемым признакам, и т. д. Достоверность различий считалась статистически значимой при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Среди респондентов, перенесших COVID-19, острый период заболевания варьировался от 3 до 30 дней и в среднем составлял  $14 \pm 1$  дней. Пик заболеваемости среди изучаемой группы пришелся на ноябрь 2020 г., февраль и март 2021 г.

Из числа респондентов, переболевших COVID-19 ( $n=109$ ), 98 человек ( $89,9 \pm 2,87\%$ ) были вакцинированы, 11 человек ( $10,1 \pm 2,89\%$ ) не прошли вакцинацию. При этом 52 ( $53,1 \pm 5,04\%$ ) вакцинированных отреагировали на вакцинацию благополучно, испытав легкие симптомы заболевания, 27 ( $27,6 \pm 4,51\%$ ) перенесли вакцинацию в более тяжелой форме. 19 человек ( $19,4 \pm 3,98\%$ ) не отметили изменения самочувствия после вакцинопрофилактики.

Из числа переболевших COVID-19 ( $n=109$ ) поражение легких менее 25% было у 40 человек ( $36,7 \pm 4,61\%$ ), от 25 до 50% – у 10 ( $9,2 \pm 2,76\%$ ) и от 50 до 75% – у 5 человек ( $4,6 \pm 2\%$ ). 54 человека ( $49,5 \pm 4,79\%$ ) из проголосовавших затруднились ответить, в связи с отсутствием проведения КТ-диагностики в период заболевания.

Помимо основных симптомов заболевания (одышка, кашель, общее недомогание) часть пациентов во время заболевания отмечала поражение других систем органов. Поражение нервной системы отметили 27 человек ( $24,6 \pm 4,15\%$ ); желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 20 человек ( $18,8 \pm 3,7\%$ ); сердечно-сосудистой системы (ССС) – 19 человек ( $17,4 \pm 3,63\%$ ); эндокринной системы – 8 человек ( $7,2 \pm 2,49\%$ ); остальные 35 опрошенных ( $32,2 \pm 4,48\%$ ) не ощутили никаких нарушений в работе других органов и систем, либо не связывали их с Covid-19.

Наиболее часто в разгаре заболевания встречались: повышенная утомляемость, головные боли, потеря обоняния, потеря вкуса и кашель. Данные симптомы отмечали более 50% опрошенных. Основными симптомами, оставшимися после элиминации вируса, являлись: повышенная утомляемость, головные боли и потеря обоняния. Наименее выраженными симптомами, как в период разгара болезни, так и при выздоровлении явились: нарушения сна, головокружения, ухудшение внимания и памяти, одышка. Нарушение сознания встречалось реже других проявлений. Таким образом, наиболее выраженные нарушения, как в разгар болезни, так и после ее окончания наблюдались со стороны центральной нервной системы.

Клиника постковидного синдрома у исследуемой группы студентов сохранялась в течение 11-20 дней у 14 опрошенных ( $12,8 \pm 3,2\%$ ), 21-30 дней – у 7 ( $6,4 \pm 2,3\%$ ), до 10 дней – у 32 ( $29,4 \pm 4,36\%$ ), от 1 до 3 месяцев – у 19 ( $17,4 \pm 3,63\%$ ), от 3 до 6 месяцев – у 13 ( $11,9 \pm 3,1\%$ ) и более 6 месяцев – у 24 человек ( $22,1 \pm 3,97\%$ ).

Необходимо отметить, что респонденты, у которых объем поражения легких был 50% и более, имели более продолжительную клинику постковидного синдрома, чем те, кто перенесли заболевание с менее значительным поражением легочной ткани. Коэффициент корреляции равен 1, достоверность 99%.

Постковидный синдром повлиял в различной степени на качество жизни и работоспособность у 73,3% переболевших респондентов, в том числе у 55,9% данное влияние было выраженным, вместе с тем

на отсутствие изменений после выздоровления указали только 26,6% перенесших заболевание.

**Выводы.** У 73,3±4,23% опрошенных остались проявления заболевания, которые повлияли на качество их жизни и работоспособность.

Установлена сильная, прямая, статистически достоверная корреляция между степенью поражения легких при заболевании новой коронавирусной инфекцией, наличием проявлений постковидного синдрома и их продолжительностью.

## АССОЦИАЦИИ ВОЗРАСТА, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

**Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р.**  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Цель.** Изучить взаимосвязь возраста, индекса массы тела (ИМТ) и развития гипертонической болезни (ГБ), ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом второго типа (СД2).

**Материалы и методы.** Проанализировано 185 историй болезни больных с СД2 в возрасте от 29 до 75 лет. Женщины составили 67,6% всех обследованных (125 человек), мужчины – 32,4% (60 человек). Длительность заболевания колебалась от одного года до 30 лет. Всем больным проводилось обследование и лечение по обычным методикам с использованием диеты, пероральных сахароснижающих препаратов разных классов, инсулинотерапии. В ходе исследования оценивались следующие показатели: возраст, рост, вес, индекс массы тела и частота встречаемости ИБС и ГБ.

**Результаты и их обсуждение.** У большинства больных при поступлении в стационар наблюдались поздние осложнения сахарного диабета (ретинопатия, нефропатия, полинейропатия). Из общего числа обследованных нормальную массу тела (ИМТ-18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) имели 35 человек (18,9%), избыточную массу тела (ИМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>) – 68 человек (36,8%) и ожирение разных степеней (ИМТ->30кг/м<sup>2</sup> и более) – 82 человека (44,4%). У лиц с нормальным и повышенным питанием ИБС встречалась в 20,4% (21 человек), сочетание ИБС и ГБ - в 43,7% случаев (45 человек), только ГБ - в 35,9% случаев (37 человек). В то же время у больных с ожирением 1-ой степени ИБС отмечалась в 15,9% случаев (7 человек), ИБС и ГБ – в 45,5% случаев (20 человек), только ГБ – в 38,6% случаев (17 человек). Пациенты, имеющие вторую степень ожирения, страдали ИБС и ГБ – в 55,2% случаев (16 че-

ловек), ГБ – в 44,8% (13 человек). У лиц с ожирением 3-ей степени ИБС регистрировалась в 11,1% случаев (1 человек), ИБС и ГБ – в 66,6% (6 человек), ГБ – в 22,2% (2 человека). В группе лиц в возрасте до 50 лет больные с ИБС составили 1,1% (2 человека), с ГБ – 10,8% (20 человек) и ИБС в сочетании с ГБ – 0,5% (1 человек). У больных в возрасте от 50 до 60 лет ИБС отмечалась у 4,4% (8 человек), ГБ – у 15,4% (31 человек), и комбинация ИБС с ГБ – у 12,5% (18 человек). У пациентов в возрасте от 60 до 70 лет ИБС встречалась в 4,9% (9 человек), ГБ – в 9,2% (17 человек), а сочетание ИБС и ГБ – в 14% случаев (37 человек). В возрастной группе более 70 лет больные с ИБС составляли 5,2% (5 человек), с ГБ – 9,2% (2 человека), с сочетанием ИБС и ГБ – 14% (24 человека).

**Выводы.** В результате проведенного исследования установлено, что, в возрасте от 40 до 75 лет, ИБС, ГБ как отдельные нозологические формы, а также, сочетание ИБС и ГБ у больных сахарным диабетом второго типа встречаются в 15,6%, 37% и 47% случаев соответственно. В возрасте до 50 лет при сахарном диабете второго типа преобладает ГБ. В дальнейшем, с увеличением возраста происходит возрастание ИМТ и процента сочетания ИБС с ГБ, что характеризует высокую степень ассоциированности комбинации ИБС и ГБ с сахарным диабетом второго типа, а также указывает на более тяжелое течение сахарного диабета у больных старших возрастных групп. Таким образом, выявлена ассоциация комбинации ИБС с ГБ у больных с сахарным диабетом второго типа, находящаяся в определенной степени зависимости от возраста и изменений индекса массы тела.

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р.**  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Цель.** Изучить особенности психологического статуса у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне дисфункции щитовидной железы.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 180 пациентов (122 женщины и 58 мужчин) средний возраст 53,2±7,5 лет с эссенциальной АГ 1-3 степени низкого, среднего и высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Всем включенным в исследование проводили общеклиническое обследование, антропометрию, исследования тиреоидного статуса (определение тиреотропного гормона (ТТГ), сво-



бодной фракции тироксина (св.Т4), свободной фракции трийодтиронина (св.Т3)). Для анализа уровня депрессии была применена шкала Цунге и интерпретировали следующим образом: отсутствие депрессии – менее 50 набранных баллов, легкая депрессия ситуативного или невротического генеза 50-59 баллов, субдепрессивное состояние или маскированная депрессия 60-69 баллов, истинная депрессия – 70 и более. Сформированы две группы пациентов. Первая группа – пациенты с АГ и субклиническим гипотиреозом (СГТ) – (АГ+СГТ, n=26), вторая – пациенты с АГ и нормальной функцией щитовидной железы. (АГ+ЭТ, n=26). Статистический анализ полученных данных в ходе исследования был выполнен с помощью программы SPSS 10,0.

**Результаты исследования.** При анализе результатов было выявлено отсутствие депрессии у 61 больного, легкая форма – у 73, маскированная – у 30, и истинная – у 16. При оценивании выраженности депрессии обнаружена умеренная корреляция с ТТГ и отсутствие ее со св. Т4 ( $r=0,1453$ ,  $p=0,19241$ ) и св. Т3 ( $r=0,0131$ ,  $p=0,933414$ ). В группе пациентов с АГ+СГТ уровень депрессии статистически больше, чем у пациентов группы АГ+ЭТ ( $p=0,0064$ ).

**Выводы.** Изменения тиреоидного статуса в виде СГТ, несмотря на отсутствие клинических признаков, значительно ухудшает психологическое здоровье пациентов. Особенно сильно это выражено у пациентов с СГТ и АГ.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Дрошенко В.В., Рылатко Е.В.  
Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценить сравнительные особенности временных параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов молодого возраста с хронической болью (ХБ).

**Материалы и методы.** Обследовано 16 пациентов молодого возраста, 8 мужчин и 8 женщин, с хронической (более 1 года) механической мускуло-скелетной болью. Большинство пациентов беспокоила ХБ в нижней части спины, а также в грудном или шейном отделе позвоночника, средняя за 6 месяцев интенсивность боли составила  $3,25 \pm 1,65$  балла по визуальной аналоговой шкале. Сравнение временных параметров вариабельности сердечного ритма проводилось с группой из 26 практически здоровых лиц, 15 мужчин и 11 женщин, без ХБ. Участники исследования отвечали следующим критериям: отсутствие таких хронических заболеваний как сахарный диабет,

артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая болезнь почек, гипер/гипотиреозидизм, серопозитивные артриты, отсутствие послеоперационной боли и боли связанной с менструальным циклом, также они не принимали такие препараты как блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, бета-миметики, диуретики, антиэпилептические препараты, альфа-блокаторы. Обследуемым выполнялся 5-минутный мониторинг электрокардиограммы в положении лежа на спине. Данная позиция является стандартной для оценки ВСР. В течение 15 минут до мониторинга и во время мониторинга обследуемые находились в данном положении в расслабленном состоянии, пациенты с ХБ в данном положении отмечали минимальную для них боль или отсутствие боли и дискомфорта. Оценка проводилась по временным параметрам ВСР: SDNN, мс – стандартное отклонение величин нормальных интервалов RR; RMSSD, мс – квадратный корень из среднего квадратов разностей величин последовательных пар интервалов RR; PNN50, % – процент последовательных интервалов RR, различие между которыми превышает 50 мс. Статистически достоверными считались различия при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** В научных медицинских изданиях дискутируется вопрос о возможной взаимосвязи между ХБ и повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии. Так в аналитическом обзоре по данной проблеме, проведенном Tracy L. et al., 2016, указано, что у пациентов с хронической мускуло-скелетной болью ВСР снижена, однако в большинство анализируемых исследований были включены пациенты в возрасте 40 лет и старше.

Для реализации цели исследования было проведено сравнение временных параметров ВСР у групп исследуемых с ХБ и без ХБ. Показатели SDNN и RMSSD были достоверно ниже в группе пациентов с ХБ –  $61,0 \pm 22,6$  и  $126,1 \pm 84,7$  мс,  $p < 0,005$ ,  $69,9 \pm 42$  и  $172,1 \pm 152,7$  мс,  $p < 0,012$ , соответственно. Возраст и частота сердечных сокращений (ЧСС) может оказывать влияние на показатели ВСР, в данном исследовании достоверной разницы в ЧСС и возрасте, а также половом составе между группами исследуемых с ХБ и без ХБ не выявлено –  $76,9 \pm 10,3$  и  $84,8 \pm 24,1$  удара в минуту,  $p > 0,18$ ,  $27,6 \pm 5,3$  и  $26,3 \pm 4,8$  года,  $p > 0,77$ , женщин в группе – 50% (8 человек) и 42% (11 человек),  $p > 0,62$ , соответственно.

Также было проведено сравнение определяемых показателей ВСР у лиц женского и мужского пола. Показатель SDNN у женщин с ХБ был достоверно ниже по сравнению с подгруппой женщин из группы практически здоровых лиц –  $54,3 \pm 9,1$  и  $123,4 \pm 85,8$  мс,  $p < 0,011$ , соответственно, при этом ЧСС и возраст женщин с ХБ и без ХБ достоверно не различались –  $76,3 \pm 7$  и  $90,7 \pm 28,6$  удара в минуту,  $p > 0,38$ ,  $27,7 \pm 5,3$  и  $25,7 \pm 6,1$  года,  $p > 0,09$ , соответственно; аналогичная картина наблюдалась и при сравнении подгрупп мужчин с ХБ и без ХБ – SDNN  $67,7 \pm 30$  и  $127,3 \pm 87,3$  мс,  $p < 0,037$ , соответственно, ЧСС и возраст мужчин с ХБ и без ХБ достоверно не различались –  $77,6 \pm 13,3$  и  $87,9 \pm 27,1$  удара в минуту,  $p > 0,58$ ,  $25,1 \pm 5,08$  и  $26,8 \pm 3$  года,  $p > 0,18$ , соответственно.

**Выводы.** Полученные данные говорят о сниженной ВСР у пациентов молодого возраста с ХБ по сравнению с практически здоровыми обследованными, что может свидетельствовать о повышенной симпатoadренальной активности. Выявленные изменения необходимо учитывать при динамическом наблюдении за данной категорией пациентов, а также при лечении хронического болевого синдрома.

## КОЛЛАГЕНЫ РАЗНОГО ТИПА В ОЦЕНКЕ ФИБРОГЕНЕЗА И ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Дуданова О.П.<sup>1</sup>, Родина А.С.<sup>1</sup>, Шубина М.Э.<sup>1</sup>,  
Курбатова И.В.<sup>2</sup>, Топчиева Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Петрозаводский государственный университет,  
<sup>2</sup>Институт биологии – обособленное подразделение  
Карельского научного центра  
Российской академии наук,  
Петрозаводск

**Цель исследования.** Оценка биомаркеров фиброгенеза при алкогольном циррозе печени и их роль в диагностике декомпенсации заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 73 пациента декомпенсированным алкогольным циррозом печени (АЦП): мужчин – 41 (56,2%), женщин – 32 (43,8%) в возрасте 54,6±10,8 года. Диагноз верифицирован на основании традиционных анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных. Из исследования исключены пациенты с поражением печени вирусной, метаболической, аутоиммунной, лекарственной этиологии и пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями других органов и систем. Наличие простой декомпенсации и/или острой хронической печеночной недостаточности (ОХПН) оценивалось с использованием online калькулятора: CLIF-C-AD и CLIF-C ACLF

<https://www.efclif.com/scientific-activity/score-calculators/clif-c-aclf> на сайте EASL.

В крови методом иммуноферментного анализа определялись уровни коллагена третьего типа (Col3) и коллагена 4 типа (Col4) (тест-системы “Kit For Collagen Type III (Col3)” и “Kit For Collagen Type IV (Col4)”, “Cloud-Clone Corp”, USA). Контрольную группу составили 12 здоровых лиц, уровень Col3 у них составил 6,12±0,73 нг/мл и Col4 – 9,45±0,32 нг/мл.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программного обеспечения «Statgraphics plus5» с оценкой теста Вилкоксона-Манна-Уитни и Спирмена. Уровень  $p < 0,05$  принимался за статистически значимый.

**Результаты.** Декомпенсация АЦП у всех пациентов была связана с алкоголизацией. Содержание Col3

и Col4 у пациентов АЦП достоверно превышало таковое у здоровых доноров: Col3 – 22,6±4,56 нг/мл против 6,12±0,73 нг/мл ( $p < 0,01$ ) и Col4 – 87,4±31,5 нг/мл против 9,45±0,32 нг/мл ( $p < 0,01$ ). Проведен анализ уровней коллагенов в зависимости от фенотипа декомпенсации АЦП – простая декомпенсация (ПД) или острая на хроническую печеночную недостаточность (ОХПН), при этом выявлен достоверный рост обоих типов коллагена при ОХПН по сравнению с ПД: Col3 – 27,2±4,1 нг/мл против 20,3±4,8 нг/мл ( $p < 0,05$ ) и Col4 – 110,6±41,9 нг/мл против 77,8±35,4 нг/мл ( $p < 0,05$ ).

Параллельно отмечалось значительное ухудшение функционального состояния печени при ОХПН: уровень билирубина составил 371,2±120,3 мкмоль/л против 146,5±131,4 мкмоль/л ( $p < 0,05$ ) при ПД, АЛТ – 187,2±98,6 Ед/л против 41,2±25,6 Ед/л ( $p < 0,05$ ), АСТ – 395,5±201,5 Ед/л против 88,6±35,2 Ед/л ( $p < 0,01$ ), альбумина – 24,1±6,3 г/л против 29,7±5,5 г/л ( $p < 0,05$ ), протромбина – 49,9±20,6% против 61,2±21,4% ( $p < 0,05$ ), холестерина – 3,5±0,9 ммоль/л против 6,0±3,1 ммоль/л ( $p < 0,05$ ) соответственно.

Уровень Col3 коррелировал только с АСТ и ЩФ –  $r = 0,29$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,24$  ( $p < 0,05$ ) соответственно, в то время как Col4 продемонстрировал более обширные и тесные связи: с билирубином –  $r = 0,69$  ( $p < 0,05$ ), с АСТ –  $r = 0,63$  ( $p < 0,05$ ), с ГГТП –  $r = 0,56$  ( $p < 0,05$ ), с СОЭ –  $r = 0,59$  ( $p < 0,05$ ), с СРП –  $r = 0,54$  ( $p < 0,05$ ).

Количество отказов органов составило 1,6±0,9, средний балл органной недостаточности составил 10,4±1,5, индекс ОХПН – 50,8±5,3 балла, вероятность летального исхода в первый месяц – 25,4±12,7%, через 12 месяцев – 48,5%. Уровни коллагенов не коррелировали между собой, не коррелировали с индексами органной недостаточности и ОХПН и с ближайшей летальностью, но уровень Col4 был связан с прогнозируемой отдаленной (через 12 месяцев) смертностью –  $r = 0,24$  ( $p < 0,05$ ).

Коллаген третьего типа синтезируется звездчатыми клетками и фибробластами портальных трактов и относится к фибриллярному коллагену интерстициального матрикса. Коллаген четвертого типа является ретикулярным белком мембраноподобного базального перисинусоидального пространства, синтезируется эндотелиальными, эпителиальными и звездчатыми клетками, обеспечивает обмен веществ между синусоидами и гепатоцитами. Прогностическая роль данных коллагенов в отношении прогрессирования фиброза, декомпенсации цирроза печени и развития ОХПН противоречивая. Одни авторы находят более значительный рост коллагена третьего типа при ЦП и основным механизмом фиброза считают увеличение интерстициальной соединительной ткани, другие считают ремоделирование базального пространства более значимым в процессе печеночного фиброгенеза.

**Заключение.** Нами выявлена более значимая роль коллагена 4 типа по сравнению с коллагеном 3 типа в оценке механизмов фиброгенеза и декомпенсации алкогольного цирроза печени.

## ГОСПИТАЛЬНАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА COVID-19

Дыдышко Ю.В.<sup>1</sup>, Шепелькевич А.П.<sup>1</sup>,  
Ефремова М.А.<sup>1</sup>, Карпов И.А.<sup>1</sup>, Литвинчук Д.В.<sup>1</sup>,  
Юренин Е.В.<sup>2</sup>, Шишко О.Н.<sup>2</sup>, Кузьменкова Е.И.<sup>3</sup>,  
Бруцкая-Стемповская Е.В.<sup>1</sup>, Лобашова В.Л.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Минский городской клинический эндокринологический центр,

<sup>3</sup>Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минск, Беларусь

**Актуальность.** Согласно современным представлениям, стрессовая гипергликемия и сахарный диабет (СД) часто встречаются в условиях стационара и ассоциированы с увеличением госпитальных осложнений, длительностью госпитализации и смертностью. Кроме того, анализ данных о пандемии COVID-19 указывает на худший прогноз течения и высокий риск развития госпитальных осложнений у пациентов с СД 1-го и 2-го типов по сравнению с лицами без диабета. Как и в случае с гипергликемией, госпитальная гипогликемия также связана с неблагоприятными исходами в стационаре и увеличением затрат на оказание медицинской помощи. Такое влияние гипогликемии в большей степени обусловлено тяжестью инфекционного заболевания и высокой частотой коморбидности.

**Цель исследования.** Изучить возможную связь степени выраженности, длительности и компенсации гипергликемии с исходом тяжелого течения Covid-19.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных первичной медицинской документации 320 пациентов с инфекцией Covid-19, которые с учетом их тяжести состояния получали медицинскую помощь в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) инфекционного стационара г. Минска в период с июня 2020 по март 2022 года. На основании результатов оценки гликемических параметров, пациенты были разделены на следующие группы: 224 человека с госпитальной гипергликемией (основная группа); 51 пациент с СД в анамнезе и/или впервые выявленный СД (группа сравнения); 45 человек без нарушений гликемии (группа контроля). Также пациенты были разделены на подгруппы с учетом исхода госпитализации (благоприятный либо неблагоприятный исход).

**Результаты и их обсуждение.** У пациентов с нормогликемией чаще встречалась первая группа крови (О) (45,0% vs. 37,3% и 34,4% соответственно), что соответствует приведенным в мировой литературе данным о возможной протективности О(І) по отношению к тяжелому течению Covid-19. Выявлены статистиче-

ски значимые различия в среднем возрасте пациентов: 65,0 (57,5; 70,5) лет у пациентов с СД vs. 63,0 (54,0; 71,2) лет у пациентов с госпитальной ГГ и 55,0 (43,0; 70,0) лет в контрольной группе,  $p=0,031$ ; при разделении на возрастные группы выстраивается кривая с акцентом на возрастную когорту 60-69 лет в группах ГГ и СД. У пациентов с ГГ отмечен более частый факт назначения тоцилизумаба и ремдесивира, что может указывать на более высокую тяжесть течения заболевания. У пациентов в группах ГГ и СД выявлены схожие результаты по исследуемым критериям, что подтверждает значимость выбранного уровня глюкозы (более 7,8 ммоль/л) как порогового для верификации нарушения гликемии. У 15,6% пациентов с нормогликемией зафиксированы уровни гликемии менее 4,0 ммоль/л. С 4-х суток пребывания в ОРИТ у пациентов с неблагоприятным исходом отмечена тенденция к стойкой гипергликемии, что потенциально свидетельствует о ее роли в качестве прогностического параметра. В настоящем исследовании летальность в группе ГГ являлась самой высокой и превосходила показатель контрольной группы в 3,5 раза, а показатель группы с СД в 1,3 раза ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Согласно данным проведенного исследования 70 % пациентов с тяжелым течением COVID-19 имели впервые выявленную гипергликемию, а у 15,6 % пациентов без зарегистрированной гипергликемии отмечены уровни глюкозы сыворотки менее 4,0 ммоль/л. Полученные данные указывают на необходимость скрининга гликемии и ее многократного исследования в течение суток у госпитализированных пациентов с тяжелым течением COVID-19.

## РИСК РАЗВИТИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Евгеньева А.В., Носков С.М., Широкова Л.Ю.,  
Красивина И.Г.

Ярославский государственный  
медицинский университет,  
Ярославль

**Цель.** Оценить степень развития старческой астении у лиц старше 70 лет, как фактор возникновения остеопороза.

**Материалы методы.** Исследование включало 40 пациентов в возрасте  $77,1\pm 4,0$  лет, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении. В качестве сопутствующей патологии в основном наблюдались гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких. Группа мужчин, 17 человек в возрасте  $77,8\pm 4,0$  лет, и группа женщин в возрасте  $76,6\pm 4,1$ , были сопоставимы друг с другом по сопутствующей патологии. Вероятность синдрома старческой астении оценивалась с помощью опросника «Возраст не помеха», оценка риска



падений у госпитализированных пациентов определялась с помощью шкалы Морсе.

**Результаты.** В целом у наблюдаемых пациентов ИМТ составил  $30,7 \pm 4,9$  кг/м<sup>2</sup>, данные опросника «Возраст не помеха» составили  $3,3 \pm 1,4$  баллов, шкалы Морсе –  $64,1 \pm 20,5$  баллов. По результатам опросника «Возраст не помеха» показатели менее 2 баллов (отсутствие старческой астении) выявлены у 15 человек (37,5%), преастения (3-4 балла) наблюдалась у 16 пациентов (40%), показатели вероятной старческой астении (5-7 баллов) выявлены у 9 человек (22,5%). По результатам шкалы Морсе у 42,5% пациентов (17 человек) выявлен низкий риск падений (25-50 баллов), у 57,5% пациентов (23 человека) наблюдался высокий риск падений (51 и более баллов). Была выявлена положительная корреляция ИМТ с показателями опросников «возраст не помеха» ( $r=0,51$ ,  $p<0,05$ ) и школой Морсе ( $r=0,48$ ,  $p<0,05$ ). Так в группе пациентов с ИМТ менее 30 кг/м<sup>2</sup> (14 человек) показатели опросника «Возраст не помеха» составил –  $2,6 \pm 1,1$  баллов, шкалы Морсе –  $40,0 \pm 6,5$  баллов. В группе пациентов с ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> (26 человек) значения опросника «Возраст не помеха» составили –  $4,7 \pm 1,9$  баллов, шкалы Морсе –  $76,1 \pm 18,2$  баллов. В группе пациентов, страдающих ожирением, показатели старческой астении согласно опроснику «Возраст не помеха» были выше на 44,7 %, риск падений по шкале Морсе выше на 47,5%. При этом значимой связи между показателями опросников и возрастом пациентов выявлено не было ( $r=0,9$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Синдромы старческой астении выявлены у 49% наблюдаемых пациентов старше 70 лет. Выявленные закономерности доказывают, что проявление старческой астении зависят от значений ИМТ пациента, который является модифицируемым фактором, а не от возраста. Данные скрининга можно использовать для более детального обследования пациента, например, проведение денситометрии. Настороженность в отношении синдрома старческой астении способствует более раннему выявлению остеопении и остеопороза, дальнейшему совместному ведению пациентов врачами различных специальностей.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОБУЧЕННЫМ ПАЦИЕНТОМ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Евтюшкина С.Н., Собченко С.А.

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

В последние два десятилетия наблюдается коренной пересмотр ведения пациентов с бронхиальной астмой, как в вопросах фармакотерапии, так и в подходах к организации лечения и наблюдения. В настоящей работе

представлены результаты собственного опыта долгосрочного лечения пациентов с бронхиальной астмой, в терапевтический комплекс которых введено обучение.

**Цель.** Изучение контроля бронхиальной астмы у взрослых пациентов в результате долгосрочного лечения с введением обучения в их терапевтический комплекс.

**Материал и методы исследования.** Проведено проспективное когортное исследование 76 пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой (БА), которые разделились на две группы. В основную группу вошли 36 пациентов, давшие согласие на лечение в условиях «Астма-школы» с введением обучения в их терапевтический комплекс, по разработанной на кафедре оригинальной методике. Группу сравнения составили 40 пациентов, которые получили врачебную консультацию, но отказались от предложенного лечения в «Астма-школе» и в дальнейшем наблюдались у врачей по месту жительства. По демографическим характеристикам группы пациентов были сопоставимы.

Всем пациентам проводилось идентичное комплексное обследование вначале исследование и на заключительном этапе через 1,5 года: клиническое обследование с детальным сбором анамнеза; функциональные методы исследования: спирография с бронхолитической пробой, пикфлоуметрия; иммуноцитохимическое определение провоспалительного цитокина ИЛ-1β и его антагониста ИЛ-1 RA в альвеолярных макрофагах индуцированной мокроты; исследование качества жизни с помощью «Респираторного опросника больницы Святого Георгия» (SGRQ).

У обследуемых групп пациентов с БА на протяжении 1,5 лет долгосрочного наблюдения применялась однотипная медикаментозная терапия, согласно международным руководствам, где базисная терапия включала ГКС, проводимая сегодня в нашей стране во всех амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. Однако подходы к организации длительного лечения бронхиальной астмой у пациентов основной и сравнительной групп имели различия. Индивидуальный терапевтический курс в условиях «Астма-школы» являлся основополагающим в лечении больных БА. Он включал в себя шесть занятий-приемов, которые проводились в течение полутора месяцев, а затем проводились групповые приемы.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ анамнестических данных и использования ресурсов здравоохранения за 1,5 года наблюдения у пациентов основной группы показал сокращение частоты обострений в 2,1 раза (в основной группе –  $1,7 \pm 0,1$ , в сравнительной группе –  $3,5 \pm 0,3$  на одного пациента,  $p<0,05$ ), обращений за неотложной помощью в 45 раз ( $0,1 \pm 0,1$  и  $4,5 \pm 1,5$  соответственно,  $p<0,05$ ) и потребности в госпитализации в 14 раз ( $0,1 \pm 0,0$  и  $1,4 \pm 0,2$  соответственно,  $p<0,05$ ), а также отсутствие необходимости в интенсивной терапии ( $0,0 \pm 0,0$  и  $0,3 \pm 0,1$  соответственно,  $p<0,05$ ), что достоверно отличало их от пациентов сравнительной группы.

Результаты иммуноцитохимического исследования содержания провоспалительного цитокина ИЛ-1β и его антагониста ИЛ-1 RA в альвеолярных макрофа-

гах индуцированной мокроты показали, что при неконтролируемой БА цитокин ИЛ-1 $\beta$  вырабатывается альвеолярными макрофагами в значительном количестве (227,1 $\pm$ 8,2 Нscore), уровень выработки его уменьшался в 2,4 крат в период слабого контроля (частично контролируемая БА, 102,8 $\pm$ 18,7 Нscore) и резко снижался в 8,3 крат при достижении пациентами контроля БА (29,4 $\pm$ 6,4 Нscore),  $p < 0,05$  во всех случаях.

Сравнительный анализ уровней контроля, согласно критериям GINA, в анализируемых группах показал, что 67% пациентов ( $n=24$ ) основной группы достигли контроля БА в отличие от группы сравнения, где только у 10% больных ( $n=4$ ) наблюдалось контролируемое течение БА. Частично контролируемая БА диагностировалась практически в одинаковом проценте случаев как у пациентов основной, так и сравнительной групп (33% ( $n=12$ ) и 38% пациентов ( $n=15$ ), соответственно. Неконтролируемое течение БА наблюдалось только у 52% ( $n=21$ ) пациентов группы сравнения.

Выявлена прямая корреляционная связь между фактором обучения с уровнем контроля бронхиальной астмы (БА ( $r=0,89$ ,  $p < 0,05$ )).

Оценка качества жизни на заключительном этапе показала, что между показателями КЖ пациентов основной и сравнительной групп отмечаются достоверные различия по всем шкалам опросника SGRQ: «Симптомы» (51,6 $\pm$ 3,3 и 64,4 $\pm$ 3,5 балла соответственно,  $p < 0,05$ ), «Активность» (31,9 $\pm$ 3,1 и 44,2 $\pm$ 3,2 балла соответственно,  $p < 0,05$ ), «Влияние» (18,4 $\pm$ 1,8 балла и 34,4 $\pm$ 3,1 соответственно,  $p < 0,05$ ), а также в «Общем показателе» (28,0 $\pm$ 1,9 и 42,4 $\pm$ 2,8 балла соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Настоящее исследование, используя разнообразные критерии для определения уровня контроля, доказало, что для больных с персистирующим течением астмы при долгосрочном наблюдении и лечении необходимо введение обучения в их терапевтический комплекс. Лечебно-образовательный подход позволяет мониторировать контроль БА, своевременно проводить адекватную коррекцию терапии и тем самым, обеспечивать профилактику тяжелых обострений.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Емельянова О.И., Спицина С.С.,  
Трофименко А.С., Русанова О.А.

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

Церулоплазмин (ЦП) является одним из основных внеклеточных ферментов-антиоксидантов, он

играет важную роль в патогенезе ревматических заболеваний. Данные о содержании и активности ЦП в крови больных с системной красной волчанкой (СКВ) весьма противоречивы, что связано с различными методиками определения этих показателей. Поэтому представляет интерес выявление антител (АТ) к ЦП у больных СКВ с использованием иммобилизованного фермента, определение влияния аутоантител на функционирование энзима.

**Цель исследования.** Разработать дополнительные критерии лабораторной диагностики СКВ с использованием биохимических и иммунологических методов, на основе иммобилизованной формы ЦП с магнитными свойствами.

**Материалы и методы.** Исследовалась сыворотка 68 больных СКВ, находившихся на стационарном лечении в специализированном отделении ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда, при наличии информированного согласия и подтвержденного диагноза СКВ. Верификация диагноза осуществляли согласно данным критериям ACR 1997 г. Оценка активности заболевания проводилась с использованием шкалы ECLAM. Среднее значение индекса ECLAM у больных СКВ составило 10,2 $\pm$ 6,7 (диапазон значений от 2 до 28) балла. В качестве контроля служили 30 практически здоровых лиц-доноров станции переливания крови. АТ к ЦП определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу И.П. Гонтаря. Определение количества ЦП проводили иммуноферментным методом по И.С. Кузьминой и соавт. (1991г.) с использованием коммерческого иммуноферментного диагностикума производства НИИ вакцин и сывороток им. Мечникова.

**Результаты и обсуждение.** При исследовании сывороток крови здоровых лиц ферментативная активность ЦП составила – 1,087 $\pm$ 0,249 ед., количество ЦП – 775,79 $\pm$ 295,53 нг/мл, удельная оксидазная активность – 12,3 $\pm$ 0,1 ед./мг. Уровень экстинции при определении АТ к ЦП у доноров составил 0,02 $\pm$ 0,014 е.о.п. Больных с активностью заболевания I степени было 17 человек (25%), со II степенью – 44 (66%), с III степенью активности – 7 человек (9%). Острое течение болезни имело место у 4 больных (6%), подострое – у 50 больных (73%), хроническое – у 14 больных (21%). У всех больных СКВ было отмечено увеличение количества ЦП по сравнению с контрольной группой в среднем до 1412,73 $\pm$ 587,32 нг/мл, также имело место повышение ферментативной активности ЦП (1,632 $\pm$ 0,437 е.о.п.) и повышение удельной оксидазной активности (до 21,2 $\pm$ 0,34 ед./мг). У 32 больных СКВ (47%) выявлены АТ к ЦП (экстинция 0,122 $\pm$ 0,0132 е.о.п.). В связи с тем, что у значительной части больных СКВ выявлялись АТ к ЦП, были проанализированы показатели функциональной активности фермента отдельно для групп больных с наличием АТ к ЦП и не имеющих таких аутоантител. Повышение ферментативной активности ЦП в группе больных без наличия АТ к ЦП (1,822 $\pm$ 0,154 е.о.п.) было более выражено, чем в группе

с наличием АТ к ЦП ( $1,234 \pm 0,315$  е.о.п.) ( $p < 0,05$ ). В наших исследованиях отмечено возрастание оксидазной активности, количества и, в особенности, удельной оксидазной активности ЦП при СКВ. Повышение этих показателей коррелировало с активностью патологического процесса.

**Выводы.** Показатели оксидазной активности, количества ЦП, удельной оксидазной активности данного фермента могут служить дополнительными критериями в диагностике активности СКВ. Обнаружение у больных СКВ АТ к ЦП, ингибирующих его оксидазную активность, свидетельствует о нарушении антиоксидантного статуса и может являться показанием к назначению антиоксидантной терапии.

## КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА СЕВЕРЕ РОССИИ

Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В., Нишанбаева Э.А.  
Сургутский государственный университет,  
Сургут

**Цель исследования.** Изучить структуру сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных псориазом.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализирована медицинская документация пациентов (медицинские карты амбулаторных больных), обратившихся на амбулаторный дерматологический прием за период 2021 года. В исследование включались пациенты с диагнозом псориаз в возрасте от 18 до 59 лет. Соматические заболевания были верифицированы на основании консультаций терапевтов, кардиологов, врачей общей практики.

**Результаты.** Материалом исследования послужили 114 медицинских карт амбулаторных больных псориазом. Из них женщин 36,4%, мужчин 63,6%. Средний возраст пациентов составил 47,3 лет. Средняя длительность псориатического анамнеза составила 10,6 лет.

Сопутствующие соматические заболевания выявлены у 39,1% пациентов от общего числа исследуемых. В 42,2% из доли коморбидностей зарегистрированы болезни органов сердечно-сосудистой системы, в 22,5% случаев заболевания органов пищеварительной системы, в 19,2% болезни костно-суставного аппарата, в 16,1% эндокринопатии. В структуре патологии сердечно-сосудистой системы выявлены следующие нозологии: артериальная гипертензия (51,6%), ишемическая болезнь сердца (18,3%), атеросклероз (15,1%), церебро-сосудистые нарушения (15,0%). Выявленные нарушения преобладали у пациентов с распространенным псориазом, длительностью заболевания более 10 лет. У пациентов с псориазом, коморбидных по патоло-

гии сердечно-сосудистой системы, наблюдалось торпидное течение дерматоза и резистентность к проводимой стандартной терапии.

**Выводы.** Коморбидные заболевания выявлены у 39,1% больных псориазом. Среди выявленных заболеваний лидировала патология сердечно-сосудистой системы. Учитывая выявленную патологию у пациентов с псориазом необходимым условием терапии дерматоза является совместное ведение таких пациентов с профильными специалистами (терапевтами и (или) кардиологами). Не исключено, что развитие коморбидности может быть обусловлено общностью патогенеза заболеваний.

## КОМОРБИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА

Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В.  
Сургутский государственный университет,  
Сургут

**Цель исследования.** Изучить структуру сопутствующих соматических заболеваний у пациентов с экземой для повышения результативности терапии.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы медицинские карты амбулаторных больных за период 2021 года. Критерии отбора: диагноз экзема, возраст от 18 до 59 лет. Сопутствующие заболевания устанавливались на основании консультаций смежных специалистов.

**Результаты.** Проанализировано 89 медицинских карт амбулаторных больных с верифицированным диагнозом экзема. Из них лица мужского пола составили 57%, женского 43%. Средний возраст пациентов 32,4 года. Пациенты в возрасте от 18 до 44 лет составили 67%, пациенты в возрастном диапазоне от 45 до 59 лет – 33%.

По данным исследования установлено, что коморбидность у взрослых пациентов с экземой составила 53% от общей выборки. Первое место по частоте встречаемости заняли болезни пищеварительной системы (гастрит, дуоденит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и (или) двенадцатиперстной кишки) – 32,2% в структуре коморбидных состояний. Сопутствующие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет второго типа, ожирение, аутоиммунный тиреоидит) выявлены у 16,7% пациентов. Болезни органов дыхания регистрировались в 12,3% случаев. Чаще всего у пациентов отмечались инфекции верхних дыхательных путей (риниты, фарингиты, тонзиллиты), реже регистрировались бронхиты и бронхиальная астма. Болезни крови и кроветворных органов отмечены при экземе в 11,2% случаев, преимущественно в возрастной группе от 44 до 59 лет.



Регулярно посещали врачей терапевтов лишь 9% пациентов. Состояли на диспансерном учете с соматической патологией у терапевта или узких специалистов 11% больных, постоянную терапию с коррекцией дозировок лекарственных препаратов по сопутствующим соматическим заболеваниям получали 19% пациентов из числа больных с коморбидностями.

**Выводы.** Сопутствующие хронические заболевания внутренних органов и систем выявлены у 53% больных экземой. В условиях Северного региона наиболее часто экзема сочеталась с болезнями органов пищеварения (32,2%), что, возможно, обусловлено негативным влиянием климатических условий.

Необходимо тесное взаимодействие врачей различных специальностей при обследовании и лечении пациентов с экземой для улучшения качества жизни, улучшения прогноза и повышения приверженности к лечению.

## АНЕМИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

**Жамолов А.Ш., Касимова М.Б.**  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель работы.** Изучить влияние базисных препаратов на формирования анемии у больных с РА.

**Материалы и методы.** Было обследовано 40 пациентов с диагнозом РА в отделении ревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Характер исследования – одномоментное, ретроспективное. Анализировались все случаи анемии (клинические и лабораторные) за период болезни, путем их копирования из первичной документации (истории болезни, амбулаторные карты, выписные эпикризы из других стационаров). Соотношение мужчин и женщин составило 1:4,71, средний возраст обследованных пациентов –  $44,95 \pm 1,83$  лет, длительность заболевания –  $7,15 \pm 0,67$  лет. Терапия проводилась с нестероидными и стероидными препаратами. Нестероидные противовоспалительные препараты были рекомендованы всем пациентам. При определении суточной дозы препаратов были учтены уровень активности заболевания и выраженность суставного синдрома. 17 больных получали неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2, остальные 23 больных получали селективные ингибиторы ЦОГ-1. Гормональная терапия (преднизолон) была назначена 16 пациентам per os, 24 пациентам парентерально. Базисные препараты назначались исходя из возраста пациента, длительности и активности заболевания. Плаквенил получали 14 пациентов (35%), сульфосалазин 12 пациентов (30%), метотрексат 16 пациентов (40%). Во время терапии базисными препаратами у 12 пациен-

тов наблюдались головокружение, рвота, боль в эпигастриальной области, запор и диарея.

**Результаты.** Средний показатель гемоглобина и эритроцитов составило соответственно  $86,2 \pm 7,4$  г/л;  $3,4 \pm 0,3$   $10^{12}$ /л; Средний показатель гемоглобина у мужчин составило  $91,4 \pm 4,7$  г/л; у женщин показатель гемоглобина был немного выше ( $79,4 \pm 6,2$  г/л,  $p < 0,05$ ). У 7,5% больных уровень гемоглобина составило 90-120 г/л, это соответствует анемии первой степени, у 47,52% больных – 70-90 г/л, это соответствует анемии второй степени, а у 45,0% больных – менее 70 г/л это соответствует анемии третьей степени. Такие признаки, как бледность кожных покровов, дистрофические изменения ногтей, выпадение волос, утомляемость, тахикардия, головокружения и нарушения сна были посчитаны нами как симптомы анемического синдрома. Показатели гемоглобина у больных, у которых диагностировали РА первой степени показатель гемоглобина составило  $95,2 \pm 6,0$  г/л; у больных со второй степенью болезни показатель гемоглобина составило  $85,1 \pm 4,2$  г/л; и у больных с третьей степенью болезни –  $76,0 \pm 6,0$  г/л. По мере увеличения продолжительности заболевания наблюдалось уменьшение уровни гемоглобина. У больных с продолжительностью болезни до года уровень гемоглобина составило  $90,6 \pm 5,2$  г/л; с продолжительностью 1-5 лет уровень гемоглобина составило  $86,3 \pm 5,2$  г/л и с продолжительностью более 5 лет гемоглобина составило  $80,1 \pm 4,2$  г/л.

**Выводы.** Наши исследования показали, что анемический синдром при ревматоидном артрите встречается у всех пациентов и проявляется клиническими и лабораторными признаками. При заболевании у большинства больных развивается вторая и третья степень анемии. Частота анемии увеличивается в зависимости от уровня активности и продолжительности заболевания. У больных женщин уровень гемоглобина значительно ниже, чем у мужчин. Использование только НПВС в качестве симптом-модифицирующей терапии и длительный прием метотрексата усугубляют течение анемического синдрома.

## ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

**Железный А.В., Гаврилова А.А., Мамедов С.С.**  
Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Ежегодно от причин, связанных с курением, умирают до 400 тыс. россиян. Воздействие табачного дыма является важным и одним из самых частых факторов риска возникновения ХОБЛ, и в значительной степени – фактором риска возникновения или прогрессирования мультиморбидной патологии у пациентов с ХОБЛ.

**Цель.** Проанализировать влияние интенсивности курения на особенности сочетанной патологии у больных с ХОБЛ и изучить характер терапии проводимой у этих пациентов.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни и анкеты 316 больных ХОБЛ, имеющих инвалидность, из них: мужчин – 76%, женщин – 24%; средний возраст составлял – 58,3±2,7 лет; длительность заболевания – 9,5±1,6 лет; длительность курения – 12,9±1,4 лет; статус курения – 30,4±1,8 пачка/лет; у 34,6% обследованных пациентов имелась профессиональная вредность. Показатели функции внешнего дыхания у обследованных пациентов были существенно снижены: ОФВ1 – 53,3%, ЖЕЛ – 49,9%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 57,5%.

Пациенты были разделены на две группы по никотиновому индексу: 1-ая – до 40 пачка/лет (205 человек – 67%) и 2-ая – более 40 пачка/лет (101 человек – 33%). ХОБЛ средней тяжести выявлен у 59% пациентов, ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения – у 41%. При статусе курения до 40 пачка/лет тяжелое течение наблюдалось у 38% пациентов, а более 40 пачка/лет у 51%.

**Результаты.** Выявлена следующая сопутствующая патология у больных ХОБЛ. На первом месте стоит гипертоническая болезнь – 78% далее ИБС – 69%, сахарный диабет у 23% и ожирение у 7%.

Найдено достоверное с  $p < 0,001$  различие в частоте встречаемости сердечнососудистой патологии в зависимости от статуса курения. Гипертоническая болезнь диагностирована у 77% пациентов, имеющих статус курения до 40 пачка/лет и у 95,3% пациентов, имеющих статус курения свыше 40 пачка/лет; ишемическая болезнь сердца – у 64,4% и у 90,7% пациентов, соответственно. Признаки ХСН определялись у 65,5% в первой группе и у 90,7% во второй. Язвенная болезнь встречалась гораздо реже – 14,9% и 18,6%.

Анализ, проведенной терапии ХОБЛ, показал, что ИГКС назначались 128 (41,8 %) пациентам из которых у 51 пациента (41%) наблюдали тяжелое и крайне тяжелое течение ХОБЛ, а у 77 (59%) наблюдали среднетяжелое течение заболевания. Комбинированные препараты (симбикорт и серетид) получали только 39 (12,7%) больных, из них 20 человек (7,0%) имели тяжелое течение заболевания. 18 (5,8%) пациентов с крайне тяжелым течением заболевания получали преднизолон.

Большинству пациентов проводилась бронхолитическая терапия. Бронхолитики пролонгированного действия получали 163 (53,2%) пациента с ХОБЛ, из них – 157 (51,3%) больных лечились спиривой и 6 (1,9%) получали сальметерол. Все больные получали бронхолитики короткого действия. Отхаркивающие препараты были назначены только 58 пациентам (20%).

**Выводы.** Результаты показали значимость курения как фактора риска коморбидной патологии и выявили влияние интенсивности курения на частоту встречаемости сочетанной бронхолегочной и сердечнососудистой патологии.

## ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА

**Захаров Ю.В., Бабаева А.Р., Давыдов С.И.**  
Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

**Цель работы.** Представить клинический случай, который демонстрирует сложность дифференциальной диагностики левожелудочковой недостаточности у пациента с коморбидной патологией.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находился 49-летний пациент с артериальной гипертонией 2 степени, хронической железодефицитной анемией и эндоскопически подтвержденным атрофическим гастритом в анамнезе, госпитализированный с диагнозом: Коронавирусная пневмония, КТ1.

**Результаты.** Пациент заболел остро 11.02.2021, когда после переохлаждения почувствовал дискомфорт в груди, слабость, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке. 16.02.2021 он обратился в поликлинику, где проведен ПЦР-тест на COVID 19 (отрицательный) и КТ органов грудной клетки. Заключение: КТ-картина двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (высокая вероятность COVID-19). КТ 1 в процессе стабилизации. Двусторонний гидроторакс. В связи с нарастающей астенией и одышкой 17.02.21 пациент был госпитализирован в инфекционное отделение.

При поступлении температура тела 36,8°C, SpO<sub>2</sub>=94%, назофарингеальный мазок ПЦР на COVID-19 – отрицательный, КТ-картина двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (высокая вероятность COVID-19). КТ 1 в процессе стабилизации. Двусторонний гидроторакс. В анализах крови WBC 8.31 10<sup>9</sup>/L, Hgb – 64g/L, Lym 2,3x10<sup>9</sup>/L, Цветной показатель – 0,47, LDG 308 Ед/л, креатинин – 72 мкмоль/л, AST – 18.3 Ед/л, ALT-22.3 Ед/л, ЛПНП – 3.29 ммоль/л, глюкоза – 4,68 ммоль/л, CRP-30,5 мг/л, ферритин 55 мкг/л, Д-димер-отрицательный, сывороточное железо 5 ммоль/л, прокальцитонин тест <0,5, Тропонин I - <50 нг/л, КФК – 10 Ед/л.

ЭКГ (16.02.2021): синусовый ритм, ЧСС 94 в минуту. Отклонение ЭОС влево. БЛНПГ.

Диагноз при поступлении: Коронавирусная инфекция COVID-19, неподтвержденная. Двусторонняя мультифокальная интерстициальная пневмония средней степени тяжести (КТ-1). Двусторонний плеврит. Хроническая железодефицитная анемия, тяжелой степени. Артериальная гипертония 2 степени. Риск 3.

Была начата стандартная терапия вирусной пневмонии без противовирусных средств (в связи с отри-

цательными ПЦР-тестами при повторном скрининге), с включением препаратов железа, проводилась кислородная поддержка в связи с сохраняющейся одышкой, усиливающейся при малейшей физической нагрузке и в положении лежа на спине. Несмотря на проводимое лечение сохранялась одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении: частота дыхания составляла 26-28, а ЧСС – 94-98 в минуту в состоянии покоя при нормальной температуре тела.

С целью исключения вероятной сердечной недостаточности (СН) как причины стойкой одышки были проведены дополнительные анализы. Уровень NT-pro-BNP (20.02.21) составил 250 пг/мл, при УЗИ брюшной полости от 19.02.21 выявлена умеренная гепатомегалия, правосторонний нефролитиаз, при УЗИ плевральных полостей от 19.02.21: наличие двустороннего плеврального выпота. Проведена эхокардиография от 28.02.21, выявлен атеросклероз аорты и аортального клапана, гипокинезия всех верхушечных и септальных сегментов левого желудочка (ЛЖ), дилатация левого желудочка, правого желудочка и обоих предсердий, умеренная митральная и трикуспидальная регургитация. ФВ ЛЖ – 45%. В связи с обнаруженными доказательствами диффузного поражения миокарда и СН диагноз был дополнен: Инфекция COVID-19, неподтвержденная. Вирусная двусторонняя интерстициальная пневмония средней степени тяжести. Двусторонний гидроторакс. Вирусная миокардиопатия. СН со сниженной ФВ, НПА, ФК2. Хроническая железодефицитная анемия, тяжелой степени. Правосторонний нефролитиаз.

Терапия была дополнена диуретиками и бета-блокаторами (бисопролол 2,5-5 мг/сут). После 2-х недельного курса дополненной терапии состояние пациента с положительной динамикой. Пациенту было рекомендовано продолжить лечение препаратами, направленными на коррекцию синдрома анемии, левожелудочковой СН и АГ.

**Заключение.** Первоначальная диагностика левожелудочковой СН у пациента с сопутствующей патологией может быть затруднена из-за наличия хронического заболевания (анемия тяжелой степени у наблюдаемого нами пациента) и/или возникновения острых процессов, включая вирусное поражение легких. В такой клинической ситуации необходимо провести корректный дифференциальный диагноз между имеющимися патологическими процессами с позиции их вклада в тяжесть состояния пациента. Представленный клинический случай находится в контексте современной концепции о том, что коронавирусная инфекция может вызвать повреждение миокарда в результате прямого воздействия вирусной инфекции (вирусного миокардита) либо вторичного иммуноопосредованного воспаления по типу реактивного миокардита. В этой связи своевременная диагностика вирус-ассоциированного поражения сердца как причины прогрессирующей левожелудочковой СН, имеет важное значение при ведении мультиморбидного пациента.

## ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРА ХИМИКО-ЛЕСНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

Зверева О.Н.

Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск

**Цель исследования.** Проанализировать данные о первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами взрослого населения города Коржамы - центра химико-лесной промышленности юга Архангельской области. Злокачественные новообразования кровяной системы занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости.

**Материалы и методы исследования.** Изучена первичная заболеваемость лейкозами взрослого населения Коржамы по данным формы № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 30 лет с 1992 по 2021 гг. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у, запрошенных в лечебных учреждениях.

**Результаты и их обсуждение.** В структуре первичной заболеваемости больные острыми лейкозами (ОЛ) составили 30,5%. Больные с множественной миеломой (ММ) составили 33,1%, с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) – 25,4%, с хроническим миелолейкозом (ХМЛ) – 7,5%, другими формами лейкозов – 3,5%. Уровни первичной заболеваемости некоторыми нозологическими формами лейкозов в Коржаме превышали аналогичные среднерегionalные показатели. Средний показатель инцидентности ОЛ в Коржаме составил 3,74 на 100 тыс. взрослого населения при показателе 1,92 на 100 тыс. по всей области, ХМЛ-1,72 на 100 тыс. населения (1,19 на 100 тыс. по области). При этом показатели первичной заболеваемости при ХЛЛ и ММ были ниже среднерегionalных: ХЛЛ- 3,21 на 100 тыс. населения (3,32 на 100 тыс.) и ММ – соответственно 2,28 на 100 тыс. населения (2,41 на 100 тыс. по области). При сравнении заболеваемости лейкозами по Коржаме и Новодвинску (центру химико-лесной промышленности на севере области) обращает на себя внимание более высокий уровень инцидентности ОЛ в Коржаме (3,74), чем в Новодвинске (3,61), а также ХМЛ (1,72) против (1,55). В то же время, показатель первичной заболеваемости ХЛЛ и ММ был ниже (3,21 и 2,28) против 3,61 и 2,58 соответственно.

**Выводы.** Таким образом, среднегодовой уровень первичной заболеваемости ОЛ и ХМЛ взрослого населения города Коржамы более значительно превышал средний показатель как по области, так и по Новодвинску, показатель инцидентности при ХЛЛ и ММ был несколько ниже, чем по всей области и по Новодвинску.



## ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ЛЕСОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

**Зверева О.Н.**

Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск

**Цель исследования.** Злокачественные новообразования лимфатической и кроветворной ткани (гемобластозы) занимают в Архангельской области 7-е место в структуре онкологической заболеваемости. Значимую по удельному весу группу формируют парапротеинемические гемобластозы.

**Материалы и методы.** Изучена первичная заболеваемость парапротеинемическими гемобластомами населения Устьянского района, расположенного на юге Архангельской области, по данным формы № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 30 лет с 1992 по 2021 гг. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у.

**Результаты и обсуждение.** В Устьянском районе отмечен высокий среднегодовой уровень заболеваемости ММ (4,7 на 100 тыс. населения). Диагноз ММ был впервые установлен у 42 чел., среди них преобладали женщины – 59,5% (25 чел.) Средний возраст больных составил 64,3 года. Всего в возрасте старше 60 лет было 26 чел. (61,9%). Однако за исследуемый период средний возраст больных ММ снизился с 71,3 лет в 1992 году до 56,8 лет в 2021 году. 8 пациентов с ММ (19,0%) были моложе 50 лет, из них у одного больного диагноз был установлен в возрасте 37 лет. Первичная заболеваемость при ММ наиболее высока в возрасте 60-69 лет – 9,43 на 100 тыс. и 50-59 лет – 7,40 на 100 тыс. Среднегодовой показатель первичной заболеваемости при ММ 4,7 случаев в год на 100 тыс. населения, что выше среднегодового показателя по всей области (2,41 на 100 тыс.) Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости за 20 лет зарегистрирован в 2011 году (9,84 на 100 тыс. населения). Уровень первичной заболеваемости при ММ повысился с 1,24 в 1992 г. до 4, 28 на 100 тыс. населения в 2021 г.

**Выводы.** Обращает на себя внимание значительный рост уровня первичной заболеваемости парапротеинемическими гемобластомами в Устьянском районе Архангельской области за тридцатилетний период. Уровень первичной заболеваемости ММ по всей области в целом и по крупным промышленным центрам также дает рост в динамике за исследуемый период.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АГРАРНОГО РЕГИОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**Зверева О.Н.**

Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск

**Цель исследования.** Проанализировать данные о первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами взрослого сельского населения Красноборского района – аграрного региона юга Архангельской области, характеризующегося наличием 100% сельского населения.

**Материалы и методы исследования.** Изучена первичная заболеваемость лейкозами взрослого сельского населения Красноборского района по данным формы № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и по данным областного Канцер-регистра за 30 лет с 1992 по 2021 гг. Достоверность диагноза подтверждалась данными анализа медицинских карт стационарного больного ф.№003у и амбулаторных карт ф.№025у, запрошенных в лечебных учреждениях.

**Результаты и их обсуждение.** За исследуемый период зарегистрировано 66 больных лейкозами, из них 30 мужчин (45,5%) и 36 женщин (54,5%). Больные острыми лейкозами (ОЛ) составили 18,2% (12 чел.), множественной миеломой (ММ)- 28,3% (17 чел.), хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ)- 33,3% (22 чел.), хроническим миелолейкозом (ХМЛ)- 18,2% (12 чел.), другими редкими формами лейкозов-2,0% (3чел.). Среднегодовая первичная заболеваемость лейкозами за 30 лет составила 9,32 на 100 тыс. населения с тенденцией к постепенному росту. Среднегодовая инцидентность ОЛ в Красноборском районе составила 2,54 на 100 тыс. населения. При этом уровень заболеваемости ОЛ среди женщин был достоверно выше (3,64 на 100 тыс. женского населения), чем среди мужчин (2,25 на 100 тыс. мужского населения). Среднегодовая заболеваемость ХМЛ отмечена на уровне 1,38 на 100 тыс. населения, ХЛЛ – 3,56 на 100 тыс. населения и ММ – 2,27 на 100 тыс. населения. Средний показатель инцидентности лейкозов в Красноборском районе Архангельской области был выше, чем в среднем по области при ОЛ (2,54 против 1,92 на 100 тыс.), ХМЛ (1,38 против 1,19); ХЛЛ (3,56 против 3,32). Первичная заболеваемость ММ в Красноборском районе была незначительно ниже, чем среднегодовой показатель по области (2,27 на 100 тыс. населения в Красноборском районе против 2,41 на 100 тыс. населения по области).

**Выводы.** При анализе первичной заболеваемости острыми и хроническими лейкозами по аграрному

региону Европейского Севера обращает на себя внимание высокий уровень заболеваемости системными заболеваниями крови среди сельского населения района.

## АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Звоноренко М.С.**

Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов. РА сопровождается повышением риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с популяцией.

**Цель исследования.** Оценка частоты встречаемости сердечно-сосудистой патологии (КВП) среди пациентов с ревматоидным артритом (РА), анализ традиционных факторов сердечно-сосудистого риска (возраст, гипертоническая болезнь (ГБ), курение, избыточная масса тела) и дополнительных: сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 102 пациента с достоверным диагнозом РА. Среди включенных в исследование пациентов было 81 (79,4%) женщин и 21 (20,6%) мужчин, в возрасте от 23 до 65 лет, средний возраст  $53,7 \pm 1,5$  года. В ходе обследования, были проведены подсчет индекса массы тела (ИМТ), лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови), оценка функционального состояния почек (определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), инструментальные методы исследования (эхо-кардиография (ЭхоКГ)).

При анализе наличия традиционных факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов, было выявлено, что у 22,7% пациентов – ИМТ был повышенный, 17,2% пациентов – курят, по результатам ЭхоКГ атеросклеротические изменения аортального клапана и аорты выявлено у 32,1% больных. У 8,9% пациентов СД 2 типа, 67% пациентов имели ГБ, ХБП С3 (СКФ < 60 мл/мин/1,73) выявлено у 10,2% пациентов.

Для определения сердечно-сосудистого риска была использована шкала модифицированного индекса SCORE (mSCORE), определяющая риск сердечно-сосудистых осложнений по результатам оценки возраста, пола, уровня холестерина и артериального давления. Пациенты с РА были стратифицированы по сердечно-сосудистому риску на: низкий риск (mSCORE < 1%) – у 11,3% пациентов, умеренный риск (mSCORE > 1% и < 5%) – 19,5% пациентов, высокий риск (mSCORE > 5% и < 10%) – 32% пациентов, очень высокий риск (mSCORE > 10%) – 37,2% пациентов.

Оценку риска по шкале mSCORE не проводилось у лиц с подтвержденным СД 2 типа, ХБП (СКФ < 60 мл/мин/1,73), с единственным, но выраженным фактором риска (например, тяжелая артериальная гипертензия (АГ)). Такие больные автоматически относились к группе очень высокого и высокого риска.

**Заключение.** Таким образом, пациенты с РА представляют собой группу высокого риска в отношении развития КВП: у 37,2% был выявлен очень высокий риск по системе mSCORE, и 32% – высокий риск. В реальной практике, во многих случаях, пациенты остаются недообследованными (не выполняется ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, определение полного липидного спектра крови) и не получают рекомендаций по изменению образа жизни и приему необходимых препаратов. Необходимо, оценку риска сердечно-сосудистых осложнений интегрировать в рутинный визит к ревматологу, с коррекцией модифицируемых факторов риска, с учетом дополнительных факторов риска и выработки тактики лечения пациентов с РА.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 У ПАЦИЕНТА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

**Звоноренко М.С.**

Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов (SpA), характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и (или) позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов. Прогрессирование заболевания в первую очередь связано с пролиферацией костной ткани (в противоположность эрозированию при ревматоидном артрите), что проявляется ростом синдесмофитов (и [или] энтезофитов) и процессом анкилозирования позвоночника и суставов. Достоверный диагноз АС может быть установлен в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984), которые включают три клинических критерия: 1. Боль в нижней части спины, уменьшающаяся после физических упражнений, но сохраняющаяся в покое (в течение более 3 месяцев); 2. Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника – как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости; 3. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки

в сравнении с показателями у здоровых лиц, а также один рентгенологический критерий: сакроилиит: двусторонний (стадия  $\geq 2$ ) или односторонний (стадия 3-4).

**Цель работы.** Описать клинический случай анкилозирующего спондилита и опыт применения секукиумаба.

**Материалы и методы.** Пациент В., 1987 г.р. с 2005 г., стал отмечать боли в поясничном отделе позвоночника и в области крестца с иррадиацией в паховую область, без убедительной связи с физической нагрузкой. В 2011 г. развился увеит левого глаза. В 2012 г. впервые осмотрен ревматологом. После обследования, на основании выявления двустороннего сакроилиита, по данным МРТ, воспалительной боли в позвоночнике, наличия HLA-B27 антигена и поражения глаз, верифицирован диагноз анкилозирующего спондилита. С 2016 г в связи с неэффективностью стандартной противовоспалительной терапии, принято решение о начале терапии генно-инженерно биологическими препаратами в варианте анти-ФНО – адалимумаб. На фоне терапии отмечалась выраженная положительная динамика в виде достижения ремиссии анкилозирующего спондилита и увеита. В 2017 г. в связи с развитием васкулита кожи нижних конечностей (геморрагические высыпания) и лекарственного поражения печени (синдром цитолиза) принято решение об отмене адалимумаба. Назначен сульфасалазин в дозе 3000 мг сутки, НПВС в постоянном режиме. Длительное время самочувствие пациента оставалось удовлетворительным. С весны 2022 г. вновь усиление болей воспалительного характера в поясничном отделе позвоночника, несмотря на постоянный прием НПВС и сульфасалазина. В октябре 2022 г. пациент был госпитализирован. При поступлении жалобы на боли воспалительного характера в пояснично-крестцовом, шейном отделах позвоночника, усиливающиеся в ранние утренние часы, на утреннюю скованность, до 2-х часов, на боли в стопах в утренние часы. При объективном осмотре видимых экссудативных проявлений в суставах нет. Движения в суставах в полном объеме. При поступлении индекс BASDAI составил 5,3 балла, индекс ASDAS-ESR – 4,68, что соответствовало высокой активности заболевания. В анализах крови – выявлено ускорение СОЭ до 50 мм/час, уровень С-реактивного белка достигал 24 мг/мл. Выполнена рентгенография илеосакральных сочленение-двусторонний сакроилиита III-IV ст. Пациенту было рекомендовано назначение генно-инженерного препарата с другим механизмом действия- ингибитора ИЛ-17- секукиумаба в дозе 150 мг подкожно. Пациент также продолжил стандартную противовоспалительную терапию НПВС, сульфасалазином в дозе 3000 мг в сутки.

**Результаты.** Через месяц терапии секукиумабом наметилась значительная положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Через 4 месяца терапии достигнута ремиссия анкилозирующего спондилита: пациент не предъявляет жалоб. Уровень

индекса BASDAI – составил 1,4, ASDAS-ESR- 1,9 – ремиссия заболевания. Следует отметить, что на протяжении проводимой терапии каких-либо побочных эффектов выявлено не было.

**Заключение.** Наибольшую пользу секукиумаб может принести пациентам, имеющим наибольший риск прогрессирования анкилозирующего спондилита, при неадекватном ответе на препараты анти-ФНО, что имело место у данного пациента.

## ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

**Звоноренко М.С., Калинина Е.В.,  
Кострюкова И.В., Бабаева А.Р.**  
Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, существенно повышает риск фатальных кардиоваскулярных событий у этой категории больных по сравнению с общей популяцией.

**Цель исследования.** Оценка частоты и спектра сердечно-сосудистой патологии у пациентов с РА, анализ традиционных факторов кардиоваскулярного риска (КВР) и ассоциированных состояний: сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 182 пациента с достоверным диагнозом РА (критерии EULAR/ACR 2010). Среди включенных в исследование пациентов было 143 (78,6%) женщины и 39 (21,4%) мужчин, в возрасте от 23 до 65 лет, средний возраст составил  $54,7 \pm 1,5$  года. Все пациенты прошли стандартное обследование для верификации диагноза РА, а также сопутствующей патологии: АГ, ИБС, СД, ХБП, ожирения. Оценка КВР проводили в соответствии с действующими рекомендациями РКО (2018), ESC (2021).

**Результаты.** По результатам проведенного обследования АГ была диагностирована у 122 пациентов (67,03%), диагноз ИБС был подтвержден у 96 (52,75%) пациентов: стенокардия напряжения была у 20 (20,8% от числа пациентов с ИБС), ХСН и/или безболевого ишемия – у 40 (41,6%), нарушение ритма и проводимости – у 36 (37,6%). СД 2 типа был подтвержден у 16 пациентов (8,8%), ХБП > 3 стадии (СКФ < 60 мл/мин/1,73) – у 18 (9,8%) пациентов.

При анализе традиционных факторов риска установлено, что табакокурение имело место у 17,2% больных, избыточная масса тела, в т.ч. абдоминальное



ожирение выявлены у 22,7% пациентов с РА и у 57,3% пациентов с сочетанием РА и ИБС или СД 2 типа. Дислипидемия с существенным повышением уровня ХС ЛПНП была обнаружена у 32,4% пациентов с РА, причем, при сочетании РА и ИБС дислипидемия регистрировалась в 54,1% случаев. Следует отметить, что по данным ЭХО-КГ атеросклероз аорты и аортального клапана был выявлен у трети пациентов с РА (31,9%), при этом у половины из них не было признаков ИБС.

Для оценки КВР у пациентов с РА без признаков ИБС и СД была применена модифицированная система mSCORE. 11,3% пациентов соответствовали низкому КВР, умеренный риск был у 19,5% пациентов, высокий риск – у 32% пациентов, очень высокий риск – у 37,2% пациентов.

Анализ медикаментозной профилактики КВР в наблюдаемой когорте показал, что рациональная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия проводилась 44,8% пациентов в группе с ИБС и только 56,3% у пациентов с СД 2 типа. Частота Фдостижения целевых значений липидного профиля у лиц с РА не превышала 25%, а частота достижения целевого АД у 122 пациентов с сочетанием РА и АГ составила 42,6%.

**Заключение.** Таким образом, с учетом наличия сопутствующей патологии и традиционных факторов КВР, подавляющее большинство пациентов с РА относится к группам высокого и очень высокого КВР. У трети пациентов с РА имеется атеросклероз аорты и аортального клапана, при этом у половины из них отсутствуют признаки ИБС. В реальной практике рациональная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия проводится примерно у половины пациентов с РА, что ведет к низкой частоте достижения целевого АД и целевого липидного профиля. Полученные результаты говорят о необходимости включения оценки степени КВР в стандартный осмотр ревматолога и повышение качества медикаментозной коррекции КВР у лиц с РА.

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

**Иванова Н.В.**

Псковский государственный университет,  
Псков

Пандемия COVID-19 стала новым серьезным вызовом на пути рационального применения антибиотиков. Исследование Международного консорциума по тяжелым острым респираторным и вновь возникающим инфекциям (ISARIC) показало, что распространенность назначения антибиотиков при вирусных респираторных инфекциях составила 75%. Актуальные публикации

свидетельствуют о том, что частота назначений антибактериальных препаратов пациентам, госпитализированным с COVID-19, многократно превышает уровень подтвержденной у них бактериальной инфекции. Изучение региональных особенностей факторов развития устойчивости микроорганизмов к различным антибактериальным препаратам имеет огромное значение для формирования локальной доказательной базы по трендам устойчивости к антибиотикам.

**Цель работы.** Изучить региональные факторы развития устойчивости к антибиотикам в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

**Материалы.** Материалом для проведения анализа послужили данные о реализации противовирусных, антибактериальных лекарственных препаратов (ЛП) в розничном сегменте в Государственном предприятии Псковской Области «Фармация» за 2019 и 2020 годы, оценивалась общая структура приобретенных населением ЛП в стоимостном и натуральном выражении, структура ассортимента закупленных ЛП по кварталам. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2013. Также проанализированы данные опросов по «горячей линии» относительно приобретения антибактериальных препаратов без рекомендаций врача, локальные данные микробиологической лаборатории ГБУЗ Псковская областная клиническая инфекционная больница об этиологии возбудителей внебольничных и госпитальных инфекций в пандемический период.

Установлено, что объем аптечных продаж антибактериальных лекарственных препаратов в 2020 году в натуральном выражении увеличился в 11,2 раза по отношению к 2019 году. Наиболее сильный рост зафиксирован в отношении потребления макролидов за счет многократного повышения использования азитромицина, уровень продаж которого увеличился более чем в 61 раз по сравнению с допандемическим периодом. Среди антибиотиков класса пенициллинов наиболее существенно вырос уровень потребления амоксициллина – в 9 раз. Аналогичный тренд к увеличению объема продаж отмечается и для антибиотиков цефалоспоринового ряда. Наиболее существенно на фоне пандемии COVID-19 повысилось потребление цефтриаксона - в 4,6 раза. Внутри класса фторхинолонов абсолютным лидером являлся левофлоксацин, уровень потребления которого на фоне пандемии четырехкратно увеличился.

Согласно данным «горячей линии», по поступившим обращениям граждан, в Пскове 72% пациентов покупали антибиотики без рецептов и принимали их без назначения врачей.

Следует отметить, что по данным микробиологического обследования пациентов ГБУЗ Псковская областная клиническая инфекционная больница, установлено, что наиболее актуальными возбудителями, бактериальной ко-инфекции при COVID-19 были *Staphylococcus aureus* (6%), *Streptococcus pneumoniae* (1,2%), *Klebsiella spp.* (4,2%), причем большинство госпитализированных пациентов с COVID-19 получали лечение антибиотика-

ми широкого спектра действия. Частота бактериальных ко-инфекций среди пациентов с COVID-19 составляла 12% в отделениях интенсивной терапии и 5% в иных отделениях. Среди госпитализированных не более 20% пациентов нуждались в антибиотиках, так как у них были сопутствующие бактериальные инфекции, однако препараты назначались 86% больных. Штаммы, выделенные от пациентов с COVID-19 в ОРИТ, характеризовались множественной устойчивостью к антибиотикам, в том числе устойчивостью высокого уровня к карбапенемам: 64% штаммов *Klebsiella pneumoniae* имели устойчивость к амоксицилину клавуланату, 69% – к цефтриаксону, 46% – к карбапенемам.

В результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Пандемия COVID-19 серьезно сказалась на использовании антибактериальных препаратов в розничном и госпитальном сегментах, объемы потребления продемонстрировали выраженный рост, наиболее значительно эти изменения затронули антибиотик класса макролидов азитромицин, уровень продаж которого увеличился более чем в 61 раз по сравнению с допандемическим периодом.

2. Частота бактериальных ко-инфекций среди пациентов с COVID-19 невелика (17%), однако большинство госпитализированных пациентов с COVID-19 получали лечение антибиотиками широкого спектра действия, что может способствовать селекции резистентных штаммов энтеробактерий и грамотрицательных неферментирующих бактерий.

3. Основные проблемы нерационального применения антибиотиков при COVID-19 кроются также и в назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия и резерва, в т.ч. в амбулаторной практике.

4. Указанные проблемы отражают лишь общие факторы развития антибиотикорезистентности в регионе, для снижения объемов потребления антибиотиков необходимо внедрение программ контроля антимикробной терапии в стационарах (СКАТ) и учет локальных данных мониторинга резистентности, в т.ч. в амбулаторной практике.

## ТРОМБОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

Иванова А.Д.<sup>1</sup>, Чудинов А.Л.<sup>1,2</sup>, Гайдукова И.З.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

В ряде отечественных и зарубежных исследований показано, что пациенты с АНЦА-ассоциированными системными васкулитами (АНЦА-СВ) имеют

высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, в том числе по причине развития венозных и артериальных тромбозов, однако данные по частоте встречаемости и преобладающим вариантам тромботических осложнений существенно различаются. В процессе тромбообразования при АНЦА-СВ ведущую роль играет АНЦА-опосредованное повреждение эндотелия и последующий каскад воспалительных реакций в сосудистой стенке.

**Цель исследования.** Оценить частоту тромбозов и других вариантов сосудистого поражения в когорте пациентов с АНЦА-ассоциированными васкулитами и особенности их лечения.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 76 пациентов (средний возраст 53,0±16,3 г) с диагнозом АНЦА-СВ, которые находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «КРБ №25» в течение 2022 года. Когорту пациентов АНЦА-СВ составили пациенты с гранулематозом с полиангиитом (n=46), микроскопическим полиангиитом (n=11), эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (n=19). Все пациенты получали стандартную терапию в рамках индукции ремиссии с последующим переходом к варианту поддерживающей терапии после достижения ремиссии.

В ходе работы были проанализированы клинико-лабораторные и инструментальные данные, оценены сердечно-сосудистые осложнения в анамнезе, а также артериальные и венозные тромбозы в период индукции и поддерживающей терапии. Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 21.0 (для Windows). Для корреляционного анализа был использован критерий Спирмена (r). При p<0,05 различия между выборками считали достоверными.

**Результаты и обсуждение.** В когорте АНЦА-СВ выявлено 52 (68,4%) пациента с наличием тромбозов. Основная часть выявленных тромбозов приходится на возрастную группу 45 лет и старше – 41 пациент (78,8%). Среди локализаций атеросклеротического сосудистого поражения чаще определялся тромбоз брахиоцефального ствола и общих сонных артерий (39,4%), реже – сосудов головного мозга (27,3%), коронарных артерий (13,6%), в 3 случаях проведено стентирование коронарных артерий. Выявлено 3 (4%) случая ишемического инсульта, 2 (2,6%) случая тромбоза глубоких вен (2,63%), 1 случай инфаркта миокарда. Однократно зафиксирована бессимптомная ТЭЛА (1,3%) и сухая гангрена нижней конечности при быстропрогрессирующем варианте гранулематоза с полиангиитом (1,3%). У 3 пациентов отмечено формирование аневризматического поражения аорты. При оценке медикаментозных методов лечения выявлено, что постоянную терапию статинами получали 17 пациентов (22%), антикоагулянтами – 5 пациентов (6,8%), антиагрегантами – 24 пациента (31,6%). Имеется прямая сильная корреляционная связь между выявленными тромбозами и позитивностью по антителам к миелопероксидазе

( $r=0,767$ ;  $p<0,05$ ) и протеиназе-3 ( $r=0,670$ ;  $p<0,05$ ), что дополнительно подчеркивает важную роль АНЦА-опосредованного компонента воспалительного процесса с повреждением сосудистой стенке и создании факторов, предрасполагающих к развитию тромбообразования.

**Выводы.** Обращает на себя внимание высокая частота тромбозов артериального русла в старшей возрастной группе пациентов с АНЦА-СВ. Наиболее часто встречалось атеросклеротическое поражение брахиоцефального ствола и общих сонных артерий, реже – сосудов головного мозга. Данные по медикаментозным методам лечения нарушений липидного обмена и профилактике тромбозов показывают необходимость более детального анализа. Имеется отчетливая корреляционная связь между тромбообразованием и позитивностью по АНЦА, что может играть важную прогностическую роль оценки антител к протеиназе-3 и миелопероксидазе.

**Заключение.** Высокая частота тромбозов артериального венозного русла у больных АНЦА-СВ требует разработки новых алгоритмов профилактики тромботических осложнений. Исследование факторов риска и частоты развития тромбозов на большей выборке больных АНЦА-СВ является неотложной задачей клиники внутренних болезней.

## РОЛЬ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Иванова А.Д.<sup>1</sup>, Чудинов А.Л.<sup>1,2</sup>, Гайдукова И.З.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

АНЦА-ассоциированные системные васкулиты (АНЦА-СВ) являются мощным иммунопосредованным фактором, повреждающим сосудистую стенку. Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, тоже ассоциируется с активацией иммунных механизмов и дисфункцией эндотелия. В свете пандемии COVID-19 особую значимость представляет изучение клинического течения АНЦА-СВ у больных перенесших инфекцию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.

**Цель исследования.** Проанализировать встречаемость коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с АНЦА-СВ и ее влияние на течение ревматического заболевания в постковидном периоде.

**Материал и методы исследования.** В течение 2022 под наблюдением в СПб ГБУЗ «КРБ №25» на-

ходились 76 пациентов (средний возраст  $53\pm 16,3$  г.) с диагнозом АНЦА-СВ, из них с гранулематозом с полиангиитом – 46 пациентов, с микроскопическим полиангиитом – 11 пациентов, с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом 19 пациентов. Все пациенты получали стандартную терапию в рамках индукции ремиссии с последующим переходом к варианту поддерживающей терапии после достижения ремиссии.

В ходе работы были оценены клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования, уточнено влияние АНЦА-позитивности на течение COVID-19.

**Результаты и обсуждения.** Подтвержденная перенесенная новая коронавирусная инфекция отмечалась в 55,3% случаев в исследуемой когорте, дважды переболевшими оказались 3 пациента с АНЦА-СВ, трижды – 1 пациент. Наличие вирусной пневмонии (КТ1-КТ4) на фоне инфицирования вирусом SARS-CoV-2 наблюдалось в 31% от общего числа переболевших. Вакцинация против новой коронавирусной инфекции (в период с 2020 по 2022 год) проведена в 19,7% случаев. Антитела к миелопероксидазе и протеиназе-3 чаще наблюдались у пациентов с перенесенной новой коронавирусной инфекцией, чем без нее (57,14% и 42,86% соответственно;  $p<0,05$ ).

На этапе реабилитационного периода, после перенесенной инфекции отмечались симптомы, которые не потребовали коррекции лечения АНЦА-СВ, разрешились самостоятельно или после применения симптоматических средств и потому были расценены как постковидные проявления. В 35,7% случаев пациенты отмечали нарастание общей слабости, в 23,8% случаев наблюдались осложнения со стороны верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, в 16,7% случаев – развитие артралгий или артритов, в 7,15% и 2,4% случаев соответственно - геморрагические высыпания и язвенные дефекты кожи. Частичная аллопеция наблюдалась в 7,15%, снижение зрения – в 4,7% случаев. Поражение миокарда, мочевыделительной системы, увеличение внутригрудных лимфатических узлов отмечалось по одному случаю. Указанные симптомы могли ошибочно быть принятыми за активацию васкулита после вирусной инфекции.

**Выводы.** В наблюдаемой нами когорте каждый 55,3% пациентов перенесли ковид-19. Более чем у половины пациентов с АНЦА-СВ в рамках постковидного синдрома наиболее часто отмечались симптомы поражения верхних и нижних дыхательных путей, ЛОР-органов, развитие суставного и астенического синдрома и другие симптомы, которые имитировали проявления заболевания, но разрешились самостоятельно или на фоне симптоматического лечения и не потребовали коррекции болезнь-модифицирующего лечения васкулита. Позитивность по АНЦА достоверно чаще отмечалась в когорте пациентов, перенесших ранее новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или у вакцинированных от ковид-19.



## СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Игонина М.<sup>1</sup>, Аксёнова К.И.<sup>2</sup>, Боровицкий В.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кировский государственный медицинский университет, Киров

<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва

<sup>3</sup>Медико-санитарная часть №43  
Федеральной службы исполнения наказаний,  
Кирово-Чепецк

**Цель.** Выявить частоту и характер осложнений у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в пенитенциарном противотуберкулезном учреждении.

**Материалы и методы.** 363 осужденных (ВИЧ-положительные), поступивших на лечение в региональное лечебное исправительное учреждение (ЛИУ) с диагностированным туберкулезом.

**Методы диагностики.** Клинические, рентгенологические, микробиологические и функциональные.

**Результаты.** Дыхательная недостаточность выявлена у 29,8% (ДИ: 25,2-34,6%, 108/363), инфекционно-токсический шок у 19,0% (ДИ: 15,2-23,3%, 69/363), легочно-сердечная недостаточность у 7,4% (ДИ: 5,1-10,5%, 27/363), плеврит у 14,9% (ДИ: 11,5-18,8%, 54/363), легочное кровохаркание у 3,9% (ДИ: 2,2-6,2%, 14/363), легочное сердце у 3,0% (ДИ: 1,6-5,2%, 11/363), спонтанный пневмоторакс у 1,7% (ДИ: 0,7-3,4%, 6/363), ателектаз – 1,4% (ДИ: 0,5-3,0%, 5/363), свищи 2,5% (ДИ: 1,2-4,5%, 9/363), перфорация язв тонкого кишечника у 0,6% (ДИ: 0,09-1,8%, 2/363).

**Выводы.** В местах лишения свободы у больных туберкулезом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией заболевание осложняется наиболее часто дыхательной недостаточностью (29,8%) и инфекционно-токсическим шоком (19,0%).

## ПСОРИАЗ И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Карнаухова М.Т., Корнишева В.Г.,  
Гулордава М.Д., Мирзоян В.Л.

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

Псориаз является актуальной проблемой современной медицины в связи с его широким распро-

странением. Тактика ведения пациентов с псориазом значительно осложняется наличием сопутствующих заболеваний, которые требуют персонализированного подхода.

**Цель исследования.** Изучение коморбидных заболеваний у пациентов с псориазом.

**Материалы и методы.** За 2022 год на базе I дерматовенерологического отделения научно-исследовательского института микологии имени П.Н. Кашкина обследовано 120 пациентов (52 женщины и 68 мужчин), страдающих псориазом в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 45 лет). Вульгарный псориаз диагностирован у 79 пациентов (65,8%). У 37 (30,8%) пациентов имелся псориаз в сочетании с псориазическим артритом. Ладонно-подошвенный псориаз выявлен у 2 больных (1,7%) и у 2 пациентов (1,7%) диагностирована псориазическая эритродермия.

**Результаты и обсуждения.** При обследовании 120 пациентов у 74 больных (61,7%) была выявлена сочетанная патология органов и систем. У 19 больных (15,8%) сопутствующие заболевания отсутствовали. Изолированное сопутствующее поражение органов и систем выявлено у 27 больных псориазом, из которых более, чем в половине случаев (13), была патология желудочно-кишечного тракта или поражение ЛОР-органов. У единичных больных – изолированное поражение сердечно-сосудистой системы (1,6%) или нервной системы (1,6%), или органов зрения (0,83%) или эндокринопатии (1,6%).

Сочетанная патология органов желудочно-кишечного тракта выявлена у 51 больного (68,9%), из которой наиболее часто диагностировалось сочетание неалкогольной жировой болезни печени с хроническим гастритом, гастроуденитом, патологией желчевыводящих путей (41,2%). Сочетанная патология эндокринной системы была у 28 (37,8%) пациентов, из которых у 42,8% больных ожирение сочеталось с сахарным диабетом 2 типа, патологией щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта. Из 74 обследованных заболевания сердечно-сосудистой системы имели 46 (62,2%) больных, из которых 45 (97,8%) пациентов были с гипертонической болезнью, сочетающейся с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, атеросклерозом, постинфарктным кардиосклерозом.

**Выводы.** 1. При обследовании 120 пациентов, страдающих псориазом, сопутствующая сочетанная патология органов и систем выявлена у 74 (61,7%) больных. 2. Заболевания желудочно-кишечного тракта занимали первое место среди сочетанной патологии у пациентов, страдающих псориазом. Неалкогольная жировая болезнь печени в сочетании с патологией желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта была у 41,2%. 3. Междисциплинарный подход к тактике ведения больных, страдающих псориазом, повышает эффективность терапии.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Карницкая О.Д.<sup>1</sup>, Шилова Л.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи №25,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

**Введение.** По данным ВОЗ, около 250 миллионов человек в мире страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Часто встречающиеся коморбидные состояния при ХОБЛ – это дислипидемия, ожирение. Сочетание метаболических нарушений и ХОБЛ приводит к увеличению риска сердечно – сосудистых осложнений (ССО).

**Цель.** Изучить особенности показателей индекса массы тела и уровня общего холестерина (ОХС) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

**Материалы и методы.** В исследование было включено 52 человека с ХОБЛ, диагноз поставлен на основании критериев GOLD (2014 г). В группе обследуемых – 29 мужчин и 22 женщины. Средний возраст женщин – 45,3±3,6 лет, мужчин – 38,2±2,1 лет. Уровень холестерина определялся гомогенным энзиматическим колориметрическим методом. Норма уровня холестерина для мужчин и женщин старше 18 лет – 5,18-6,19 ммоль/л. При АГ в сочетании с высоким риском по шкале SCORE2 должны быть величины ОХС – менее 4,5 ммоль/л, а при очень высоком риске 4,0 ммоль/л. Оценка кардиоваскулярного риска проводилась по шкале SCORE2.

Индекс массы тела определялся по формуле масса в кг/ рост в м<sup>2</sup>. Средний показатель составил – 34,60±1,5 кг/м<sup>2</sup>. Оценка степени ожирения проводилась по классификации ВОЗ (1997г) нормальная масса тела – ИМТ 19-24,9 кг/м<sup>2</sup>, избыточная масса тела – ИМТ 25-29,9 кг/м<sup>2</sup>, ожирение 1 степени- ИМТ – 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup>, 2 степени – ИМТ-35,0-39,9 кг/м<sup>2</sup>, 3 степени – ИМТ – более 40,0 кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** В результате исследования установлено, что у 17,3% женщин и 34,7% мужчин уровень общего холестерина – в пределах нормы. У 82,7% женщин ОХС составил в среднем 6,9±0,8 ммоль/л; у 65,3% мужчин – в среднем 6,7±1,0 ммоль/л.

Средний показатель ИМТ в группе больных составил 34,60±1,5 кг/м<sup>2</sup> (65%) – ожирение 1 степени. ИМТ у женщин 34,0±0,7 кг/м<sup>2</sup>, у мужчин – 34,9±0,8 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение 2 степени выявлено в группе у 19,2% и составляет 36,9±0,5 кг/м<sup>2</sup>, у мужчин – 36,8±0,6 кг/м<sup>2</sup> (60%), у женщин 37,3±1,2 кг/м<sup>2</sup> (40%). Ожирение 3 степени выявлено в группе у 15,3% и составляет 41,4±0,6

кг/м<sup>2</sup>, у мужчин – 41,5±0,9 кг/м<sup>2</sup> (28,6%), у женщин – 41,2±1,2 кг/м<sup>2</sup> (71,4%)

По шкале SCORE2 с учетом, что пациенты имеют стаж курения, отмечался высокий риск ССО у всех групп пациентов.

**Вывод.** Таким образом, в ходе исследования установлено, что все больные ХОБЛ имеют выраженные метаболические нарушения: дислипидемия, ожирение, что приводит, с учетом и других критериев по шкале SCORE 2, к высокому риску ССО.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2022 ГОДУ

Кароль Е.В., Зулъхарьяева Н.Н., Попова В.,  
Гамбурцева Р.Н., Ионова Е.Б.

Главное бюро медико-социальной экспертизы,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга (СПб) по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2022 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 МСЭ Санкт-Петербурга. Методы исследования: анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

**Результаты и обсуждение.** Инвалидность рассматривается как один из важнейших показателей здоровья населения, индикатор 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 2022 г. составило 15376 человек со снижением на 3,5% в течение последних 3 лет. Интенсивный показатель (ИП) ПИ взрослого населения в 2022 г. составил 34,9 на 10 тысяч взрослого населения, темп убыли в течение 3 лет составил 3,5%. В трудоспособном возрасте (ТВ) уровень ПИ составил 21,4 и снизился в динамике за 3 года на 10%. В гендерной структуре ВПИ в 2022 г. мужчины составили 51,6%; женщины – 48,4%. Анализ структуры ПИ по возрастным интервалам показал, что ТВ составил 40,3%, в том числе: молодой возраст (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) – 16,2%; средняя возрастная группа (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) – 24,1%. Доля граждан пенсионного возраста составила 59,7%. В структуре ПИ взрослого населения

в 2022 г. преобладают инвалиды III группы – 39,7%; доля инвалидов II группы составила 39,2 %, I группы – 21,1%. ИП I группы инвалидности составил 7,4; II группы – 13,7; III группы – 13,8 (на 10 тыс. взрослого населения).

Анализ структуры ПИ по классам болезней показал, что в СПб на первом ранговом месте злокачественные новообразования (ЗНО) – их удельный вес составил 37,4%; на втором месте болезни системы кровообращения (БСК) – 32%; а также: заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 6,1%; психические расстройства и расстройства поведения – 4,6%; болезни нервной системы – 4,1%; травмы всех локализаций – 3,2%. В структуре ПИ вследствие ЗНО в зависимости от локализации ведущими являются: рак молочной железы – 19%; колоректальный рак – 13,1%; рак легких – 7,0%; рак предстательной железы – 7,2%; рак желудка – 5,4%. Структура ПИ вследствие БСК по нозологическим формам следующая: ЦВБ – 46,8%; ИБС – 38,4%; ГБ – 1,6%; прочие БСК составили 13,2%.

Структура ПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций (СНФ) организма следующая: 40,9% составляют нарушения функций системы крови и иммунной системы; 24,3% – нарушения нейромышечных, скелетных и статодинамических функций; 16,5% – нарушения функций сердечно-сосудистой системы; 7,0% – нарушения психических функций; 2,7% – нарушения сенсорных функций; 2,5% – нарушения функций пищеварительной системы; 1,6% – нарушения функций эндокринной системы и метаболизма; 4,5% – другие нарушения функций; нарушения, вызывающие необходимость использования кресла-коляски – 13,8%.

**Выводы.** Анализ показателей ПИ среди взрослых граждан СПб в 2022 г. выявил преобладание лиц мужского пола, пенсионного возраста. В структуре ПИ по классам болезней ведущее место занимают ЗНО и БСК; по СНФ организма – нарушения функций системы крови и иммунной системы, статодинамических функций, функций сердечно-сосудистой системы.

## ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2020-2022 ГОДАХ

Кароль Е.В., Попова Н.В., Стекольников О.А.,  
Лазаренко Е.А., Назарова К.А.

Главное бюро медико-социальной экспертизы,  
Санкт-Петербург

На протяжении многих десятилетий болезни системы кровообращения (БСК) устойчиво занимают

одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге.

**Цель работы.** Изучение динамики распространённости и структуры первичной инвалидности вследствие БСК в Санкт-Петербурге по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020-2022 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста по классам заболеваний и группам инвалидности.

**Материалы и методы.** Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-сбс) 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) до 2020 г. занимали первое ранговое место со снижением их удельного веса за 3 года с 35,1% до 32%.

Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие БСК среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2020-2022 гг. снизился с 12,6 до 11,1 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень первичной инвалидности вследствие БСК в динамике с 2020 по 2022 гг. снизился как в трудоспособном возрасте: с 6,4 до 4,2; так и в пенсионном возрасте: с 24,8 до 24,4. В структуре ПИ вследствие БСК по нозологическим формам удельный вес инвалидности вследствие ИБС в динамике за 3 года снизился с 40,3 до 38,4%; доля инвалидности вследствие ЦВБ выросла с 38,0 до 42,2%; а доля инвалидности вследствие гипертонической болезни (ГБ) снизилась с 2,5 до 1,6%.

В структуре ВПИ вследствие БСК в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечается рост удельного веса инвалидов I группы с 13,5 до 16,5%, III группы с 55,8 до 57,5% и снижение удельного веса инвалидов II группы с 30,7 до 26,5%. В трудоспособном возрасте возросли доли инвалидов I группы с 5,4 до 6,8%, II группы с 23,9 до 24,6% и снизилась доля инвалидов III группы с 70,7 до 68,7%. В пенсионном возрасте динамика следующая: рост удельного веса инвалидов I группы с 17,6 до 18,9% и III группы с 48,2 до 53,9%; уменьшение удельного веса инвалидов II группы с 34,1 до 27,2%.

**Выводы.** Впервые признанные инвалидами вследствие болезней системы кровообращения на протяжении многих лет занимают ведущее место в структуре первичной инвалидности в Санкт-Петербурге. В период 2020-2022 гг. отмечается снижение интенсивных показателей первичной инвалидности вследствие БСК среди взрослого населения города, в том числе



в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре первичной инвалидности вследствие БСК ведущее место занимает ПИ вследствие ЦВБ и ИБС, при этом за 3 года отмечен рост доли первичной инвалидности вследствие ЦВБ. Среди впервые признанными инвалидами вследствие БСК в течение 3 лет преобладают инвалиды II и III групп.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2020-2022 ГОДАХ

**Кароль Е.В., Горских О.Г., Афанасьева Е.Н.,  
Гридин О.А., Орлова В.Г.**  
Главное бюро медико-социальной экспертизы,  
Санкт-Петербург

Онкологические заболевания являются серьезной медицинской и социальной проблемой, с учетом роста показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге (СПб).

**Цель работы.** Изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований (ЗНО) в СПб по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) в 2020-2022 гг., исследование структуры инвалидности в зависимости от возраста 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.

**Результаты и обсуждение.** В структуре первичной инвалидности (ПИ) взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней злокачественные новообразования, начиная с 2020 года в Санкт-Петербурге занимают первое ранговое место – их удельный вес вырос за 3 года с 37,0% до 37,4%.

Интенсивный показатель (ИП) впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие ЗНО среди взрослого населения Санкт-Петербурга за 2020-2022 гг. снизился незначительно с 13,2 до 13,1 на 10 тыс. взрослого населения. ИП первичной инвалидности вследствие ЗНО в трудоспособном возрасте в течение 3 лет снизился с 7,6 до 7,3 на 10 тыс. трудоспособного населения; в пенсионном возрасте за 3 года снизился с 24,5 до 24,2. В структуре ПИ вследствие ЗНО по нозологическим формам удельный вес инвалидности

вследствие рака молочной железы в динамике за 3 года вырос на 0,7% с 18,3 до 19%; доля инвалидности вследствие колоректального рака снизилась с 14,8 до 13,1%; вследствие рака легких с 7,4 до 7,0%; вследствие рака желудка доля инвалидности осталась на прежнем уровне – 5,4%; доля инвалидности вследствие рака предстательной железы снизилась с 2,6 до 2,3%; рака шейки матки выросла с 3,5 до 4,1%.

В структуре ВПИ вследствие ЗНО в зависимости от групп инвалидности в динамике за 3 года отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 32,5 до 33,5%, II группы с 50,0 до 52,0%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 17,5 до 14,5%. В трудоспособном возрасте отмечено снижение удельного веса инвалидов I группы с 29,3 до 28,5%, рост удельного веса II группы – с 51,6 до 56,1%; и снижение среди инвалидов III группы с 19,1 до 15,4%. В пенсионном возрасте отмечен рост удельного веса инвалидов I группы с 34,4 до 36,3%, II группы с 49,2 до 49,7%, и снижение удельного веса инвалидов III группы с 16,4 до 14,0%.

**Выводы.** В структуре показателей первичной инвалидности взрослого населения в Санкт-Петербурге удельный вес инвалидности вследствие злокачественных новообразований на протяжении последних лет имел тенденцию к росту и с 2020 г. вышел на первое место. Вместе с тем, в период 2020-2022 гг. интенсивные показатели первичной инвалидности вследствие ЗНО несколько снизились как в целом среди взрослого населения, так и в трудоспособном и пенсионном возрасте. В структуре ВПИ вследствие ЗНО ведущее место занимают первичная инвалидность вследствие рака молочной железы, колоректального рака, рака легких. Среди ВПИ вследствие ЗНО в течение 3 лет преобладают инвалиды I и II групп, с тенденцией к росту их удельного веса, при этом в трудоспособном возрасте удельный вес инвалидов I группы имеет тенденцию к снижению.

## МЕЛАТОНИН ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

**Карпович О.А.<sup>1</sup>, Шишко В.И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>«Pro-Medica»,

Ольштын, Польша,

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродно, Беларусь

**Цель.** Оценить уровень мелатонина у пациентов с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** Обследованы 90 пациентов с внегоспитальной двусторонней полисегментарной пневмонией. Медиана возраста обследуемых 57,0 (44,0; 66,0) лет. Мужчин 40 (44,4%), женщин 50 (55,6%). Средняя продолжительность болезни от момента по-

явления первых симптомов до момента включения пациентов в исследование составила  $6,5 \pm 3,2$  дней. Для диагностики инфекции SARS-CoV-2 выявлялась РНК вируса методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Сформированы исследуемые группы: группа 1 ( $n=60$ ) – пациенты, у которых была подтверждена инфекция SARS-CoV-2, группа 2 ( $n=30$ ) – пациенты, у которых выявлена пневмония, не ассоциированная с COVID-19. В группу сравнения вошли 20 пациентов без острых и хронических заболеваний органов дыхания, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основных групп.

Уровень мелатонина оценивали по концентрации его основного метаболита 6-сульфатоксимелатонина (6-COM) в ночной моче методом иммуноферментного анализа. Сбор мочи осуществлялся в первую ночь после поступления пациента в стационар.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0. Числовые значения величин описывали при помощи медианы и интерквартильного размаха ( $Me$  (25; 75)). При анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками производилось с использованием U-критерия Манна-Уитни, а между тремя независимыми выборками – критерия Крускала-Уоллиса. Для выявления и оценки тесноты связи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ). Различия считали достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе 1 значение медианы уровня 6-COM составило 173,79 (82,44; 252,69) нг/мл, что было статистически значимо выше, чем в группе сравнения (70,18 (33,86; 116,94) нг/мл,  $p=0,00047$ ) и в группе 2 (80,67 (46,44; 148,97) нг/мл,  $p=0,022$ ). Корреляционный анализ выявил наличие прямой связи между уровнем 6-COM и объемом поражения легочной паренхимы: процентом поражения справа ( $r=0,53$ ,  $p < 0,0001$ ) и процентом поражения слева ( $r=0,38$ ,  $p=0,009$ ).

Части пациентов с COVID-19 ассоциированной пневмонией, отобранных случайным образом ( $n=6$ ; 10,0%, 95%ДИ: 2,0-18,0), было проведено определение уровня 6-COM в динамике. В первые сутки после поступления отобранных пациентов в стационар медиана уровня 6-COM составила 222,92 (95,33; 269,35) нг/мл, что было значимо выше, чем у пациентов группы сравнения ( $p=0,022$ ). На 10-тые сутки лечения медиана уровня 6-COM составила 114,48 (69,09; 144,83) нг/мл, что было значимо ниже, чем в остром периоде заболевания ( $p=0,041$ ) и не отличалось от такового у пациентов группы сравнения ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Для острого периода COVID-19 ассоциированной пневмонии характерно повышение ночного уровня мелатонина, коррелирующее с объемом поражения паренхимы легких по данным компьютерной томографии. Уровень 6-COM нормализовался по мере клинического улучшения и к 10-м суткам стационарного

лечения не отличался от такового у практически здоровых лиц.

## ДИНАМИКА УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Карпович О.А.  
«Pro-Medica»,  
Ольштын, Польша

**Цель.** Оценить уровень мелатонина у пациентов с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** Обследованы 90 пациентов с внегоспитальной двусторонней полисегментарной пневмонией. Медиана возраста обследуемых 57,0 (44,0; 66,0) лет. Мужчин 40 (44,4%), женщин 50 (55,6%). Средняя продолжительность болезни от момента появления первых симптомов до момента включения пациентов в исследование составила  $6,5 \pm 3,2$  дней. Для диагностики инфекции SARS-CoV-2 выявлялась РНК вируса методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Сформированы исследуемые группы: группа 1 ( $n=60$ ) – пациенты, у которых была подтверждена инфекция SARS-CoV-2, группа 2 ( $n=30$ ) – пациенты, у которых выявлена пневмония, не ассоциированная с COVID-19. В группу сравнения вошли 20 пациентов без острых и хронических заболеваний органов дыхания, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основных групп.

Уровень мелатонина оценивали по концентрации его основного метаболита 6-сульфатоксимелатонина (6-COM) в ночной моче методом иммуноферментного анализа. Сбор мочи осуществлялся в первую ночь после поступления пациента в стационар.

Анализ полученных данных выполнялся с помощью статистического пакета Statistica 10.0. Числовые значения величин описывали при помощи медианы и интерквартильного размаха ( $Me$  (25; 75)). При анализе данных использовались методы непараметрической статистики. Сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками производилось с использованием U-критерия Манна-Уитни, а между тремя независимыми выборками – критерия Крускала-Уоллиса. Для выявления и оценки тесноты связи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ). Различия считали достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе 1 значение медианы уровня 6-COM составило 173,79 (82,44; 252,69) нг/мл, что было статистически значимо выше, чем в группе сравнения (70,18 (33,86; 116,94) нг/мл,  $p=0,00047$ ) и в группе 2 (80,67 (46,44; 148,97) нг/мл,  $p=0,022$ ). Корреляционный анализ выявил наличие прямой связи между уровнем

6-СОМ и объемом поражения легочной паренхимы: процентом поражения справа ( $r=0,53$ ,  $p<0,0001$ ) и процентом поражения слева ( $r=0,38$ ,  $p=0,009$ ).

Части пациентов с COVID-19 ассоциированной пневмонией, отобранных случайным образом ( $n=6$ ; 10,0%, 95%ДИ: 2,0-18,0), было проведено определение уровня 6-СОМ в динамике. В первые сутки после поступления отобранных пациентов в стационар медиана уровня 6-СОМ составила 222,92 (95,33; 269,35) нг/мл, что было значимо выше, чем у пациентов группы сравнения ( $p=0,022$ ). На 10-тые сутки лечения медиана уровня 6-СОМ составила 114,48 (69,09; 144,83) нг/мл, что было значимо ниже, чем в остром периоде заболевания ( $p=0,041$ ) и не отличалось от такового у пациентов группы сравнения ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** Для острого периода COVID-19 ассоциированной пневмонии характерно повышение ночного уровня мелатонина, коррелирующее с объемом поражения паренхимы легких по данным компьютерной томографии. Уровень 6-СОМ нормализовался по мере клинического улучшения и к 10-м суткам стационарного лечения не отличался от такового у практически здоровых лиц.

## ГЕНДЕРНО-НЕЙТРАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА

Касаткин Е.В.<sup>1</sup>, Лялина Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кожно-венерологический диспансер №8,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

**Введение.** Современными научными исследованиями установлена значительная 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 других локализаций. Это послужило основой для разработки и внедрения в практику вакцин для профилактики папилломавирусной инфекции (ПВИ). Большинство исследований по распространенности ВПЧ проводятся в основном среди женского контингента. Тем не менее, для определения объема профилактических мероприятий представляет интерес вопрос распространенности ВПЧ также и среди мужчин, а также детского и подросткового контингента.

**Цель исследования.** Изучение распространенности онкогенных генотипов ВПЧ в группе детей и подростков – пациентов кожно-венерологического диспансера для обоснования и разработки мер профилактики ПВИ и ассоциированных с этой инфекцией заболеваний.

**Материалы и методы.** В 2005-2022 гг. на наличие ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) обследовано 1908 детей и подростков при обращении с различными целями в СПб ГБУЗ «КВД № 8». Использовали диагностические наборы для ПЦР, разрешенные к применению в России в установленном порядке (ООО «Генлаб», Москва) для идентификации ВПЧ ВКР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 68, 73, 83 типы ВПЧ). Материал для исследования – соскоб со слизистой уретры, цервикального канала выполняемый универсальным уретральным зондом или цитощеткой.

**Результаты.** Среди обследованных 655 (34,3%) мальчиков и 1253 (65,7%) девочек в возрасте от 13 до 19 лет. ВПЧ ВКР обнаружены у 295 пациентов, из них 73 мальчиков (24,7%) и 222 девочек (75,3%). Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила у подростков 18-19 лет  $15,1\pm 6,2\%$ , у мальчиков –  $13,2\pm 5,2\%$ , у девочек –  $16,3\pm 7,1\%$ . В группе 15-17 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ ( $18,2\pm 8,8\%$ ), у мальчиков –  $9,2\pm 4,2\%$ , у девочек –  $22,1\pm 9,1\%$ . У детей в возрасте до 14 лет онкогенные ВПЧ обнаружены только среди девочек 13-14 лет – в  $4,2\pm 6,7\%$ . Все пациенты не были привиты от ПВИ.

**Заключение.** Инфицированность онкогенными ВПЧ почти в равной степени мальчиков и девочек непривитого контингента свидетельствует о примерно одинаковой потенциальной роли лиц обоего пола как источников ПВИ. Тем не менее, высокая распространенность ПВИ среди лиц мужского пола явилась основанием для того, что на европейской конференции EuroGIN 2013 было предложено проводить профилактическую работу (просвещение, обследование, вакцинация) не только среди женского, но и среди мужского населения, а на EuroGIN 2018 обсуждалось обоснование вакцинации мальчиков.

Полученные результаты характеризуют высокую интенсивность эпидемического процесса ПВИ среди пациентов обоих полов, которые представляют собой группу высокого риска заражения и распространения этого инфекционного заболевания. Особенно настораживает высокая распространенность ПВИ среди контингента детского и подросткового 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, в частности, проведения вакцинации не только девочек, но и мальчиков. Проведение мер первичной профилактики среди мальчиков очевидно приведет к снижению заболеваемости РШМ и другими вирус-ассоциированными заболеваниями.



## ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Касимова М.Б., Жамалов А.Ш.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить липидный профиль больных с ревматоидным артритом (РА) и их взаимосвязь с основными предрасполагающими факторами.

**Материалы и методы.** Было обследовано 40 больных РА, получающих базисную противовоспалительную терапию метотрексатом по 10 мг в неделю и лефлуномидом 20 мг ежедневно на протяжении не менее 6 месяцев, а также различные нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды. Диагноз выставлялся по критериям ACR/EULAR 2010. Критерием исключения было наличие сопутствующего заболевания, способного повлиять на обмен липидов. Возраст всех больных составил от 28 до 62 лет, продолжительность заболевания от 2 до 15 лет. Активность РА оценивали с помощью суммарного индекса активности по DAS28. Лабораторное исследование включало клинический анализ крови, биохимическое исследование крови, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеид высокой плотности (ЛПВП), липопротеид низкой плотности (ЛПНП), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), ревматоидный фактор (РФ), С-реактивный белок. Все пациенты имели умеренную ( $DAS28=3,3-5,1$ ) или высокую ( $DAS28>5,1$ ) активность заболевания. Среди обследованных большинство были женщины (92 больных (92,5%)), имели положительные РФ 30 больных (75%) и/или АЦЦП 28 больных (70%) и III-IV рентгенологическую стадию 26 больных (65%) РА. У трети пациентов 14 больных (35%) выявлены внесуставные проявления. Расчетным путем по формуле Friedewald получали значения ХС-ЛПНП:ОХС – (ХС-ЛПВП+(ТГ/2,2)). Учитывался индекс атерогенности – отношение (ОХС-ХСЛПВ)/ХСЛПВП.

**Результаты и обсуждение.** У обследованных пациентов выявлена высокая частота встречаемости традиционных сердечно-сосудистых факторов риска: дислипидемия у 40 больных (87,5%), ожирение у 15 больных (37,5%), нарушение толерантности к глюкозе у 14 больных (35%), повышенный индекс массы тела у 19 больных (47,5%). В группе пациентов с РА среднее значение ОХС составило  $5,79\pm 1,5$  ммоль/л, ХС-ЛПВП –  $1,09\pm 0,19$  ммоль/л, ХС-ЛПНП –  $3,79\pm 1,15$  ммоль/л. Увеличение уровня ОХС было зарегистрировано в 77% случаев (31 больной), ТГ – в 42,5% (17 больных), ХС-ЛПНП – в 82,5% (33 больных), снижение ХС-ЛПВП – в 62,5% (25 больных). Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, менопаузой, избыточной массой тела. Длительность РА прямо коррелировала с ОХС ( $r=0,189$ ), ХС-ЛПНП ( $r=0,159$ ). Актив-

ность РА негативно влияла на ХС-ЛПВП: уровень СРБ ( $r=-0,169$ ). У пациентов с серопозитивностью по РФ и АЦЦП по сравнению с серонегативными выявлены более выраженные нарушения показателей липидного профиля.

**Выводы.** Липидные нарушения, наблюдающиеся у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов, ассоциированы с очень высоким риском развития раннего атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений. Наиболее выраженным оказалось повышение ОХС, ЛПНП. Показатели липидного профиля взаимосвязаны как с традиционными (возраст, повышение индекса массы тела), так и с болезнью-ассоциированными (длительность и активность основного заболевания) факторами риска. Серопозитивность по РФ и АЦЦП у пациентов с РА ассоциируется с более выраженными нарушениями показателей липидного профиля.

## ДИССЕРТАЦИЯ СЕРГЕЯ ПЕТРОВИЧА БОТКИНА – ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ВЕКА!

Катюхин В.Н.  
Университет РЕАВИЗ,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Провести экспертный анализ текста диссертации на соискание ученой степени доктора медицины Сергея Петровича Боткина с целью выявления отечественного научного приоритета в учении о патологии жирового обмена (липидологии) и для эффективного лечения атеросклероза.

**Материалы и методы.** Оригинальный текст диссертации «О всасывании жира в кишках». Диссертация на получение степени доктора медицины Лекаря Сергея Боткина. Санктпетербургъ. Въ типографии Якова Грея 1860; анализ с применением современного научного подхода и использования доступной медицинской литературы.

**Результаты и обсуждение.** После окончания военной компании в Крыму, Сергей Петрович Боткин уехал в Европу, где основательно занялся врачебным самообразованием и под руководством профессоров Рудольфа Вирхова и Эрнста Феликс Эммануэль Гоппе-Зейлера начал работу над докторской диссертацией. Он опубликовал более десяти статей в ведущих журналах Германии, Австрии и Англии по физиологии и патологии органов пищеварения, основанных на экспериментальных исследованиях. В Санкт-Петербург он приехал 10 августа 186 года, а 17 сентября успешно защитил свою диссертацию в Императорской Военно-Медицинской Академии. В самом начале своей работы он уверенно заявил: «Жиры, как неизбежная и необходимая примесь пищи животных, жиры –

как продукт метаморфозы бѣлковатыхъ веществъ, совершающейся въ тѣлѣ животномъ – представляютъ одну изъ самыхъ интересныхъ и важныхъ задачъ для физиологии и патологии». В процессе изложения экспериментальных данных он продолжал: «Накормивши животное молокомъ, или другой какой-либо пищей, съ опредѣленнымъ количествомъ жира, и собравши за тѣмъ испражненія животного, въ большинствѣ случаевъ мы найдемъ в нихъ только ничтожную часть данного жира, большая же часть остается въ организмѣ». И, наконец, в виде основного вывода: «содержаніе жира въ эпителии желудка и толстыхъ кишекъ принадлежить къ явлениямъ непостояннымъ и исключительно находящимся только у молодыхъ животныхъ. Что касается до отсутствія жира въ эпителии толстыхъ кишекъ взрослыхъ животныхъ, то это явление можно было бы объяснить тѣмъ, что данная часть жира успѣла всосаться прежде, чѣмъ дошла до толстыхъ кишекъ». Такой вывод целенаправленно лежал в основе последующей липидологии. Ученик профессора Боткина будущий лауреат Нобелевской премии Иван Петрович Павлов так прокомментировал всю глубину научного предвидения учителя: «Сергей Петрович Боткин был лучшим олицетворением законного и плодотворного союза медицины и физиологии, тех двух родов человеческой деятельности, которые на наших глазах воздвигают здание науки о человеческом организме и сулят в будущем обеспечить человеку его лучшее счастье – здоровье и жизнь». На протяжении XX столетия за изучение холестерина были присуждены 13 Нобелевских премий. Повышенный интерес ученых к этой жироподобной субстанции обусловлен основной его ролью в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Николай Николаевич Аничков и Семен Алексеевич Халатов в 1911 году впервые в мире получили алиментарную холестериновую модель у кроликов и создали инфильтративную теорию атеросклероза. На этой основе разработан патогенез наследственных дислипидемий. В дальнейшем Donald S. Fredrickson определил у людей, больных атеросклерозом шесть типов дислипидемий. Для эффективного лечения гиперлипидемий в середине XX века впервые использовали секвестранты желчных кислот (ионно-обменные смолы). Холестирамин и колестипол связывают желчные кислоты в кишечнике, предупреждая их реабсорбцию. Джозеф Голдштейн и Майкл Браун получили Нобелевскую премию по физиологии и медицине 1985 года за исследования, которые «существеннейшим образом углубили наше понимание метаболизма холестерина и увеличили возможности профилактики и лечения атеросклероза». По подобию экспериментов нашего корифея, они выявили, что в кишечнике происходит процесс, называемый рецепторно опосредованным эндоцитозом. При этом связывание комплекса «липиды низкой плотности – холестерин» происходит в углублениях клеточной мембраны, которые затем превращаются в пузырьки, далее отделяются от мембраны и переносят этот комплекс внутрь клетки. На основании расшифрованного механизма синтеза холестерина

были получены лечебные препараты статины, которые уменьшают его синтез в печени путем конкурентного ингибирования активности ГМГ-КоА редуктазы. Время статинов доминировало в кардиологии менее полувека, а в начале XXI века медицинская наука уточнила эффективное лечение атеросклероза методом, предсказанным Сергеем Петровичем Боткиным. Для этого синтезирован эзетимиб – представитель нового класса гиполипидемических лекарственных средств, селективно ингибирующих абсорбцию холестерина и некоторых растительных стероидов в кишечнике.

## ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST, ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Качур А.С., Гудков В.М., Овсянников Е.С.  
Воронежская городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи №1,  
Воронеж

**Цель исследования.** Определение эффективности и безопасности тромболитической терапии в зависимости от возраста, сопутствующей патологии и локализации инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материалы и методы.** Обработаны материалы 30 медицинских карт стационарных больных с основным диагнозом «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST». Всем пациентам была проведена тромболитическая терапия. Выборка состояла из 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 35 до 86 лет, средний возраст  $64 \pm 11,9$  года. Пациенты были разделены на группы: с эффективной и неэффективной ТЛТ, по возрастному критерию (группа 1 – от 30 до 49 лет; группа 2 – от 50 до 69 лет; группа 3 – от 70 до 89 лет), определены осложнения ТЛТ, также оценивалось наличие сопутствующий заболеваний (сахарный диабет 2 типа и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) разных стадий и локализация инфаркта миокарда. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATGRAPHICS CENTURION V. Данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением. Для анализа использовалось значение хи-квадрата, достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** В ходе работы осложнения тромболитической терапии были отмечены у 23,33% пациентов, а именно: кровотечение – 6,67%, нарушения ритма – 13,33%, реперфузионная гипотония – 3,33%. Наиболее часто осложнения ТЛТ встречались в 3 возрастной группе, но статистически значимой за-

висимости распространенности осложнений от возраста пациентов не обнаружено ( $p=0,2353$ ). Эффективным тромболизис оказался у 75% в первой возрастной группе, у 88% во второй, у 33% в третьей группе лиц. Установлена статистически достоверная зависимость эффективности ТЛТ от возраста пациентов ( $p<0,01$ , коэффициент корреляции Кендалла – 0,41). Исследована распространенность сопутствующих заболеваний в выборке: зависимость эффективности ТЛТ от наличия сахарного диабета 2 типа или стадии ХСН не выявлена ( $p=0,8421$ ,  $p=0,3114$ ). Также различные локализации инфаркта миокарда не повлияли на эффективность тромболитической терапии ( $p=0,0522$ ).

**Выводы.** Осложнения тромболитической терапии были обнаружены у 23,33% пациентов, наиболее часто встречающееся – нарушения ритма – 13,33%. Статистически значимой зависимости распространенности осложнений ТЛТ от возраста пациентов не обнаружено, что предполагает вывод о равном соотношении безопасности и риска в различных возрастных группах и исключает ограничения применения ТЛТ у пациентов старшего возраста. Эффективность ТЛТ у пациентов старшей возрастной группы значительно уступает таковой у более молодых пациентов. В ходе исследовательской работы не было выявлено зависимости между эффективностью ТЛТ и наличием СД. Не было выявлено статистически значимых отличий эффективности ТЛТ при различных локализациях инфаркта миокарда.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ВАРИАНТА СПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА

Квасова Е.В., Волошина О.А.,  
Румбешт В.В., Абоян И.А.

Консультативно-диагностический центр «Здоровье»,  
Ростов-на-Дону

**Цель исследования.** Воспалительные заболевания позвоночника объединяют большую группу состояний, по причине возникновения которые можно разделить на специфические (инфекционные, в том числе туберкулезные, и вторичные, метастатические) и неспецифические (аутовоспалительные заболевания, например, Аксиальный спондилит – АС). Распространенность АС по данным различных авторов колеблется от 1,4 до 5% среди взрослого населения. Инфекционные заболевания позвоночника, или специфические спондилиты, это редко выявляемые состояния, встречающиеся не более, чем в 3-8%. Среди инфекционных спондилитов выделяют туберкулезные и нетуберкулезные спондилиты. Частота встречаемости туберкулезно-

го спондилита составляет до 40-50% в группе специфических спондилитов. Инфекционные нетуберкулезные спондилиты, или остеомиелиты, чаще вызываются микроорганизмами группы Стрептококков или Стафилококков, встречаются реже относительно туберкулезных спондилитов и составляют 5-10% в группе специфических. Таким образом, данная группа специфических спондилитов является крайне редкой. Пациентов с данным состоянием характеризует также тот факт, что параллельно с поражением позвоночника развивается, как правило, септическое состояние с поражением клапанов сердца (инфекционный эндокардит – ИЭ). Вышеуказанные эпидемиолого-анамнестические данные следует учитывать при диагностическом поиске.

**Материалы и методы.** В клинику КДЦ «Здоровье» на консультацию ревматолога обратился пациент мужского пола 65 лет с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника в течение 1 мес. Пациент был обследован ранее неврологами других клиник, назначенное лечение не принесло облегчения. На приеме ревматолога на основании жалоб был выставлен предварительный диагноз Спондилит.

Предоставленное МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника указывало на наличие «прогрессирующей спондилопатии», при анализе снимков отмечался дефект смежных позвонков L2-3 с обширным отеком костного мозга.

Данный вариант спондилита требовал дифференциальной диагностики между специфическим и неспецифическим процессом.

Против Аксиального спондилита (неспецифического процесса) указывали следующие факты: HLA B27 не обнаружен, признаков сакроилиита не выявлено, возраст дебюта, неэффективность НПВП (согласно критериям Европейского альянса ревматологических ассоциаций EULAR и Международного общества по изучению спондилоартритов ASAS).

Далее были выполнены следующие обследования: СКТ ОГК, УЗИ ОБП и ОМТ, ПСА, ФГДС, ФКС, а также выполнен диаскин-тест. Метастатическое и туберкулезное поражение позвоночника по результатам полученных обследований было опровергнуто.

Полученные лабораторные данные (Лк9,77\*10<sup>9</sup>; Нейтрофильно-лимфоцитарное отношение 4,15; СОЭ 16 мм в час (рефпределы 2-15 по Вестергрену), ферритин 795 (рефпределы до 365), СРБ 15,8 (рефпределы до 5) натолкнули на мысль о септическом процессе. Были выполнены бактериологические исследования мочи и крови, а также Эхо-КГ (с целью исключения ИЭ). В посеве крови выявлен микроорганизм нормальной флоры ротовой полости - *Abiotrophia defectiva*, который вызывает остеомиелит позвонков поясничного отдела позвоночника и ИЭ. Частота выявления данной патологии не более 5%. Данные Эхо-КГ выявили поражение митрального клапана с недостаточностью 2 ст. При уточнении анамнеза было выявлено, что пациент обращался к стоматологу около 1 мес назад с целью лечения кариеса, удаления зуба.



Пациенту установлен диагноз – Инфекционный спондилит L2-3, вызванный Abiotrophia defectiva. Инфекционный эндокардит, вызванный Abiotrophia defectiva, недостаточность митрального клапана 2 ст.

Сроки обследования пациента на амбулаторном этапе составили 10 дней (с 24.10.2022 по 02.11.2022), после чего был госпитализирован в кардиологическое отделение КДЦ «Здоровье», где была успешно проведена антибактериальная терапия, далее пациент был госпитализирован в Нейрохирургическое отделение ФМБА «ЮОМЦ», где ему проведена вертебропластика. Планируется лечение в Кардиохирургическом центре.

**Результаты и обсуждение.** Как показало данное клиническое наблюдение, правильный подход к диагностике и дифференциальной диагностике имеет неоспоримо важное влияние на прогноз жизни пациента.

В данном случае представлена сложная работа коллектива КДЦ «Здоровье» врача-клинициста ревматолога, кардиолога и диагностических служб, что позволило в короткие сроки установить правильный диагноз и назначить своевременное лечение.

**Выводы.** Пациенты, страдающие воспалительными заболеваниями позвоночника, требуют пристального внимания уже на диагностическом этапе, поскольку правильность и своевременность постановки диагноза оказывают прямое влияние на успешность лечения.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНОЙ РОЛИ НЕСФАТИНА-1 В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Квливидзе Т.З.<sup>1</sup>, Заводовский Б.В.<sup>1</sup>,  
Полякова Ю.В.<sup>2</sup>, Бедина С.А.<sup>3</sup>, Загороднева Е.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной ревматологии  
имени А.Б. Зборовского,  
Волгоград

**Цель исследования.** Уточнение роли несфатина-1 в патогенезе ревматоидного артрита. Изучение возможности использования теста на несфатин-1 для лабораторной диагностики РА.

**Материалы и методы.** Нами было проведено исследование сывороток крови 110 пациентов с диагнозом РА в анамнезе, средний возраст которых составил  $54,07 \pm 11,32$  лет;  $M \pm Std.dev$ . Контрольная группа из 60 человек состояла из 33 женщин и 27 мужчин, средний возраст которых составил  $49,29 \pm 11,14$  лет ( $M \pm \sigma$ ). Обследованные лица были практически здоровы, не имели заболеваний суставов и не предъявляли жалоб, указывающих на наличие заболеваний суставов. Диагноз РА был установлен в соответствии с международными

критериями ACR/EULAR для РА (2010). Пациенты с РА были сопоставимы по полу и возрасту с группой здоровых лиц. 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.** Показано, что концентрация Фетуина-А и Адипонектина снижается при росте уровня провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкина-1 (ИЛ)-1 и ИЛ-6, поэтому их относят к негативным белкам острой фазы [1,2]. Некоторые работы показывают, что циркулирующие молекулы Адипонектина и Фетуина-А независимо от различных факторов и друг от друга оказывают похожие эффекты в отношении провоспалительных цитокинов, липидного и углеводного обмена [1].

Несфатин-1 – молекула, связанная с меланокортиновой сигнальной системой. Было изучено влияние НФ-1в регуляции аппетита, метаболизма глюкозы, липидов, процессах термогенеза, развития тревоги, депрессионных состояний, в работе сердечно-сосудистой и репродуктивной системы [1,2,3]. Имеется информация о провоспалительной активности несфатина-1 [2,3,4].

Средняя концентрация сывороточного НФ-1 у пациентов с РА составила  $50,49 \pm 34,05$  нг/мл. Средний уровень несфатина в сыворотке крови здоровых лиц составил  $31,61 \pm 3,17$  нг/мл ( $M \pm \sigma$ ).

Уровень нормальных значений НФ-1 здоровых лиц, определяемый как  $M \pm 2\sigma$ , составил от 25,27 до 37,95 нг/мл. Мы разделили пациентов с РА на две группы. В 1 группу вошли 44 человека ( $n=44$ ) с нормальной концентрацией НФ-1 в сыворотке крови ( $<37,95$  нг/мл), во 2-ю – 66 человек ( $n=66$ ) – с повышенным уровнем НФ-1 ( $>37,95$  нг/мл). В обеих группах нами были изучены клинические проявления ревматоидного артрита. Нами было выявлено, что высокий уровень несфатина у больных РА был характерен для пациентов с более высокой степенью активности по DAS28, серопозитивностью по ревматоидному фактору (РФ) и продолжительностью болезни более 10 лет.

Мы также исследовали показатели, отражающие активность РА: уровень С-реактивного белка (СРБ) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Коэффициент корреляции ( $r$ ) показателей, отражающих активность РА с несфатином-1, составил – с СОЭ= $0,1937$  ( $p=0,043$ ), с СРБ =  $0,214$  ( $p=0,025$ ). Выявленные корреляционные связи косвенно подтверждают данные литературы о наличии у НФ-1 провоспалительных свойств.

**Выводы.** Исходя из полученных данных мы установили: уровень нормальных значений НФ-1 у здоровых лиц, составил референсное значение от 25,27 до 37,95 нг/мл.

Нами было выявлена повышенная концентрация НФ-1 ( $50,49 \pm 34,05$  нг/мл) у пациентов с РА, в срав-

нении с донорами (31,61±3,17 нг/мл). Более высокий уровень несфатина у больных РА был характерен для пациентов с более высокой степенью активности по DAS28, серопозитивностью по РФ и продолжительностью болезни более 10 лет.

Высокий уровень НФ-1 положительно коррелировал с более высокими концентрациями СРБ и СОЭ, что косвенно говорит в пользу провоспалительного характера действия НФ-1.

Таким образом, мы можем говорить о значимости тканевых цитокинов в патогенезе ревматоидного артрита и косвенно подтвердить данные литературы о провоспалительной роли несфатина-1 в патогенезе ревматоидного артрита. Что позволит более детально изучить возможность использования теста на несфатин-1 для лабораторной диагностики РА.

## ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

**Кдырбаева Ф.Р.**

Центр развития профессиональной квалификации  
медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценка обращаемости пациентов с дерматологическими заболеваниями к семейному врачу.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 52 семейных врачей, которые работают в семейных поликлиниках. В анкетах были вопросы по частоте обращаемости, нозологий дерматологических заболеваний и тактике ведению пациентов с различными заболеваниями кожи.

**Результаты и обсуждения.** Всего прошло анкетирование 55 врачей, из них 31 врач имеют стаж более 20 лет, с высшей категорией 25 врача. С проблемами кожи и подкожной клетчатки обращаемость в врачу в раннем детском возрасте составила 55%, взрослыми пациентами 45%. По данным анкетирования врачей, в раннем детском возрасте чаще обращались родители с детьми с пограничными состояниями кожи новорожденных, с атипичным и пеленочным дерматитом. У детей старше возраста отмечались вирусные и бактериальные инфекции кожи, пиодермиты, а также аллергические сыпи. В подростковом периоде обращались подростки с юношескими угрями, себорейным дерматитом, а также с грибковым поражением кожи. Врачами отмечено, что в их практике обращаются родители с детьми с высыпаниями в результате вирусного поражения организма, и это иногда затрудняло постановку диагноза, таких детей врачи направляли к дерматовенерологу. По обращаемости взрослого населения с дерматологическими заболеваниями, врачи отметили, что часто обращаются

пациенты с опоясывающим лишаем с довольно длительным течением, также диагностировались аллергические заболевания такие как: нейродерматит, контактный дерматит, экзема. В возрасте в 55 лет и старше диагностировались такие заболевания как витилиго и псориаз, себорейный дерматит, фолликулит волосистой части головы. При этом распространенность этих заболеваний и среди мужчин, и среди женщин одинакова. У взрослых пациентов грибковые заболевания кожи составили 15%, из них дерматофитии стоп и онихомикозы составили 10% и 5% отрубевидный лишай. У детей грибковые заболевания регистрировались в единичном случае, в анамнезе которых был контакт с домашними животными. С заболеваниями волос, с различными видами алопеции обращались к семейному врачу, и дети и взрослые, они были отправлены на консультацию к дерматологу. Вирусные инфекции кожи: вирусные бородавки, контагиозные моллюски, отмечались у 4% взрослых и 1% детей. С дерматозоозами: педикулез и чесотка обращались в 5% дети и 2% взрослые. Проведенная нами работа показала, что распространенность и обращаемость пациентов с дерматологическими заболеваниями в практике семейных врачей разнообразна. В связи с этим возрастает необходимость пополнения знаний врачей в вопросах диагностики, дифференциальной диагностики и лечения пациентов с дерматологическими проблемами.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА» В ГОРОДЕ ОБНИНСКЕ

**Киричук С.В.<sup>1</sup>, Киричук И.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург,  
<sup>2</sup>Обнинский колледж,  
Обнинск

**Актуальность.** В 2022 году в городе Обнинске (125 тыс. жителей) зарегистрировано 6 718 инвалидов, в том числе: I гр. 689, II гр. 2177, III гр. 3468, 384 ребенка-инвалида, 81 инвалид-колясочник, 196 инвалидов по зрению, 37 глухих и слабослышащих граждан. Для многих из них, а также для лиц преклонного возраста, доступность объектов и услуг в городе крайне затруднительна, что создает значительные ограничения и проблемы в проведении абилитации и реабилитации.

Прогнозируется увеличение числа инвалидов за счет пострадавших в ходе проведения специальной военной операции.

**Цель.** Создание безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями и маломобильных групп населения в пределах муниципального образования на примере города Обнинска.

**Материалы и методы.** План мероприятий («дорожная карта») «Повышение значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в сферах установленной деятельности (2015-2020 годы) в городе Обнинске» (далее – Программа «Доступная среда») разработан в соответствии с пунктом 1 части 4 статьи 26 ФЗ от 01.12.2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», постановлением Правительства РФ от 17.06.2015 № 599 «О порядке и сроках разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в установленных сферах деятельности».

**Результаты.** Создана и активно используется страница «Обнинск без барьеров» на сайте Администрации города Обнинска, на которой размещается информация о проводимой работе, а также предоставляется возможность размещать гражданам свои отзывы и предложения о качестве исполнения мероприятий.

За счет средств Администрации на базе Реабилитационного центра «ДАР» Обнинского протезно-ортопедического предприятия проводится реабилитация инвалидов (более 100 человек в год) и в санатории ОАО «Сигнал» оздоровление маломобильных граждан преклонного возраста (45 человек в год). Проводится обучение использования средств реабилитации.

В Обнинском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Доверие» в 2022 году оказано 45207 услуг по обращениям 563-х детей, в том числе 365 детей-инвалидов и 198 детей с ограниченными возможностями здоровья.

ГБУ «Обнинский центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» оказал 5821 услугу 683-м гражданам пожилого возраста и инвалидам, службой «Социальное такси» оказано 337 транспортных услуг инвалидам и малоподвижным гражданам пожилого возраста, 24 человека получили в прокат технические средства реабилитации.

Прошли повышение квалификации по вопросам обучения и развития детей-инвалидов и детей с ОВЗ 83 педагогических работника.

В городе проведены работы по нацпроекту «Безопасные качественные дороги», отремонтировано 6 км. дорожного покрытия, при этом оборудовано 136 переходов и съездов для инвалидов-колясочников и маломобильных граждан через проезжую часть, 15 светофорных объектов оборудованы звуковыми сигнализаторами для слабовидящих. В 2020-2022 годах приобретено 14 низкопольных автобусов, оборудованных для перевозок пассажиров из числа инвалидов, в которых имеется кнопка для связи с водителем, как снаружи, так и внутри автобусов, на случай необходимости оказания помощи для инвалидов-колясочников.

Действует муниципальная программа «Развитие физической культуры и спорта в городе Обнинске», в рамках которой 1700 инвалидов и 365 детей-инвалидов занимаются лечебной и адаптивной физической культурой. Ежегодно проходит фестиваль адаптивной физической культуры и спорта «Спорт во благо».

Большинство объектов социальной инфраструктуры оборудованы пандусами или подъемными устройствами для инвалидов.

**Выводы.** Активно реализуемая Программа создает все условия для уравнивания возможностей лиц с ограниченными возможностями на полноценную жизнь.

Наши предложения по улучшению ситуации с доступной средой для инвалидов и маломобильных граждан в городе Обнинске:

- постоянная актуализация базы данных нуждающихся и их информирование (доступные интернет-ресурсы, телефон доверия, юридическая поддержка);
- усилить службу социального такси волонтерами и, по необходимости, работниками МЧС, для помощи в транспортировке тяжелых пациентов;
- проведение ежегодных конкурсов «Самая добродетельная организация по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья» с поощрением победителей и участников, а также с привлечением новых участников;
- при строительстве социальных объектов и многоквартирных домов учитывать потребности лиц с ограниченными возможностями, использовать принцип «Без ступеней и пандусов»;
- активное привлечение инвалидов и неравнодушных людей к решению проблем доступности среды;
- разработать программу по профилактике одиночества;
- активно использовать в необходимых местах информационные знаки, мнемосхемы, указатели и вывески, тактильные плитки и покрытия.

## ЭФФЕКТИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ

**Ключарёва С.В., Курганская И.Г.,  
Белова Е.А., Нечаева О.С.**

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

Коррекция рубцовых дефектов кожи одна из главных проблем современной дерматокосметологии. Сегодня широко применяют физические низко- и высокоинтенсивные методики, а также различные местные аппликационные средства, однако эффективность монометодик остается все еще недостаточной, что



определяет необходимость поиска адекватных комбинированных лечебных протоколов.

**Цель.** Определение клинической эффективности коррекции гипертрофических рубцов кожи Nd:YAG лазером (с длиной волны 1064 нм) в сочетании с ферментным гелем «Карипаин SCAR».

**Материалы и методы.** В исследование были включены 29 пациентов (19 женщин и 10 мужчин) с формирующимися (сроком существования до 1,5 лет) гипертрофическими рубцами диаметром от 0,5 до 10 см различных локализаций и степени выраженности. Пациенты были разделены на две группы. Всем исследуемым проводили процедуру высокоинтенсивной лазеротерапии с последующим назначением топических противорубцовых средств: пациенты 1-й подгруппы наносили после лазерной обработки рубца ферментный гель, содержащий помимо традиционных противорубцовых ингредиентов (коллагеназы) протеолитический фермент папаин и другие активные растительные компоненты. Пациенты 2-й подгруппы использовали другие противорубцовые средства. Топические препараты применяли ежедневно, однократно, курс терапии составил 1-1,5 месяца.

**Результаты.** Эффективность проводимой терапии и удовлетворенности лечением оценивали по динамике клинических показателей шкалы POSAS, оценки показателей профиля безопасности и фотофиксации до/после лечебных манипуляций. Сроки наблюдения составили около 6 месяцев. У большинства пациентов 1-й группы отмечали отсутствие развития нежелательных эффектов после лазерных процедур (боли, зуда, эритемы, вторичных высыпаний) сравнительно лучший косметический результат, максимально выраженное улучшение исходных параметров рубцовой ткани (нормализация макрорельефа и окраски кожи, увеличение эластичности, подвижности и функциональной активности в области деформаций). Кроме того у пациентов 2-й группы отмечены более длительные сроки реабилитации. Несколько пациентов обеих групп, пропускавших аппликации препарата, отмечали развитие нарушений пигментации, частота возникновения которых также была выше у пациентов 2-й группы.

Поскольку ведущим звеном нарушений процессов репарации и развития стойких вторичных дисхромий является длительное пролиферативное воспаление, более выраженные положительные результаты лечения у 1-й группы пациентов могут быть связаны с нейтрализующим действием активных компонентов геля на провоспалительные медиаторы, способствующим снижению гиперчувствительности кожи, ускорению регенерации и восстановлению барьерных свойств кожи. Полученные результаты клинического исследования позволяют рекомендовать данный препарат в качестве аддитивного лечения уже имеющихся рубцовых деформаций так и для профилактики патологических рубцов на ранних сроках их формирования.

**Выводы.** Комплексная терапия неодимовым лазером с длиной волны 1064 нм в сочетании с ферментным гелем показала высокую клиническую эффективность в лечении пациентов с формирующимися гипертрофическими рубцами. В результате комплексного лечебного воздействия происходит выраженная реструктуризация тканей, вызванная атравматической реваскуляризацией, уплощение ткани рубца, уменьшение степени гиперемии, улучшение эластических свойств кожи в области рубцового дефекта.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕОТИДОМ И ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ГИАЛУРОНАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Князева Л.А.<sup>1</sup>, Князев И.С.<sup>2</sup>, Бекмурзода С.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ООО «Медицинский центр №1»,

Курск,

<sup>2</sup>Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибни Сино, Яр-Мазар, Таджикистан

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку эффективности внутрисуставного введения полидезоксирибонуклеотида (ПН) и высокомолекулярного гиалуроната (ВМГК) в тазобедренный сустав у пациентов с остеоартритом (ОА).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 47 пациентов с ОА тазобедренного сустава II ст. по Kellgren, средний возраст составил 52,4±3,8 лет. Допускалось применение пациентами целекоксиба в дозе 100 мг 2 раза в день по мере необходимости. В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: пациентам первой группы (n=23) были проведены 2 последовательные инъекции ПН (20 мг/мл – 2 мл) с интервалом в 2 недели между ними, пациентам второй группы (n=24) 2 инъекции ВМГК (молекулярная масса 6 мегадальтон – 2 мл) в тазобедренный сустав под УЗ контролем. Уровень интенсивности болевого синдрома оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), повседневную и функциональную активность оценивали с помощью индекса Лекена. Определение вышеуказанных показателей производилось дважды: до начала локальной терапии и через 4 недели после проведения последней внутрисуставной инъекции ПН или ВМГК.

**Результаты и обсуждение.** На момент включения в исследование среднее значение уровня интенсивности боли по ВАШ у пациентов с ОА тазобедренного

сустава в группе ПН составило  $8,6 \pm 3,2$ , в группе пациентов ВМГК –  $8,8 \pm 3,3$ . Значение индекса Лекена до начала локальной терапии в первой группе пациентов составило  $6,4 \pm 1,4$ , во второй группе –  $6,7 \pm 1,7$ . Через 4 недели после проведения последней внутрисуставной инъекции в тазобедренный сустав под УЗ контролем показатель ВАШ в группе ПН составил  $6,5 \pm 2,3$ , а в группе ВМГК –  $7,4 \pm 2,8$ . При оценке динамики индекса Лекена в группе ПН отмечалось снижение среднего значения изучаемого показателя до  $4,9 \pm 2,6$ , в группе ВМГК до  $5,8 \pm 2,7$ . Следует отметить, что потребность в приеме цеlexоксига была существенно ниже в группе пациентов, получавших внутрисуставные инъекции ПН. Локальная терапия хорошо переносилась, нежелательных явлений, потребовавших исключения пациентов из исследования не отмечалось.

**Выводы.** Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о наличии различий в выраженности положительной динамики показателя ВАШ и индекса Лекена между наблюдаемыми группами пациентов. Применение ПН для внутрисуставных инъекций у пациентов с ОА тазобедренного сустава способствовало более значимому снижению интенсивности боли и увеличению объема движений в пораженном суставе, в сравнении с пациентами, получавшими вискозапплентарную терапию с применением ВМГК, что вероятно связано с реализацией регенераторного потенциала ПН после завершения курса локальной терапии.

## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Князева А.И., Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ожирение – частая патология у пациентов, перенесших COVID-19. Необходимость исследования маркеров эндотелиальной дисфункции у этих больных обусловлена повышением риска прогрессирования заболеваний и развития осложнений.

**Цель исследования.** Изучить маркеры эндотелиальной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца с ожирением в постковидном периоде для оптимизации ведения таких пациентов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 62 человека. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 32 человека (17 мужчин (53,13%) и 15 (46,87%) женщин) с ИБС в постковидном периоде. Во вторую группу были включены 30 человек (16 мужчин (53,33%) и 14 (46,67%) женщины), страдающих ИБС с ожирением, перенесших

коронавирусную инфекцию. Средний возраст составил  $56,56 \pm 7,86$  лет у лиц первой группы и  $63,03 \pm 8,91$  лет во второй. Различий по возрасту у обследованных больных не выявлено ( $p > 0,05$ ). Средний индекс массы тела пациентов первой группы был равен  $25,03 \pm 1,14$  кг/м<sup>2</sup> и  $31,88 \pm 1,51$  кг/м<sup>2</sup>. Осуществляли межгрупповое сравнение клинических и анамнестических данных, сопутствующей патологии, параметров липидограммы, уровней мочевой кислоты, ферритина, альбуминурии. У всех пациентов проводился анализ результатов эхокардиографии. Статистический анализ выполнялся с помощью программ Microsoft Excel 16.0 (США), «GraphPadPrism 8» (GraphPadSoftware, США).

**Результаты и обсуждение.** Средние значения систолического артериального давления у лиц первой группы равнялись  $134,28 \pm 15,54$  мм рт. ст., диастолического давления –  $82,88 \pm 10,11$  мм рт. ст. Среди лиц в группе с ожирением среднее систолическое артериальное давление было равно  $141,33 \pm 20,86$  мм рт. ст., среднее диастолическое артериальное давление –  $84,23 \pm 10,38$  мм рт. ст. В группах мужчин и женщин достоверных различий встречаемости артериальной гипертензии и цифр артериального давления не обнаружено ( $p > 0,05$ ). Сахарный диабет 2-го типа чаще встречался в группе лиц с ИБС и ожирением в постковидном периоде, чем у больных ИБС после коронавирусной инфекции (у 12 (40,00%) человек и 4 (12,50%), соответственно,  $p = 0,03$ ). Уровень общего холестерина в первой группе составил  $5,3 \pm 0,78$  ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП)  $3,79 \pm 0,17$  ммоль/л. У пациентов второй группы наблюдались достоверно более высокие значения общего холестерина ( $6,6 \pm 0,22$  ммоль/л,  $p = 0,03$ ) и ЛПНП ( $4,08 \pm 0,06$  ммоль/л,  $p = 0,04$ ). Среди лиц второй группы имелись более выраженные изменения триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, коэффициента атерогенности, однако различия не достоверны. Средние значения мочевой кислоты равнялись  $358,85 \pm 15,78$  мкмоль/л среди лиц второй группы и  $351,95 \pm 26,94$  мкмоль/л у пациентов первой группы. Средний уровень ферритина у больных первой группы –  $95,5 \pm 7,23$  мкг/л и у лиц второй группы –  $98,7 \pm 7,43$  мкг/л. Средний уровень альбуминурии в первой группе составил  $15,79 \pm 4,50$  мкг/мл, во второй –  $21,01 \pm 1,92$  мкг/мл. При межгрупповом сравнении различий уровней альбуминурии, ферритина, мочевой кислоты, выявлено не было ( $p > 0,05$ ). При анализе результатов эхокардиографии у пациентов с ожирением отмечалась тенденция к частому развитию гипертрофии левого желудочка, однако достоверных различий в группах не выявлено ( $p > 0,05$ ). Обнаружена положительная корреляционная связь индекса массы миокарда левого желудочка и уровня мочевой кислоты ( $r_s = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ). В целом среди обследованных больных ИБС и ожирением в постковидном периоде чаще наблюдались более выраженные нарушения липидного и углеводного обмена, тенденция к повышению цифр артериального давления и уровней мочевой кислоты, что позволяет говорить о формировании у них много-

компонентного метаболического синдрома с метаболически нездоровым ожирением.

**Выводы.** У пациентов с ИБС и ожирением, перенесших коронавирусную инфекцию, чаще встречался сахарный диабет 2-го типа, отмечены более существенные изменения липидограммы (повышение уровней общего холестерина, липопротеинов низкой плотности). Различий уровней альбуминурии, ферритина, мочевой кислоты у больных ИБС в постковидном периоде и лиц с ИБС и ожирением, перенесших COVID-19, не выявлено. У всех обследованных отмечалась ассоциация уровня мочевой кислоты с гипертрофией левого желудочка.

## ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНОВИТА И ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Коваленко П.С., Алексеева О.Г., Дыдыкина И.С., Шахраманова Е.Л., Потапова А.С., Зоткин Е.Г.  
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

**Цель.** Изучить влияние терапии хондроитина сульфатом на выраженность синовита коленных суставов и основных клинических параметров у больных с остеоартритом.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 35 пациентов (32 женщины, 3 мужчины) с остеоартритом коленных суставов II и III стадии по Kellgren-Lawrence (II стадия – 25 (71%) и III стадия – 10 (29%) человек, соответственно) в возрасте от 50 до 75 лет (средний возраст  $63,0 \pm 7,4$  лет). Все пациенты получали в/м хондроитин сульфат в дозе 100 мг/сут (1 мл) через день первые 3 инъекции, затем в дозе 200 мг/сут (2 мл) через день в течение около 2 месяцев (всего примерно 30 инъекций). Исходно и в динамике через 2 месяца пациентам проводилась оценка клинической симптоматики по шкале ВАШ, индексу Лекена, опросникам WOMAC (Western Ontario and McMaster University) и KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных суставов. УЗИ коленных суставов проводилось на аппарате экспертного класса EPIQ 5 (Philips, Нидерланды) с использованием мультиточечного линейного датчика (10-18 МГц) с техникой энергетического доплера (ЭД). Признаками синовита являлись внутрисуставной выпот и пролиферация синовиальной оболочки по данным серой шкалы (СШ; В-режим) и гиперваскуляризация синовии в режиме ЭД, согласно критериям OMERACT (the Outcome

Measures in Rheumatology Clinical Trials). Утолщение синовиальной оболочки  $>3$  мм считалось признаком синовита. На настоящий момент УЗИ в динамике выполнена у 26 (74%) пациентов.

**Результаты.** По предварительным данным, полученным в динамике у 26 (74%) пациентов, отмечено, что такие показатели как ВАШ боли, индекс Лекена снизились с  $61,9 \pm 10,8$  мм до  $41,6 \pm 13,1$  мм ( $M \pm d$ ) и с  $9,4 \pm 2,3$  баллов до  $4,9 \pm 2,3$  баллов ( $M \pm d$ ), соответственно ( $p < 0,05$ ). Показатели WOMAC общий и его составляющие (боль, скованность, функция) также продемонстрировали достоверное снижение ( $p < 0,05$ ), как и шкала KOOS и ее составляющие (выраженность симптомов, боли, выполнение бытовых действий, спорт и активность на отдыхе, качество жизни). По данным УЗИ коленных суставов было показано, что у 25 (96%) пациентов отмечалось наличие синовита хотя бы в одном коленном суставе исходно, через 2 месяца количество пациентов с синовитом значимо не изменилось и составило 24 (92%), однако, толщина синовии за этот период достоверно уменьшилась: с  $2,5 \pm 1,0$  до  $2,2 \pm 0,9$  мм для правого и с  $2,2 \pm 1,0$  до  $2,0 \pm 0,9$  мм для левого коленного сустава, соответственно ( $p < 0,05$ ). Также уменьшилось количество пациентов с толщиной синовии  $>3$  мм по УЗИ: 10 (38%) vs 5 (19%) для правого и с 7 (27%) до 5 (19%) для левого коленного сустава.

**Выводы.** Через 2 месяца терапии хондроитина сульфатом внутримышечно по данным УЗИ наблюдалось уменьшение толщины синовиальной оболочки в обоих коленных суставах и выпота в полости коленного сустава, что свидетельствует о значительном снижении активности воспалительного процесса. Отмечено достоверное снижение боли по ВАШ, индекса Лекена, улучшение по индексу WOMAC (боль, скованность, функция и общий) и KOOS (симптомы, боль, сложность выполнения ежедневных бытовых действий, спорт и активность на отдыхе, качество жизни) через 2 месяца.

## ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И ПОТРЕБНОСТЬ В ЕГО ТЕРАПИИ СРЕДИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧЕННОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ

Коваленко П.С., Матьянова Е.В.  
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва

**Цель исследования.** Определить частоту остеопороза (ОП) среди женщин в постменопаузе с ревма-



тоидным артритом (РА) с впервые назначенной терапией генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), а также потребность в терапии ОП.

**Материалы и методы.** В исследование включено 200 женщин, страдающих РА, в постменопаузе, с впервые назначенной терапией ГИБП в клинике в ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой в 2021-2022 гг. Средний возраст больных составил  $60,9 \pm 7,5$  лет, длительность РА  $13,3 \pm 11,1$  лет (медиана составила 10 лет), активность РА по DAS-28  $5,9 \pm 0,9$  баллов. При включении в исследование 119 (59,5%) человек принимали ГК в дозе 5 мг/сут и более. В анамнезе у 40 (20%) человек было отмечено, что ранее прием ГК в дозе 5 мг/сут и более осуществлялся не менее трех месяцев; 35 (17,5%) человек никогда не принимали ГК; 4 человека принимали ГК менее 3-х месяцев и 1 (0,5%) человек принимал ГК в дозе менее 5 мг/сут. Если по данным медицинской документации не был установлен диагноз ОП и/или отмечено наличие низкоэнергетических переломов во взрослом возрасте, то с помощью алгоритма FRAX определялась 10-летняя вероятность перелома проксимального отдела бедра и 10-летняя вероятность основных остеопоротических переломов (клинически значимого перелома позвоночника, перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча). Алгоритм FRAX был применен у 116 (58%) больных РА, не имевших в анамнезе ОП и переломов. У 40 из 116 больных – FRAX был определен с использованием Т-критерия минеральной плотности (МПК) шейки бедра по результатам рентгеновской денситометрии за последние 6 месяцев. У остальных – расчет FRAX проводился без денситометрии. Одна пациентка в возрасте моложе 40 лет была исключена из исследования в связи с невозможностью применения алгоритма FRAX (ограничения по возрасту: от 40 до 90 лет у женщин).

**Результаты и обсуждение.** У 69 (34,5%) человек в медицинских документах имелось указание об установленном диагнозе остеопороза, а у 42 (21%) человек – о перенесенных низкоэнергетических переломах, характерных для ОП локализаций, в возрасте 45 лет и старше. Остеопороз, осложненный переломами, был у 26 (13%) человек. Таким образом, у 83 (41,5%) человек по данным медицинской документации, установлен ОП и/или отмечено наличие низкоэнергетических переломов во взрослом возрасте. По данным FRAX с использованием Т-критерия МПК шейки бедра 19 из 40 больных нуждались в назначении лечения ОП («красная зона»). Среди 76 больных без данных МПК шейки бедра 48 человек нуждались в проведении рентгеновской денситометрии для уточнения диагноза и решения вопроса о назначении терапии («оранжевая зона» до «точки вмешательства»), 28 человек оказались в «красной зоне» или выше «точки вмешательства», что означает, что им требуется назначение терапии ОП. И только 1 пациентке не требовалось лечение ОП («зеленая зона»).

**Выводы.** Среди 200 женщин в постменопаузе, страдающих РА, с впервые инициированным лечением ГИБП, у 83 (41,5%) человек установлен диагноз ОП и/или имеются указания в материалах медицинских документов на низкоэнергетические переломы во взрослом возрасте, а 47 (23,5%) человек имеют высокую 10-летнюю вероятность основных остеопоротических переломов по FRAX. Таким образом, потребность в назначении терапии ОП у таких пациентов была высока и требуется 130 (65%) больных.

## ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ОТВЕТ У ЛИЦ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Козин В.Г., Шипилова Д.А., Минаков А.А.,  
Волошин Н.И., Добровольская Л.М.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучить влияние ожирения на вариабельность дыхательной функции у лиц без заболеваний бронхолегочной системы.

**Материалы и методы.** В проспективное когортное исследование включены 18 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет, с индексом массы тела (ИМТ) от 33,6 до 37,6 кг/м<sup>2</sup>, проходившие лечение в 1-ой клинике (терапии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, в период с сентября 2022 года по декабрь 2022 года. Критериями включения являлись: наличие ожирения. Критерии исключения: наличие острых и/или хронических заболеваний органов дыхания, курение.

На начальном этапе исследования всем пациентам на аппарате MasterScreen (CareFusion Germany 234 GmbH, Германия) была выполнена оценка функции внешнего дыхания с фиксацией показателей спирометрии. Учитывались данные: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), л; форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) л; объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), л/сек, пиковая объемная скорость выдоха (ПОСвд), л/сек, объемная форсированная скорость выдоха на 25% ФЖЕЛ (МОС25) л/сек, объемная форсированная скорость выдоха на 50% ФЖЕЛ (МОС50) л/сек, объемная форсированная скорость выдоха на 75% ФЖЕЛ (МОС75) л/сек, индекс Генслера. После этого всем пациентам выполнена ингаляция  $\beta_2$ -агониста короткого действия (сальбутамол) в дозе 800 мкг и через 15 минут повторно выполнено исследование функции внешнего дыхания.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США). Для оценки параметров были применены методы описательной статисти-

стики, критерий Уилкоксона. Количественные признаки представлены в виде медианы и межквартильных интервалов – Ме [Q1; Q3].

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования неспровоцированных дыхательных объемов и потоков не отличались от расчетных должных величин и составили: ЖЕЛ – 3,99 [3,21; 4,99] л, ФЖЕЛ – 3,82 [3,13; 4,61] л, ОФВ1 – 2,89 [2,12; 3,45] л, ПОСвд – 6,1 [5,2; 7,8] л/сек, МОС25 – 4,9 [4,2; 6,2] л/сек, МОС50 – 2,6 [1,7; 3,5] л/сек, МОС75 – 0,7 [0,4; 1,1] л/сек, индекс Генслера – 75,9 [72,3; 83,1] %. После диагностической дозы ингаляции бронхолитика отмечено нарастание объемно-скоростных показателей функции внешнего дыхания. Увеличение ОФВ1 произошло на 130 мл (4,3%) и составило 3,02 [2,31; 3,62] л ( $p < 0,05$ ); ПОСвд на 0,9 л/сек, составило 7,0 [6,1; 8,1] л/сек ( $p < 0,05$ ); МОС75 на 0,5 л/сек, составило 5,4 [4,1; 6,6] л/сек ( $p < 0,05$ ); МОС50 на 0,4 л/сек, составило 3,0 [2,0; 4,0] л/сек; МОС25 на 0,1 л/сек, составило 0,8 [0,3; 1,0] л/сек. На сегодняшний день бронходилатационный тест является основным в диагностике бронхообструктивных заболеваний легких. По результатам проведенного исследования не было выявлено прироста, позволяющего диагностировать бронхиальную астму, однако было установлено статистически значимое повышение ОФВ1 по сравнению с неспровоцированными показателями. В настоящее время известно о неблагоприятном влиянии ожирения на течение бронхиальной астмы. В нашем исследовании так же достоверно увеличились основные скоростные показатели: ПОСвд и МОС75. Следует отметить, что суждение о влиянии сниженной подвижности грудной клетки у лиц с ожирением на объемно-скоростные характеристики требует дальнейшего изучения. Превалирующее влияние подвижности грудной клетки у лиц с ожирением на вариабельность дыхания, вероятно, была бы не так значима в случае применения бронхолитика.

**Выводы.** Таким образом, выявлено статистически значимое увеличение объемно-скоростных показателей у пациентов с ожирением после пробы с бронхолитиком. Несмотря на это, степень обратимости бронхообструкции не достигала достоверных критериев диагностики бронхиальной астмы (ОФВ1 > 12%, 200 мл). Результаты нашего исследования позволяют предположить, что метавоспаление при ожирении оказывает влияние на степень обратимости бронхообструкции, которая в свою очередь, может изменяться под влиянием массы жировой ткани. В связи с этим, следует дифференцированно и индивидуально подходить к диагностике бронхообструктивных заболеваний. Сравнение бронходилатационного ответа после применения бронхолитиков и при провокации физической нагрузкой у лиц в зависимости от массы жировой ткани будет иметь научный интерес и позволит уточнить степени обратимости бронхообструкции.

## РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНКИ ТРАБЕКУЛЯРНОГО КОСТНОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Козырева М.В., Никитинская О.А., Торопцова Н.В.**  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

Для оценки микроархитектоники костной ткани применяется гистоморфометрическое исследование биоптата подвздошной кости, которое хотя и является «золотым стандартом» диагностики качества костной ткани, но сама процедура – инвазивная и болезненная, в связи с чем ее широкое применение ограничено. Другие технологии, которые позволяют провести менее инвазивную оценку структуры губчатой кости (МРТ, КТ, периферическая количественная КТ), весьма дорогостоящие, что ограничивает их применение в клинической практике. В настоящее время в мире стал использоваться новый способ измерения текстуры костной ткани с помощью специальной программы для рентгеновских остеоденситометров – определение трабекулярного костного индекса.

**Цель исследования.** Оценить с помощью трабекулярного костного индекса (ТКИ) микроархитектонику костной ткани у женщин в постменопаузе с ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** 95 женщин в постменопаузе с достоверным диагнозом РА включены в одномоментное исследование. Все пациенты были проанкетированы с помощью специально разработанного опросника, проводилась рентгеновская остеоденситометрия (dual-energy X-ray absorptiometry, DXA) поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и проксимального отдела бедра с определением минеральной плотности кости (МПК) и трабекулярного костного индекса. Лабораторное обследование включало определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллированному пептиду (АЦЦП).

**Результаты.** Медиана возраста обследованных лиц составила 62,0 [57,0; 68,0] года, постменопаузального периода – 13,0 [5,0; 18,0] лет и длительности РА – 9,0 [3,0; 16,0] лет. Серопозитивными по РФ была 81 (85,3%) женщина. Определение АЦЦП выполнено у 88 больных, из них 72 (81,8%) человека были АЦЦП-позитивными. Активность заболевания оценивалась с использованием индекса DAS28, медиана которого составила 5,1 [3,7; 6,0] балла. Средний индекс массы тела (ИМТ) был  $26,3 \pm 5,0$  кг/м<sup>2</sup>. Курили 12 (12,6%) женщин. Пероральные глюкокортикоиды (ГК) более 3 месяцев принимали 55 (57,9%) человек, медиана длительности приема составила 3,0 [1,8; 8,0] года, а кумулятивная доза – 6,9 [3,7; 16,4] г. Переломы после 40 лет имели

в анамнезе 30 (31,6%) женщин, при этом переломы позвонков у 11 (11,6%), а периферических костей – у 22 (23,2%) человек.

У 75 (78,9%) женщин выявлена сниженная МПК, в том числе остеопороз (ОП) – у 41 (43,1%) и остеопения – у 34 (35,8%) пациенток. ОП наиболее часто обнаруживался в L1-L4 (26,3%), а остеопения – в обеих областях измерения проксимального отдела бедра (52,6%). Определение значений ТКИ у женщин с РА выявило, что нормальную микроархитектонику (ТКИ  $\geq 1,31$ ) имели 34 (35,8%), частично деградированную ( $1,23 < \text{ТКИ} < 1,31$ ) – 24 (25,3%), а деградированную (ТКИ  $\leq 1,23$ ) – 37 (38,9%) человек. Среди пациентов с нормальной микроархитектоникой МПК по Т-критерию  $\leq -2,5$  стандартных отклонений (СО) выявлена у 1 (2,9%) человека в L1-L4, у 4 (11,8%) – в шейке бедра (ШБ) и у 2 (5,9%) – в общем показателе бедра (ОПБ). У лиц с частично деградированной микроархитектоникой – у 6 (6,3%), 5 (20,8%) и 3 (3,2%) пациенток соответственно, а у женщин с деградированной микроархитектоникой – у 18 (48,6%), 12 (32,4%) и у 6 (16,2%) больных соответственно. Среди пациентов с низким ТКИ переломы в анамнезе были у 17 (45,9%), а с нормальным ТКИ – у 12 (35,3%) человек,  $p > 0,05$ .

Корреляционный анализ выявил значимые негативные ассоциации ТКИ с возрастом ( $r = -0,30$ ,  $p = 0,003$ ), длительностью постменопаузы ( $r = -0,26$ ,  $p = 0,014$ ) и кумулятивной дозой ГК ( $r = -0,34$ ,  $p = 0,045$ ) и отмечалась тенденция для переломов ( $r = -0,20$ ,  $p = 0,056$ ). Позитивная корреляционная связь выявлена между ТКИ и МПК L1-L4 ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ), МПК ШБ ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,038$ ), МПК ОПБ ( $r = 0,23$ ,  $p = 0,02$ ). Не выявлено связи между ТКИ и СОЭ, СРБ, РФ, АЦЦП.

**Заключение.** ОП диагностирован с помощью DXA у 43,1% женщин в постменопаузе с РА, а деградированная микроархитектоника костной ткани, определенная с помощью ТКИ, выявлена у 38,9%. Значение ТКИ коррелировало с возрастом, длительностью постменопаузы, кумулятивной дозой ГК и показателями МПК во всех отделах скелета.

## СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА, КАК РАСПОЗНАТЬ ВО ВРЕМЯ

Колмакова Е.В., Поповская Я.Н., Мельник А.А.,  
Полехина Е.В., Исачкина А.Н.

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

Синдром запястного канала является распространенной формой туннельных невропатий. Частота его у пациентов, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа существенно выше, чем в целом в популяции. Однако данный

диагноз выставляется поздно, когда единственным методом терапии остается хирургическое лечение. К сожалению полного восстановления функции нерва при этом не происходит. Своевременная диагностика заболевания позволяет избежать необратимых изменений. Заподозрить наличие данной патологии позволяет использование Бостонского опросника по оценке карпального туннельного синдрома (Boston Carpal Tunnel Questionnaire-BCTQ). («Нервно-мышечные болезни» 2018;8 (1):38-45. DOI:10.17650/2222-8721-2018-8-1-38-45). Целью данного исследования явилось оценить данные BCTQ у пациентов получающих хронический гемодиализ в отделениях диализа СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Опросник заполнен 94 пациентами. 49 мужчин и 45 женщин. в возрасте 22- 85 лет ( $49,56 \pm 21, 93$ ). Причинами развития ХБП 5С являлись хронический гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, сахарный диабет 1-2 типа, интерстициальный нефрит. Пациенты с системными заболеваниями в исследовании не включались. Длительность заместительной почечной терапии составила от 8 месяцев до 366 месяцев.

Опросник состоит из 2 шкал. Шкала тяжести симптомов (Symptom Severity Scale, SSS) состоит из 11 вопросов и шкала функциональных нарушений (Function Status Scale, FSS) 8 повседневных действий. Сумма баллов в шкалах рассчитывается независимо, баллы из двух шкал не суммируются. Сумма баллов в каждой шкале рассчитывается как среднее арифметическое баллов по каждому пункту шкалы (от 1 до 5).

**Результаты.** 40 пациентов имели по 1-1.2 балла по обеим шкалам, то есть у них отсутствовали признаки каких бы то ни было нарушений.

Вторую группу составили 28 человек, у которых средний балл хотя бы по одной из шкал превышал 1,35. Следует отметить, что большее значение отмечено по шкале SSS. Средний уровень баллов по этой шкале составил  $1,68 \pm 0,12$ . В то же время в этой группе средний балл по шкале FSS составил всего  $1,12 \pm 0,09$ . Чаще всего высокая оценка (3) отображала появление боли в руке или запястье в ночное время, онемение (снижение чувствительности) в руке, в том числе в ночное время. Статистических различий в длительности диализной терапии между двумя этими группами получено не было. Таким образом, первыми признаками возможного формирования синдрома карпального канала являются развитие симптомы ирритативного характера.

Особое внимание уделено группе из 26 человек, у которых средний балл по одной из шкал превышал 1,9. Среднее значение по шкале SSS составило в группе  $2,67 \pm 0,98$  (от 1,9 до 3,63). Среднее значение по шкале FSS составило  $2,19 \pm 1,23$  (1-3,86). Даже в этой группе у 3 пациентов балл по шкале FSS составил 1. В эту группу вошло 5 пациентов с перенесенным оперативным лечением по поводу синдрома карпального канала. Во всех случаях у них отмечен высокий уровень баллов как по шкале SSS, так



и по шкале FSS. Лишь у одной пациентки по шкале FSS балл 1.125. То есть хирургическая коррекция не устраняет функциональные нарушения. В этой группе в 2 раза чаще, чем в других группах, встречались пациенты с сахарным диабетом. Среднее время заместительной почечной терапии в этой подгруппе составило  $14,7 \pm 6,18$  лет. Минимальное время нахождения на диализе составило 2 года 7 месяцев. У пациентов, длительно получающих заместительную терапию гемодиализом, отмечались более высокие баллы по шкале тяжести симптомов (SSS) и по шкале функциональных нарушений (FSS), что могло характеризовать хроническое прогрессирующее течения заболевания.

Опросник VSTQ прост в заполнении, не требует много времени, однако позволяет выявить пациентов с начальными проявлениями формирования синдрома карпального канала. Привлечь внимание врачей к этой проблеме. Первыми проявлениями болезни является повышение балла по шкале тяжести симптомов (SSS). Если балл по этой шкале превышает 1,5, пациент нуждается в тщательном неврологическом обследовании и выполнении Электронейромиографии, так как это не только единственный объективный метод исследования нервов, но и прогностический инструмент. Своевременная диагностика синдрома карпального канала и раннее начало лечения поможет избежать/отсрочить потребность в хирургическом вмешательстве избежать тяжелой инвалидизации связанной с нарушением функций верхних конечностей.

## СРАВНЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМИТИРОВАННОЙ И ДИФFUЗНОЙ ФОРМАМИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРИ ПОМОЩИ ИНДЕКСА SCLERODERMA CLINICAL TRIALS CONSORTIUM DAMAGE INDEX

Колтакова А.Д., Бабак В.В., Ананьева Л.П.,  
Конева О.А., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А.,  
Десинова О.В., Старовойтова М.Н.,  
Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель исследования.** Выявить отличия в повреждении различных органов и систем у пациентов с лимитированной и диффузной формами системной склеродермии (ССД) при помощи индекса повреждения (Scleroderma Clinical Trials Consortium Damage Index (SCTC-DI)).

**Материалы и методы.** Было проведено поперечное исследование, включившее в анализ 119 больных ССД, соответствующей классификационным критериям прогрессирующего системного склероза (ACR/EULAR, 2013). Форма заболевания в 76 (63,3%) случаев была лимитированная, в 43 (35,8%) – диффузная. На момент оценки индекса повреждения пациенты с различными формами заболевания не отличались друг от друга по медиане (Me) возраста ( $p=0,129$ ) и длительности заболевания ( $p=0,090$ ). Среди пациентов с лимитированной формой ССД чаще встречались женщины ( $p=0,003$ ): 70 (92,1%), против 31 (72,1%) больных диффузной формой. В обеих группах терапия иммуносупрессантами была представлена в сопоставимых объемах ( $p=0,324$ ): у 67 (88,2%) пациентов с лимитированной формой и у 41 (95,3%) – с диффузной. В то же время у пациентов с диффузной формой заболевания статистически достоверно чаще была представлена терапия ритуксимабом ( $p=0,001$ ): у 29 (67,4%) пациентов против 27 (35,5%) больных лимитированной формой, а также применялась большая доза глюкокортикоидов ( $r_{\{s\}}=0,246$ ;  $p=0,007$ ).

У всех пациентов был оценен индекс повреждения SCTC-DI. Статистическая обработка данных включала в себя описание количественных переменных при помощи Me с указанием нижнего и верхнего квартиля; качественных переменных – с указанием абсолютного количества и доли объектов в выборке, имеющих изучаемый признак; использования хи-квадрата Пирсона, точного критерия Фишера, V-Крамера и отношение шансов с указанием 95% Доверительного интервала (95% ДИ), коэффициента корреляции Спирмена ( $r_{\{s\}}$ ) и U-критерия Манна-Уитни. Различия показателей считались статистически-значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В изучаемых группах в сопоставимых объемах встречалось повреждение скелетно-мышечной системы и кожи ( $p=0,657$ ), однако у больных диффузной формой шанс выявления контрактуры крупных суставов был в 4,76 раз выше (95% ДИ: 1,37-16,6%;  $p=0,008$ ;  $V=0,241$ ). Были близки к границе статистической значимости отличия в частоте выявления сосудистых изменений ( $p=0,057$ ), которые мы определили у 23 (53,5%) пациентов с диффузной формой и у 27 (35,5%) – с лимитированной, что достигалось за счет более частого наличия у них дигитальных язвочек ( $p=0,040$ ;  $V=0,188$ ), шанс выявления которых в этой группе был в 2,21 раз выше (95% ДИ: 1,03-4,75%). Также у больных диффузной формой ССД чаще встречалось повреждение легких ( $p=0,035$ ;  $V=0,193$ ): мы выявили его у 23 (51,2%) таких больных, в то время как при лимитированной форме – у 24 (31,6%). Таким образом, шанс наличия повреждения легких, включая умеренное или тяжелое интерстициальное поражение легких, ФЖЕЛ  $< 70\%$  и/или зависимость от кислорода, был в 2,27 раз выше (95% ДИ: 1,05-4,90%) при развитии диффузной формы ССД. Повреждение желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и почек встречалась у обследованных пациентов с одинаковой частотой в обеих группах ( $p=0,476$ ,  $p=0,408$  и  $p=0,245$  соответственно).

После подсчета баллов ИП SCTC-DI у пациентов с различными формами ССД были отмечены отличия в Ме показателе поражения сосудов ( $p=0,034$ ) и легких ( $p=0,043$ ): наличие диффузной формы заболевания ассоциировалось с более высоким счетом повреждения легких ( $r_{\{s\}}=0,193$ ;  $p=0,035$ ), а также (близки к уровню статистической значимости) – сосудов ( $r_{\{s\}}=0,175$ ;  $p=0,057$ ). В то же время мы не выявили статистически-значимых отличий в показателях Ме максимального счета ИП SCTC-DI для пациентов лимитированной (Ме 5 [3; 9,5] баллов) и диффузной (Ме 8 [4; 10,5] баллов) формами заболевания ( $p=0,138$ ).

**Выводы.** Не смотря на сопоставимые показатели возраста, длительности заболевания, а также известные различия особенностей течения и тяжести ССД у больных диффузной и лимитированной формами заболевания, мы не выявили у них статистически-значимых отличий в максимальном счете индекса повреждения SCTC-DI. Это может быть связано с более интенсивной антиревматической терапией у пациентов с диффузной формой заболевания (имеющей более тяжелый прогноз), в частности с более частыми применением ритуксимаба и более высокими дозами ГК.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ИСХОДЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИТА (НАА)

**Комаров В.Т., Хичина Н.С., Филатова М.А.**

Пензенская областная клиническая больница  
имени Н.Н. Бурденко,  
Пенза

Ранняя диагностика НАА имеет важное значение, поскольку исходы болезни напрямую зависят от этого.

**Цель исследования.** Проанализировать клинические проявления и инструментальные данные ранней диагностики НАА.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 6 пациентов с НАА (3 мужчин и 3 женщин, средний возраст 41 год), лечившихся в отделение ревматологии Пензенской областной больницы имени Бурденко. Диагноз НАА ставился в соответствие с классификационными критериями (DCVAS), 2019. Продолжительность болезни составила 8,5 лет. Все пациенты проконсультированы в федеральных учреждениях: НИИ ревматологии имени В.А.Насоновой, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Институте хирургии имени А.В. Вишневского. У всех пациентов отмечалось поражение брюшной и грудной аорты, у 3 – сонных и подключичных артерий, у 2 – чревного ствола, у 4 – мезентериальных артерий, у 2 почечных артерий, у 1 – левой подмышечной артерии. У пациентов оценивались ультразвуковая доплерография (УЗДГ) артерий и лабораторные показатели.

**Результаты и обсуждение.** У всех пациентов заболевание начиналось с повышения температуры до 38 град, которая сопровождалась похуданием, общей слабостью, ускоренным СОЭ в крови, повышением АД, у 2 пациентов – с болей в животе, у 3 пациентов – с головных болей и головокружений. Впервые диагноз заболевания установлен по данным МРТ-томографии брюшной полости, где определялось диффузное утолщение стенок аорты и отходящих сосудов, данных УЗДГ крупных артерий, ПЭТ-КТ, данных ангиографии. Другими клиническими проявлениями НАА являлись: вазоренальная гипертония, суставной синдром, лимфоаденопатия, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). У 3 пациентов при аускультации шумов над сосудами не выслушивалось, у 3 пациентов – выслушивались шумы над сонными, бедренными, подмышечными, подвздошными артериями, грудной и брюшной аортой. Оказалось, при анализе лабораторных показателей выявлено увеличение СОЭ до 34 мм/час, лейкоцитоз –  $9,6 \times 10^9$ , увеличение ЦИК до 105,2 опт.ед, СРБ до 46,6 мг/л, РФ до 27,6 ед/л, данные УЗДГ, проведенные у 5 пациентов свидетельствовали об уплотнении, фиброзных изменениях в сонных, подвздошных артериях, грудной и брюшной аорте. 5 пациентов при установлении диагноза получали пульстерапию метипредом в дозе 3000 мг в/венно капельно за 3 дня вместе с циклофосфаном 1000 мг в/венно капельно на 2 дней введения с переходом на метипред 30 мг в сутки с метотрексатом 15 мг/неделю, в последующем 3 пациента получают поддерживающую терапию метипредом 15 мг в сутки и метотрексатом 15 мг/неделю. В процессе наблюдения исходов заболевания у пациентки 23 лет произошли срочные роды, успешно родила здорового ребенка весом 2170 г и ростом 49 мм, по шкале Апгар 9 баллов, получает поддерживающую терапию 20 мг метипреда в сутки. Пациентка 58 лет оперирована в 2003 году – проведено протезирование дуги аорты и левой сонной артерий, перенесла ОНМК, периодически отмечает головокружение. Пациент 37 лет поступил с болями в животе. Оперирован в ЦРБ – проведена лапаротомия, на операции выявлен тромбоз мезентериальных сосудов с гангреной тонкой кишки, выполнено дренирование брюшной полости. Через 4 дня проведена программированная релапатория, выявлен разлитой гнойный перитонит, через 7 дней переведен в отделение реанимации областной больницы. По жизненным показаниям выполнена релапатория и дренирование брюшной полости, где повторно выявлен мезентериальный тромбоз с тотальным некрозом тонкой кишки и распространенный каловый перитонит, однако пациент умер через 12 часов от интоксикации и прогрессирующей сосудистой недостаточности. При патологоанатомическом исследовании выявлено: грудная и брюшная аорта неравномерно уплотнены, фиброзированы, внутренняя оболочка неровная, отечная. Имеется массивное наложение размерами 2-4 см, плохо отделяется. В области брюшной аорты имеются серозно-желтоватые наложения размерами 3 см, распространяющиеся и

перекрывающие место отхождения верхней мезентериальной артерии. Стенки левой подпочечной и правой сонной, верхней мезентериальной артерии уплотнены размерами 0,9 см, отмечены множественные перфорации в тонкой и толстой кишках. При гистологическом исследовании найдены фиброз, инфильтрация макрофагами, лимфоцитами, массивные депозиты фибрина со скоплением лейкоцитов. Делается заключение о наличии неспецифического аортоартериита с поражением грудной и брюшной аорты, мезентериальных артерий с окклюзией верхней мезентериальной артерии с перфорацией тонкого и толстого кишечника с фиброзно-гнойным перитонитом.

**Выводы.** Таким образом, ранняя диагностика НАА позволяет провести интенсивную терапию, включая хирургическое лечение и улучшить прогноз заболевания.

## ГИПЕРЛЕПТИНЕМИЯ КАК МАРКЕР РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

**Цель работы.** Выяснить частоту гиперлептинемии у женщин с ревматоидным артритом (РА), выделить фенотипы ожирения/избыточного веса на основании двух основных показателей – индекса массы тела (ИМТ) и уровня лептина в сыворотке крови, а также уточнить взаимосвязи данных фенотипов с ранними нарушениями углеводного обмена.

**Материал и методы.** В исследование включены 50 женщин с РА, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им В.А.Насоновой. Критерии включения: возраст от 18 лет до 65 лет, наличие информированного согласия, достоверный диагноз РА (по критериям ACR/EULAR 2010г). Критерии исключения: беременность и лактация, наличие сахарного диабета (СД) в анамнезе, гипергликемия натощак (глюкоза в венозной крови  $\geq 6,1$  ммоль/л) и/или прием сахароснижающих препаратов в момент обследования.

Медиана возраста пациентов составила 42 [33;57] года, длительности заболевания – 5 [2;11] лет. Большинство больных были серопозитивными по ревматоидному фактору (90%) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (94%), имели высокую (30%) или умеренную (52%) активность РА по индексу Disease Activity Index (DAS28). Метотрексат получали 23 (46%) пациента, другие базисные проти-

вовоспалительные препараты – 10 (20%), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – 12 (24%), в том числе ингибиторы фактора некроза опухоли- $\alpha$  – 2, ритуксимаб – 10. Глюкокортикоиды (ГК) принимали 18 (36%) больных, в средней дозе в пересчете на преднизолон  $6,25 \pm 2,78$  мг/сут.

Концентрацию лептина определяли натощак в сыворотке крови с помощью иммуноферментного анализа (DBS, Diagnostics Biochem Canada Inc.) для иммуноферментного анализа. Уровень лептина  $>11,1$  нг/мл у женщин соответствовал «гиперлептинемии». ИМТ рассчитывали по формуле:  $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$ .

Выделяли «нормальный вес» ( $\text{ИМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$ , гиперлептинемии нет) и три основных фенотипа ожирения / избыточного веса:

- «классический» –  $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$  + гиперлептинемия;
- «здоровый» –  $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ , гиперлептинемии нет;
- «скрытый» или «латентный» –  $\text{ИМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$  + гиперлептинемия.

Для диагностики ранних нарушений углеводного обмена проводили определение уровня глюкозы, иммунореактивного инсулина (набор Elecsys для электрохемилюминисцентного анализатора Cobas e411, Roche Diagnostics) в сыворотке крови натощак. Индекс НОМА-IR = глюкоза (ммоль/л)  $\times$  инсулин (мкЕд/мл) / 22,5 [24], считали показателем инсулинорезистентности (ИР) при значениях  $\geq 2,77$ .

Статистическую обработку данных проводили методами параметрической и непараметрической статистики с помощью программы STATISTICA 12. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Медиана концентрации лептина составила 10,8 [5,2;23,1] нг/мл, минимальное значение – 0,2 нг/мл, максимальное – 49 нг/мл. Повышенный уровень лептина обнаружен у 23 (46%), ИР – у 10 (20%) женщин с РА.

Медиана ИМТ у больных РА составила 23,2 [20,4; 27,7]  $\text{кг/м}^2$ ,  $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$  обнаружен у 19 (38%) пациентов. «Классический» фенотип ожирения / избыточного веса диагностирован у 15 (30%), «здоровый» – у 4 (8%), «скрытый» фенотип – у 8 (16%), «нормальный вес» – у 23 (46%) больных РА.

Пациенты с «классическим» и «скрытым» ожирением / избыточным весом были старше, чем в группе с «нормальным весом» (57 [43;61] лет, 52 [42;59] года и 34 [28;41] года, соответственно), «скрытый» фенотип характеризовался также большей длительностью РА (12 [5;24] лет против 3 [1;9] лет при «нормальном весе»), более частым применением ГК (75% против 26% при «нормальном весе») и ГИБП (50% против 9% при «нормальном весе») ( $p < 0,05$  во всех случаях). Оба фенотипа – «классический» и «скрытый» – имели более высокие уровни общего холестерина, чем «нормальный вес» (5,2 [4,8;5,9] ммоль/л, 5,8 [5,3;6,0] ммоль/л и 4,4 [3,8;5,2] ммоль/л, соответственно,  $p < 0,001$ ), а также тенденцию к большим концентраци-



ям инсулина (7,6 [3,9;10,8] мкЕд/мл, 6,8 [4,6;9,5] мкЕд/мл и 4,3 [3,3;5,9] мкЕд/мл, соответственно,  $p=0,052$ ) и индекса НОМА-IR (1,70 [0,97;2,72], 1,71 [0,96;2,09] и 1,08 [0,66;1,34], соответственно,  $p=0,054$ ). ИР встречалась у 3 (20%) больных с «классическим», у 1 (13%) с «скрытым» фенотипом и у 1 (4%) пациента с «нормальным весом». При «здоровом» фенотипе возраст, длительность и активность заболевания по DAS28, уровни маркеров воспаления (СОЭ, СРБ), холестерина, глюкозы, индекс НОМА-IR оказались сопоставимы с таковыми у больных с «нормальным весом», а случаи ИР не зафиксированы.

**Выводы.** Гиперлептинемия у женщин с РА до 65 лет без СД и гипергликемии в анамнезе встречалась почти в половине случаев, в том числе у пациентов с ИМТ  $<25$  кг/м<sup>2</sup>, что позволило использовать данный параметр в качестве маркера различных фенотипов ожирения/избыточного веса для стратификации пациентов по риску ранних нарушений углеводного обмена. Прогностически благоприятный «здоровый» фенотип обнаруживали редко. Отмечено постепенное увеличение концентрации инсулина и индекса НОМА-IR от «нормального веса» к «скрытому», а затем «классическому» фенотипу, хотя достоверных различий по частоте ИР не получено, возможно, из-за небольшого количества включенных пациентов.

## ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Корсакова Д.А.<sup>1</sup>, Смирнова М.П.<sup>2</sup>, Чижов П.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская многопрофильная больница №2,

<sup>2</sup>Центральная городская больница,  
Ярославль

**Введение.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является тяжелым осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы. Несмотря на существенный прогресс в диагностике и лечении ХСН за последние годы, количество пациентов неуклонно растет. ХСН существенно снижает качество жизни (КЖ) пациентов, увеличивая выраженность физической и психической астении. Частой сопутствующей патологией у больных с ХСН является сахарный диабет 2 типа (СД2), значительно ухудшающий КЖ и прогноз больных. Влияние коморбидности по СД на качество жизни, выраженность астении и психический статус у пациентов с ХСН практически не изучалось.

**Цель работы.** Оценить качество жизни и выраженность астении у пациентов с ХСН в зависимости от наличия коморбидности по СД2.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 102 больных с ХСН, 72 женщин (Ж) и 30 мужчин (М), средний возраст  $74\pm 9$  года. В первую группу вошли 60 пациентов с ХСН и коморбидностью по СД2 типа, 43 Ж и 17 М, средний возраст  $73\pm 9$  года. Вторую группу составили 42 человека с ХСН, 29 Ж и 13 М, средний возраст  $76\pm 9$  лет. У всех пациентов проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, оценивали выраженность астении с использованием субъективной шкалы оценки астении MFI-20, качество жизни по Миннесотскому опроснику качества жизни и опроснику SF-36. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программы Statistica 12. Нормальность распределения оценивалась тестом Шапиро-Уилка. При нормальном распределении для сравнения выборок использовался  $t$ -критерий Стьюдента. Данные представлены в виде среднего (М) и стандартного отклонения (SD). При распределении, отличном от нормального, для сравнения результатов в двух группах применялся  $U$ -тест Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы (Me) и 25-го и 75-го перцентилей.

**Результаты и обсуждение.** Уровень КЖ по данным Миннесотского опросника у пациентов 1 группы был достоверно хуже по сравнению с обследованными 2 группы –  $32,0\pm 17,2$  против  $44,6\pm 17,5$  соответственно. Кроме того, у больных 1 группы отмечалось снижение показателей физического и ролевого функционирования по сравнению с лицами без СД2. Уровень психологического здоровья и общего физического благополучия у пациентов с коморбидностью СД2 также был достоверно ниже ( $p<0,01$ ), чем у обследованных 2 группы:  $47,0\pm 14,6$  против  $56,0\pm 16$  и  $30,5\pm 8,2$  против  $36,1\pm 7,9$ , соответственно.

У 1 (1,7%) пациента 1 группы диагностирован 1 ФК по NYHA, у 9 (15,0%) пациентов – 2ФК ХСН, у 30 (50,0%) – 3ФК, у 20 (33,3%) – 4ФК. Во второй группе по ФК пациенты распределились следующим образом: 1 ФК ХСН – 3 (7,2%) человека, 2ФК ХСН – 11 человек (26,2%), 3 ФК – 20 человек (47,6%), 4 ФК – 8 человек (19,0%). При сопоставлении данных Миннесотского опросника качества жизни по группам в зависимости от ФК ХСН установлено достоверное снижение КЖ у пациентов 1 группы с 4 ФК по сравнению с лицами без СД2:  $51,1\pm 12,5$  против  $33,7\pm 10,3$ . По данным опросника SF-36 показатели физического, ролевого и социального функционирования у пациентов с 4 ФК были достоверно меньше, чем в соответствующей группе без СД2.

При исследовании влияния СД на качество жизни в подгруппах в зависимости от пола обследованных обнаружено достоверное снижение показателей КЖ при наличии СД2. В частности, у Ж 1 группы уровень физического функционирования составил  $25,4\pm 24,6$ , уровень социального функционирования –  $45,6\pm 24,0$  против  $45,6\pm 26,0$  и  $70,3\pm 21,0$  во 2 группе, соответственно. Показатель общего физического благополучия у Ж из 1 группы составил  $28,7\pm 8$ , что достоверно

меньше, чем у пациенток 2 группы –  $36,9 \pm 8,0$  показатель общего психического благополучия также был ниже в группе Ж с СД:  $39,1 \pm 9,0$  против  $44,0 \pm 8,0$  соответственно ( $p=0,04$ ).

По группе пациентов с ХСН и СД установлены достоверные положительные корреляции средней силы между стажем СД2 и уровнем психической астении, а также отрицательные корреляции с показателем КЖ по данным миннесотского опросника, уровнями физического и ролевого функционирования, социального функционирования, психологического здоровья и общего физического благополучия.

**Выводы.** 1. Коморбидность ХСН и СД2 значимо ухудшает качество жизни пациентов, снижает физическое и ролевое функционирование, ухудшает психологическое здоровье и общее физическое благополучие. 2. У пациентов с ХСН 4ФК наличие СД2 достоверно снижает уровень качества жизни, а также физическое, ролевое и социальное функционирование. 3. Коморбидность по СД2 у женщин с ХСН приводит к снижению физического и социального функционирования, а также общего физического и психического благополучия. 4. Длительный стаж СД2 у пациентов с ХСН способствует снижению качества жизни, увеличивая уровень психической астении и ухудшая физическое, ролевое и социальное функционирование, психологическое здоровье и общее физическое благополучие.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ

**Котляров С.Н.**

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания. ХОБЛ характеризуется неуклонно прогрессирующим течением, клинические особенности которого зависят от многих факторов.

**Цель исследования.** Состояла в изучении факторов, определяющих естественное течение ХОБЛ в долгосрочном наблюдении.

**Материалы и методы.** В исследование включены 170 пациентов с ХОБЛ, которые наблюдались в течение 15 лет. Оценивались факторы риска, выраженность симптомов, сопутствующие заболевания и легочная функция.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что ХОБЛ имеет гетерогенное течение, которое характеризуется различной выраженностью симптомов, таких как одышка и физическая слабость, а также различиями

в частоте обострений, скорости снижения ОФВ1 и наличием коморбидности. Наличие и выраженность этих факторов, т.е. тяжесть одышки  $\geq 3$  по MRC, частота обострений  $\geq 3$  в год, быстрое снижение ОФВ1, ассоциированы с негативным прогнозом. Атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти пациентов с ХОБЛ.

**Выводы.** Полученные результаты подтверждают сведения о том, что ХОБЛ является гетерогенным заболеванием, что обусловлено индивидуальными траекториями снижения легочной функции, вариабельностью выраженности симптомов, различиями в частоте обострений и наличии коморбидной патологии. При этом тяжесть одышки, физическая слабость, динамика снижения ОФВ1, наличие атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и частота ежегодных обострений являются факторами, определяющими характер естественного течения и прогноз ХОБЛ.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПЕРЕНОСЕННОГО COVID-19

**Коценко Ю.И.<sup>1</sup>, Коценко В.П.<sup>2</sup>, Полторак А.П.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк,

<sup>2</sup>Харьцызская центральная городская больница,  
Харьцызск,

<sup>3</sup>Антрацитовская центральная городская  
многопрофильная больница,  
Антрацит

**Цель исследования.** Уточнить неврологические осложнения при сахарном диабете 2 типа (СД2) и определить их клинико-патогенетические особенности на фоне перенесенного COVID-19.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы с использованием баз публикаций PubMed, Google Scholar, Scopus, NLM.

**Результаты.** Сахарный диабет (СД) является одной из актуальных медико-социальных проблем, значимость которого обусловлена высокой распространенностью, тяжестью осложнений, ранней инвалидизацией и высокой смертностью. В 2021 году во всем мире распространенность СД регистрировалась у 537 млн человек с неблагоприятным прогнозом на 2030 (643 млн человек) и 2045 (783 млн человек) годы (The International Diabetes Federation, 2022). На сегодняшний день в мире отмечается рост заболеваемости СД,

особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, где преобладает СД 2 типа.

Поражения нервной системы при СД2 патогенетически основывается в формировании эндотелиальной дисфункции, которая приводит к острым или хроническим неврологическим нарушениям, что усугубляет качество жизни пациента. Тяжесть неврологического дефицита при острых нарушениях мозгового кровообращения у пациентов с СД2 и COVID-19 зависело от степени гиперкоагуляции и наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, уровня эндотелиальной дисфункции и гипергликемии (Демьяновская Е. Г. и др., 2021). Изучены случаи развития отсроченной цереброваскулярной патологии в виде гипоксической энцефалопатии и когнитивных нарушений (Wen D., Wu L., Dong Y. et al. 2020).

При СД2 отмечается преимущественно хроническая дистальная дисметаболическая полинейропатия, клиническое течение которой может ухудшаться на фоне COVID-19 (Covid and Diabetes. EASD e-Learning, 2020, Чухловина М.Л., 2021; Wee АКН., 2021).

При СД2 и COVID-19 имеют место случаи изолированного поражения черепных нервов (Falcone M. et al., 2020; Raharimanantsoa O. et al., 2020) в сочетании с нарушениями обоняния и вкусовой чувствительности (Parma V. et al., 2020, Patel K et al 2021). Однако, оценить их диагностическую и прогностическую значимости не представляется возможным в связи с низкой частотой поражения.

СД2 ухудшает течение заболевания у неврологических пациентов с COVID-19. Медикаментозная коррекция гипергликемии при СД заключается в первоочередном внутривенном назначении инсулина. Не следует забывать о коррекции других сопутствующих проявлений метаболического синдрома: атерогенная дислипидемия, артериальная гипертензия и нарушение системы гемостаза.

СД2 способствует образованию значительного количества TLR4-индуцированного интерлейкинами – 6 (IL-6) и фактора некроза опухоли (tumor necrosis factor - alpha – TNF-a), в результате возникают цитокиновые кризы, что может быть одной из причин смерти от пневмонии при SARS-CoV-2 (Satarker S., Nampoothiri M., 2020).

Наличие СД2 относится к группе риска развития более тяжелого течения COVID-19, в т.ч. на фоне морбидного ожирения (ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>), с хроническими заболеваниями и неудовлетворительной компенсацией СД2 (HbA1c >8%) в возрасте старше 60 лет. При COVID-19 увеличивается летальность у пациентов с СД2 (10%), чем без него (2,5%) (Экспертного совета государств – участников СНГ по проблемам СД, 2020). В 2020 году распространенность СД2 при COVID-19 не превышало общестатистические показатели (Zhang B, et al, 2021).

Среди людей с СД2, которые были инфицированы COVID-19, плохой контроль гликемии является фактором риска неблагоприятных исходов (конечных

точек) COVID-19. Вероятность госпитализации из-за COVID-19 при тяжелом течении СД2 и уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c), превышающим или равным 7%, увеличилась на 35-40% по сравнению с уровнем HbA1c менее 7%. При этом происходило повышение риска развития тяжелого течения заболевания и смерти на 65% и 72%, соответственно, по сравнению с лицами, где регистрировался более низкий уровень HbA1c (IDF, 2022). Скорректированные шансы тяжелого течения COVID-19 значительно увеличились на 40% среди лиц как с умеренным, так и с высоким (7-10%) и очень высоким уровнем HbA1c (>9-10%) по сравнению с лицами с оптимальным контролем гликемии (IDF, 2022).

**Выводы.** За последнее время отмечается увеличение количества публикаций по проблеме поражения нервной системы при COVID-19, отражая их значимость для практического здравоохранения. При значительном объеме информации о неврологических осложнениях при СД2 на фоне COVID-19, множество обзоров посвящены клиническим наблюдениям и аргументируются патогенетическим аспектом SARS-CoV-2 к иммунной и неврологической системам. Целесообразно осуществлять междисциплинарный подход к изучению неврологических осложнений, в том числе в отсроченный период COVID-19.

## НАРУШЕНИЯ УРАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПОЛИМОРБИДНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Красивина И.Г.<sup>1</sup>, Долгов Н.В.<sup>2</sup>, Долгова Л.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ярославский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Клиническая больница  
«РЖД-Медицина»,  
Ярославль

Современный терапевтический пациент часто имеет высокую степень коморбидности и полиморбидности, требующую мультидисциплинарного, часто финансово затратного подхода к диагностике и лечению. Доступным лабораторным тестом, отражающим метаболическую дисфункциональность, является мочевая кислота (МК). Традиционно ее высокий уровень рассматривается в аспекте выявления подагры, но также в настоящее время обсуждается повышенная вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета 2 типа (СД2) и хронической болезни почек (ХБП) при уровнях МК в диапазоне верхних границ нормы. Дискуссии о приемлемых диапазонах уровня МК фокусируются преимущественно на гиперурикемии, между тем, низкий уровень МК также может свидетельствовать о необходимости кор-



рекции обмена веществ. Европейские и российские клинические рекомендации по ведению больных ССЗ настоятельно нацеливают на снижение МК ниже 300 мкмоль/л. Кластер пациентов с уровнем МК ниже 360, но выше 300 мкмоль/л мало изучен в настоящее время. Единый алгоритм ведения пациентов с нарушениями уратного метаболизма отсутствует.

**Цель.** Оценка сопряженности нарушений уратного метаболизма различной степени выраженности с наличием ряда хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** База данных результатов лабораторных исследований и заключительных диагнозов, полученных у пациентов поликлиник ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Ярославль (800 посещений в смену), направленных врачами на определение уровня МК (мкмоль/л) по данным за 2018-2020 гг. Сравнивали встречаемость ХНИЗ в кластерах: 1-гипоурикемия (ГипоУ; МК<120), 2-нормоурикемия (N; МК120-299), 3-супранормальная урикемия (СупраN; МК 300-359), 4-гиперурикемия (ГиперУ; МК≥360).

**Результаты.** Всего определение уровня МК выполнено у 2917 человек (958 мужчин и 1956 женщин), средний возраст 57,3±16,2 г, средний ИМТ 29,6±6,2 кг/м<sup>2</sup>. Кластеры разных уровней МК составили: 1-ГипоУ 3%, 2-N 55%, 3-СупраN 19%, 4-ГиперУ 23%. В кластерах 1,2,3 преобладали женщины (94, 81, 55% соответственно), а в кластере 4 – мужчины (61%). Самой распространенной нозологией была артериальная гипертензия (АГ; П10-15), часто мотивирующая врача к исследованию уровня МК. Кластер 1-ГипоУ выделялся преобладанием неосложненной эссенциальной АГ (П10), встречавшейся у 16% больных против 5, 6 и 8% в кластерах 2, 3 и 4 соответственно. АГ с поражением сердца (П11) регистрировалась у 43% в кластерах 1 и 2, у 64% в кластере 3 и у 73% в кластере 4-ГиперУ. Встречаемость П11 была сопоставима у мужчин (60%) и женщин (58%), а П10 в 2 раза чаще регистрировалась у мужчин (9,8 против 4,5%). Кластеры 3-СупраN и 4-ГиперУ характеризовались значимым преобладанием в них ожирения (48 и 59% против 16% в 1-ГипоУ и 32% в 2-N), СД2 (32 и 33% против 8% в 1-ГипоУ и 23% в 2-N), ХИБС (13 и 16% против 8% в 1-ГипоУ и 2-N), ХБП (4 и 6% против 1% в 1-ГипоУ и 4% 2-N). Подагра была зарегистрирована у 25% больных в 4-ГиперУ, 8% в 3-СупраN, 3% при нормоурикемии и 1% при гипоурикемии, что косвенно свидетельствует о малой части пациентов, достигающих целевых значений уровня МК, а также о вероятности избыточно интенсивной уратснижающей терапии у некоторых больных. Встречаемость мочекаменной болезни (N20-21) составила 7, 6, 8 и 10% соответственно в кластерах 1,2,3 и 4. Онкозаболевания любых локализаций значимо реже встречались при гипоурикемии (2,2%), в то время как в кластерах 2,3 и 4 их регистрация составила более 7% в каждом. У больных в кластерах 1-ГипоУ и 3-СупраN чаще регистрировали недостаточность витамина D (5,6 и 5,1%

соответственно против 1,5 в 2-N и 2,4% в 4-ГиперУ). Имела место тенденция к более частой регистрации остеопороза в кластере 1-ГипоУ (27% против 23 и 21 и 20% в кластерах 2, 3 и 4 соответственно).

**Выводы.** Преобладающим вариантом нарушений уратного метаболизма у амбулаторных полиморбидных пациентов является гиперурикемия, встречающаяся в 8 раз чаще, чем гипоурикемия. У пациентов с гипоурикемией реже встречаются онкологические заболевания, но выше вероятность развития недостаточности витамина D и остеопороза. Больные с уровнем мочевой кислоты в диапазоне от 300 до 359 мкмоль/л по нозологической отягощенности ССЗ, АГ, СД2 сопоставимы с пациентами, имеющими гиперурикемию.

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.<sup>1</sup>, Шалькевич Л.В.<sup>1</sup>,  
Стефанин А.Л.<sup>1</sup>, Редуто В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический  
центр отоларингологии,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить встречаемость патологических форм активности по данным электроэнцефалографического обследования (ЭЭГ) у пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии (Э) и расстройств аутистического спектра (РАС).

**Материалы и методы.** Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов с сочетанием Э и РАС в зависимости от возраста пациентов. Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Проведен анализ встречаемости патологических форм активности по данным ЭЭГ обследования у изучаемой когорты пациентов в выделенных группах. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил от 6 до 16 лет в зависимости от возраста пациентов на момент включения их в исследование. За единицу наблюдения был взят параметр, который представляет собой изменение (рост) значения каждого исследуемого показателя за промежуток в 1 год. Общее число наблюдений было представлено 856 случаями. Все наблюдения были разделены на четыре группы исследования по возрастному критерию. Группа исследования 1 – от

0 до 1 лет (n=90); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет (n=270); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет (n=270), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет (n=240).

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень наличия и индекса представленности патологических форм активности на ЭЭГ (в среднем  $0,51 \pm 0,22$ ) с трендом на уменьшение по мере увеличения возраста респондентов без достоверно установленной возраст-зависимой динамики ( $R^2=0,171$ ). В некоторых случаях можно было установить присутствие на ЭЭГ незначительных изменений в виде снижения порога судорожной готовности головного мозга, единичных ДЭФРД амплитудой не более 150-200 мкВ, фотопароксизмального ответа без клинических проявлений, единичных низкоамплитудных (до 150 мкВ) спайков, острых волн или комплексов «острая-медленная волна». У небольшой части пациентов примерно в равном соотношении регистрировались умеренные изменения в виде билатеральных асинхронных групповых ДЭФРД амплитудой более 200 мкВ, периодической региональной эпилептиформной активности, представленной единичными спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ либо ритмичной генерализованной эпилептиформной активности в виде комплексов «острая-медленная волна» частотой 2,5-4 Гц без явных клинических проявлений, а также тяжелые изменения в виде паттерна типичного и атипичного абсанса, паттерна миоклонического приступа, гомолатеральной синхронизации ДЭФРД, множественных групповых ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации либо продолженной региональной эпилептиформной активности, представленная спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ. И лишь у отдельных пациентов изучаемой выборки в возрасте от 2х до 7 лет эпилептиформная активность на ЭЭГ были представлены такими выраженными патологическими изменениями, как паттерн эпилептического статуса, продолженная региональная эпилептиформная активность с феноменом вторичной билатеральной синхронизации или продолженная эпилептиформная активность, представленная ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации по типу электрического эпилептического статуса бодрствования (индекс более 40%). Статистически значимых различий представленности патологических изменений структуры головного мозга в различные возрастные периоды установлено не было.

**Выводы.** Полученные данные подтверждают преимущественно функциональный характер развивающихся у детей с психоневрологической коморбидностью отклонений в неврологическом, нейропсихологическом, логопедическом и экспертно-реабилитационном статусах. В этой связи оценка общего функционального состояния ЦНС и его динамики является значимым компонентом клинико-диагностического алгоритма.

## НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.<sup>1</sup>, Шалькевич Л.В.<sup>1</sup>,  
Стефанин А.Л.<sup>1</sup>, Филипович Е.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический  
центр отоларингологии,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить особенности структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (рентген-компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)) у пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии (Э) и расстройств аутистического спектра (РАС).

**Материалы и методы.** Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов с сочетанием Э и РАС в зависимости от возраста пациентов. Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Проведен анализ особенностей структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (РКТ/МРТ) у изучаемой когорты пациентов в выделенных группах. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил от 6 до 16 лет в зависимости от возраста пациентов на момент включения их в исследование. За единицу наблюдения был взят параметр, который представляет собой изменение (рост) значения каждого исследуемого показателя за промежуток в 1 год. Общее число наблюдений было представлено 856 случаями. Все наблюдения были разделены на четыре группы исследования по возрастному критерию. Группа исследования 1 – от 0 до 1 лет (n=90); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет (n=270); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет (n=270), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет (n=240).

**Результаты и обсуждение.** Для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень выраженности нарушения структуры головного мозга (в среднем  $0,79 \pm 0,09$ ) со значимой возраст-зависимой динамикой увеличения представленности нарушений по мере увеличения возраста пациентов ( $R^2=0,554$ ).

Был проведен сравнительный анализ представленности структурной патологии головного мозга в выделенных возрастных группах. Согласно полученным данным, у подавляющего большинства пациентов

детского возраста с Э, коморбидной с РАС, регистрировалось отсутствие структурной патологии головного мозга (36,4-39,5% случаев) либо незначительные изменения в виде вентрикуломегалии с увеличением глубины передних рогов желудочков до 10 мм, перивентрикулярных кровоизлияний 1 степени либо признаков перивентрикулярного поражения вещества головного мозга гипоксически-ишемического характера (42,4-53,1% случаев). У части пациентов выявлялись более значительные изменения структуры головного мозга в виде вентрикуломегалии с увеличением глубины передних рогов желудочков от 10 до 20 мм, перивентрикулярных кровоизлияний 2 степени, внутримозговых кровоизлияний размером до 10 мм, фокальной кортикальной дисплазии 1 типа либо единичной очаговой патологии белого вещества (кальцинаты, глиоз, лейкоареоз) (8,7-14,8% случаев). И лишь у отдельных пациентов изучаемой выборки структурная патология головного мозга была представлена такими выраженными патологическими изменениями, как гидроцефалия, перивентрикулярные кровоизлияния 3 степени, признаки диффузного поражения вещества головного мозга гипоксически-ишемического характера, агенезия мозолистого тела либо субкортикальная лейкомаляция (2,2-3,6% случаев). Статистически значимых различий представленности патологических изменений структуры головного мозга в различные возрастные периоды установлено не было.

**Выводы.** Выявленные структурные изменения головного мозга в изучаемой когорте пациентов были наиболее часто представлены микроструктурной патологией вследствие перинатального поражения или перенесенной нейроинфекции. Установленная возраст-зависимая динамика увеличения степени выраженности нарушения изучаемого параметра объясняется развитием атрофических изменений вещества головного мозга на фоне функционального дизонтогенеза.

## ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

**Кулемзина Т.В., Криволап Н.В.**  
Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Проиллюстрировать возможности методов интегративной медицины (ИМ) для превентивной реабилитации спортсменов при хроническом перенапряжении сердечно-сосудистой системы с использованием персонифицированных схем.

**Материал и методы.** На основе анализа клинико-патогенетических аспектов проявления хронического перенапряжения сердечно-сосудистой системы (ХПСС)

и дистрофии миокарда физического перенапряжения (ДМФП) у спортсменов высокой квалификации (КМС – МСМК) в возрасте 18-25 лет, занимающихся видами спорта с высокой интенсивностью статических и динамических нагрузок (боксом, велоспортом, смешанными единоборствами) предложен комплекс превентивных реабилитационных мероприятий с применением недопинговых средств и методов ИМ (фито-, арома-, рефлексотерапии, массажа, антигемотоксической терапии (АГТП), психологической коррекции).

**Результаты и обсуждение.** Различные заболевания сердечно-сосудистой системы возможны и у спортсменов, однако, принципиально важно дифференцировать спортивное сердце и сердечно-сосудистую патологию, так как последняя часто является причиной отстранения от занятий спортом в связи с высоким риском прогрессирования заболевания и внезапной смерти. С другой стороны, гипердиагностика же может привести к неоправданной дисквалификации атлета и иметь негативные последствия для спортивной карьеры.

Рефлексотерапия выполнялась с преимущественным воздействием на активные точки головы, шейно-воротниковой зоны, также аурикулярной зоны, позволяло эффективно воздействовать на механизмы регуляции сердечной деятельности и сосудистого тонуса. Применяли второй вариант тормозного метода, курс лечения – 10 сеансов. Для стимуляции трофических, репаративных процессов в тканях применялась антигемотоксическая терапия (АГТТ), целью которой явилось обеспечить переход организма в состояние стойкого гомеостаза, восстановить структуры и функций поврежденных органов, реализовать эффекты путями детоксикации, модуляции иммунных процессов, устранения энергодефицита в тканях. Использование классического общегемомассажа средней интенсивности в сочетании с ароматерапией – расслабляющим, гармонизирующим действием эфирных масел лаванды, нероли, мяты. При этом решались задачи достижения мышечной релаксации, стимуляции периферического кровообращения, устранения эмоционального напряжения. Курс – 8-10 процедур длительностью 40 минут, через день. Наиболее эффективным методом психокоррекции при данных состояниях являлась групповая психотерапия, с гетерогенным принципом формирования групп, в состав которых входили лица, находящиеся на различных этапах восстановительного процесса.

Применение экстрактов левзеи, родиолы, эхинацеи имело целью нормализовать синтез креатина, стимулировать рост мышечной ткани, обеспечить ангиопротекторный и адаптогенный эффекты. Для устранения патологического влияния вегетативной нервной системы в состав схем превентивной реабилитации включали экстракты пассифлоры, пустырника, душицы. Растительные препараты назначались курсами продолжительностью до 1-го месяца.

Вышеперечисленные схемы использовались курсами в количестве 2-3 раз в течение года.



**Выводы.** Рациональное применение методов интегративной медицины в виде сформированных схем способствует превентивной реабилитации спортсменов при хроническом перенапряжении сердечно-сосудистой системы, обеспечивая, тем самым, их спортивное долголетие.

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНЫ ГАМ-КОВИД-ВАК (СПУТНИК V) У БОЛЬНЫХ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ

Куликов А.Н., Муравьева Н.В.,  
Белов Б.С., Глухова С.И.

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

**Цель.** Оценить безопасность комбинированной векторной вакцины Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) у пациентов с ИВРЗ, определить факторы риска развития нежелательных явлений (НЯ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 325 пациентов с ИВРЗ (172 с ревматоидным артритом (РА), 52 – анкилозирующим спондилитом, 24 – болезнью Шегрена, 23 – псориатическим артритом, 16 – недифференцированным спондилоартритом, 13 – системной красной волчанкой, 8 – микрокристаллическими артритами, 6 – системными васкулитами, 4 – системной склеродермией, по 2 – болезнью Стилла взрослых, ревматической полимиалгией и недифференцированным заболеванием соединительной ткани, 1 - IgG4 ассоциированным заболеванием), 248 женщин, 77 мужчин, средний возраст  $49,0 \pm 15,4$  года, длительность заболевания  $10,7 \pm 9,2$  лет. В контрольную группу вошли 138 испытуемых без каких-либо ИВРЗ: 99 женщин, 39 мужчин, средний возраст  $37,4 \pm 15$  лет.

Метотрексат (МТ) получали 98 больных, лефлуноמיד – 39, гидроксихлорохин – 32, сульфасалазин – 25, микофенолата мофетил – 4, азатиоприн – 4, циклофосфамид – 1. Системная терапия глюкокортикоидами (ГК) проводилась 112 пациентам. Генно-инженерные биологические препараты или таргетные базисные противовоспалительные препараты получали 104 пациента: ритуксимаб (РТМ) – 73, ингибиторы фактора некроза опухоли- $\alpha$  – 17, ингибиторы интерлейкина 17А – 5, абатацепт – 4, тофацитиниб – 3, тоцилизумаб – 2. Монотерапия нестероидными противовоспалительными препаратами проводилась 29 больным, лечение не получали 54 пациента.

Все участники получили два компонента Спутник V, опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

**Результаты.** После вакцинации первым компонентом боль без ограничения движений конечности (23,7 и 33,3%), отек или гиперемия (8,3 и 14,5%), слабость (26,2 и 35,5%), повышение температуры тела (23,1 и 42,8%), в том числе выше  $38^{\circ}\text{C}$  (4,3 и 15,2%), озноб (6,2 и 23,2%), артралгии или миалгии (10,2 и 26,1%) НЯ значительно реже наблюдались у больных ИВРЗ ( $p < 0,05$  для всех случаев), в отношении частоты возникновения головной боли достоверных отличий не получено (8 и 13,8%). Кроме того, процент больных ИВРЗ, у которых зарегистрированы более трех системных НЯ, оказался значительно меньшим по сравнению с группой лиц без ИВРЗ (6,2 и 15,9%). Также количество пациентов с ИВРЗ, у которых зарегистрировано развитие местных и системных НЯ после иммунизации первым компонентом вакцины, было значительно ниже, чем в контрольной группе – 20,3% и 38,4% соответственно,  $p < 0,001$ . У 48,3% больных и 31,2% лиц без ИВРЗ НЯ не зарегистрированы,  $p < 0,001$ . После иммунизации вторым компонентом боль без ограничения движения (14,2 и 27,5%), отек или гиперемия (4,9 и 12,3%), повышение температуры тела (19,1 и 27,5%), артралгии или миалгии значительно реже наблюдались у больных ИВРЗ ( $p < 0,05$  для каждого НЯ), для слабости, головной боли или озноба достоверных отличий не зарегистрировано. Частота развития трех и более системных НЯ в двух группах оказалась сопоставимой. Количество пациентов с ИВРЗ, у которых было отмечено сочетание местных и системных НЯ после введения второго компонента, было достоверно меньше, чем в контрольной группе – 12,3% и 28,3% соответственно,  $p < 0,001$ . НЯ отсутствовали у 60% больных и 47,1% лиц без ИВРЗ ( $p = 0,01$ ). После полной вакцинации у 40,3% пациентов и у 22,5% лиц контрольной группы не отмечено ни одного НЯ ( $p < 0,001$ ).

У одной больной РА в состоянии двухлетней клинико-лабораторной медикаментозной ремиссии диагностировано обострение заболевания (продолжительная утренняя скованность, полиартрит, повышение СОЭ и С-реактивного белка) через 2 недели после иммунизации вторым компонентом Спутник V, что потребовало проведения внутрисуставных введений ГК и замены иммуносупрессивного препарата.

Согласно полученным данным, факторами риска развития местных и системных НЯ на введение первого компонента вакцины являются женский пол и прием МТ (ОШ=3,122; 95% ДИ: 1,361-7,160,  $p = 0,007$  и ОШ=2,158; 95% ДИ: 1,234-3,774,  $p = 0,007$ , соответственно), на введения второго компонента – терапия РТМ (ОШ=2,063; 95% ДИ: 1,014-4,196,  $p = 0,046$ ). Однако после введения первого компонента местные и системные НЯ встречались значительно реже у пациентов старше 60 лет и при длительности ИВРЗ более 10 лет (ОШ=0,392; 95% ДИ: 0,191-0,808,  $p = 0,011$  и ОШ=0,462; 95% ДИ: 0,255-0,838,  $p = 0,011$ , соответственно)

**Заключение.** Согласно полученным результатам, нозологические формы ИВРЗ и проводимая иммуносупрессивная терапия (возможно, за исключением МТ и РТМ) не увеличивают риск развития НЯ, что в совокупности с меньшей частотой НЯ в целом свидетельствует в пользу безопасности Спутник V у больных ИВРЗ.

## ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ ОМИКРОН

Купкенова Л.М.<sup>1</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница,

<sup>2</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,  
Казань

**Цель исследования.** Оценить частоту развития постковидного синдрома у пациентов с ВЗК и COVID-19, вызванного штаммом Омикрон.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 78 пациентов с диагнозами болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), а также COVID-19, наблюдавшиеся в двух временных инфекционных госпиталях г. Казани (ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и ГАУЗ «ГКБ №7») и амбулаторно с апреля 2020 года по май 2022 года. Для выявления клинических симптомов, характерных для постковидного синдрома нами применялся опросник, используемый в рамках углубленной диспансеризации для граждан, перенесших COVID-19. Оценка наличия постковидного синдрома проводилась через 3, 6, 9 месяцев после перенесенного COVID-19.

**Результаты и обсуждение.** В исследование были включены пациенты с верифицированными диагнозами БК (n=36, 46,1%) и ЯК (n=42, 53,8%), из которых: мужчин – 48 (59,3%), женщин – 33 (40,7%). Средний возраст пациентов составил 39,0±12,9 лет. Средняя продолжительность симптомов ВЗК на момент включения пациентов в исследование составила 7,1±6,5 лет. Среди пациентов, перенесших Омикрон, на момент дебюта COVID-19, ремиссия ВЗК наблюдалась у 49 (62,8%) пациентов, обострение у 29 (37,2%).

Во время динамического наблюдения за пациентами на 3 месяц после перенесенного COVID-19 при заполнении опросника углубленной диспансеризации было выявлено, что жалобы, характерные для постковидного синдрома встречались у 25,6% пациентов, наиболее частыми жалобами были усталость, и/или мышечные боли, и/или головная боль, и/или дизавтономия, и/или когнитивные нарушения – 25,6%, одышка и снижение переносимости физической нагрузки и/или хронический кашель – 15,4%, потеря вкуса и/или обо-

няния – 9%. На 6 месяц после перенесенного COVID-19 количество пациентов с жалобами, характерными для постковидного синдрома увеличилось – 29,5%. Чаще всего встречались жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головную боль, и/или дизавтономию, и/или когнитивные нарушения – 29,5%, потерю вкуса и/или обоняния – 23,1%, выпадение волос или появление кожной сыпи – 21,8%. К 9 месяцу количество пациентов с жалобами, характерными для постковидного синдрома начало снижаться и составило – 26,9%. Чаще всего встречались жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головную боль, и/или дизавтономию, и/или когнитивные нарушения – 26,9%, потерю вкуса и/или обоняния – 17,9%, выпадение волос или появление кожной сыпи – 16,7%.

**Выводы.** Анализируя течение постковидного периода у пациентов, перенесших Омикрон было выявлено, что постковидный синдром встречался у 25,6% пациентов. Наиболее часто встречающимися были жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головная боль, и/или дизавтономия, и/или когнитивные нарушения – 29,5% на 6 месяц после перенесенного COVID-19. Анализ состояния респондентов, исследуемых в течение 9 месяцев после заболевания, выявил наличие симптомов постковидного синдрома, что говорит о его длительном течении. Это требует углубленной диспансеризации и более длительного наблюдения за пациентами. В целях своевременного выявления, лечения, диспансерного наблюдения состояний и факторов риска их развития, в том числе связанных с перенесенным COVID-19 необходимо проводить углубленную диспансеризацию не только тем пациентам, которые перенесли заболевание в тяжелой форме, но и всем пациентам, которые отмечают у себя признаки постковидного осложнения независимо от степени тяжести перенесенного заболевания.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЗК В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Купкенова Л.М.<sup>1</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканская клиническая больница,

<sup>2</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,  
Казань

**Цель исследования.** Изучить частоту возникновения депрессии у пациентов с ВЗК в постковидном периоде.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 159 пациентов с диагнозами болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), а также COVID-19, наблюдавшиеся в двух временных инфекционных госпиталях

г. Казани (ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и ГАУЗ «ГКБ №7») и амбулаторно с апреля 2020 года по май 2022 года. Для выявления и оценки тяжести депрессии использовались Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и шкала Гамильтона. Оценка наличия депрессии проводилась через 3, 6, 9 месяцев после перенесенного COVID-19.

**Результаты и обсуждение.** В исследование были включены пациенты с верифицированными диагнозами БК (n=69, 43,4%) и ЯК (n=90, 56,6%), из которых: мужчин – 85 (53,5%), женщин – 74 (46,5%). Средний возраст пациентов составил 37 [29; 51] лет. Средняя продолжительность симптомов ВЗК на момент включения пациентов в исследование составила 6,9±5,8 лет. Среди пациентов, включенных в наше исследование, перенесших Омикрон было 78 (49,1%), ранние штаммы COVID-19 – 81 (50,9%).

При заполнении Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS) было выявлено, что через 3 месяца после перенесенного COVID-19 у 53 (47,3%) пациентов встречались жалобы на депрессию, через 6 месяцев количество пациентов с жалобами на депрессию увеличилось до 65 (42,5%) пациентов, к 9 месяцу число пациентов с данными жалобами начало снижаться – 51 (33,3%).

При заполнении шкалы Гамильтона было выявлено, что через 3 месяца после перенесенного COVID-19 у 44 (39,3%) пациентов встречались жалобы на депрессию, через 6 месяцев количество пациентов с жалобами на депрессию увеличилось до 51 (33,3%), к 9 месяцу число пациентов с данными жалобами начало снижаться – 43 (28,1%).

**Заключение.** Таким образом, частота развития депрессии у пациентов с ВЗК в постковидном периоде достигла 53 (47,3%) пациентов. Жалобы, связанные с депрессией чаще встречались у пациентов на 6 месяц после перенесенного COVID-19, по результатам обоих опросников. В результате нашего исследования было выявлено, что Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии более чувствительный тест, так как выявил наибольшее количество отклонений.

## ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ ОМИКРОН

Купкенова Л.М., Абдулганиева Д.И.  
Казанский государственный медицинский  
университет,  
Казань

**Цель исследования.** Оценить частоту развития постковидного синдрома у пациентов с ВЗК и COVID19, вызванного штаммом Омикрон.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 78 пациентов с диагнозами болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), а также COVID-19, наблюдавшиеся в двух временных инфекционных госпиталях г. Казани (ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» и ГАУЗ «ГКБ №7») и амбулаторно с апреля 2020 года по май 2022 года. Для выявления клинических симптомов, характерных для постковидного синдрома нами применялся опросник, используемый в рамках углубленной диспансеризации для граждан, перенесших COVID-19. Оценка наличия постковидного синдрома проводилась через 3, 6, 9 месяцев после перенесенного COVID-19.

**Результаты и обсуждение.** В исследование были включены пациенты с верифицированными диагнозами БК (n=36, 46,1%) и ЯК (n=42, 53,8%), из которых: мужчин – 48 (59,3%), женщин – 33 (40,7%). Средний возраст пациентов составил 39,0±12,9 лет. Средняя продолжительность симптомов ВЗК на момент включения пациентов в исследование составила 7,1±6,5 лет. Среди пациентов, перенесших Омикрон, на момент дебюта COVID-19, ремиссия ВЗК наблюдалась у 49 (62,8%) пациентов, обострение у 29 (37,2%).

Во время динамического наблюдения за пациентами на 3 месяц после перенесенного COVID-19 при заполнении опросника углубленной диспансеризации было выявлено, что жалобы, характерные для постковидного синдрома встречались у 25,6% пациентов, наиболее частыми жалобами были усталость, и/или мышечные боли, и/или головная боль, и/или дизавтономия, и/или когнитивные нарушения – 25,6%, одышка и снижение переносимости физической нагрузки и/или хронический кашель – 15,4%, потеря вкуса и/или обоняния – 9%. На 6 месяц после перенесенного COVID-19 количество пациентов с жалобами, характерными для постковидного синдрома увеличилось – 29,5%. Чаще всего встречались жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головную боль, и/или дизавтономию, и/или когнитивные нарушения – 29,5%, потерю вкуса и/или обоняния – 23,1%, выпадение волос или появление кожной сыпи – 21,8%. К 9 месяцу количество пациентов с жалобами, характерными для постковидного синдрома начало снижаться и составило – 26,9%. Чаще всего встречались жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головную боль, и/или дизавтономию, и/или когнитивные нарушения – 26,9%, потерю вкуса и/или обоняния – 17,9%, выпадение волос или появление кожной сыпи – 16,7%.

**Выводы.** Анализируя течение постковидного периода у пациентов, перенесших Омикрон было выявлено, что постковидный синдром встречался у 25,6% пациентов. Наиболее часто встречающимися были жалобы на усталость, и/или мышечные боли, и/или головная боль, и/или дизавтономия, и/или когнитивные нарушения – 29,5% на 6 месяц после перенесенного COVID-19. Анализ состояния респондентов, исследуемых в течение 9 месяцев после заболевания, выявил наличие симптомов постковидного синдрома, что говорит о его длительном течении. Это требует углублен-



ной диспансеризации и более длительного наблюдения за пациентами. В целях своевременного выявления, лечения, диспансерного наблюдения состояний и факторов риска их развития, в том числе связанных с перенесенным COVID-19 необходимо проводить углубленную диспансеризацию не только тем пациентам, которые перенесли заболевание в тяжелой форме, но и всем пациентам, которые отмечают у себя признаки постковидного осложнения независимо от степени тяжести перенесенного заболевания.

## АСПЕКТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Курманова Д.Р., Седов Д.С., Волошинова Е.В.  
Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов

**Цель исследования.** Оценить возможность применения новых оральных антикоагулянтов у пациентов на программном гемодиализе (ПГД) на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Представлено клиническое наблюдение пациента Б. 43-х лет. Проведена оценка анамнеза, объективных данных, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты и обсуждение.** Пациент Б., причина терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП) – подагра, неконтролируемая артериальная гипертензия. 23.06.2020 госпитализирован в инфекционное отделение по поводу коронавирусной инфекции, двусторонней нижнедолевой пневмонии (положительный ПЦР-тест на SARS-CoV-2); выявлен положительный D-димер. В связи с ростом азотемии (мочевина крови 34 ммоль/л, сывороточный креатинин 602 мкмоль/л) для решения вопроса о начале заместительной почечной терапии (ЗПТ) переведен в нефрологическое отделение. Фебрильная лихорадка сохранялась около 4 недель. Проводилось лечение, включавшее антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины, защищенные аминопенициллины, респираторные фторхинолоны; а также парацетамол. На этом фоне отмечалось уменьшение диуреза до 500 мл в сутки, появление отеков нижних конечностей до уровня бедер, рост азотемии: мочевина крови 35 ммоль/л, креатинин крови 911 мкмоль/л. С учетом длительного анамнеза подагры, артериальной гипертензии нарушение функции почек было расценено как ситуация «острое повреждение почек (ОПП) на фоне ХБП», и с июля 2020 г. начата ЗПТ методом ПГД. Диализ переносил удовлетворительно, после стабилизации состояния

и реконвалесценции от COVID-19 выписан для продолжения лечения в амбулаторном диализном центре. На следующий день после выписки возникла ангинозная боль за грудиной, пациент госпитализирован в кардиологическое отделение с острым передне-перегородочно-верхушечным инфарктом миокарда и пароксизмом фибрилляции предсердий. После стабилизации состояния выписан. ПГД проводился через перманентный диализный катетер с неоднократной сменой локализации катетеров в связи с их тромбозами. 26.04.2021 г. сформирована артериовенозная фистула (АВФ) на правом плече. В последующем отмечено развитие тромбоза подключичной вены, внутренней яремной вены, плечеголовной вены справа (с гемодинамически значимым стенозом 80%) и лимфостазом. В связи с неудовлетворительной функцией перманентного катетера, отсутствием технической возможности для его реимплантации в условиях стационара (эпидемиологические причины), предпринята попытка пункции АВФ в конце декабря 2021 г. при очередном сеансе ПГД, в ходе которого при поршневой пробе эвакуирован тромб из просвета отводящей вены. С учетом наличия частичного тромбоза, пароксизмальной формы фибрилляции предсердий и отсутствия альтернативного доступа (адекватно функционирующего перманентного катетера) назначен Ривароксабан 15 мг/сут., так как парентеральное введение гепарина или прием варфарина с контролем МНО вне диализа не представлялись возможными. В январе 2022 г. на фоне приема Ривароксабана увеличился диурез до 1,5 л в сутки, в связи с чем решено провести контроль уровня азотемии после 5-ти дневного перерыва в диализе. Учитывая сохранный диурез, уровень креатинина крови на фоне перерыва в диализе 280-340 мкмоль/л, что соответствует 4 стадии ХБП, решено приостановить ПГД в условиях строгого амбулаторного наблюдения нефролога. В последующем азотемия была на стабильном уровне. Однако в июне 2022 появились отеки ног. Нефрологом назначен фуросемид с относительно удовлетворительным эффектом, в дальнейшем отмечалось нарастание отеков до уровня паховых складок, прибавка в весе на 20 кг. Пациент возвращен на ПГД, который проводится по настоящее время.

**Выводы.** Прогрессирование нарушения функции почек до стадии ХБП С5Д стало результатом острого повреждения почек во время коронавирусной инфекции на фоне имеющейся ХБП, обусловленной, вероятно, подагрической и гипертонической нефропатией. Морфологический субстрат ОПП в данном клиническом случае не верифицирован, но нельзя исключить тромботическую микроангиопатию, учитывая восстановление диуреза на ПГД на фоне назначения антикоагулянтов. Гиперкоагуляционный синдром, о чем свидетельствовал положительный D-димер на фоне коронавирусной инфекции, сохранялся у пациента и в дальнейшем, что проявлялось рецидивирующими венозными тромбозами. Причиной возврата пациента на ЗПТ явилась неконтролируемая гипергидратация.

Согласно рекомендациям по применению новых оральных антикоагулянтов (НОАК), их использование у пациентов с клиренсом креатинина <15 мл/мин или находящихся на диализе не рекомендуется. Тем не менее, применение НОАК на ПГД требует проведения масштабных исследований и, вероятно, возможно в определенных клинических ситуациях. У ряда пациентов рационально контролировать уровень азотемии на ПГД в первый год от начала заместительной почечной терапии, чтобы не упустить возможности констатации частично или полного восстановления функции почек.

## КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ НА ПЛАТФОРМЕ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Лахтин В.М., Лахтин М.В., Байракова А.Л.,  
Новикова Л.И.

Московский научно-исследовательский  
институт эпидемиологии и микробиологии  
имени Г.Н. Габричевского,  
Москва

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы не менее 6 волн пандемии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (штаммовыми вариантами SARS-COV-2 – возбудителями COVID-19), которая поражает все органы и ткани.

**Цель.** Предложить концепцию функционально сцепленных патологий (ФСП) жизненно важных систем у пожилых пациентов (ПП) 65+ с постковидным синдромом (ПКС) в связи с волнами COVID-19 в декабре 2019 г. – феврале 2023 г.

**Материалы и методы.** Данные собственных результатов, опубликованных в 2020-2023 гг.

**Результаты.** Проведен анализ динамики наблюдаемых патологий контактирующих с внешней средой систем (легкие, слуховой аппарат, кожа, слизистая глаз) и других систем (мозг, с проявлением регистрируемых когнитивных нарушений) органного типа на фоне нарушений сосудистой системы крови (ССК) ПП в связи с волнами пандемии COVID-19, до и после вакцинации и ревакцинации от COVID-19, ковакцинации от стрептококковой пневмонии. 1. Установлена связь наблюдаемой динамики патологий систем с нарушениями ССК. Первичные повреждения ССК (эндотелия сосудов, паттернов локализованных в ключевых областях организма узлов и фрагментов сосудистой сети) инициировали разнообразие вторичных патологий прочих систем в виде множественных параллельных цепочек, участвовали в создании уникальных персонифицированных мультицепочечных сетей ФСП ПКС, в том числе в случаях длинного ковида (ПКС как ДК: месяцы, более

года, в пределах трех лет наблюдения [2020-2022 гг.] ПП в условиях присутствия в организме SARS-COV-2). Примеры цепочек: \* ССК–несколько параллельных поражений, несколько цепочек патологий в периоды волн пандемии (особенно видно на примерах поражений кожи и слизистой глаз, 1-я и 2-я волны). \* ССК–(слизистая глаз: красный зрачок, 1-я и другие волны)–усиление катарактных признаков и патологий. \* ССК–(кожа: кратковременные [недели] эритемы над Гаймаровыми пазухами, 1-я волна, условная 7-я волна – январь 2023 г.)–Усиление асимметрии кожных поражений щек. \* ССК Гаймаровых пазух–Синусит носа (кратковременный [дни] насморк, отчетливо – первые волны). \* ССК–(слуховой аппарат)–Снижение амплитуды восприятия звука, нелинейные нарушения частот восприятия звуков, другие патологии, связанные с тугоухостью. \* ССК подкожной небольшой атеромы–Быстрое (до двух недель, 1-я волна) и полное рассасывание хронической многолетней атеромы (пример редкого исключения из списка развития патологий, вариант ускоренной реабилитации). В результате прогресса патологий в мультицепочечной сети накапливались ошибки функционирования систем (с учетом процессов реабилитации), которые формировали дальнейший потенциал развития ФСП в условиях ДК (можно говорить о пролонгированном длинном как сверхдлинном ПКС [наблюдения в течение трех лет] COVID-19). 2. На основании наблюдений предложена концепция ПКС у ПП как суперсистема ФСП главных сенсорных жизненно важных систем организма на платформе первичных нарушений ССК. Идея концепции. Функционирующие системы организма первыми вовлекаются в развитие патологий ПП с персонифицированным/ уникальным типом ПКС. Наиболее ранние нарушения связаны с ССК, затем они проявляются в контактирующих с внешней средой сенсорных системах и других высокочувствительных системах органного и (близко к органному) типа. Патологии ПП сцеплены друг с другом во времени и пространстве в единую персонифицированную/ уникальную акцентированную (с выделением преимущественных патологий у ПП) мультицепочечную и мультиузловую каскадную прогрессирующую сеть (с учетом частичной или полной реабилитации некоторых патологий как обратимых элементов сети), характеризуются преемственностью (регистрируемой историей уникального многообразия проявления функционально связанных клинических признаков – клинических паттернов [синдромов, подлежащих стандартизации и классификации]). Патологии отдельных систем – относительно самостоятельные, сцепленные друг с другом в варьирующей степени в динамически меняющейся сети возникновения и накопления ошибок, в которой обозначены начало (инициация) и развитие – преемственность (цепочек) патологических событий в условиях ПКС. 3. Перспективы развития концепции предполагают дальнейшее исследование механизмов инициации и сетевого развития типа патологии/ группы/ групп ФСП (в том числе коморбидных болезней)

в условиях ПКС через локальное (в местах имеющих-ся и будущих поражений) накопление вируса/ штамма (штаммов) COVID-19, в том числе в головном мозге и почках. В связи с этим постулируется положение о критической массе остаточного латентного локализованного возбудителя/штамма COVID-19 и ее распределении с учетом важности установленной локализации для развития типа патологии/ группы/ групп ФСК при ПКС, в том числе ДК.

**Заключение.** Концепция имеет диагностическое (выявление первичных ранних патологий и развитие латентных вторичных патологий), прогностическое (направление развития патологий) и рекомендательное (выбор углубленной диспансеризации и тактики лечения ФСП) значение для профилактики и терапии ПКС у ПП.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лекарева И.В., Емельянова А.Л., Емельянов Д.Н.  
Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

**Цель исследования.** Выявить особенности клинических проявлений у пациентов СД 2 типа и нарушениями ритма, а также характерные изменения показателей, оцениваемых при проведении функциональных методов исследования (электрокардиографии в 12 отведениях, суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии).

Обследованы 86 пациентов, 40 мужчин и 46 женщин, находившихся на стационарном лечении в эндокринном отделении больницы, средний возраст 69,3±4,5 лет. У всех больных верифицирован диагноз СД типа 2. Больные разделены на 3 группы в зависимости от уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Всем пациентам проводили комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование с анализом жалоб, данных анамнеза и объективных методов обследования. Комплекс стандартных лабораторных и инструментальных исследований включал: профиль биохимических анализов, общий анализ крови, общий анализ мочи, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин HbA1c, электрокардиографию в 12 отведениях (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, трансторакальную эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.

Все пациенты поступили в стационар с декомпенсацией углеводного обмена. Только 25 пациентов (29,1%) с СД предъявляли жалобы на перебои в рабо-

те сердца, учащенное сердцебиение. Проведение ЭКГ выявило предсердную экстрасистолию у 14 пациентов (16,3%), перманентную форму фибрилляции предсердий у 3 пациентов (3,5%) и желудочковые экстрасистолы у 8 пациентов (9,3%). Однако, при выполнении суточного мониторирования ЭКГ у 58 пациентов (66,3%) случаев зарегистрированы различные нарушения ритма. Преобладают наджелудочковые нарушения ритма, которые выявлены у 44 пациентов (75,9%): 39 случаев предсердная экстрасистолия, в 3 случаях пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, в 2 – перманентная фибрилляция предсердий; у 12 пациентов (20,7%) – желудочковая экстрасистолия и у 2 пациентов (3,4%) – сочетание предсердной и желудочковой экстрасистолии. При этом, имеется прямая корреляция между частотой встречаемости нарушений ритма и уровнем гликозилированного гемоглобина HbA1c.

Наиболее тяжелые нарушения ритма наблюдались в группе с HbA1c>8% и были выявлены у 80% пациентов.

При HbA1c от 7 до 8% нарушения ритма выявлены у 71,4% пациентов.

В группе с HbA1c<7% нарушения ритма выявлены в 50% случаев, при этом у всех пациентов отсутствовали клинические проявления.

В основе развития нарушений ритма при СД лежат дисфункция автономной нервной системы, ремоделирование миокарда предсердий, обусловленное развитием фиброза и отложением жировых депозитов в миокарде, колебания уровня глюкозы в крови и электрофизиологические клеточные нарушения.

Данное исследование показало, что у больных с сочетанием нарушений ритма сердца и СД 2 типа имеет место бессимптомное течение нарушений ритма сердца, что подтверждает необходимость детального обследования сердечно-сосудистой системы, которое включает в себя проведение ЭКГ покоя в 12 отведениях, суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии.

## ОСТРАЯ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ТАКОТЦУБО

Леонова И.А., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С.,  
Захарова О.В.

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

Коронарная микроваскулярная дисфункция (МВД) может быть хронической и острой – участвуя в патогенезе острого коронарного синдрома и синдрома такотцубо (СТ).



Приводим клинический случай СТ, развившегося на фоне острой, катехоламин-опосредованной МВД. Пациентка 42 лет обратилась 30.03.2022 с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, возникающее и проходящее самостоятельно. В анамнезе повышенная эмоциональная лабильность, тревожность, чувства страха, несколько эпизодов повышения артериального давления (АД) до 160-170/90-100 мм рт.ст. 05.03.2022г. после стресса на работе вечером впервые в жизни в покое появилась затяжная боль за грудиной давящего характера с иррадиацией в шею, спину, АД 170/90 мм рт.ст. На фоне болей кратковременный эпизод потери сознания, бригадой скорой помощи был зарегистрирован пароксизм желудочковой тахикардии (ЖТ) от 05.03.2022, купированный медикаментозно; затем на ЭКГ синусовый ритм, элевация сегмента ST в области передней, перегородочной, боковой стенки ЛЖ. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии городской больницы с диагнозом ИБС: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST 05.03.2022 г. Коронароангиография 05.03.2022: ствол левой коронарной артерии – без значимого стенозирования; передняя межжелудочковая артерия – без значимого стенозирования, кровотоков замедлен ТИМІ ІІ, после интракоронарного введения нитроглицерина – ТИМІ ІІІ, без значимого стенозирования; правая коронарная артерия – без значимого стенозирования. Эхокардиограмма через 3 часа от начала приступа – на фоне тахисистолии 120 уд в мин определяется акинезия верхушечных сегментов ЛЖ, фракция выброса ЛЖ (ФВЛЖ) 46%. Тропонин І при поступлении – 0,932 нг/мл с последующим приростом до 3,47 нг/мл и достижением нормы к 4 суткам госпитализации. Ангинозные боли не рецидивировали, АД 90/60 мм рт.ст., явления хронической сердечной недостаточности ХСН на уровне ІІ ф.к. По данным ЭХОКГ от 06.03.2022 г.: камеры сердца не расширены, сократительная способность резко снижена (ФВ 33%), акинезия верхушки, диффузная гипокинезия преимущественно верхушечных сегментов; в области верхушки гиперэхогенное образование 12\*13 мм-тромб. В динамике по ЭХО КГ от 09.03.2022 г. – ФВ 28%, левые камеры сердца расширены (конечный диастолический объем ЛЖ (КДО ЛЖ) 110 мл, конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) 69 мл), акинезия апикальных и срединных сегментов всех стенок ЛЖ. ЭХОКГ на 10 сутки госпитализации – ФВ 39%, регресс локальных нарушений сократимости ЛЖ с акинезии до гипокинеза апикальных и срединных сегментов всех стенок ЛЖ; КДО 100 мл. Ангинозные боли не рецидивировали, АД – нормотензия, явления сердечной недостаточности не выражены. Выписка 22.03.2022 с диагнозом: Основной: ИБС: острый циркулярный инфаркт миокарда ЛЖ от 05.03.2022 г. Гипертоническая болезнь 3 ст, Артериальная гипертензия 3 ст., риск ССО 4. Осложнения: ХСН со сниженной ФВ Іа ст, 2ф.к. Пароксизм ЖТ от 05.03.2022 г., купирован медикаментозно. Аритмогенный коллапс от 05.03.2022 г., купирован. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Через неделю приема препаратов клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки 12 месяцев,

ацетилсалициловая кислота 75 мг 1 раз в сутки, розувастатин 10 мг в сутки, спиронолактон 25 мг в сутки, метопролол 50 мг в сутки, периндоприл 2,5 мг в сутки пациентка отменила препараты из-за аллергической реакции. 31.03.22 г. оценка функции эндотелий (Endo-PAT 2000) от 31.03.2022 г. – выраженное нарушение функции эндотелия (RHI 1,2 при норме >1.67). По данным МРТ сердца с контрастированием препаратами гадолиния от 05.04.22 г.: ФВ 51%, МР признаки не резко выраженной гипокинезии срединных и апикальных сегментов, слабовыраженный отек передней стенки ЛЖ на уровне срединных сегментов; участков рубцового поражения миокарда не выявлено. ЭХОКГ от 20.04.22 г. – ФВ 55%, локальных нарушений сократимости нет. Принимая во внимание клиническую картину; данные ЭКГ; отсутствие поражения коронарных артерий; нарушение кинетики миокарда по данным ЭХОКГ с последующей нормализацией ЭКГ и полным восстановлением сократимости миокарда через месяц после острого эпизода; наличие провоцирующего стрессорного фактора, учитывая признаки нарушения эндотелий-зависимой вазодилатации по данным Endo-PAT 200, а также результаты КАГ – вазомоторные нарушения в бассейне ПМЖА пациентке установлен диагноз – СТ, основным патогенетическим механизмом которого явилась катехоламин-опосредованная МВД. Диагноз. Основной: Синдром такоцубо от 05.03.22 г. Тревожные расстройства с вегетативной дисфункцией (синусовая тахикардия, артериальная гипертензия). Осложнения: пароксизм ЖТ от 05.03.2022, купирован медикаментозно. Был рекомендован прием небиволола 2,5 мг в сутки. Консультация психотерапевта: генерализованное тревожное расстройство, был рекомендован прием сертралина, гидроксизина. 25.05.22 г. Endo-PAT 2000 в динамике – данных за эндотелиальную дисфункцию нет (RHI 1,99). 04.05.2022 повторный осмотр. Жалоб нет. ЧСС 65 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Пациентка вернулась к труду.

## УРОВНИ ВИТАМИНА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Желоманова Е.С.

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение,

Донецк

В последние годы в мире наблюдается стремительное старение населения. Данный факт приобретает особую актуальность в отношении женщин, так как период постменопаузы, на который ранее приходилось около 30% жизни женщины, растет. Ключевую роль в изменениях, происходящих в состоянии здоровья жен-

щин в менопаузе, играет угасание функции яичников и уменьшение продукции эстрогенов. Считается, что в силу ряда причин у женщин с возрастом снижается и насыщенность организма витамином D, что способствует определенным нарушениям в здоровье. При этом данные о роли дефицита витамина D в развитии ранних климактерических симптомов представлены лишь в единичных работах.

**Цель работы.** Исследовать сывороточные показатели 25(OH)D у женщин с климактерическим синдромом в ранней постменопаузе.

**Материалы и методы.** Обследованы 302 женщины в возрасте от 48 до 57 лет. Продолжительность постменопаузы обследованных не превышала 5 лет. С помощью опроса и клинического обследования у 229 обследованных женщин был подтвержден климактерический синдром (КС). Концентрации прогормональной формы витамина D 25(OH)D определяли в сыворотке периферической крови обследованных женщин методом иммуноферментного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что показатели медианы и межквартильного размаха содержания 25(OH)D в сыворотке крови женщин в ранней постменопаузе с наличием климактерического синдрома, составив 18,2 [12,2; 25,6] нг/мл, существенно не отличались ( $p>0,05$ ) от аналогичных показателей, зарегистрированных среди обследованных женщин без КС (20,6 [13,5; 26,3] нг/мл).

В общей группе обследованных женщин нормальная (выше 30 нг/мл) концентрация 25(OH)D регистрировалась у 10,6±1,8% лиц. 31,5±2,7% женщин характеризовались недостаточностью содержания 25(OH)D в сыворотке (от 20 до <30 нг/мл). У 43,7±2,9% женщин был выявлен дефицит (от 10 до <20 нг/мл), а у 14,2±2,0% – тяжелый дефицит витамина D (<10 нг/мл).

Анализ частоты регистрации климактерического синдрома среди женщин в зависимости от сывороточного содержания 25(OH)D показал отсутствие достоверных различий ( $p=0,085$ ). При этом удельный вес женщин с КС среди лиц с нормальным или недостаточным уровнем витамина D не превышал 69,5%. Частота же регистрации женщин с установленным КС в группах с умеренным или тяжелым дефицитом витамина в обоих случаях превышала 81,0%. В связи с этим был проведен анализ частоты регистрации КС в объединенных по содержанию витамина D группах, который показал наличие достоверного повышения удельного веса женщин с КС в группе лиц с умеренным или тяжелым дефицитом 25(OH)D. В указанной группе КС регистрировался у 142 из 175 женщин (81,1±3,0%). В группе же женщин с нормальным содержанием 25-гидроксиголекальциферола или недостаточностью его климактерический синдром был выявлен у 87 из 127 обследованных, что составило 68,5±4,1% ( $p=0,018$ ).

Таким образом, установлено, что в сыворотке крови женщин в период ранней постменопаузы нормальная концентрация 25(OH)D регистрируется в 10,6±1,8% случаев, недостаточность – у 31,5±2,7%

обследованных. 43,7±2,9% и 14,2±2,0% женщин характеризуются соответственно умеренным и тяжелым его дефицитом. Эти результаты, в целом, согласуются с данными авторов, установивших, что сниженный уровень витамина D у женщин в менопаузе регистрируется более чем в 80% случаев, а распространенность дефицита его превышает 50%. Не обнаружено достоверной разницы по частоте регистрации климактерического синдрома среди женщин с различным содержанием 25(OH)D в сыворотке крови. В то же время, выявлено достоверное повышение удельного веса женщин с климактерическим синдромом в группе лиц с умеренным или тяжелым дефицитом 25(OH)D по сравнению с группой женщин, имеющих либо нормальное, либо недостаточное содержание витамина ( $p<0,05$ ). Эти данные согласуются с результатами ряда исследований, свидетельствующих о том, что дефицит витамина D может выступать одним из факторов возникновения клинических проявлений климактерического синдрома, а нормализация уровня 25(OH)D сопровождается значимым снижением интенсивности ряда симптомов КС.

**Выводы.** При обследовании 302 женщин 48-57 лет в период ранней постменопаузы, 229 из которых имели климактерический синдром, установлено, что нормальная концентрация 25(OH)D регистрируется лишь в 10,6% случаев, а умеренный и выраженный дефицит – у 57,9% лиц. Содержание 25(OH)D в сыворотке крови женщин в ранней постменопаузе с наличием климактерического синдрома достоверно не отличаются от показателя женщин без КС ( $p>0,05$ ). Вместе с тем, установлено достоверное ( $p<0,05$ ) повышение удельного веса женщин с КС в группе лиц с дефицитом 25(OH)D по сравнению с остальными обследованными лицами. Результаты исследования целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий женщинам с климактерическим синдромом.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Линцов А.Е.<sup>1</sup>, Солиев А.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Системные (оральные) глюкокортикостероиды (СГКС) по-прежнему

применяются в практике лечения ряда больных тяжелой бронхиальной астмой (БА). Ранее мы сообщали об особенностях цитогенетического действия СГКС [1]. Вместе с тем, цитогенетический гомеостаз обеспечивается функционированием системы репарации ДНК, что требует выполнения соответствующего исследования. Целью настоящей работы явилась оценка интенсивности репаративного синтеза ДНК в лимфоцитах больных БА, получающих СГКС.

**Пациенты и методы.** Уровни спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследованы в краткосрочной культуре лимфоцитов периферической крови 58 больных бронхиальной астмой в возрасте от 16 до 70 лет. Интенсивность внепланового синтеза ДНК определялась методом автордиографии, численным выражением данного параметра являлось количество лимфоцитов, выполняющих репаративный синтез ДНК на 100 клеток. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значений ИВС к СВС.

Из числа обследованных 15 пациентов получали от 5 до 10 (группа 1, n=10) и от 15 до 30 (группа 2, n=5) мг преднизолона в сутки. В сравнительную группу больных БА вошли стероид-наивные пациенты (n=29), которым не проводилась терапия ГКС. Контрольную группу составили 15 практически здоровых индивидуумов. Статистический анализ проводился с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных данных показал, что в лимфоцитах больных БА ( $2,9 \pm 0,20\%$ ), по сравнению с контрольной группой ( $1,90 \pm 0,30\%$ ), достоверно ( $p < 0,02$ ) повышена интенсивность ИВС, а значения ИСР достоверно ( $p < 0,001$ ) более низкие ( $2,4 \pm 0,14$  и  $4,4 \pm 0,51$ , соответственно). Повышенные значения ИВС ДНК могут, в частности, указывать на высокий уровень генотоксических влияний на лимфоциты больных БА, в том числе, продуктов перекисного окисления липидов, что связано с системным воспалительным процессом. Низкие уровни ИСР указывают на подавленную у больных БА способность к репарации ДНК, что также, вероятно, обусловлено действием медиаторов воспаления.

При этом оказалось, что интенсивность ИВС достоверно не различалась ( $p > 0,05$ ) в клетках больных астмой и здоровых индивидуумов.

Было установлено, что уровни как СВС, так и ИВС достоверно не различаются ( $p > 0,05$ ) у больных, получавших терапию СГКС (группа 1 и группа 2), и пациентов сравнительной группы. Однако значения ИСР ДНК оказались достоверно ( $p < 0,02$ ) более высокими в лимфоцитах группы 1 обследованных по сравнению с таковыми в клетках стероид-наивных больных ( $3,0 \pm 0,54$  and  $2,1 \pm 0,09$ , соответственно), что указывает на способность низких доз СГКС оптимизировать ДНК-репаративную способность клеток обследованных больных.

**Выводы.** Представленные результаты исследования позволяют заключить следующее:

1. В лимфоцитах больных БА установлены достоверное повышение уровня СВС ДНК и снижение значений ИСР ДНК по сравнению с таковыми в клетках здоровых индивидуумов, что указывает на наличие существенных изменений ДНК-репаративной способности клеток больных БА.

2. СГКС в использованных дозах не вызывают у обследованных пациентов сколько-нибудь выраженного угнетающего действия на репаративный синтез ДНК в лимфоцитах. Достоверно более высокие значения ИСР ДНК у пациентов, получавших малые дозы СГКС, по сравнению с уровнем данного параметра у стероид-наивных больных, может быть (в том числе) объяснено противовоспалительным эффектом глюкокортикостероидов.

## ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ СТРУКТУРНЫХ ХРОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИНТЕНСИВНОСТИ РЕПАРАТИВНОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Линцов А.Е.<sup>1</sup>, Солиев А.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Особенности цитогенетического гомеостаза в клетках больных с различными фенотипами бронхиальной астмы (БА) остается одной из наименее изученных областей пульмонологии и трансляционной медицины. При этом особый интерес представляет возможная связь измененных уровней структурных хромосомных нарушений и с состоянием системы репарации ДНК.

**Цель работы.** Изучение частоты спонтанных хромосомных нарушений и репаративной способности ДНК в лимфоцитах больных аллергической и неаллергической БА.

**Пациенты и методы.** Обследовано 123 пациента БА, включая 65 с аллергической БА (АБА) и 58 с неаллергической (НАБА). В лимфоцитах периферической крови 71 пациента проанализирована частота хромосомных aberrаций (ХА,%) и сестринских хроматидных обменов (СХО, обменов на 1 клетку). Использован метод микрокультуры лимфоцитов периферической крови.



Для дифференциации сестринских хроматид через 24 часа после стимуляции лимфоцитов в культуре добавлялся 5-бромдезоксигидроуридин в концентрации 10 мкг/мл. Коллемеид вводился за 3-4 часа до фиксации клеток. Клетки фиксировали на 69-70 часу культивирования по общепринятой методике смесью абсолютного этанола и ледяной уксусной кислоты. Для учета ХА анализировали 200-300 метафазных пластинок первых митозов, для анализа СХО – 50 метафазных пластинок вторых митозов.

Интенсивность (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследована в краткосрочной культуре лимфоцитов у 58 больных. Интенсивность внепланового синтеза ДНК определялась методом автордиографии, численным выражением данного параметра являлось количество лимфоцитов, выполняющих репаративный синтез ДНК на 100 клеток. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значений ИВС к СВС. Контрольную группу составили 35 здоровых индивидуумов.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению со здоровыми, достоверно ( $p < 0,02$ ) повышены уровни ХА ( $7,1 \pm 0,39\%$  и  $1,2 \pm 0,21\%$ , соответственно), СХО ( $10,0 \pm 0,39$  и  $6,1 \pm 0,19$ , соответственно) и СВС ( $2,9 \pm 0,20\%$  и  $1,9 \pm 0,30\%$ , соответственно), а значения ИСР достоверно ( $p < 0,001$ ) снижены ( $2,4 \pm 0,14$  и  $4,4 \pm 0,51$ , соответственно). В фазе обострения БА частота СХО оказалась достоверно ( $p < 0,005$ ) выше у больных АБА по сравнению с НАБА ( $13,3 \pm 0,62$  и  $10,3 \pm 0,59$ , соответственно). В фазе ремиссии БА обнаружено достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение интенсивности ИВС ( $8,1 \pm 0,83\%$  и  $5,6 \pm 0,81\%$ , соответственно) и повышенный уровень ХА ( $6,3 \pm 0,55\%$  и  $4,7 \pm 0,52\%$ , соответственно) у пациентов с НАБА по сравнению с данными показателями у больных АБА.

Выявленное повышение частоты ХА и СХО, значений ИВС при снижении уровней ИСР ДНК может быть связано с высоким уровнем генотоксических влияний на лимфоциты больных БА, в том числе, продуктов перекисного окисления липидов, что сопряжено с системным воспалительным процессом. При этом было показано, что уровень выявленных в лимфоцитах больных БА структурных хромосомных нарушений и изменений показателей ДНК-репаративной способности связан с фенотипом заболевания.

В настоящем исследовании продемонстрирована также связь повышенного уровня структурных хромосомных нарушений с изменениями интенсивности ДНК-репаративных процессов, однако эта связь не была полной и нуждается в дополнительных исследованиях для уточнения ее характера. Также необходимы углубленные исследования для уточнения возможной патогенетической роли установленных в настоящем исследовании нарушений цитогенетического гомеостаза в лимфоцитах больных БА.

**Выводы.** Таким образом, выявленные в лимфоцитах больных БА повышенные по сравнению со здоровыми индивидами уровни структурных хромосомных нарушений и изменений показателей ДНК-репаративной способности связаны с фенотипом заболевания.

## АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА

Лобашова В.Л.<sup>1</sup>, Дыдышко Ю.В.<sup>2</sup>,  
Шепелькевич А.П.<sup>2</sup>, Кузьменкова Е.И.<sup>3</sup>,  
Патеюк И.В.<sup>1</sup>, Милюк Н.С.<sup>1</sup>, Навменова Я.Л.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский  
университет,

<sup>3</sup>Республиканский центр медицинской  
реабилитации и бальнеолечения,

<sup>4</sup>Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека,  
Минск, Беларусь

**Цель.** Проанализировать взаимосвязь нарушений пищевого поведения и индекса массы тела у пациентов с СД 2 типа.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 853 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 18 до 80 лет, обратившихся на прием к эндокринологу. Для оценки нарушений пищевого поведения использован опросник пищевых предпочтений – 26 – стандартизированный психометрический метод, чувствительность которого составляет 71,7%; специфичность 95,4%. Индекс массы тела рассчитывался на основании роста-весовых характеристик пациента.

**Результаты.** Проанализированы данные 251 мужчины и 602 женщин с СД 2 типа. Нормальная масса тела была у 70 (8,2%) пациентов, избыточная масса тела у 239 (28,0%) пациентов, ожирение 1 степени у 544 (63,8%) пациентов. По результатам анкетирования отклонения пищевого поведения выявлены у 255 человек, из них пациенты с нормальной массой тела составили 14 человек, с избыточной массой тела 45 человек, ожирением 1 степени 99 человек, ожирением 2 степени 55 человек, ожирением 3 степени 42 человека. Отклонения пищевого поведения встречались у 36,2% (196 человек) с ожирением и 19,1% (59 человек) без ожирения. Установлено, что среди лиц с СД 2 типа частота отклонений в пищевом поведении в 2,4(1,7-3,3) раз больше у пациентов с ожирением по сравнению с пациентами с избыточной и нормальной массой тела с учетом ОШ и 95%ДИ.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязи между индексом массы тела и наличием отклонений пищевого поведения у пациентов с СД 2 типа и определяют необходимость скрининга нарушений пищевого поведения среди лиц с ожирением и СД 2 типа.

## ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У РАНЕЕ СТЕНТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Луцик Е.А.<sup>1</sup>, Скородумова Е.А.<sup>2</sup>, Костенко В.А.<sup>2</sup>,  
Скородумова Е.Г.<sup>2</sup>, Сиверина А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Всеволожская клиническая межрайонная больница,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Сравнить особенности клинического течения повторного инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с тромбозом/стенозом в ранее установленном стенте и нарушением проходимости коронарной артерии вне его на фоне прогрессирования атеросклероза.

**Материалы и методы.** Исследовано 212 пациентов, лечившихся по поводу повторного ИМ в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. Все больные получали терапию ИМ согласно национальным рекомендациям. Пациентам проведено стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии (КА) в экстренном порядке в предыдущую и настоящую госпитализации. Использовались голометаллические стенты (22,8%) и стенты с лекарственным покрытием (77,2%). Выполнялись стандартные исследования. Все пациенты разделены на две выборки. Первая (I) группа – 110 человек с тромбозом/стенозом в стенте: 80,0% мужчин, 20,0% женщин, средний возраст – 64,3±1,1 года. ИМспST – у 72 человек, у 38 – ИМбпST. Вторая (II) группа – стеноз вне стента, установленного ранее – 102 человека: 62,7% мужчин, 37,3% женщин, средний возраст – 66,4±1,2 года. ИМспST – у 66 человек, у 36 – ИМбпST. Данные статистически обработаны.

**Результаты и обсуждение.** Повторный ИМ в I группе развивался в среднем через 3,9 лет, во II – через 5,5 лет ( $p=0,04$ ). В анамнезе пациентов I группы: хроническая сердечная недостаточность II-III классов по NYHA зарегистрирована у 68%, во II – в 50% случаев ( $p=0,73$ ). Частота хронической болезни почек в I группе – 38,2%, во II – 14,7%, ( $p=0,03$ ). Сахарный диабет (СД) 2 типа в I группе встречался достоверно чаще – у пациентов из I группы – 32,7%, против 7,7% у больных из II ( $p=0,04$ ). ИМ Q+ и ИМ Q- по группам статистически достоверно не различались: в I – 57,9% и 42,10%, II – 60,24% и 39,76% соответственно ( $p>0,05$ ). Чаще слу-

чался ИМ в области передней стенки левого желудочка (ЛЖ): I- 44,3% против нижней 35,8% ( $p>0,05$ ) и боковой 20,0% ( $p<0,05$ ), II- 43,37% против нижней 34,94 ( $p>0,05$ ) и боковой 21,69% ( $p<0,05$ ). Достоверно чаще в первой выборке ( $p<0,05$ ) встречалось поражение крупных артерий, по сравнению со второй, где равномерно поражены артерии крупного и мелкого калибра: 79,09% и 20,91% против 50,98% и 49,02%. Пациенты I группы имели существенно более низкую фракцию выброса (ФВ) ЛЖ по сравнению со II: 42,9±1,01 против 51,4±1,26 ( $p<0,05$ ). Конечный диастолический и систолический размеры (КДР и КСР) ЛЖ были больше при стенозе стента, чем стенозе КА вне его: 48,9±0,94 против 51,4±0,82% ( $p<0,05$ ) и 38,2±1,01 против 35,4±0,96% ( $p<0,05$ ). Острая сердечная недостаточность Killip II-III класса в I группе в 26,4%, во II – в 14,7% ( $p<0,05$ ). Рецидивы ИМ по I в каждой группе. Наджелудочковые нарушения сердечного ритма (НСР) в I группе – 68,8%, во II 17,7% ( $p<0,05$ ). Желудочковые НСР чаще в первой выборке – 8,2% против 2,9% во второй ( $p<0,05$ ). Летальность в стационаре: при стенозе/тромбозе стента 11,8% против 3,9% при стенозе вне стента ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** 1. Повторный ИМ у стентированных больных развивается достоверно быстрее при нарушении проходимости стента. 2. Наличие хронической болезни почек, сахарного диабета может способствовать развитию тромбоза/стеноза стента. 3. Тромбируются/стенозируются чаще стенты в крупных артериях, преимущественно передней. 4. У пациентов с ИМ на фоне нарушения проходимости стента ниже ФВ ЛЖ, более тяжелое клиническое течение, выше летальность по сравнению с больными с тромбозом/стенозом вне его.

## ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лысых Е.А., Овсянникова С.В.,  
Яценко Е.А., Плохих А.Б.

Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет,  
Белгород

Хроническая боль – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, персистирующее в течение 3 и более месяцев.

**Цель исследования.** На основании литературных данных изучить применяемые методы лекарственной терапии для пациентов пожилого и старческого возраста для исключения полипрагмазии.

**Методы исследования.** В качестве источника материала были использованы сведения о характере

жалоб пациентов пожилого и старческого возраста при обращении к врачу (на основании анализа амбулаторных карт поликлиники), просмотры научных статей в журналах, учебников, интернет-ресурсы, информация, полученная при личном участии в конференции, посвященная проблемам фармакотерапии болевого синдрома у пожилых людей.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Данные о распространенности хронической боли у пациентов старше 60 лет в РФ отсутствуют.

По патогенетическому происхождению чаще встречаются скелетно-мышечная боль (40%) и периферическая нейропатическая боль (40%), среди которых чаще всего встречаются боли в пояснице или шее (65%) и хроническая боль в крупных суставах (20%).

Хроническая боль у пациентов старших возрастных групп всегда оказывает неблагоприятное воздействие на качество жизни, физический и психический статус пациентов, настроение, способность работать и возможность участвовать в социальной жизни. Снижение активности является тем самым фактором риска, который модулирует увеличение смертности у пациентов с хронической болью.

Согласно действующим клиническим рекомендациями по лечению хронической боли у пожилых пациентов, основными критериями, которые необходимо учитывать для назначения обезболивающей терапией являются:

1. Возрастные физиологические изменения, приводящие к измененному всасыванию лекарств и снижению почечной экскреции;

2. Сенсорные и когнитивные нарушения;

3. Полипрагмазия и полиморбидность, особенно связанные с такими хроническими состояниями, как когнитивные нарушения, нарушения походки;

4. Заболевания почек, легких;

5. Сердечно-сосудистые заболевания.

В качестве основных препаратов и групп препаратов используются:

а) В качестве инициальной терапии – Парацетамол не более 3 г для пациентов старше 60 лет и не более 2 г для пациентов старше 80 лет;

б) НПВП коротким курсом до 14 дней с учетом рисков нежелательных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистого риска пациентам старше 60 лет;

в) Среди НПВП наиболее широким механизмом действия и минимальным количеством нежелательных побочных реакций имеют селективные ингибиторы ЦОГ-2 (ацеклофенак, мелоксикам).

г) ИПП пациентам старше 60 лет с хронической болью при выборе НПВП в качестве обезболивающей терапии с целью профилактики развития НПВП-гастропатии и ее осложнений;

Для лечения нейропатической боли целесообразно использовать:

а) Противосудорожные препараты (прегабалин 75 мг, габапентин 300 мг) пациентам старше 60 лет с нейропатической болью в минимальных дозировках

с последующим титрованием, тогда как применение карбимазепина не рекомендуется в связи с возможным развитием гипонатриемии и блокады синтеза антидиуретического гормона на фоне его приема.

б) Антидепрессанты (дулоксетин) пациентам старше 60 лет с хронической нейропатической болью и противопоказаниями и/или непереносимостью антиконвульсантов;

в) Комбинация противосудорожных препаратов и антидепрессантов пациентам старше 60 лет с нейропатической болью при неэффективности монотерапии указанными препаратами на протяжении 4-6 недель использования с целью достижения обезболивающего эффекта;

г) Использование препаратов с симптоматическим и медленным структурно-модифицирующим действием (хондроитин а сульфат, глюкозамин, Алфлутоп и др.), стимулирующих продукцию основных компонентов хряща, может замедлять дегенеративный процесс в позвоночнике и преодолевать тенденцию к хронизации боли в спине.

**Заключение.** Учитывая морфофункциональные изменения, наблюдающиеся во всех органах и системах, в том числе и опорно-двигательном аппарате организма, необходимо, воздействуя на определенные звенья патогенетической цепочки болевого синдрома, правильно купировать болевой синдром на длительное время без возникновения побочных эффектов, с целью сохранения качества жизни. Конечно, в практических условиях, данное условие не всегда получается выполнить (с учетом имеющихся коморбидных состояний), но всегда стоит к этому стремиться.

## ЧАСТОТА ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ TREC И KREC У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Любимова Н.Е.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

**Введение.** Эксцизионные кольца TREC (T-cell receptor excision circles) служат суррогатными маркерами созревания Т-клеток, недавно эмигрировавших из тимуса и слабо вовлекавшихся в процесс пролиферации или не делившихся совсем. TREC формируются в процессе V(D)J-реарранжировки, в результате которой часть генетического материала вырезается и замыкается в кольцо. Аналогично образуются KREC (kappa-deleting recombination excision circles) – В-клеточные эксцизионные кольца. KREC также являются суррогатным маркерами эффективности развития В-клеточного звена иммунной системы в процессе эмбриогенеза. В



ходе пролиферации клеток иммунной системы эксцизионные кольца остаются в одной из дочерних клеток, что и позволяет использовать их определение как показатель пролиферации лимфоцитов и суррогатный маркер нормального развития иммунной системы. Определение концентрации TREC и KREC в периферической крови можно использовать для выявления первичных или приобретенных иммунодефицитов, а также заболеваний таких как новая коронавирусная инфекция. Однако для выявления иммунодефицитных состояний требуется знать популяционные значения концентрации эксцизионных колец.

**Цель работы.** Определение значения TREC и KREC в крови условно здоровых жителей Санкт-Петербурга.

**Материалы и методы.** В работе использовали кровь условно здоровых добровольцев возрастом от 0 до 95 лет (всего 160 человек). Концентрацию TREC и KREC измеряли методом количественной ПЦР. Калибраторы для ПЦР любезно предоставлены Институтом химической биологии и фундаментальной медицины (Новосибирск, РФ). Для сравнения групп использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** В ходе исследования не было выявлено достоверной корреляции концентрации TREC или KREC от пола. В то же время наблюдали достоверную отрицательную корреляционную зависимость количества копий TREC/105 лимфоцитов или количества копий KREC/105 лимфоцитов от возраста. Коэффициент корреляции Спирмана для TREC составил  $r=-0,836$  ( $p<0,0001$ ); для KREC  $r=-0,641$  ( $p<0,0001$ ).

Для популяционного измерения концентрации TREC или KREC вся выборка была разделена на 7 возрастных групп: новорожденные, 3 месяца-9 лет, 10-19 лет, 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, старше 50 лет. Количество TREC/105 лимфоцитов для новорожденных составило  $38080\pm 4211$ , количество KREC было  $38491\pm 4062$ . В группе 0-9 лет концентрация TREC была  $30466\pm 4221$ , количество KREC –  $36294\pm 10149$ . Для 10-19 лет выявлено  $11080\pm 1812$  TREC/105 лимфоцитов и  $12425\pm 1948$  KREC/105 лимфоцитов. Для жителей возрастом 20-29 лет определена концентрация  $6838\pm 1277$  TREC/105 лимфоцитов и  $7464\pm 1484$  KREC/105 лимфоцитов. В 30-39 лет уровень TREC составил  $2543\pm 508,1$ , тогда как уровень KREC был  $4539\pm 717,2$ . У 40-49-летних определено  $1890\pm 335,5$  TREC/105 лимфоцитов и  $4877\pm 1304$  KREC/105 лимфоцитов. Для лиц старше 50 лет количество TREC составила  $1406\pm 239,4$ , тогда как было выявлено  $6763\pm 956,7$  KREC/105 лимфоцитов.

Все изучаемые параметры обоих показателей снижаются с возрастом. При этом не было статистически значимых различий между следующими группами: концентрация TREC у новорожденных и детей от 0 до 9 лет; концентрация KREC у новорожденных и детей от 0 до 9 лет; концентрация TREC у доноров от 10 до 19 лет и доноров 20-29 лет; концентрация KREC у доноров от 10 до 19 лет и доноров 20-29 лет; концентрация TREC

у доноров 30-39, 40-49, старше 50 лет; концентрация KREC у доноров 20-29, 30-39, 40-49, старше 50 лет.

Таким образом, наблюдается статистически значимые уменьшения содержания TREC в крови после 10 лет, а также после 30 лет.

Количество KREC достоверно уменьшается после 10 лет. Затем нет достоверных различий по количеству KREC между группами 20-29 лет и группами старше 30 лет. В то же время количество KREC в группе 10-19 лет достоверно выше по сравнению с взрослыми старше 30 лет. Для прояснения вопроса, происходит ли стабилизация количества эксцизионных колец в крови человека после какого-то определенного возраста, требуются дальнейшие эксперименты.

**Выводы.** В данной работе впервые были определены значения концентрации эксцизионных колец в периферической крови условно здоровых доноров Санкт-Петербурга. Эти данные возможно использовать для выявления различных иммунодефицитных состояний, как первичных, так и вторичных.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ДЕСМОГЛЕИНА 1 И 3 У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПЕМФИГУСОМ

Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В.,  
Алимухамедова Ю.А.

Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр  
дерматовенерологии и косметологии,  
Ташкент, Узбекистан

Вульгарный пемфигус (ВП) является самой частой разновидностью пемфигуса, насчитывающая более 80% случаев. ВП наиболее часто связан с антителами против десмоглеина 3 и в некоторых случаях к десмоглеину 1.

**Материалы и методы.** Исследование было выполнено на 10 больных с ВП в возрасте от 31 года до 60 лет, которые получили стационарное лечение РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Среди обследованных мужчин было 5 (50%), женщин – 5 (50%). У всех пациентов было зафиксировано обострение основного заболевания. Диагноз «ВП» был установлен на основании клинических и лабораторных данных и носил распространенный характер с поражением слизистой оболочки полости рта и кожи туловища.

IgG к Dsg 1 и Dsg 3 были исследованы методом ИФА.

**Результаты.** Среднее значение IgG к Dsg 1 у больных ВП составил  $18,79\pm 0,38$  нг/мл ( $p<0,05$ ), что превышало норму в 1,56 раз, среднее значение IgG к Dsg 3 –  $19,43\pm 0,64$  нг/мл ( $p<0,05$ ), что превышало норму в 1,62 раз. Повышение указанных десмоглеинов указывает на дермально-слизистый тип поражения за-

болевания. У мужчин Dsg 1 составил  $19,98 \pm 0,91$  нг/мл, Dsg 3 –  $19,12 \pm 0,26$  нг/мл, у женщин Dsg 1 и Dsg 3 –  $18,46 \pm 0,72$  и  $18,7 \pm 0,84$  нг/мл соответственно ( $p > 0,05$ ). Были исследованы показатели IgG к Dsg 1 и 3 в различных возрастных группах: у больных в возрасте 30-40 лет данные показатели составили  $19,65 \pm 0,32$  нг/мл и  $19,1 \pm 1,28$  нг/мл, в возрасте от 41 до 50 лет –  $18,8 \pm 0,4$  и  $18,97 \pm 1,3$  нг/мл, свыше 50 лет –  $17,83 \pm 0,92$  и  $19,93 \pm 0,69$  нг/мл, соответственно.

**Выводы.** У больных ВП отмечается достоверное повышение десмоглеинов 1 и 3, хотя между гендерными и возрастными значениями не отмечено достоверно значимых показателей.

## ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ARG72PRO ГЕНА TR53 НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Магамадов И.С., Скородумова Е.А.,  
Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б.,  
Сиверина А.В., Скородумова Е.Г.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

**Введение.** Поиск генетических детерминантов развития хронической сердечной недостаточности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями занимает важную часть в концепции персонализированной медицины. Хроническая ишемия миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) приводит к генетически опосредованному апоптозу потенциально жизнеспособных кардиомиоцитов. Наличие полиморфизмов в гене Tr53 может влиять на степень активности апоптоза.

**Цель.** Оценить частоту развития неблагоприятных событий у пациентов с ИБС после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) в течение 12 месяцев в зависимости от полиморфизма Arg72Pro гена апоптоза (Tr53).

**Методы исследования.** В исследование было включено 89 больных, поступивших в ГБУ СПбНИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе с 2018 по 2021 годы с диагнозом ИБС для выполнения операции АКШ. Всем пациентам проводилась эхокардиография для оценки фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), коронарография для определения анатомии коронарного русла (КР) и оценивалась частота встречаемости полиморфизма Arg72Pro гена Tr53 методом полимеразной цепной реакции. Результаты статистически обработаны.

**Результаты.** В зависимости от полиморфизма Arg72Pro гена Tr53 пациенты были разделены на 2 группы. В первой (I) группе – 61 человек, носители генотипа arg/arg и arg/pro: 77% мужчин, 23% женщин, средний возраст  $64,6 \pm 1,0$  года. Во второй (II) – 28 человек с генотипом pro/pro: 79% мужчин, 21% женщин, средний возраст  $59,6 \pm 2,2$  года. Тяжесть поражения КР определялась по шкале SYNTAX I, среднее количество баллов в I выборке составляло  $33,1 \pm 3,6$ , во II –  $29,5 \pm 1,5$ , соответственно ( $p > 0,05$ ). В I выборке АКШ с искусственным кровообращением (ИК) выполнялась у 78% пациентов по сравнению с 54% во II. Среднее время ИК в I группе составило  $62,1 \pm 4,3$  минуты, а в II –  $57,8 \pm 7,9$  ( $p > 0,05$ ). ФВ ЛЖ перед операцией была сопоставима в обеих группах:  $58,0 \pm 1,6\%$  в I и  $56,8 \pm 1,1\%$  – во II ( $p > 0,05$ ). Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) в отдаленном периоде наблюдения в I группе развилась у 19 (32,2%) больных, тогда как во II – только у 3 (10,7%) (ОШ 3,96; 95% ДИ: 1,06-14,76;  $p = 0,036$ ). Острый коронарный синдром был диагностирован у 10,2% пациентов из I группы и у 3,6% из II ( $p > 0,05$ ). Летальность за период наблюдения составила 23,0% в I группе и 3,6% – во II (ОШ 8,04; 95% ДИ: 1,02-64,58;  $p = 0,031$ ).

**Заключение.** У пациентов с ИБС, подвергшихся операции АКШ, частота ОДХСН в течение 12 месяцев наблюдения регистрировалась в 4 раза, а общая летальность в 8 раз выше у носителей генотипа arg/arg и arg/pro по сравнению с генотипом pro/pro гена Tr53.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ ПО ШКАЛЕ КОНСТАНТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Майко О.Ю., Ткаченко И.В.  
Оренбургский государственный  
медицинский университет,  
Оренбург

Остеoarthritis (OA) является наиболее распространенным ревматическим заболеванием, при котором наряду с поражением коленных и тазобедренных суставов, отмечается частое вовлечение в процесс плечевых суставов. Так, по поводу боли в плечевом суставе к врачам поликлиники обращаются 16% пациентов с патологией костно-мышечной системы. OA плечевого сустава характеризуется хронизацией болевого синдрома, причины боли разнообразны из-за сложного морфологического строения сустава и обусловлены: остеоартритом, поражением мышц вращательной манжеты, в том числе тендинитами, полным или частичным разрывом сухожилий мышц плечевого пояса, кальцинирующим тендинитом, адгезивным капсулитом, нестабильностью

плечевого сустава. Обострение ОА плечевого сустава приводит к нарушению функциональной активности всей верхней конечности, выраженному ухудшению параметров качества жизни (КЖ) пациентов и является частой причиной временной утраты трудоспособности. Для уточнения состояния пациента и оценки функции плечевого сустава используется опросник Константа – 100-балльная шкала, содержащая вопросы для оценки выраженности боли, некоторых аспектов повседневной активности, мобильности, положения руки, мышечной силы. Указанный тест применяется и содержит четыре подраздела: болевой синдром (15 баллов), ежедневная активность (20 баллов), мышечная сила (25 баллов), и амплитуда движений (поднимание, вращение наружу, абдукция (отведение) и вращение плеча внутрь (40 баллов)). Чем выше количество набранных баллов, тем выше качество функционирования (минимальное - 0, максимальное-100 баллов).

**Цель.** Оценить клинические показатели и параметры КЖ у больных ОА плечевых суставов в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 30 пациентов с диагнозом ОА плечевого сустава, обратившихся в поликлинику по поводу боли и нарушения функции в плечевом суставе. Диагноз ОА устанавливали на основании критериев ACR (1991). Критерии включения: ОА 1-2 стадии с выраженностью болевого синдрома в пораженном суставе  $\geq 40$  мм по ВАШ, информированное согласие пациента. Проводилась оценка клинических показателей и параметров КЖ по шкалам ВАШ и Константа. Критерии исключения: ревматологические заболевания другой этиологии, травматические повреждения плечевых суставов, тяжелая соматическая патология, онкологические заболевания, локальная терапия глюкокортикостероидными препаратами в течение 3 месяцев до начала исследования.

Оценивали выраженность болевого синдрома и общее состояние пациента (ООСП) по ВАШ (мм) и шкале Константа, боль в области плеча в покое, при движении, ночную боль, и степень нарушения объема движений (отведение, сгибание, наружное и внутреннее вращение) плечевых суставов при помощи гониометра в градусах.

**Результаты.** При обострении ОА плечевого сустава, наряду с выраженным болевым синдромом, выявлено значительное снижение параметров КЖ по опроснику Константа. Исходно суммарное значение составило  $37,03 \pm 14,86$  баллов и характеризовалось как «неудовлетворительное» функциональное состояние пациентов. Умеренные или выраженные нарушения выявлены у 90%, затруднения при уходе за собой – у 60%, при выполнении повседневной активности – у 76,7%. Выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое составила  $40,5 \pm 3,1$  мм, при движении  $70,67 \pm 19,23$  мм, ВАШ ООСП  $50,36 \pm 3,5$  мм, причем все пациент отмечали нарушение ночного сна, снижение повседневной активности, невозможность заниматься спор-

том, а у большинства (86,7%) пациентов выявлялись тревога и депрессия. Наиболее значимые отклонения отмечались по шкале Константа по разделам «боли» –  $5,74 \pm 1,81$ , «функциональных ограничений» –  $10,16 \pm 3,6$  и амплитуды сгибательных и ротационных движений –  $2,6 \pm 0,93$  и  $3,1 \pm 0,68$  баллов. Показатели по амплитуде движений в пораженном суставе: сгибание, разгибание, наружная и внутренняя ротация соответствовали «наихудшим значениям».

Таким образом, шкалы ВАШ и Константа могут использоваться в качестве дополнительного инструмента оценки клинического состояния пациента, а также эффективности проводимой терапии с точки зрения не только физического состояния, но и некоторых психологических аспектов. Ухудшение всех клинических показателей и параметров КЖ у обследованных пациентов с ОА плечевых суставов 1-2 ст. свидетельствует о выраженном болевом синдроме, ухудшение функциональной активности, приводящих к снижению психологического состояния, что ставит вопрос о необходимости подбора наиболее рациональной тактики лечения таких пациентов в условиях поликлиники.

**Заключение.** Шкалы ВАШ и Константа целесообразно использовать в качестве дополнительных инструментов оценки клинического состояния пациента, которые позволяют выявить выраженность альгофункциональных изменений и некоторые аспекты КЖ при ОА плечевого сустава в условиях поликлиники.

## АССОЦИАЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Джеломанова Е.С.  
Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецкое клиническое территориальное  
медицинское объединение,  
Донецк

Климактерический синдром (КС) включает в себя ранние, средневременные и поздние нарушения. В свою очередь, ранние проявления делятся на вегето-сосудистые и эмоционально-психические. Следует отметить, что в развитии нарушений у женщин в постменопаузальный период немаловажную роль отводят снижению сывороточной концентрации витамина D. При этом исследования связи дефицита витамина D с развитием постменопаузальных осложнений в подавляющем большинстве случаев посвящены развитию поздних нарушений, таких как остеопороз.

**Цель работы.** Исследовать ассоциации сывороточного содержания прогормональной формы витамина D 25(OH)D с частотой регистрации и тяжестью



отдельных симптомов климактерического синдрома у женщин в ранней постменопаузе.

**Материал и методы.** Обследовано 229 женщин в возрасте от 48 до 57 лет с длительностью постменопаузы до 5 лет и наличием КС, выявленным при клиническом обследовании. Наличие и выраженность нарушений психосоциальной сферы, соматических, вазомоторных симптомов и нарушений сексуальной сферы оценивали по шкале Грина. В сыворотке крови обследованных лиц определяли концентрации 25(ОН)D. В зависимости от сывороточного уровня витамина D женщины были распределены в 2 группы: норма (30 нг/мл и более) или недостаточность (от 20 до <30 нг/мл) – 87 женщин, умеренный дефицит (от 10 до <20 нг/мл) или тяжелый дефицит (ниже 10 нг/мл) – 142 женщины.

**Результаты и обсуждение.** Анализ тяжести течения климактерического синдрома показал достоверное ( $p=0,008$ ) повышение итоговой оценки по шкале Грина среди женщин с дефицитом 25(ОН)D. Медиана и первый-третий квартили итогового показателя тяжести течения КС в группе составляют 20 [15,0; 25,0] баллов. Аналогичные показатели на фоне нормального содержания витамина D или недостаточности его равны 17 [12,0; 21,5] баллов.

Анализ частоты отдельных симптомов шкалы Грина показал, что женщины с дефицитом 25(ОН)D достоверно чаще отмечают чувство усталости или недостатка энергии – 70,4±3,8% против 55,2±5,3% у лиц с нормальным уровнем витамина D или его недостаточностью ( $p=0,03$ ), чувство недовольства или депрессию – 83,8±3,1% против 67,8±5,0% ( $p=0,009$ ), потерю интереса к сексу – 27,5±3,7% против 14,9±3,8% ( $p=0,037$ ).

Кроме того, дефицит сывороточного витамина D сопровождается повышением тяжести нарушения сна ( $p=0,016$ ), приступов тревоги и паники ( $p=0,026$ ), чувства усталости или недостатка энергии ( $p=0,007$ ), чувства недовольства или депрессии ( $p=0,014$ ), приливов ( $p=0,005$ ), а также более выраженным нарушением сексуальной сферы, заключающимся в потере интереса к сексу ( $p=0,022$ ), и достоверным повышением степени нарушения психосоциальной сферы ( $p=0,001$ ).

Таким образом, установлено достоверное ( $p<0,01$ ) повышение итоговой оценки по шкале Грина среди женщин с КС с наличием умеренного или тяжелого дефицита витамина D. В вышеуказанной группе достоверно чаще ( $p<0,05$ ) регистрируются чувства усталости или недостатка энергии, недовольства или депрессии, потеря интереса к сексу. Кроме того, у женщин с дефицитом 25(ОН)D регистрируется достоверное ( $p<0,05$ - $p<0,01$ ) повышение тяжести нарушения сна, приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, приливов и потери интереса к сексу. Полученные данные подтверждаются немногочисленными работами, описывающими достоверное ( $p<0,001$ ) повышение частоты приливов среди женщин в менопаузе с уровнем 25(ОН)D ниже 20 нг/мл. Установленная в исследовании более высокая частота и тяжесть

симптомов психоэмоциональной сферы при дефиците витамина D также согласуется с работами других авторов, установивших влияние дефицита 25(ОН)D на возникновение депрессии у женщин в перименопаузе, а также положительный эффект приема витамина D в лечении или профилактике депрессии в постменопаузе. Установленные ассоциации дефицита витамина D с нарушением сна подтверждают отдельные исследования, указывая, что низкий уровень 25(ОН)D с высокой степенью вероятности обуславливает риск нарушения сна, короткую его продолжительность и сонливость.

**Выводы.** Установлено, что климактерический синдром на фоне дефицита витамина D у женщин в ранней постменопаузе сопровождается достоверным повышением частоты ( $p<0,05$ ) регистрации чувства усталости или недостатка энергии, недовольства или депрессии, потери интереса к сексу. В группе женщин с дефицитом 25(ОН)D отмечается также достоверное ( $p<0,05$ - $p<0,01$ ) повышение итоговой оценки по шкале Грина, выраженности нарушения сна, приступов тревоги и паники, чувства усталости или недостатка энергии, чувства недовольства или депрессии, приливов и потери интереса к сексу. Результаты исследования целесообразно использовать при назначении лечебно-профилактических мероприятий женщинам с климактерическим синдромом.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНЫХ ЭРИТРОЦИТОЗОВ

Макаревич М.Д.<sup>1</sup>, Поляков А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский  
государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

Эритроцитоз – синдром, включающий в себя увеличение гематокрита, количества эритроцитов и гемоглобина в крови. Выделяют первичные эритроцитозы, при которых имеет место немотивированное усиление нормального эритропоэза в результате наследственно обусловленной гиперпродукции эритропоэтина (ЭП) или изменение реактивности рецепторов к кислороду в продуцирующих ЭП клетках, и вторичные эритроцитозы, которые делятся на относительные, сопровождающиеся уменьшением объема циркулирующей плазмы и абсолютные, обусловленные увеличением массы циркулирующих эритроцитов. Наиболее частые причины, приводящие к развитию вторичных эритроцитозов, связаны с тканевой гипоксией, гормональными и иммунологическими изменениями, или автономной, внепочечной продукцией ЭП злокачественными опухолями. Актуальность изучения эритроцитозов обусловлена вопросами дифференциальной диагностики, в первую очередь, с истинной полицитемией, так как методы их лечения различны.

Истинная полицитемия (ИП) – заболевание системы кроветворения, в результате которого неопластический клон клеток-предшественниц создает гиперреактивное состояние кроветворения, полностью или частично не управляемое физиологической системой регуляции эритропоэза. Клинические проявления вторичных эритроцитозов во многом схожи с симптоматикой ИП: головные боли, плохой сон, боли в сердце и нижних конечностях, при выраженной плеторе – одышка, сердцебиение, нарушения зрения, цианоз, гепатомегалия и т.п. Различие состоит в патогенезе ИП и эритроцитозов: если при ИП наблюдается спонтанный рост эритроидных предшественников, то при вторичных эритроцитозах они растут только в присутствии ЭП. Это же различие подтверждают и лабораторные исследования плазмы крови и мочи, где ЭП снижен при ИП и повышен при большинстве вторичных абсолютных эритроцитозов.

Фактором, регулирующим синтез ЭП в почках, является соответствие между потребностью почечной ткани в кислороде и ее обеспечении им. Любые формы гипоксии могут приводить к увеличению продукции ЭП. Хотя все гипоксические эритроцитозы по происхождению являются физиологически целесообразными, их компенсаторные возможности ограничиваются уровнем гематокрита. Наибольшая эффективность транспорта кислорода, и его доставка в ткани достигается при гематокрите 45%. При дальнейшем подъеме гематокрита транспорт кислорода и оксигенация тканей ухудшаются, нарастает величина сосудистого сопротивления сосудов, что становится препятствием для адекватного кровотока органов и тканей. Следовательно, вторичные эритроцитозы необходимо рассматривать и как состояние повышенного риска циркуляторных, тромбогеморрагических заболеваний легких, головного мозга, сердечно-сосудистой системы, то есть их патологическим проявлением. Более того, при вторичных эритроцитозах обнаруживается дефект иммунного (Т-клеточного) надзора, например, у лиц, страдающих горной болезнью, что позволяет рассматривать вторичный эритроцитоз как вариант Т-клеточного иммунодефицита. Также при «высотных» эритроцитозах определенную роль может иметь изменение гормонального фона: повышенное содержание катехоламинов в крови ускоряет пролиферацию и созревание колоний эритроидных предшественников, что создает ситуацию повышенного потребления ЭП.

Таким образом, вторичный эритроцитоз – интегральное патологическое состояние не только системы кроветворения, но и других органов и систем. Важным звеном дифференциальной диагностики вторичного эритроцитоза является изучение эритропоэтинзависимого роста эритроидных колоний, в то время как эритроцитоз при ИП отображает клональное миелопролиферативное заболевание. Уровень ЭП в плазме крови на начальных стадиях развития этого заболевания также может быть диагностическим признаком.

## ЛАКТОФЕРРИН МОЧИ КАК МАРКЕР ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Малаева Е.Г.

Гомельский государственный  
медицинский университет,  
Бобовичи, Беларусь

**Введение.** Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) представляют значительный практический интерес ввиду широкой распространенности, наличия осложнений. Подходы к лечению ИМВП претерпевают изменения. Если ранее считалось, что моча стерильна и выявление бактериурии приводило к необоснованному назначению антибиотиков, то в настоящее время внедрение новых методов исследования мочи доказало обратное: бессимптомная бактериурия представляет собой фракцию микробиоты, в норме заселяющую мочевые пути и выполняющую протективную роль. Лактоферрин является белком острой фазы воспаления, входит в состав всех биологических жидкостей организма, оказывает не только прямое бактерицидное действие за счет нарушения метаболизма железа бактерий, но и является одним из компонентов иммунной системы организма, принимает участие в системе неспецифического гуморального иммунитета, регулирует функции иммунокомпетентных клеток.

**Цель исследования.** Определить уровень лактоферрина мочи у пациентов с ИМВП и бессимптомной бактериурией.

**Материалы и методы.** Госпитализированным пациентам с циррозом печени проведено клиническое обследование, стандартное инструментальное и лабораторное исследование, в том числе общего анализа мочи, мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам с использованием традиционных методик микробиологического исследования в двух последовательных анализах в течение 48 ч от момента поступления в стационар. Концентрация лактоферрина определялась при помощи твердофазного иммуноферментного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Уровень лактоферрина в моче у пациентов с ИМВП (n=12) по сравнению с пациентами с бессимптомной бактериурией (наличие бактерий в средней порции мочи  $\geq 105$  КОЕ/мл в двух последовательных образцах у женщин и одном у мужчин без наличия клинических симптомов ИМВП) (n=26) достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Установлена прямая взаимосвязь между уровнем лейкоцитурии и лактоферрина мочи ( $R = 0,37, p = 0,002$ ).

**Выводы.** У пациентов с циррозом печени и ИМВП значительно возрастает уровень лактоферрина в моче, который может являться потенциальным маркером воспалительного процесса мочевых путей.

## МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Маликова А.Г.

Дагестанский государственный  
медицинский университет,  
Махачкала

Ежегодно в мире инсульты поражают от 5,6 до 6,6 млн. человек и уносят 4,6 млн. жизней. В России и странах СНГ смертность от инсульта остается одной из самых высоких в мире. В структуре мозговых инсультов доминирующее положение занимают ишемические нарушения мозгового кровообращения. Однако, летальность при геморрагических инсультах выше.

Здесь чрезвычайно интересно и важно изучение роли микроэлементов для нервной системы. Отклонения в содержании микроэлементов, вызванные пищевыми и экологическими факторами, соматическими заболеваниями, формируют неблагоприятный фон для дебюта геморрагического инсульта. Кроме того, вышеуказанные изменения могут предопределить направленность процесса восстановления, а также эффективность последующей реабилитации больных. Исследования ряда авторов показали, что нормализация баланса микроэлементов может стать ключевым компонентом терапии больных с геморрагическим инсультом, в том числе и в острейшую фазу заболевания. Разработка на этом фоне рекомендаций по коррекции микроэлементного состава крови у больных с геморрагическим инсультом может способствовать дальнейшему улучшению качества их лечения и снижению неблагоприятных медико-социальных последствий данного заболевания.

**Цель исследования.** Изучение спектра микроэлементов у больных с геморрагическим инсультом в динамике, выяснение роли отдельных микроэлементов в патогенезе и прогнозе заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 63 пациента с диагностированным острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Контрольную группу составили 24 больных с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии сопоставимые по полу и возрасту. Причиной кровоизлияния во всех случаях была артериальная гипертензия. Все больные доставлялись в стационар службой скорой помощи в 1-2 сутки заболевания. Неврологическое обследование больных проводилось одновременно с забором крови на 1, 3, 7, 12, 20 и 25 сутки заболевания. Изучались выраженность менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов в динамике. Тяжесть больных оценивалась по шкале комы Глазго.

В ходе госпитального наблюдения было зарегистрировано 19 случаев смерти (летальность 30,2%), благоприятный госпитальный исход геморрагического инсульта был отмечен у 44 больных.

**Результаты.** Анализ микроэлементного состава плазмы периферической крови в первые сутки с момента возникновения геморрагического инсульта показал, что с риском летального исхода, в той или иной степени, были связаны 19 исследованных элементов. Исходная концентрация 11 из них (скандий, марганец, железо, медь, германий, мышьяк, иттрий, кадмий, олово, сурьма и цезий) у больных с летальным исходом инсульта была существенно ниже, чем у пациентов контрольной группы. Концентрации селена, брома, молибдена, осмия, иридия, золота, ртути и таллия у больных с летальным исходом были, напротив, существенно выше. Кроме того, сравнение концентраций у больных с благоприятным и у больных с летальным исходом инсульта позволило выделить микроэлементы, специфически связанные с фактом смерти (выше или ниже в группе больных с летальным исходом при нормальном уровне у больных с благоприятным исходом). В их числе оказались такие элементы, как скандий, железо, медь, германий, селен, иттрий, олово и цезий. В остальных случаях, концентрация элементов была выше/ниже как у больных с благоприятным, так и с летальным исходом инсульта, отличалась лишь величиной изменения.

**Выводы.** Таким образом, можно констатировать, что низкие концентрации скандия, железа, меди, германия, иттрия, олова, цезия и, напротив, высокая концентрация селена, зарегистрированные в первые сутки с момента возникновения геморрагического инсульта являются независимыми предикторами летального исхода заболевания. Низкие концентрации марганца, мышьяка, кадмия, сурьмы, как и высокие концентрации брома, молибдена, осмия, иридия, золота, ртути и таллия определяют высокий риск смерти параллельно с тяжестью инсульта.

## УРОВЕНЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Маликова А.Г.

Дагестанский государственный  
медицинский университет,  
Махачкала

В организме человека обнаружен 81 элемент. При этом 15 из них (железо, йод, медь, цинк, кобальт, хром, молибден, никель, ванадий, селен, марганец, мышьяк, фтор, кремний, литий) признаны эссенциальными, т.е. жизненно необходимыми, выполняющими каталитическую и регуляторную функции, участвуя во



всех видах обмена веществ. Четыре других (кадмий, свинец, олово, рубидий) являются «серьезными кандидатами на эссенциальность». Участие микроэлементов в физиологических процессах организма весьма многообразно. Не является исключением и ситуация геморрагического инсульта.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей геморрагического инсульта в сопоставлении с изменением спектра микроэлементов, выяснение роли отдельных микроэлементов в патогенезе и прогнозе заболевания.

**Материалы и методы.** Были обследованы 63 пациента с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу, острейший период. Этиологическим фактором инсульта во всех случаях была артериальная гипертензия. Неврологическое обследование больных проводилось одновременно с забором крови. Забор крови осуществлялся на 1-3, 7, 12, 20, 25 сутки заболевания. Анализ крови проводился методом масс-спектрометрии. Определялись концентрации 50 микроэлементов. В ходе научной работы проводилось сравнение микроэлементного состава плазмы крови больных с геморрагическим инсультом и контрольной группы, в которую вошли 24 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии.

**Результаты.** В ходе исследования среди больных с благоприятным исходом инсульта (выписанных из стационара) были выделены две группы пациентов: 1. больные с минимальным неврологическим дефицитом при выписке; 2. больные с грубым неврологическим дефицитом при выписке.

При поступлении у больных указанных групп концентрации большинства микроэлементов не различались. В то же время, у больных с грубым неврологическим дефицитом при поступлении отмечены сравнительно высокие концентрации меди и ванадия (эссенциальные микроэлементы), брома и висмута (токсические микроэлементы), германия и стронция (микроэлементы с неопределенной функцией). А концентрации марганца, железа и молибдена (все эссенциальные) в этой группе, напротив, были заметно ниже.

Наряду с исходными значениями проводилось изучение изменения концентрации микроэлементов в различные сроки после инсульта. Проведенный анализ показал, что изменение концентрации большинства микроэлементов не было линейным. В ряде случаев изменение было U- или П-образным, ступенчатным, пилообразным. Так, например, концентрация лития при поступлении у больных 1 группы не отличалась от таковой у больных 2 группы. В дальнейшем, у больных 1 группы концентрация данного микроэлемента увеличивалась, достигая максимума к 7-12 суткам, и резко снижалась к 20 суткам наблюдения. Напротив, у больных 2 группы в первые дни после возникновения заболевания отмечалось резкое снижение концентрации лития. В последующем же уровень лития не только

достигал исходного уровня, но и заметно повышался к концу госпитального периода наблюдения. Подобное, резкое снижение концентрации микроэлементов (магний, ванадий, бром цирконий, палладий и др.) на 3-6 сутки после возникновения инсульта было характерно, главным образом, для больных с грубым неврологическим дефицитом. В некоторых случаях резкое снижение концентрации микроэлементов (бор, галлий, вольфрам) наблюдалось, в том числе, и у больных с минимальным неврологическим дефицитом, хотя и было выражено в меньшей степени. Кроме того, резкое снижение концентрации калия, хрома и олова у больных 2 группы сопровождалось повышением уровня этих элементов у больных 1 группы. Для части элементов (титан, никель, цинк, лантан, платина и уран), напротив, было характерно резкое увеличение их концентрации у больных с грубым неврологическим дефицитом на 3-6 сутки наблюдения. Причем у больных с минимальным неврологическим дефицитом подобное повышение концентрации этих микроэлементов не наблюдалось, что указывает на неблагоприятное значение резкого повышения ряда элементов в прогнозе развития геморрагического инсульта.

**Выводы.** Таким образом, концентрации практически всех микроэлементов в острейший и острый периоды геморрагического инсульта изменяются. Кроме этого выявлены достоверные изменения концентраций микроэлементов плазмы крови в зависимости от сроков и исходов заболевания. Анализ концентрации отдельных микроэлементов в динамике развития инсульта позволит связать их изменение с клиническим исходом заболевания, т.е. степенью неврологического дефицита. Выявление такой связи позволит использовать данные об изменении концентрации микроэлементов для прогнозирования клинического исхода инсульта, что, в свою очередь, может служить основанием для изменения тактики лечения. Кроме того, анализ изменения микроэлементов позволит ближе подойти к разработке средств, корригирующих концентрацию микроэлементов путем их дополнительного введения или, наоборот, хелации.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ PCSK-9

Маль Г.С.

Курский государственный  
медицинский университет,  
Курск

**Актуальность.** На протяжении длительного времени сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), явля-

ются основной причиной смерти населения во всем мире. В 2020 году смертность от ССЗ в Российской Федерации достигла 644 случая на 100 тысяч населения. Основное звено в лечении ИБС – вторичная профилактика таких осложнений, как острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости сердца, ишемическая кардиомиопатия. Доминирующей задачей вторичной профилактики ИБС является достижение целевых показателей атерогенных липопротеидов. В 2019 году европейская ассоциация кардиологов предложила актуальные на сегодняшний день целевые показатели липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) для группы очень высокого сердечно-сосудистого риска: менее 1,4 ммоль/л. Для достижения данных значений рекомендуют использовать максимально переносимую дозировку ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины), а также новую революционную группу гиполипидемических препаратов – моноклональные антитела, являющиеся ингибиторами белка пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9) и позволяющими достичь целевые показатели ХС ЛПНП более чем у 90% пациентов.

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

**Материалы и методы.** Исследование проведено в кардиологическом отделении ГБУЗ МО «Московская областная больница им. проф. Розанова В.Н.» (Московская область, г. Пушкино). Всего обследовано 59 больных ИБС мужского пола (средний возраст  $53,42 \pm 5,38$  года) из группы очень высокого сердечно-сосудистого риска. Все участники исследования были сопоставимы по основным показателям липидного спектра и разделены на 2 группы в зависимости от сопутствующих заболеваний: 1 группа (n=28) пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) ША-IV стадии (СКФ  $59-15$  мл/мин/ $1,72$  м<sup>2</sup>), 2 группа (n=31) больные ИБС без значимой ХБП (СКФ  $>60$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>). До начала исследования все участники не менее 2 месяцев принимали максимально переносимую дозировку аторвастатина и не достигли целевых показателей ХС ЛПНП (0,05) ммоль/л соответственно, после окончания исследования  $1,32 \pm 0,24$  и  $1,16 \pm 0,21$  ( $p > 0,05$ ) ммоль/л соответственно. У всех исследуемых пациентов значимо увеличилась СКФ. В 1 группе на  $14,34\%$  с  $36,68 \pm 5,21$  до  $41,94 \pm 6,03$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>, во 2 группе на  $9,40\%$  с  $66,13 \pm 4,27$  до  $72,35 \pm 5,84$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>. При корреляционном анализе выявлена достоверная положительная взаимосвязь между динамикой снижения уровня ХС ЛПНП и их белком-переносчиком аполипопротеином В в обеих группах ( $r=0,623$   $p < 0,01$  и  $r=0,514$   $p=0,049$ ).

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

## ОЦЕНКА ЛЕГОЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ

Мановицкая Н.В.<sup>1</sup>, Бурак О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский медицинский университет,  
<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр  
пульмонологии и фтизиатрии,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценка функциональных показателей и эффективности лечения пациентов с прогрессированием внутригрудного саркоидоза.

**Материалы и методы.** Обследовано 35 пациентов с прогрессирующим течением внутригрудного саркоидоза (легочно-медиастинальная форма) по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК), 17 мужчин и 18 женщин, возраст 39 лет [31 год; 48 лет] (от 27 лет до 64 лет), анамнез заболевания 3,5 года [2,0 года; 6,5 лет] (от 2,0 лет до 12,0 лет). Гистологически саркоидоз был подтвержден в 100% случаев. Все пациенты предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке разной степени выраженности, 8 пациентов – на сухой кашель, 5 пациентов – на слабость и усталость. Оценивались результаты бодиплетизмографии, диффузионная способность легких (ДСЛ). Всем пациентам со снижением ДСЛ был назначен курс терапии глюкокортикостероидами (ГКС) – метилпреднизолон в начальной дозе 20-24 мг/сут. с постепенным снижением дозы, длительность курса 12 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** У обследованных пациентов общая емкость легких (ОЕЛ) составила 94% [89%; 102%] (Ме [25%; 75%]), что соответствует норме. При этом не было выявлено снижения медианы ЖЕЛ (92% [80%; 107%]) и увеличения ООЛ (95% [86%; 112%]). Рестриктивные нарушения определялись у 6 пациентов (17,1%; 95% ДИ 4,6-29,6). По данным КТ ОГК у 7 пациентов имелись признаки пневмофиброза. В структуре нарушений вентиляционной функции легких преобладали нарушения по обструктивному типу на уровне мелких бронхов – МОС75 39% [30%; 47%], снижение показателя определялось у 29 пациентов (82,8%; 95% ДИ 70,3-95,3). При этом значения ОФВ1 составили 79% [70%; 90%]. ДСЛ была снижена и составила 67% [51%; 79%], диапазон от 26% до 92%. Снижение ДСЛ выявлено у 27 из 35 пациентов (77,1%; 95% ДИ 63,2-91,1). После завершения курса ГКС-терапии у 21 пациента из 27 (77,8%; 95% ДИ 62,1-93,4) была получена выраженная положительная клиничко-рентгенологическая динамика процесса в легких в виде уменьшения количества очагов диссеминации и исчезновения или уменьшения выраженности одышки. У 6 пациентов (22,2%; 95% ДИ 6,5-37,9) определялась слабо выраженная положительная динамика или отсутствие динамики патологического процесса (стабилизация) по данным КТ ОГК, все

пациенты с волнообразным течением саркоидоза, которые ранее получали не менее 2-х курсов лечения ГКС. Повторное прогрессирование процесса в легких в виде нарастания количества очагов диссеминации через 4-6 месяцев после завершения лечения наблюдалось у 4 пациентов (14,8%; 95% ДИ 1,4-28,2).

**Выводы.** Прогрессирование саркоидоза легких по данным КТ ОГК сопровождалось преимущественно obstructивными нарушениями легочной вентиляции и снижением ДСЛ, назначение ГКС являлось эффективным у большей части пациентов.

## ДИНАМИКА ЛОКОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗАНЯТИЙ В РОБОТИЗИРОВАННОМ КОМПЛЕКСЕ ЭКЗОСКЕЛЕТ

Марусич И.И.<sup>1</sup>, Власенко С.В.<sup>1</sup>, Голубова Т.Ф.<sup>1</sup>,  
Османов Э.А.<sup>1</sup>, Власенко Ф.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт  
детской курортологии, физиотерапии  
и медицинской реабилитации,  
Евпатория,

<sup>2</sup>Научно-клинический центр  
«Технологии здоровья и реабилитации»,  
Симферополь

Развитие самостоятельной ходьбы и эффективности походки детей с церебральным параличом, гарантирующих их независимость в повседневной жизни, часто находятся в центре внимания терапевтических вмешательств.

**Цель исследования.** Изучение динамики локомоторных навыков у больных с детским церебральным параличом под влиянием занятий в роботизированном комплексе экзоскелет.

**Материал и методы.** Объект исследования: 12 подростков со спастическими формами ДЦП, из них гемипаретическая форма 6 чел, спастическая диплегия 6 чел. Возраст: от 12 до 18 лет, (мальчики 5 чел, девочек 7 чел, рост: от 147 см до 175 см, длина голени от пола до середины колена: от 40 см до 45 см). Время тренировки: от 10 мин до 60 мин, Скорость ходьбы: На начальном этапе составляла не более 0,76 м/сек. На последующих тренировках (каждые последующие 2-3 занятий) проводилась ступенчатая интенсификация занятий за счет повышения темпа ходьбы, увеличения длительности сеанса и отказа от вспомогательных средств передвижения. Курс: 15 занятий. Среднее количество шагов за 1 занятие: 1496 шагов Среднее расстояние, преодолеваемое за 1 занятие: 823 метра Средняя длина шага: 0,55 м Средний темп ходьбы: 85 шагов в минуту.

**Результаты и их обсуждение.** После занятий в экзоскелете у больных достоверно произошло сниже-

ние спастичности, приблизившись к состоянию нормотонуса,  $p < 0,01$ . Кроме того, дети достоверно больше провели время, занимаясь лечебной гимнастикой, что также способствовало активизации мышечной деятельности. Отмечается положительная тенденция в снижении активности патологических тонических рефлексов, улучшении двигательных возможностей по шкале GMFCS. Таким образом, после занятий в экзоскелете » удалось снизить спастичность, восстановить объемы движений в суставах конечностей. При проведении повторного ЭМГ-исследования после полного курса реабилитации выявлено достоверное улучшение показателей биоэлектрической активности обследуемых мышц по амплитудно-частотным характеристикам. При этом отмечалась тенденция к нормализации коэффициентов координационных взаимоотношений (коэффициентов синергии, реципрокности).

**Вывод.** Занятия в экзоскелете является эффективным методом лечения, позволяющим устранить патологические установки в нижних конечностях, восстановить физиологический объем движений в суставах конечностей, развить новые двигательные возможности у больного ребенка. У больных ДЦП выявлено достоверное улучшение показателей биоэлектрической активности обследуемых мышц по амплитудно-частотным характеристикам. При этом отмечалась тенденция к нормализации коэффициентов координационных взаимоотношений (коэффициентов синергии, реципрокности).

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА И АДАЛИМУМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценить комплексную динамику основных клинических и лабораторных показателей активности ревматоидного артрита (РА) на фоне комбинированной терапии метотрексата (МТ) и адалимумаба.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в ревматологическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Пациентов обследовали по стандартной программе, включающей оценку влияния терапии через 3, 6 и 12 мес. на уровне клинико-лабораторных параметров активности РА. В исследование включены 76 пациентов (63 женщин и 13 мужчин) с достоверным диагнозом РА согласно критериям Американской коллегии ревматологов/Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR, American College of



Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г., средний возраст  $44,6 \pm 9,9$  года, средняя длительность заболевания –  $11,2,4 \pm 3,4$  года. Активность заболевания определялась по индексу DAS28 (Disease Activity Score 28), выраженность боли – по шкале BPI (Brief Pain Inventory), выраженность усталости – по шкале FSS (Fatigue Severity Score). В зависимости от характера и интенсивности проводимой терапии все обследованные пациенты с РА ( $n=76$ ) были рандомизированы и распределены на две группы: I группа ( $n=37$ ) – пациенты, которые в качестве первого базисного препарата принимали МТ перорально 15 мг в неделю; II группа ( $n=39$ ) – пациенты, которым была назначена подкожная форма МТ 15 мг в неделю (мторторит – МТО). В зависимости от эффективности МТ спустя 3 месяца от начала терапии все пациенты I и II групп были разделены соответственно на три группы: I-группа 31 больных положительно реагирующих на терапию МТ и МТО – эти больные продолжали получать прежнюю терапию; II-группа – 24 пациента с неудовлетворительным эффектом на пероральный прием МТ, которым к терапии были добавлены лефлуномид 20 мг/сут., III-группа составляла 21 больных с неудовлетворительным эффектом на подкожную инъекцию МТО, которым к терапии были добавлены адалимумаб подкожно 40 мг в 2 нед.

**Результаты и обсуждение.** Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при сравнительной оценке общепринятых клинико-лабораторных параметров, отражающих активность РА, наиболее яркая положительная динамика указанных параметров активности РА к 12 мес. терапии имело место у пациентов III группы, на фоне комбинированного применения МТО и адалимумаба. При этом было выявлено, что частота состояний клинической ремиссии была заметно выше у пациентов третьей группы (у 43%), чем у пациентов I (у 21%) и II групп (у 26,0%).

**Выводы.** У пациентов с высокоактивными формами РА комбинированное применение МТО и адалимумаба является наиболее эффективной схемой для достижения конечной цели.

## МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НЕ ПОДДАЮЩИМ СТАНДАРТНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Матьянова Е.В., Гордеев А.В.

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

**Цель.** Представить спектр сопутствующих заболеваний у больных ревматоидным артритом (РА) с

неэффективностью предшествующей базисной противовоспалительной терапии (БПВП). Оценить тяжесть сопутствующих патологий при помощи индекса тяжести CIRS.

**Материалы и методы.** Была проанализирована медицинская документация 967 больных достоверным РА (критериям РА ACR/EULAR 2010), находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с января 2021 года по декабрь 2022 включительно, которым в связи с неэффективностью предыдущих БПВП решением клинико-экспертной комиссии было одобрено введение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) или таргетных синтетических БПВП (тсБПВП). При наличии повторных госпитализаций за указанный период учитывалась только последняя из них. Индексы коморбидности и степени тяжести CIRS рассчитывались с учетом тяжелого течения РА. Гендерный состав выборки: М/Ж 17,7/82,3%. Средний возраст пациентов  $50,8 \pm 14,6$  лет, медиана длительности РА 10 [5; 17] лет. Далее данные указаны в виде: n/%. Позитивность по РФ отмечалась у 757/78,3% больных, по АЦЦП – у 725/75%, наличие системных проявлений РА – у 497/51,4%. Преобладала II рентгенологическая стадия (452/46,7%) и II функциональный класс (766/79,2%). Системные глюкокортикоиды (ГК) в анамнезе и/или на момент осмотра принимали 771/79,3% человек, медиана средней дозы преднизолона составила 5 [5; 10] мг/сут.

**Результаты.** Сопутствующие заболевания были верифицированы у 925/95,7% больных. Самыми частыми из них оказались заболевания сердечно-сосудистой системы за счет гипертонической болезни (430/44,4%), при этом частоты ишемической болезни сердца (67/6,9%) и «сосудистых катастроф» в анамнезе (инфаркты/инсульты/тромбозы 60/6,2%) были ниже. Наиболее частые поражения ЖКТ: хронический гастрит имели 336/34,7% больных, язвенную болезнь желудка и/или 12перстной кишки в анамнезе – 77/8%, диагностированную желчекаменную болезнь – 37/3,8%, вирусный гепатит – 35/3,6%. Патология щитовидной железы отмечалась у 168/17,4% больных, в том числе хронический аутоиммунный тиреоидит – у 63/6,5%. Сахарный диабет II типа у 55/5,7%. Нервная система: подтвержденные неврологом дисциркуляторная энцефалопатия наблюдалась у 104/10,8% больных, а полинейропатия – у 96/9,9%. Дыхательная система: воспалительное поражение легких, по данным КТ отмечалось у 96/9,9%, в том числе интерстициальное поражение легких в рамках РА – у 80/8,3%. Бронхиальную астму в стадии ремиссии имели 37/3,8% больных, туберкулез в анамнезе (пролеченный) – 77/8%. Мочекаменная болезнь была диагностирована у 72/7,4% пациентов. У 26/2,7% больных имелся амилоидоз почек (амилоидоз подтвержденный биопсией 12перстной кишки). Подтвержденный дерматологом псориаз отмечался у 46/4,8% пациентов. Подтвержденную офтальмологом катаракту разной степени выраженности имели 305/31,5% человек. Подтвержденное рентгеновской денситометрией снижение

минеральной плотности костной ткани до уровня остеопороза отмечалось у 197/20,4% больных. Остеопороз и катаракта преимущественно были ассоциированы с ГК терапией. Среднее значение индекса мильтормбидности CIRS составило  $4 \pm 1$ , индекса тяжести CIRS –  $1,9 \pm 0,4$  (умеренная степень поражения).

**Выводы.** У большинства (95,7%) больных РА, нуждающихся в терапии ГИБП/тБПВП, имелись сопутствующие заболевания, наиболее частыми из которых оказались: гипертоническая болезнь (44,4%), хронический гастрит (34,7%), катаракта (31,5%), остеопороз (20,4%), патология щитовидной железы (17,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (10,8%). При этом среднее значение индекса тяжести мультиморбидности CIRS (рассчитанного с учетом тяжелого течения РА) определялось на уровне умеренной степени поражения.

## ВЛИЯНИЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СПА НА ЧАСТОТУ ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЖКТ

**Матюхин Н.А.**

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

**Введение.** Современная концепция терапии спондилоартритов (СПА), предполагает в качестве терапии комбинированное применение как базисной, так и биологической терапии, обязательным элементом которой являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), применяемые в качестве препаратов 1й линии. В современной картине патогенеза СПА четко определяется связь между активностью заболеваний ЖКТ и активностью СПА. Исходя из этого существует риск повышения активности СПА на фоне токсического действия препаратов на органы пищеварения, что ввиду непрерывности терапии СПА может иметь место в формировании порочного круга для данной группы заболеваний. Таким образом остро стоит вопрос о безопасности проводимой комбинированной терапии и максимальном снижении риска развития побочного воздействия проводимой терапии.

**Цель.** Оценить влияние проводимой при спондилоартритах (СПА) терапии на верхние отделы ЖКТ, оценить частоту возникновения НПВП-гастропатий.

**Материалы и методы.** Проанализированы 50 историй болезни пациентов ревматологического отделения клиники факультетской терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, среди них с анкилозирующим спондилитом (АС) 40 пациентов 80%, нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом (нр-АсСпа) 8 пациентов 16%, псориагическим артритом (ПСА) 2 человека 4%. Доля мужчин составила  $n47$  94%, женщин  $n3$  6%, из них курили  $n12$  24%, средний

возраст пациентов составил  $40 \pm 1,877$  лет, где максимальный возраст – 76 лет, минимальный 18 лет. Все пациенты получали НПВП. Все пациенты проходили обследование на наличие поражений верхних отделов ЖКТ с помощью метода ФГДС, также всем пациентам было выполнено УЗИ брюшной полости. Среди исследуемых препаратов НПВС принимали  $n50$  100% обследуемых, БПВП- $n26$  52%, ГИБП- $n28$  56%, совместный прем ГИБП и БПВП составил  $n13$  26%. В группе НПВС, Коксибы (Целекоксиб, Эторикоксиб,) принимали  $n29$  58%, Оксикамы (Мелоксикам)  $n5$  10%, Производные уксусной кислоты (Ацеклофенак)  $n10$  20%, нимесулид  $n5$  10%. В группе терапия ГИБП 28 пациентов  $n28$  56% доля иФНО-а составила  $n20$  40%, иИЛ17  $n8$  16%, из них  $n(5)$  10% переведены с терапии иФНО-а в связи с неэффективностью терапии. В группе БПВП 24 пациента принимали сульфасалазин 48%, метотрексат  $n2$  4%. Средняя арифметическая по продолжительности наблюдения за пациентами составила 36,1 месяца. Проведена с помощью программы excel 2016 корреляция между группами исследуемых препаратов и частотой возникновения НПВП-гастропатий.

**Результаты.** В ходе нашего исследования было установлено, что НПВП-гастропатии в общем составили  $n35$  70% из них доля гастропатий в исследуемой группе на фоне приема монотерапии НПВС  $n7$  70%, НПВС+БПВП  $n9$  69,23%, НПВС+ГИБП  $n10$  60%, НПВС+БПВП+ГИБП  $n9$  76,92%. Корреляционный анализ между НПВП-гастропатиями и вариантами схем лечения СПА, взаимосвязь между поражениями ЖКТ и приемом БПВП показали среднюю силу корреляционной 0,53 связи назначения ГИБП в первую очередь ингибиторы иФНО-а. Самую высокую частоту встречаемости гастропатий показала группа производных уксусной кислоты  $n10$  100%. При УЗИ печени у больных СПА на фоне проводимой терапии общее количество гепатопатий в группе исследования составило  $n18$  36 из них жировой гепатоз печени  $n16$  89%, токсическое поражение печени  $n2$  11%, цирроз печени  $n1$ . При анализе гепатопатий проявляемых в отношении к препаратам, используемых для лечения СПА, частота встречаемости гастропатий по группам препаратов составила: иФНО-а - $n10$  44% в котором 8 человек принимали терапию по схеме иФНО-а+НПВП, в группе БПВП- $n7$  26,9%, иИЛ-17  $n4$  50%. из них при изолированном приеме по схеме иИЛ17+НПВП гепатопатии не зафиксированы. В подгруппах НПВП наибольшее количество гепатопатий составило в группе коксибов  $n8$  44,4% от общего числа гепатопатий., а также в подгруппе производных уксусной кислоты –  $n6$  33,3% от числа гепатопатий.

**Выводы.** Результаты исследования показали высокую частоту встречаемости НПВП-гастропатий и гепатопатий среди пациентов, получающих лечение по поводу СПА. В ходе исследования на себя обращает внимание наиболее высокая встречаемость НПВП-гастропатий у пациентов принимающих в качестве НПВП-производные уксусной кислотой,

средняя корреляционная связь иФНО-а и БПВП с НПВП-гастропатиями, а также высокая частота встречаемости п8 гепатопатий при терапии по схеме: иФНО-а+НПВП, при приеме коксибов п(8) и производных уксусной кислоты п6. Вместе с тем, на фоне остальных групп НПВП, терапия нимесулидом в 2х случаях привела к токсическому поражению печени. Полученные данные показали, что выборки пациентов недостаточно, чтобы делать стратегические выводы по данному поводу.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Махмудзода Х.Р., Князев И.С.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Оценить качество жизни коморбидных пациентов с ревматоидным артритом и сахарным диабетом 2 типа, принимающих низкие дозы глюкокортикостероидов.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 174 пациента с длительностью анамнеза ревматоидного артрита (РА) – 7,4±2,2 года и сахарного диабета 2 типа (СД) 8,6±2,6 года, из них 235 женщин и 39 мужчин, средний возраст которых составил 56±3,7 лет. Группу сравнения составили 176 пациентов (154 женщины и 22 мужчины) в возрасте 54±3,4 года, с длительностью анамнеза РА 8,4±3,2 лет, не страдающие СД. Оценка активности ревматоидного артрита осуществлялась посредством индекса DAS 28. В первой группе среднее значение DAS28 составило 3,2±1,1, во второй группе – 3,1±1,4. В качестве базисной терапии РА пациенты обеих групп получали таблетированный метотрексат в средней дозе 17,5±2,5 мг в неделю в сочетании с низкими дозами глюкокортикостероидов (метилпреднизолон 4-6 мг/сут). Оценка качества жизни проводилась с помощью индексов EQ-5D и HAQ.

**Результаты и обсуждение.** В группе пациентов с РА, не страдающих сахарным диабетом показатель индекса EQ-5D составил 0,4±0,2, в то время, как в группе коморбидных пациентов с СД 2 типа данный показатель был значимо ниже и составил 0,2±0,3, что было в значительной степени обусловлено необходимостью коррекции СД, в частности пересмотра гипогликемической терапии на фоне применения даже низ-

ких доз глюкокортикостероидов, в связи с увеличением массы тела и проявлениями инсипидарного синдрома. В группе сравнения показатель HAQ составил 1,3±0,5, в то время, как в группе коморбидных пациентов значение данного показателя достигало значения 1,8±0,6, что свидетельствовало о более низком качестве жизни у пациентов с сочетанной патологией.

**Выводы.** Отсутствие зарегистрированных в Республике Таджикистан генно-инженерных биологических препаратов и ингибиторов JAK-киназ приводит необходимости длительного применения низких доз глюкокортикоидов в сочетании с базисными противовоспалительными препаратами у пациентов с РА. Наличие коморбидности в виде СД 2 типа является одной из значимых причин снижения качества жизни у пациентов. Прием даже низких доз глюкокортикостероидов негативно отражается на течение СД 2 типа, что сказывается на оценках функционального состояния пациентов.

## ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Мацкевич С.А.<sup>1</sup>, Бельская М.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

**Цель работы.** Оценить наличие и выраженность психоэмоциональных нарушений у пациентов с возвратной стенокардией в отдаленном периоде после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

**Материал и методы.** Обследовано 120 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией II, III функционального класса (средний возраст 58,5±5,88 года). Время, прошедшее после операции, составило 18,6±4,23 месяца, симптомы стенокардии возникли у пациентов спустя 9,42±3,02 месяца после операции. Всем пациентам проводилось общеклинические исследования. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 (фракция выброса левого желудочка составила 51,6±5,11%). Медикаментозное лечение представлено стандартной антиангинальной терапией в сочетании с приемом дезагрегантов и статинов. 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), уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) – при помощи теста Спилбергера-Ханина. Качество жизни (КЖ) изучалось с использованием «Сиэтлского опросника по стенокардии». Из исследования были исключены пациенты с сопутствующей патологией, чтобы не утяжелять психоэмоциональный фон.

**Результаты исследования.** В результате психологического тестирования (шкала CES-D) установлено, что 25% пациентов имели признаки депрессии: в 16,7% случаев выявлены признаки легкой депрессии, в 8,3% случаев – признаки депрессии средней тяжести. Для более точной верификации оценку наличия и выраженности депрессии и тревоги провели с помощью еще трех тестов. Тестирование при помощи шкалы депрессии Бека показало, что у 25% пациентов выявлены признаки легкой и умеренной депрессии, у 9,2% пациентов – признаки клинически выраженной депрессии. В результате корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ( $r=0,51$ ,  $p<0,001$ ). По результатам тестирования по шкале HADS признаки депрессии определялись в 25,8% случаев: признаки клинически выраженной и субклинически выраженной депрессии определялись у 8,3% и 17,5% пациентов соответственно; признаки тревоги определялись в 27,5% случаев: признаки клинически выраженной и субклинически выраженной тревоги определялись у 9,2% и 18,3% пациентов соответственно. Определены взаимосвязи между КЖ и уровнем депрессии ( $r=0,55$ ,  $p<0,01$ ), КЖ и уровнем тревоги ( $r=0,56$ ,  $p<0,01$ ). Выявлено также, что КЖ у пациентов с сопутствующей депрессией или тревогой в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом ( $p<0,01$ ). Результаты шкалы Спилбергера-Ханина показали, что уровень СТ у пациентов значительно ниже, чем уровень ЛТ. Низкий уровень СТ отмечен у 9,2% пациентов, низкий уровень ЛТ не был зафиксирован ни у одного пациента. Средний уровень СТ и ЛТ отмечался у 70% и у 50% пациентов соответственно. Высокий уровень СТ и ЛТ выявлен в 20,8% и 50% случаев соответственно. Выявлены корреляционные взаимосвязи между КЖ и уровнями СТ ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ) и ЛТ ( $r=0,59$ ,  $p<0,01$ ). КЖ у пациентов с высоким уровнем ЛТ в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Результаты исследования, вне зависимости от проведенного теста, свидетельствуют о том, что в отдаленном периоде после операции АКШ у четверти всех пациентов выявляются признаки депрессии и тревоги, качество жизни значительно ухудшается при наличии депрессии или тревоги. Очевидно, что в послеоперационном периоде на фоне нормализации и стабилизации соматических функций признаки психоэмоциональной нестабильности сохраняются, что требует коррекции проводимой фармакотерапии.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСТНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ ТЕРАПИИ ПИТИРИАЗА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.

Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск

Питириаз красный волосяной отрубевидный (ПКВО, лишай красный волосяной отрубевидный, болезнь Девержи) – это воспалительное заболевание кожи, обусловленное нарушением ороговения и проявляющееся фолликулярными гиперкератотическими папулами, шелушащимися бляшками оранжево-красного цвета и ладонно-подошвенным гиперкератозом.

Частота встречаемости БД среди дерматозов составляет 0,03-1,3% [1, 2]. Это гетерогенный дерматоз. Включает не только генетически обусловленную ауто-сомно-доминантную, но и спорадическую (приобретенную) формы. Клинические проявления БД возникают в любом возрасте. Провоцирующими факторами выступают инсоляция, ожоги, травмы, прививки [2], прием лекарственных препаратов, противовирусных средств и др. [5, 6]. БД может носить паранеопластический характер [7, 8].

Для системной терапии используются препараты из группы ретиноидов (ацитретин, изотретиноин), антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (циклоsporин, азатиоприн, инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб).

Клиническое наблюдение больной С, 56 лет. Больна с 03.01.2023, когда внезапно появилось покраснение кожи лица, туловища, ладоней и стоп. Связывает с окраской волос в конце декабря, ранее на подобную краску отмечала зуд ладоней. Лечилась у дерматолога в г. Тында с диагнозом: «Аллергический контактный дерматит», получала тиосульфат натрия, тавегил, преднизолон однократно 90 мг, наружно мазь Тридерм без эффекта. Обратилась в поликлинику АОКВД, получала амбулаторное лечение, без эффекта. Направлена в стационар для уточнения диагноза и лечения.

Об-но: Патологический процесс носит распространенный характер. На коже лица сливные гиперемизированные пятна, с умеренной инфильтрацией, небольшим шелушением. На коже ладоней, подошв – сливные красные бляшки, с желтовато-морковным оттенком, шелушением, усилен кожный рисунок. На коже груди, живота, на спине, на коже плеч, предплечий, бедер красные пятна, папулы от 0,2-0,5 см до 1,0 см, с шелушением, в области груди склонные к слиянию. На коже волосистой части головы гиперемия, крупнопластинчатое шелушение.

Клинический, биохимический анализ крови без существенных изменений. Учитывая клиническую картину, проведение клинической дифференциальной диагностики с псориазом, лимфомой кожи был выставлен диагноз: Болезнь Девержи. Учитывая выраженность и распространенность клинических проявлений было назначено: Sol. Natrii thiosulfatis 30% 10,0+0,9% 10,0 Sol. Natrii Chloridi в/в струйно №10 Sol. Reamberini 1.5% 250.0 в/в капельно через 2 дня №4 Caps.aeviti 1 капс 2 раза в день на лицо: Crem Momethasoni 0,1% утром наружно: Ung. Betamethasoni 2 раза в день, Ung. Salicylici 3% 2 раза в день Фототерапия: Ультрафиолетовое облучение кожи №10 – Узкополосный облучатель среднего УФ-диапазона «Dermalight» 1000 с длиной волны 311 нм Фонофорез с ung. Hydrocortisoni 1% на ладони, подошвы №10.

На фоне проведения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в терапии после получения 7 процедуры было отмечено улучшение патологического процесса: гиперемия и шелушение в области туловища, лица уменьшились, отмечены «островки здоровой кожи», папулы в стадии разрешения. Однако, сохраняется выраженный ладонно-подошвенный гиперкератоз. Было рекомендовано продолжить проведение УФО с длиной волны 311 нм в амбулаторных условиях, эмолиенты, крахмальные ванны с последующей явкой на прием через месяц после выписки для коррекции лечения.

Данный случай показал эффективность применения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в терапии пситириза красного волосяного отрубевидного.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.

Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск

Одной из актуальных проблем современной дерматологии является очаговая алопеция (ОА), что обусловлено значительной частотой встречаемости этого заболевания в популяции, что может существенно образом повлиять на качество жизни пациента.

Гнездная алопеция – представляет собой хроническое иммуноопосредованное дерматологическое заболевание с непредсказуемым и изменчивым развитием, характеризующееся потерей волос на волосистой части головы, ресниц, бровей и/или тела, без рубцов. Этиология ОА не до конца известна, хотя некоторые авторы предполагают, что ее причиной могут

быть экологические, иммунологические и генетические факторы.

В основе развития заболевания предполагается местный аутоиммунный механизм повреждения волосяного фолликула, который ведет к нарушению иммунной толерантности клеток, образующих фолликул, и прекращению специфической рецепции из его волосяного сосочка. Триггерными факторами заболевания могут являться стрессы, вакцинация, вирусные заболевания, инфекционные заболевания, антибиотикотерапия, наркозы и т.д.

В зависимости от объема и типа облысения различают следующие клинические формы гнездной алопеции: локальная (ограниченная) – один или несколько четко очерченных округлых очагов алопеции, субтотальная – отсутствует более чем 40% волос, тотальная – полное отсутствие волос на голове, универсальная – отсутствие волос на голове, в области роста бровей, ресниц и всем теле.

Лечение алопеции проводится с целью восстановления роста волос. Согласно клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов 2020 г., системная терапия при тяжелых формах гнездной алопеции включает: глюкокортикостероидные препараты, антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (циклоsporин), узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера с длиной волны 308 нм. Наружно-гормональные мази. В результате недостаточной эффективности традиционной терапии продолжается поиск эффективных способов лечения данной патологии – ингибиторы янус-киназы.

Больная М, 9 лет, обратилась с жалобами на полное отсутствие волос на волосистой части головы. Больна в течение года, когда внезапно началось выпадение волос на голове. Заболевание ни с чем не связывает. Процесс представлен тотальным выпадением волос на коже волосистой части головы. Обращалась неоднократно к дерматологу, трихологу, получала амбулаторное лечение: цинтерал, глицин, эмульсию момат, физиолечение – без эффекта. Была направлена на консультацию в НМИЦ здоровья детей для обследования и определения дальнейшей тактики ведения пациента. рекомендовано: тофацитиниб по 5 мг\*2 раза в день внутрь, а течение года. Наружно – на волосистую часть головы мазь Клобетазола Пропионат х1р/д 3 месяца тонким слоем, после каждого месяца – 5 дней перерыв; Тимуксин гель сыворотку 1 раз в течение 16 недель, шампунь Тимускин гель, узкополосная фототерапия волосистой части головы (311 нм) курсами по 15-20 процедур с перерывом 2 недели. Ежемесячно осуществлялся осмотр ребенка на фоне проводимой терапии. Через 2 месяца отметился рост пушковых волос по всей волосистой части головы на 1 см и бровей. Через 4 месяца отметилось отрастание волос на 2 см. В настоящее время ребенок продолжает сочетанное лечение тофацитинибом и узкополосной фототерапии.

## СЛУЧАЙ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л.

Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск

Липоидный некробиоз – сравнительно редкий хронический дерматоз сосудисто-обменного характера, обычно относимый к группе локализованных липоидозов кожи, характеризующийся отложением липоидов в тех участках дермы, где имеется дегенерация или некробиоз коллагена. В настоящее время распространенность сахарного диабета достигла эпидемических масштабов: по данным ВОЗ, число больных составляет 285 млн человек, а 2025 г., предположительно, достигнет 380 млн человек. В России зарегистрированная распространенность СД составляет около 1,5% взрослого населения (при этом фактическая распространенность СД2 в 2-3 раза превышает регистрируемую). В структуре СД 80-95% составляют лица с сахарным диабетом второго типа. По данным экспертов, около 200 млн человек имеют нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) [1]. Распространенность ЛН среди взрослых пациентов с СД составляет 0,1-3%. При СД у детей патология встречается у 0,3%. По наблюдениям исследователей, имеются значительные колебания в различных регионах, особенно у подростков.

Этиология и патогенез ЛН окончательно не изучены, однако его возникновение и прогрессирование характеризуются мультифакториальным генезом на фоне иммунологических изменений, нарушений углеводного и липидного обмена, а также патологии микроциркуляторных процессов.

Основные элементы при ЛН представлены бляшками, пятнами, узелками, язвами. Границы четкие. Цвет варьирует от желтовато-красного до бурого. На поверхности может наблюдаться легкое шелушение, в основании при пальпации определяется небольшая инфильтрация. Клиническая картина классической формы характеризуется чаще единичными элементами, овальных или полициклических очертаний, 2-10 см в диаметре, резко отграниченных от внешне здоровой кожи и возвышающихся над ее уровнем. Периферическая зона бляшек представляет валик, образованный полусферическими узелками, а центральная часть несколько западает. С течением времени кожа в центральной зоне бляшек становится атрофичной, на ее поверхности видны телеангиэктазии.

**Цель исследования.** Проанализировать данные по данной патологии среди пациентов стационарного отделения ГБУЗ АО АОКВД. Выявить особенности течения клинических проявлений у больных с липоидным некробиозом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни больных с липоидным некробиозом, находящихся на лечении в стационарном отделении ГБУЗ АО АОКВД с 2018-2022 гг.

**Результаты и обсуждение.** По данным ГБУЗ АО АОКВД за период 2018-2022 гг. в стационарном отделении находилось 8 человек. У 4 пациентов был установлен диагноз сахарный диабет 2 типа в течении 5-7 лет, у 4 человек было отмечено, что уровень глюкозы был на границе возрастной нормы. Рекомендовано дообследование у эндокринолога. Приблизительно у 1/4 больных очаги ЛН подвергаются изъязвлению, чему чаще всего предшествуют травматические повреждения. Язвы поверхностные, содержат скудное серозное или серозно-геморрагическое отделяемое, имеют фестончатые края и полициклические очертания. После эпителизации язв кожа приобретает бугристый вид с признаками рубцовой атрофии. Элементы сыпи обычно не вызывают субъективных ощущений, но при наличии раневого процесса пациенты отмечают боль в очагах поражения. Приведен пример язвенной формы липоидного некробиоза.

Больная А., 65 лет. Поступила в стационар ГБУЗ АО АОКД с жалобами на появление очагов по передней поверхности голени. Больна в течение 15 лет, когда впервые появились пятна розового цвета по передней поверхности голени. Постепенно в очагах началось уплотнение, изменилась окраска на желтовато-розовый цвет, в центре очагов появилось уплотнение. Был выставлен диагноз «Склеродермия», по поводу чего неоднократно получала лечение амбулаторное и стационарное. Без выраженного эффекта. 3 месяца назад в очагах уплотнения началось изъязвление, размерами до 1,5 см в диаметре.

Была проведена биопсия. Диагноз: Липоидный некробиоз. В кл.ан.крови – СОЭ-16 мм/час, в общем ан. мочи, биохимическом анализе крови – без патологии, глюкоза (сыворотка): 9,0 ммоль/л;

Получала лечение:

Tab. Hydroxychloroquini 0.2 x 2p/ день обед, вечер 5 дней, 2 дня перерыв

Sol.Natrii thiosulfatis 30% 10.0+0.9% 10.0 Sol Natrii Chloridi в/в струйно №10, чередовать

Sol. Reamberini 1.5% 250.0 в/в капельно через 2 дня № 4

Lidasae 64 Ед в/м № 14

Tab. Pentoxifyllini 0.1 3 раза в день

Tab. Cetirizine 10мг по 1т\*1 раз в день. На очаги

Ung.Cloveiti 2 раза в день, на эпителизирующиеся язвы  
Ung. Argosulfani 2 раза в день. Фонофорез с гидрокортизоновой мазью 1% на голени №10.

На фоне лечения на коже голени, множественные очаги стали розовато-синюшными, атрофия сохраняется, плотноватые при пальпации, с западением, четкими границами. На коже левой голени по передней поверхности 2 язвы в стадии эпителизации. Выписана с улучшением.



**Выводы.** Данный случай представляет интерес, как редко встречающаяся язвенная форма липоидного некролиза, проводилась дифференциальная диагностика со склеродермией с локализацией в области голеней.

## ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Меньшикова И.В., Пак Ю.В.,  
Петрухнова М.Ф., Мочалова О.И.

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

**Цель исследования.** Изучить вклад различных факторов (лучевая терапия, профессиональные вредности – электромагнитное излучение, коронавирусная инфекция) в этиопатогенез системной склеродермии на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Женщина 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на плотный отек кистей, предплечий, голеней, стоп, плотный отек передней брюшной стенки до уровня пупка, шелушение кожных покровов верхних и нижних конечностей, общую слабость. Из анамнеза известно, что осенью 2021 г. перенесла COVID-19. В феврале 2022 г. возникли жалобы на болевой синдром и отечность мелких суставов кистей, 1 плюсне-фалангового сустава правой стопы. Предполагали подагрический артрит, возникший у больной с ХБП 3б - СКФ (СКД -EPI) 42,2 мл/мин на фоне длительно текущей неконтролируемой артериальной гипертензии. После внутривенного введения дексаметазона с последующим приемом фебуксостата 40 мг/сут. суставной синдром был купирован. В апреле 2022 года повторно перенесла COVID-19. Сразу после этого возникли плотные отеки кистей и стоп, сухость кожи. В сентябре 2022 года был выявлен рак шейки матки, проведено хирургическое лечение с последующим курсом лучевой терапии (28 сеансов). После этого отмечено прогрессирование плотного отека с распространением на переднюю брюшную стенку. Была заподозрена системная склеродермия, выполнена иммунологическая диагностика, проведена капилляроскопия. Из анамнеза также известно, что пациентка длительное время по роду работы подвергалась электромагнитному излучению.

**Результаты и обсуждение.** У пациентки были выявлены АНФ в титре 1:1280, тип свечения гранулярный, антитела к RP11, RP 155. Данный тип антител ассоциирован с быстрым прогрессированием системной склеродермии, частым вовлечением внутренних

органов (в т.ч. почек и сердца). По данным капилляроскопии были выявлены выраженные нарушения микроциркуляции (стаз во множественных капиллярах пальцев обеих рук, расширение капиллярной петли в переходном отделе). По данным эхокардиографии и КТ органов грудной клетки определяется гидроперикард (максимальная толщина слоя 18 мм). Диагностирована системная склеродермия, назначены ГКС в дозе 15 мг/сут., микофенолата мофетил 500 мг/сут. с последующим увеличением дозы до 1500 мг/сут. Получен быстрый положительный эффект: в течение 7 дней существенно уменьшилась выраженность и плотность отека кожи, общая слабость. Системная склеродермия является достаточно редким заболеванием, поэтому большой интерес представляют случаи заболевания с многофакторной этиологией. Нами продемонстрирован вклад нескольких факторов в развитие системной склеродермии: иммунологические нарушения, электромагнитное излучение, воздействие вируса (COVID-19). Лучевая терапия внесла значительный вклад в развитие местного фиброза. Развитию плотного отека, вероятно, также способствовала лимфодиссекция в ходе операции, в результате чего развилось нарушение оттока лимфы, что индуцировало фиброз нижних конечностей. Развившийся гидроперикард также носит смешанный генез – как проявление серозита в рамках системной склеродермии и одновременно последствие лучевой терапии либо паранеопластического синдрома.

**Выводы.** Данное клиническое наблюдение демонстрирует многофакторность причин развития системного фиброза: влияние профессиональных вредностей, дебют заболевания после перенесенной коронавирусной инфекции, прогрессирование после выявления онкологической патологии и курсов лучевой терапии. Накопление данных о влиянии различных факторов внешней среды на ее развитие может способствовать ранней диагностике и предупреждению прогрессирования системной склеродермии.

## К ВОПРОСУ О ПОИСКЕ ПРЕДИКТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Меньшикова А.Н., Сотников А.В., Гордиенко А.В.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель.** Изучить анамнестические данные, а также установить наличие сопутствующих заболеваний, способных оказывать влияние на риск развития легочной гипертензии (ЛГ) у пациентов мужского пола молодого и среднего возраста на фоне инфаркта миокарда

(ИМ) для уточнения причин развития этого осложнения и совершенствования путей его профилактики.

**Материалы и методы.** Изучены результаты стационарного обследования мужчин в возрасте от 18 до 60 лет с верифицированным ИМ I типа (IV универсальное определение, 2018). Всем пациентам в первые 48 часов и в конце третьей недели заболевания выполнялось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) с определением уровня среднего давления в легочной артерии (срДЛА) по методу А. Kitabatake. В зависимости от динамики срДЛА пациентов разделили на четыре группы. Первая группа (I) – 67 пациентов с ЛГ, развившейся в подостром периоде ИМ (нормальные величины срДЛА в первые 48 часов и повышение более 25 мм рт.ст. в конце третьей недели заболевания); вторая группа (II) – 70 пациентов с нормальным уровнем срДЛА в обе точки исследования; третья группа (III) – 149 пациентов с повышенным уровнем срДЛА в обе точки исследования; четвертая группа (IV) – 61 пациент с нормализацией уровня срДЛА к концу третьей недели заболевания. Сравнение изучаемых показателей выполнялось методом Хи-квадрат. Статистически значимым принимали значение  $p$  менее 0,05.

**Результаты.** При изучении анамнестических данных, в частности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, установлено, что связь обострений ишемической болезни сердца (ИБС) с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) чаще встречается у пациентов III группы – 27,2%, у пациентов I и II групп в 13,1% и 14,8% случаев соответственно, реже всего у пациентов IV группы – 6,4% ( $p < 0,0001$ ); аналогичные данные получены при изучении связи обострений ИБС с сезоном года: у пациентов III группы – 59,8%, в I и II группах по 50,0%, в IV группе в 29,8% случаев ( $p < 0,0001$ ). Пациенты, злоупотребляющие алкоголем чаще встречались в IV группе – 50,0%, в I группе их доля составила 29,8%, в III и II – 21,2% и 19,3% соответственно ( $p < 0,0001$ ); выявление риска профессиональной патологии также чаще выявляется у пациентов IV группы – в 14,0% случаев, во II группе у 6,8%, в I и III – 3,6% и 3,8% соответственно ( $p = 0,007$ ). Наличие хронических заболеваний легких достоверно чаще встречали у пациентов IV группы – 37,2%, в III группе данная патология выявляется в 22,8% случаев, во II – у 18,2%, и реже всего у пациентов I группы – 15,5% ( $p = 0,003$ ). Частые простудные заболевания достоверно чаще беспокоят пациентов III группы – 21,7%, в I, II и IV группах – 11,9%, 12,5% и 10,6% пациентов соответственно ( $p = 0,04$ ). Достоверных различий по наличию отягощенной наследственности (ИБС, гипертоническая болезнь), перенесенных операций реваскуляризации миокарда (аорто-коронарное шунтирование, баллонная дилатация), инфарктов миокарда, предынфарктных состояний, сахарного диабета и острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, а также гиподинамии у пациентов изучаемых групп не получено. Также нет достоверных различий у пациентов исследуемых

групп в зависимости от наличия в анамнезе пароксизмов мерцательной аритмии и экстрасистолии.

**Выводы.** Установлено, что у пациентов с ЛГ, развившейся в подостром периоде ИМ, реже, чем у пациентов контрольных групп, встречаются хронические заболевания легких. Связь обострений ИБС с ОРЗ, а также с сезоном года, характерна для пациентов с повышенным уровнем срДЛА в обе точки исследования; пациентов данной группы в 21,7% случаев беспокоят частые простудные заболевания, что больше, чем в остальных группах. Лица, злоупотребляющие алкоголем, имеющие высокий риск профессиональной патологии и страдающие хроническими заболеваниями легких чаще встречаются среди пациентов с нормализацией уровня срДЛА к концу третьей недели ИМ; среди пациентов этой группы реже всего выявляется связь обострений ИБС с сезонами года и ОРЗ. Перечисленные особенности необходимо учитывать при формировании групп высокого риска развития ЛГ и в его прогностическом моделировании.

## ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Милашенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Черепанцев Г.Р.<sup>1</sup>,  
Тополянская С.В.<sup>1,2</sup>, Бубман Л.И.<sup>1</sup>,  
Васильева Ю.Ю.<sup>1</sup>, Коршунова М.А.<sup>2</sup>, Левина Д.С.<sup>2</sup>,  
Ларина Д.С.<sup>1</sup>, Голимбекова М.В.<sup>1</sup>, Гордеева О.В.<sup>1</sup>,  
Звягина И.Н.<sup>1</sup>, Бондарева М.С.<sup>1</sup>, Каджинова Н.М.<sup>1</sup>,  
Мухина Т.М.<sup>1</sup>, Лыткина К.А.<sup>1</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель.** Изучить хронические болевые синдромы в старческом возрасте и оценить клиническое значение субстанции Р при данной патологии.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 68 больных в возрасте старше 75 лет с наличием скелетно-мышечной боли любого генеза на протяжении минимум 3 месяцев. Средний возраст пациентов достигал 81,9±5,8 года (от 75 до 100 лет). Большинство включенных в исследование больных составили женщины – 58 (85,3%). В рамках данного исследования оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью опросников и шкал: DN4, Pain Detect, опросник для выявления фибромиалгии (FIRST), опросник для оценки центральной сенситизации, болевой опросник Мак-Гилла. Наряду с этим оценивали выраженность депрессии с помощью гериатрической шкалы депрес-

сии. Концентрацию субстанции Р в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Выраженность болевого синдрома у включенных в исследование больных по шкале ВАШ в среднем составляла 6,3±2,2 балла. Средние показатели DN4 достигали 3,9±2,1 балла, а Pain Detect – 14,7±9,4 баллов. Среднее значение опросника FIRST для диагностики фибромиалгии составило 3,5±1,6 баллов, а опросника Мак-Гилл – 69,8±43,7 баллов. Показатели шкалы центральной сенситизации достигали в среднем 44,3±16,7 баллов. Среднее значение по гериатрической шкале депрессии составило 6,1±2,9 баллов. Болевой синдром был более выражен у женщин: среднее значение ВАШ у женщин составляло 6,4±2,3, у мужчин – 5,1±1,2 баллов ( $p=0,02$ ). Выраженность нейрнопатического компонента болевого синдрома у женщин также была выше: показатели DN4 у женщин составляли 4,0±2,1, а у мужчин – 2,9±1,7 баллов ( $p=0,08$ ), а Pain Detect – 15,7±9,4 и 8,6±6,4 баллов, соответственно ( $p=0,02$ ). Значения скрининг-опросника для диагностики фибромиалгии у женщин достигали в среднем – 3,7±1,5, а у мужчин – 2,7±1,5 баллов ( $p=0,07$ ). В группе женщин средние показатели опросника Мак-Гилл составляли 74,2±45,2, у мужчин – 45,3±23,6 баллов ( $p=0,006$ ). По опроснику центральной сенситизации показатели женщин составляли: 46,1±16,3, а мужчин – 34,2±15,5 баллов ( $p=0,03$ ). Вместе с тем достоверных различий по выраженности депрессии у женщин и мужчин зарегистрировано не было: 6,2±2,8 и 5,0±3,4 баллов, соответственно ( $p=0,3$ ). Концентрация субстанции Р в среднем по группе составила 222,6±92,9 пг/мл, варьируя от 74 до 529 пг/мл. У мужчин среднее содержание субстанции Р в крови достигало 267,1±85,2 пг/мл, у женщин – 214,2±92,7 пг/мл ( $p=0,02$ ). Зарегистрирована обратная корреляция между концентрацией субстанции Р в крови и возрастом больных ( $r=-0,31$ ;  $p=0,02$ ). Достоверных взаимосвязей между концентрацией субстанции Р в крови и значениями всех опросников боли не обнаружено. Вместе с тем наблюдались достоверные корреляции между показателями ВАШ и DN4 ( $r=0,29$ ;  $p=0,01$ ), Pain Detect ( $r=0,41$ ;  $p=0,004$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,53$ ;  $p<0,0001$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,3$ ;  $p=0,01$ ). Значимой корреляции между выраженностью болевого синдрома по ВАШ и выраженностью депрессии не установлено ( $r=0,16$ ;  $p=0,21$ ). Зарегистрированы высоко достоверные корреляции между показателями DN4 и Pain Detect ( $r=0,67$ ;  $p<0,0001$ ), опросника FIRST ( $r=0,6$ ;  $p<0,0001$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,61$ ;  $p<0,0001$ ), опросника центральной сенситизации ( $r=0,44$ ;  $p<0,0001$ ), а также шкалой депрессии ( $r=0,31$ ;  $p=0,01$ ). Показатели Pain Detect коррелировали со значениями FIRST ( $r=0,56$ ;  $p<0,0001$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,58$ ;  $p<0,0001$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,32$ ;  $p=0,02$ ). Значения опросника FIRST коррелировали с показателями опросника Мак-Гилл ( $r=0,5$ ;  $p<0,0001$ ), опросника центральной сенситизации ( $r=0,47$ ;  $p<0,0001$ ) и шкалой депрессии ( $r=0,26$ ;  $p=0,03$ ). Значения опросника

Мак-Гилл коррелировали с показателями опросника центральной сенситизации ( $r=0,58$ ;  $p<0,0001$ ) и шкалы депрессии ( $r=0,29$ ;  $p=0,02$ ). Выраженность депрессии коррелировала с показателями DN4 ( $r=0,31$ ;  $p=0,01$ ), FIRST ( $r=0,26$ ;  $p=0,03$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,29$ ;  $p=0,02$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,5$ ;  $p<0,0001$ ). Наблюдалась прямая корреляция между возрастом больных и показателями DN 4 ( $r=0,24$ ;  $p=0,05$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,25$ ;  $p=0,04$ ).

**Выводы.** Результаты исследования позволяют говорить о наличии выраженного хронического болевого синдрома разных типов у пациентов старческого возраста и долгожителей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников. В рамках данного исследования не установлено значимых корреляций между концентрацией субстанции Р в крови и параметрами болевого синдрома.

## ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Милашенко Н.Ю.<sup>1</sup>, Черепанцев Г.Р.<sup>1</sup>,  
Тополянская С.В.<sup>1,2</sup>, Бубман Л.И.<sup>1</sup>,  
Васильева Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель.** Изучить хронические болевые синдромы в старческом возрасте и оценить клиническое значение субстанции Р при данной патологии.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 68 больных в возрасте старше 75 лет с наличием скелетно-мышечной боли любого генеза на протяжении минимум 3 месяцев. Средний возраст пациентов достигал 81,9±5,8 года (от 75 до 100 лет). Большинство включенных в исследование больных составили женщины – 58 (85,3%). В рамках данного исследования оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), анализировали вид болевого синдрома с помощью опросников и шкал: DN4, Pain Detect, опросник для выявления фибромиалгии (FIRST), опросник для оценки центральной сенситизации, болевой опросник Мак-Гилла. Наряду с этим оценивали выраженность депрессии с помощью гериатрической шкалы депрессии. Концентрацию субстанции Р в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Выраженность болевого синдрома у включенных в исследование больных по шкале ВАШ в среднем составляла 6,3±2,2 балла. Средние по-



казатели DN4 достигали 3,9+2,1 балла, а Pain Detect – 14,7+9,4 баллов. Среднее значение опросника FIRST для диагностики фибромиалгии составило 3,5+1,6 баллов, а опросника Мак-Гилл – 69,8+43,7 баллов. Показатели шкалы центральной сенситизации достигали в среднем 44,3+16,7 баллов. Среднее значение по гериатрической шкале депрессии составило 6,1+2,9 баллов. Болевой синдром был более выражен у женщин: среднее значение ВАШ у женщин составляло 6,4+2,3, у мужчин – 5,1+1,2 баллов ( $p=0,02$ ). Выраженность нейропатического компонента болевого синдрома у женщин также была выше: показатели DN4 у женщин составляли 4,0+2,1, а у мужчин – 2,9+1,7 баллов ( $p=0,08$ ), а Pain Detect – 15,7+9,4 и 8,6+6,4 баллов, соответственно ( $p=0,02$ ). Значения скрининг-опросника для диагностики фибромиалгии у женщин достигали в среднем – 3,7+1,5, а у мужчин – 2,7+1,5 баллов ( $p=0,07$ ). В группе женщин средние показатели опросника Мак-Гилл составляли 74,2+45,2, у мужчин – 45,3+23,6 баллов ( $p=0,006$ ). По опроснику центральной сенситизации показатели женщин составляли: 46,1+16,3, а мужчин – 34,2+15,5 баллов ( $p=0,03$ ). Вместе с тем достоверных различий по выраженности депрессии у женщин и мужчин зарегистрировано не было: 6,2+2,8 и 5,0+3,4 баллов, соответственно ( $p=0,3$ ). Концентрация субстанции P в среднем по группе составила 222,6+92,9 пг/мл, варьируя от 74 до 529 пг/мл. У мужчин среднее содержание субстанции P в крови достигало 267,1+85,2 пг/мл, у женщин – 214,2+92,7 пг/мл ( $p=0,02$ ). Зарегистрирована обратная корреляция между концентрацией субстанции P в крови и возрастом больных ( $r=-0,31$ ;  $p=0,02$ ). Достоверных взаимосвязей между концентрацией субстанции P в крови и значениями всех опросников боли не обнаружено. Вместе с тем наблюдались достоверные корреляции между показателями ВАШ и DN4 ( $r=0,29$ ;  $p=0,01$ ), Pain Detect ( $r=0,41$ ;  $p=0,004$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,53$ ;  $p<0,0001$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,3$ ;  $p=0,01$ ). Значимой корреляции между выраженностью болевого синдрома по ВАШ и выраженностью депрессии не установлено ( $r=0,16$ ;  $p=0,21$ ). Зарегистрированы высоко достоверные корреляции между показателями DN4 и Pain Detect ( $r=0,67$ ;  $p<0,0001$ ), опросника FIRST ( $r=0,6$ ;  $p<0,0001$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,61$ ;  $p<0,0001$ ), опросника центральной сенситизации ( $r=0,44$ ;  $p<0,0001$ ), а также шкалой депрессии ( $r=0,31$ ;  $p=0,01$ ). Показатели Pain Detect коррелировали со значениями FIRST ( $r=0,56$ ;  $p<0,0001$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,58$ ;  $p<0,0001$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,32$ ;  $p=0,02$ ). Значения опросника FIRST коррелировали с показателями опросника Мак-Гилл ( $r=0,5$ ;  $p<0,0001$ ), опросника центральной сенситизации ( $r=0,47$ ;  $p<0,0001$ ) и шкалой депрессии ( $r=0,26$ ;  $p=0,03$ ). Значения опросника Мак-Гилл коррелировали с показателями опросника центральной сенситизации ( $r=0,58$ ;  $p<0,0001$ ) и шкалы депрессии ( $r=0,29$ ;  $p=0,02$ ). Выраженность депрессии коррелировала с показателями DN4 ( $r=0,31$ ;  $p=0,01$ ), FIRST ( $r=0,26$ ;  $p=0,03$ ), опросника Мак-Гилл ( $r=0,29$ ;

$p=0,02$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,5$ ;  $p<0,0001$ ). Наблюдалась прямая корреляция между возрастом больных и показателями DN4 ( $r=0,24$ ;  $p=0,05$ ) и опросника центральной сенситизации ( $r=0,25$ ;  $p=0,04$ ).

**Выводы.** Результаты исследования позволяют говорить о наличии выраженного хронического болевого синдрома разных типов у пациентов старческого возраста и долгожителей. Обнаружены достоверные взаимосвязи между показателями болевого синдрома, оцененными с помощью разных шкал и опросников. В рамках данного исследования не установлено значимых корреляций между концентрацией субстанции P в крови и параметрами болевого синдрома.

## ВЛИЯНИЕ СТАТУСА ПИТАНИЯ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Минаков А.А., Шпилова Д.А., Козин В.Г.,  
Добровольская Л.М., Волошин Н.И.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить влияние статуса питания и ожирения на показатели функции внешнего дыхания у пациентов среднего возраста без заболеваний бронхолегочной системы.

**Материалы и методы.** В ретроспективное когортное исследование были включены 64 пациентов в возрасте от 30 до 58 лет, проходившие лечение в 1-ой клинике (терапии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, в период с октября 2021 года по сентябрь 2022 года. Критериями включения являлись: наличие антропометрических данных в истории болезни, наличие результатов исследования функции внешнего дыхания. Критерии исключения: наличие острых и/или хронических заболеваний органов дыхания, курение. Все пациенты были распределены по индексу массы тела (ИМТ) на две группы: контрольную – группа нормального питания (ГНП) с ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup> и группу лиц с ИМТ 30,0 кг/м<sup>2</sup> и более – группа ожирения (ГО). Оценивались: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), л, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), л, объем форсированного выдоха за 1 первую секунду (ОФВ1), л, соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера), %. Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2017 и STATISTICA 10. Для оценки параметров были применены методы описательной статистики, для сравнения межгрупповых различий применялся критерий Манна-Уитни. Количественные признаки представлены в виде медианы и межквартильных ин-

тервалов – Ме [Q1; Q3]. Был принят уровень значимости  $\alpha=0,05$ . Номинальные данные представлены в виде относительных (%) и абсолютных (n) частот.

**Результаты и обсуждение.** Распределение групп имело равномерный характер: гНП – 42,2% (n=27) в возрасте от 35 до 57 лет, гО – 57,8% (n=37) в возрасте от 30 до 58 лет. ИМТ составлял в гНП – 25 [24; 27] кг/м<sup>2</sup>, в гО – 33 [30; 35] кг/м<sup>2</sup>. Исследование функции внешнего дыхания у всех пациентов выполнялось как дополнительный метод дифференциальной диагностики, по результатам которого в каждом индивидуальном случае не было выявлено патологии бронхо-легочной системы. Все показатели ФВД не отличались от расчетных должных величин. Между тем, при статистическом межгрупповом сравнении были выявлены статистически значимые различия. Так, в гО ЖЕЛ составила 4,32 [3,53; 5,27] л vs 5,39 [4,33; 5,77] л, (p<0,05) по сравнению с гНП. Кроме того, в гО отмечались меньшие значения ФЖЕЛ 4,13 [3,18; 4,75] л vs 5,13 [3,72; 5,6] л, (p<0,05) по сравнению с гНП. На сегодняшний день принято считать, что прямое влияние ожирения на функцию внешнего дыхания обусловлено снижением растяжимости стенок грудной клетки за счет отложения жира, влияние избыточного объема брюшной полости и связанным с этим нарушением объема легких, что проявляется снижением емкости легких. Уменьшение емкости легких с сохранением скорости потока определяет рестриктивный тип нарушения вентилиации. Однако, в нашем исследовании ОФВ1 в гО (3,14 [2,51; 3,79]), что на 810 мл меньше (p<0,05), чем в гНП 3,95 [2,86; 4,41] л. Данные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с ожирением помимо рестриктивных нарушений, обусловленных снижением объема легких, так же имеют обструктивный тип нарушения вентилиации. Причиной этого может являться: снижение подвижности грудной клетки за счет выраженной межреберной жировой инфильтрации и саркопении у лиц с ожирением, а также в связи с иммунными нарушениями на фоне метавоспаления, приводящих к бронхообструкции. При этом, следует отметить, что индекс Генслера не имел межгруппового отличия и был практически равнозначным в исследуемых группах – 78,2 [74,04; 82,6] % в гНП vs 78,8 [74,0; 80,7] в гО.

**Выводы.** Таким образом, нарушение ФВД у пациентов с ожирением характеризуется смешанным (рестриктивным и обструктивным) типом нарушения вентилиации. Необходимо дополнительно исследовать вклад метавоспаления в легочную обструкцию, которая влияет на нарушение вентилиации у лиц с ожирением. Ориентация на индекс Генслера может способствовать некорректным диагностическим выводам относительно функциональных показателей дыхательной системы у пациентов с ожирением, так как расчетные должные спирометрические показатели с использованием формул по Р.Ф. Клементу (1986 г.), R.J. Knudson (1976), Европейского сообщества стали и угля (1993 г) и Global lung function initiative 2012 г (GLI-2012) не учитывают вес конкретного пациента.

## ИНДЕКС ГЕНСЛЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

Минаков А.А., Шипилова Д.А.,  
Добровольская Л.М., Козин В.Г., Волошин Н.И.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучить влияние различной степени ожирения на индекс Генслера у пациентов среднего возраста без заболеваний бронхолегочной системы.

**Материалы и методы.** В ретроспективное когортное исследование включены 37 пациентов возрастом от 38 до 58 лет, проходившие лечение в 1-ой клинике (терапии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, в период с октября 2021 года по сентябрь 2022 года. Критериями включения являлись: наличие ожирения, наличие результатов исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Критерии исключения: наличие острых и/или хронических заболеваний органов дыхания, курение. Пациенты распределены по индексу массы тела (ИМТ) на три группы: ожирение 1 степени (группа 1) с ИМТ от 30,0 до 34,9 кг/м<sup>2</sup>, ожирение 2 степени (группа 2) с ИМТ от 35,0 до 39,9 кг/м<sup>2</sup> и ожирением 3 степени (группа 3) с ИМТ более 40,0 кг/м<sup>2</sup>. Оценивались: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), л; объем форсированного выдоха за 1 первую секунду (ОФВ1), л; соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера), %. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США). Для оценки параметров были применены методы описательной статистики, критерий Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Количественные признаки представлены в виде медианы и межквартильных интервалов – Ме [Q1; Q3]. Номинальные данные представлены в виде относительных (%) и абсолютных (n) частот.

**Результаты и обсуждение.** Распределение исследуемых пациентов по группам составило: группа 1 – 64,9% (n=24), группа 2 – 27,0% (n=10), группа 3 – 8,1% (n=3). На начальном этапе исследования выдвигалась гипотеза, что индекс Генслера не изменяется в зависимости от степени ожирения или закономерно увеличивается при повышении ИМТ за счет снижения емкости легких. По результатам нашего исследования, индекс Генслера имел статистически значимое (p<0,01) межгрупповое различие. Так, в группе 2 данный показатель составил 73,9 [71,2; 79,4] % vs 78,9 [75,5; 80,5] % vs 84,1 [83,3; 85,2] % по сравнению с группами 1 и 3, соответственно.

Данный «парадокс ожирения» привлек наше внимание и заставил провести субанализ. Как оказалось, статистически значимого межгруппового различия в показателях ФЖЕЛ (p=0,38) и ОФВ1 (p=0,24),

как основных составляющих индекса Генслера не выявлено. Между тем, отмечена явная тенденция к снижению данных параметров при возрастании степени ожирения. ОФВ1 в группе 1 составил 3,48 [2,7; 3,9] л, в группе 2 – 2,81 [2,12; 3,45] л, в группе 3 – 2,63 [1,6; 5,18] л. ФЖЕЛ в группе 1 составила 4,39 [3,6; 4,8] л, в группе 2 – 3,88 [3,14; 4,15] л и в группе 3 – 3,13 [1,88; 6,22] л. Оценив разницу ( $\Delta$ ) данных показателей между каждой степенью ожирения было выявлено, что  $\Delta$ ОФВ1 (группа 1 – группа 2) составила 0,67 л, а  $\Delta$ ОФВ1 (группа 2 – группа 3) составила всего 0,18 л. В свою очередь  $\Delta$ ФЖЕЛ (группа 1 – группа 2) составила 0,51 л и  $\Delta$ ФЖЕЛ (группа 2 – группа 3) – 0,75 л. По данным результатам можно предположить, что ФЖЕЛ (показатель объема легких) отличается более плавным снижением между ожирением 1 степени и ожирением 2 степени ( $\Delta$ ФЖЕЛ=0,51 л) и более выраженным ( $\Delta$ ФЖЕЛ=0,75 л) между ожирением 2 степени и ожирением 3 степени. В свою очередь, ОФВ1 (объемно-скоростной показатель) наиболее резко снижается от ожирения 1 к ожирению 2 степени ( $\Delta$ ОФВ1=0,67 л) и совсем незначительно изменяется ( $\Delta$ ОФВ1=0,18 л) от ожирения 2 до ожирения 3 степени. Данные изменения влияли на нелинейное изменение индекса Генслера относительно ИМТ. Объемные показатели легких (ФЖЕЛ) при начальных степенях ожирения снижались менее выражено, чем в последующем. Напротив, объемно-скоростные показатели легких (ОФВ1) более выражено снижались в начальных степенях ожирения и менее выражено в последующем.

**Выводы.** Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что ожирение может оказывать влияние на показатели функции внешнего дыхания. Выявлено более раннее вовлечение в патофизиологический процесс объемно-скоростных показателей, что может быть следствием влияния метавоспаления при ожирении и может послужить инициатором более масштабных научных исследований влияния ожирения и метавоспаления на функцию дыхательной системы и бронхо-легочные заболевания.

## СОСТОЯНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Михайлов Е.В.<sup>1</sup>, Пасечник И.Н.<sup>2</sup>, Корочкина Г.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Центральная клиническая больница с поликлиникой,

<sup>2</sup>Центральная государственная медицинская академия,  
Москва

**Цель исследования.** Оценка количественных параметров внутримозгового кровотока методом транскраниальной доплерографии у пациентов острым ИИ в зависимости от волемического статуса.

**Материалы и методы.** На базе отделения нейрореанимации ЦКБ УДП РФ обследовано 15 больных (8 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 43 до 84 лет (средний возраст – 70 [63,8] лет) с ИИ, поступивших в стационар в первые трое суток от момента появления симптомов заболевания. При поступлении в стационар для подтверждения диагноза и исключения внутримозговых кровоизлияний, а также поражения головного мозга несосудистого характера выполнялась компьютерная или магнитно-резонансная томография. Подтип ИИ определяли в соответствие с критериями TOAST. Состояние оценивалось по шкале тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США – NIHSS.

У 6 пациентов ИИ диагностирован в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА), у 5 – в левой СМА, у 4 – в вертебробазиллярном бассейне (ВББ). В 9 случаях диагностирован кардиоэмболический подтип ИИ, в 5 – атеротромботический, в 1 – лакунарный. Согласно шкале NIHSS, легкий инсульт определен у 6 пациентов, инсульт средней тяжести – у 8 и тяжелый – у 1 пациента. Группу контроля составили 15 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы.

Всем больным при поступлении выполняли оценку мозгового кровотока методом транскраниального триплексного сканирования артерий виллизиева круга с применением секторного датчика S5 (1,0-5,0 МГц) на аппарате Phillips CX 50. Исследовали гемодинамические параметры: максимальную систолическую скорость кровотока ( $V_s$ ), диастолическую скорость кровотока ( $V_d$ ), индекс пульсативности Гослинга (PI), индекс периферического сопротивления Пурсело (RI), усредненную по времени максимальную скорость кровотока (TAMX) по передним, задним и среднему мозговым артериям с обеих сторон и основной артерии. Определение волемического статуса пациентов проводили методом трансторакальной эхокардиографии (ЭХОКГ) с применением секторного датчика S5 (1,0-5,0 МГц). Оценивали следующие параметры: конечный диастолический (КДОЛЖ) и ударный объем (VO) левого желудочка, диаметр нижней полой вены (НПВ) на вдохе и выдохе. Для статистической обработки данных использовали пакет прикладных программ STATISTICA (StatSoft, USA) версия 12. Результаты представлены как медиана значений (Me) и значения нижнего (LQ) и верхнего (UQ) квартилей.

**Результаты и обсуждение.** При анализе скоростных параметров МК у пациентов вне зависимости от локализации поражения сосуда – систолической, диастолической и усредненной по времени максимальной скорости кровотока ( $V_s$ ,  $V_d$ , TAMX – соответственно) в целом по группе пациентов выявили тенденцию к снижению на момент поступления в передних, задних и среднему мозговых и основной артериях с обеих сторон в сравнении с нормальными значениями (группа контроля), однако различия не были достоверны. Вместе с тем, выявили увеличение индексов сосудистого сопротивления по значению индексов PI и RI, и в большей степени индекса пульсативности, отражавших резкое



повышение сосудистого тонуса. Изменения этих показателей достигли статической значимости в сравнении с контролем и касались передних, задних, среднечерепных артерий с обеих сторон, основной артерии.

Одновременная оценка волемиического статуса обследованных пациентов на основании полученных ЭХОКГ данных (КДОЛЖ, УО, диаметра НПВ) показала нарушения волемичности в 5 случаях (1 подгруппа), у 10 пациентов этих отклонений не отмечалось (2 подгруппа). Следует отметить, что пациенты первой подгруппы были несколько старше; по подтипам ИИ подгруппы оказались сопоставимы: в большинстве - 60% случаев - был кардиоэмболический, в остальных случаях - лакунарный (20% - 1 подгруппа) и атеротромботический подтипы (20% и 40% - 1 и 2 подгруппа соответственно). В обеих подгруппах мы отмечали снижение скоростных параметров Vs, Vd, TAMX и рост индексов сосудистого сопротивления в оцениваемых артериях. Однако снижение линейных скоростей кровотока (Vs, Vd, TAMX) было более значительным, как и увеличение индексов PI и RI у пациентов с нарушением волемиического статуса, хотя разница и не достигла статистической достоверности между показателями в сравниваемых подгруппах. Тем не менее, отчетливо выраженная тенденция свидетельствует, по-видимому, о более значительной ишемии и усугубляющим ее повышенном сосудистом сопротивлении у пациентов с ИИ, имеющих нарушение волемичности - фактора неблагоприятного жизненного прогноза в условиях тяжелого ишемического инсульта.

**Выводы.** Таким образом, внутримозговой кровоток у пациентов с острым ИИ в первые 24-48 часов от начала заболевания характеризуется снижением скоростных параметров и значимым ростом сосудистого сопротивления в передних, задних и среднечерепных и основной артериях. Нарушение волемиического статуса пациентов сопровождается более значительным снижением скоростей кровотока и увеличением сосудистого сопротивления внутримозговых сосудов. Необходимо дальнейшее исследование этой проблемы.

## СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИХОНДРИТА, СПРОВОЦИРОВАННОГО АДЬЮВАНТАМИ

Мовсесян А.А., Красненко С.О.,  
Урумова М.М., Годзенко А.А.

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

Рецидивирующий полихондрит (РПХ) - редкое заболевание неизвестной этиологии, проявляющееся генерализованным воспалением хрящевой ткани.

Природа РПХ не установлена.

**Цель работы.** Описать клинический случай РПХ, спровоцированного пирсингом ушной раковины

**Материалы и методы.** Женщина 39 лет поступила в клинику ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» с жалобами на боль и покраснение ушных раковин, незначительную деформацию спинки носа, периодическое повышение температуры до 37,2°C.

Из анамнеза: у отца пациентки семейная средиземноморская лихорадка, у матери псориазический артрит. В августе 2019 г. пациентке выполнен пирсинг правой ушной раковины с имплантацией конструкции из «медицинской стали», через 2 недели после которого появилась боль, гиперемия и отек правой ушной раковины. В марте 2020 г. серьга была извлечена, однако симптоматика продолжала нарастать. ЛОР-врачом диагностирован «Хондроперихондрит», в течение 2 лет получала антибактериальные препараты без эффекта. Однократно вводился бетаметазон локально с краткосрочным эффектом. В сентябре 2022 г. - вовлечение левой ушной раковины. В анализе крови выявлено повышение СРБ - 9,3 мг/л, ускорение СОЭ - 22 мм/ч, АНФ - не обнаружены, на МРТ хрящей гортани и ушных раковин - деформация хрящей правой ушной раковины. С декабря 2022 г. отмечает деформацию («провал») спинки носа. Ревматологом поставлен диагноз «РПХ» и назначено лечение колхицином 1 г/сут и НПВП с незначительным улучшением.

**Результаты.** При осмотре в клинике ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» в январе 2023г: обе ушные раковины деформированы, отечны, гиперемированы (больше справа), болезненны при пальпации. Небольшая седловидная деформация носа.

В анализе крови: СОЭ 20 мм/ч, СРБ 2,3 мг/л, АНФ (HEp-2) - 1/160 sp+NuMA, cytopl. На КТ околоносовых пазух - признаки пристеночного утолщения слизистой обеих верхнечелюстных пазух, ринита. КТ органов грудной клетки и эндоскопия гортани патологии не выявили. Офтальмологом диагностирован сухой, дистрофия роговицы 3 степени справа.

Поставлен диагноз: «Рецидивирующий полихондрит: хондрит ушных раковин, носа, сухой кератоконъюнктивит».

В стационаре вводился метилпреднизолон внутривенно капельно 500 мг однократно с положительным эффектом в виде уменьшения боли, гиперемии и отечности ушных раковин. Назначен метилпреднизолон 8 мг в сутки и метотрексат 15 мг в неделю.

**Заключение.** Данный случай можно рассматривать как вариант синдрома ASIA (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants, аутоиммунный/воспалительный синдром, вызванный адьювантами). Адьювантами послужили компоненты металлического сплава, имплантированного в ушную раковину. Ранее случаи РПХ как проявления адьювантного синдрома описаны не были. Особенностью случая является продолжение прогрессирования симптоматики после удаления адьювантов с вовлечением новых хрящевых структур.

## АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ КРОВИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С.,  
Мамус М.А., Спицина С.С.

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

**Цель исследования.** Анализ профилей активностей взаимопревращающихся форм ксантиноксидоредуктазы (КОР) (ксантиндегидрогеназы (КДГ) и ксантиноксидазы (КО)) в крови в зависимости от активности системной красной волчанки (СКВ).

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 56 больных с СКВ (91,1% женщин, 8,9% мужчин), средний возраст 35 [31; 42] лет, средняя длительность заболевания 8 [5; 11] лет. Разделение пациентов на 3 подгруппы, соответственно степеням активности процесса, проводилось с использованием классификации, основанной на клинических проявлениях (Алексеева Е.И. и др., 2018). Активность болезни оценивали по индексу SLEDAI 2K. В группе с низкой активностью СКВ индекс SLEDAI 2K составил 4 [2; 5]; в группе с умеренной активностью – 9 [7; 9]; в группе с высокой активностью – 12 [11; 14]. Контрольная группа была представлена 35 практически здоровыми лицами. Активность КДГ (ЕС 1.17.1.4) и КО (ЕС 1.17.3.2) определяли в плазме (КОпл, КДГпл), лизатах лимфоцитов (КОл, КДГл) и лизатах эритроцитов (КОэр, КДГэр) спектрофотометрически. Активность ферментов выражали в нмоль/мин/мл, нормируя в лизатах лимфоцитов на содержание до лизиса  $1 \times 10^7$  клеток/мл, в лизатах эритроцитов –  $1 \times 10^9$  клеток/мл.

**Результаты и обсуждение.** Энзимные показатели больных СКВ (вся группа) существенно отличались от контрольных значений. При этом СКВ характеризовалась более высоким уровнем КОпл ( $p < 0,001$ ) на фоне сниженной активности КДГпл ( $p < 0,001$ ); снижением КОл ( $p < 0,001$ ) и КДГл ( $p < 0,001$ ); нормальным уровнем КОэр ( $p = 0,977$ ) при снижении активности КДГэр ( $p < 0,001$ ).

Выявлены взаимосвязи уровней активностей КДГ и КО и индекса SLEDAI 2K. На фоне роста активности болезни определялись повышение уровней КОпл ( $\rho = 0,88$ ,  $p < 0,001$ ), КДГэр ( $\rho = 0,75$ ,  $p < 0,001$ ) и снижение уровней КДГпл ( $\rho = -0,88$ ,  $p < 0,001$ ), КОл ( $\rho = -0,83$ ,  $p < 0,001$ ), КДГл ( $\rho = -0,90$ ,  $p < 0,001$ ), КОэр ( $\rho = -0,81$ ,  $p < 0,001$ ).

При низкой активности СКВ, по сравнению с контрольной группой, были выше активности КОпл ( $p < 0,001$ ), КДГпл ( $p < 0,001$ ), КОэр ( $p < 0,001$ ), ниже активности КОл ( $p < 0,001$ ), КДГл ( $p < 0,001$ ), КДГэр.

( $p < 0,001$ ). Умеренная активность СКВ, в отличие от практически здоровых людей, характеризовалась более высоким уровнем активности КОпл ( $p < 0,001$ ) и более низкими значениями активностей КДГпл ( $p < 0,001$ ), КОл ( $p < 0,001$ ), КДГл ( $p < 0,001$ ), КДГэр ( $p < 0,001$ ). Энзимные показатели больных с высокой степенью активности СКВ отличались от контрольных значений как в плазме крови, так и в лизатах лимфоцитов аналогично группе испытуемых со средней активностью заболевания. Однако в их лизатах эритроцитов определялись более низкая активность КО ( $p < 0,001$ ) и более высокая активность КДГ ( $p < 0,001$ ).

Уровни КО и КДГ в плазме и клеточных лизатах значимо различались между группами больных с разной активностью СКВ.

**Заключение.** Различные иммунопатологические реакции при СКВ взаимосвязаны с изменениями, происходящими на метаболическом уровне. Так, при СКВ наблюдаются существенные изменения в ферментной системе КОР, зависящие от активности иммунного воспаления. Сдвиги баланса уровней КО и КДГ в плазме, лизатах лимфоцитов и эритроцитов определяют своиственные разным степеням активности СКВ профили крови. Можно полагать, что в реализации патофизиологических эффектов КОР при СКВ проявляются все присущие ей каталитические активности. Перспективным представляется продолжение дальнейших исследований в направлении изучения возможности использования КОР в качестве дополнительного маркера активности СКВ.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА КОСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Морозик П.М.<sup>1</sup>, Руденко Э.В.<sup>2</sup>, Руденко Е.В.<sup>2</sup>,  
Самоховец О.Ю.<sup>3</sup>, Кобец Е.В.<sup>1</sup>, Шибко О.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт генетики и цитологии  
Национальной академии наук Беларуси,

<sup>2</sup>Белорусский государственный  
медицинский университет,

<sup>3</sup>1 Городская клиническая больница,  
Минск, Беларусь

Остеопороз (ОП) является заболеванием костной системы, характеризующимся низкой костной массой, микроархитектурными нарушениями структуры костной ткани с последующим повышением хрупкости костей и подверженности патологическим переломам. Выявление людей со сниженной минеральной плотностью костной ткани представляет определенную сложность, поскольку процессы снижения костной массы в организме долгое время протекают медленно и бессим-

птомно. Информация о генетической предрасположенности к костным переломам в этом аспекте поможет сформировать группы повышенного риска и целенаправленно проводить комплексные мероприятия по профилактике ОП и низкоэнергетических переломов.

**Цель работы.** Разработка методики оценки риска костных переломов у женщин с остеопорозом с учетом клинических, лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических маркеров.

В исследование было включено 620 белорусских женщин, из них 456 с ОП и 164 контрольной группы, которым было проведено клиническое обследование, а также генотипирование по 57 полиморфных вариантам, локализованным в 28 генах, вовлеченных в метаболизм костной ткани:  $\alpha 1$ -цепи коллагена I типа (COL1A1),  $\alpha 2$ -цепи коллагена I типа (COL1A2), рецептора витамина D (VDR), рецептора эстрогена (ESR1, ESR2), метилентетрагидро-фолатредуктазы (MTHFR), склеростина (SOST), паратиреоидного гормона (PTH), рецептора кальцитонина (CALCR), белка 5, родственного белкам семейства рецептора липопротеинов низкой плотности (LRP5), остеопротегерина (OPG), лиганда рецептора-активатора ядерного транскрипционного фактора NF- $\kappa$ B (RANKL), белка 4 сигнального пути Wnt (WNT4), костного морфогенетического белка 2 типа (BMP2).

По результатам анализа полученных данных, статистически значимая ассоциация с риском костных переломов выявлена для семи локусов пяти генов: COL1A1 rs1800012, COL1A2 rs42517, VDR rs7975232, rs1544410, rs731236, ESR1 rs9340799, rs2234693 и MTHFR rs1801133. Для носителей варианта rs9340799 G/G гена ESR1 риск костных переломов снижался по сравнению с носителями референсного генотипа A/A. В ходе предварительных клинических испытаний разработана методика оценки вероятности костных переломов, основанная на бальной системе. Оценка индивидуального генетического риска (GRS) осуществлялась с использованием множественного логистического регрессионного анализа: минимальный коэффициент, для которого была выявлена статистически значимая ассоциация с риском патологических костных переломов, был принят за 1 балл, остальные коэффициенты пропорционально пересчитаны и округлены до целого значения.

Проведенная апробация разработанной модели показала, что при значении риска костных переломов 5 баллов и выше, число лиц с костными переломами превышает таковых без переломов, а при 8 баллах и выше, лиц без переломов практически не встречается. На основании этого, показатель взвешенного риска до 4 баллов включительно принят за общепопуляционный (такой риск включает 95% лиц без переломов), от 5 до 7 баллов – повышенный, 8 и более баллов – высокий.

Разработанная в рамках настоящего исследования модель прогнозирования взвешенного риска патологических костных переломов имеет очень хорошую диагностическую и прогностическую ценность, AUC = 0,81 (95% ДИ 0,75-0,88). Модель также характеризует-

ся высокой чувствительностью (90,7%), средней специфичностью (66,7%) и хорошей точностью (77,5%). Средняя специфичность свидетельствует о том, что модель может быть доработана с помощью других генетических или клинических показателей, включая алгоритм FRAX.

По результатам проведенных исследований разработан алгоритм выявления вероятности развития остеопороза и патологических переломов, внедрение которого в практическую медицину расширит показания к применению инновационных технологий в медицине, позволит получать индивидуальные, максимально реалистичные данные для выявления высокой вероятности развития остеопороза, что достигается включением в модель расчета риска в том числе генетических показателей, обладающих высокой прогностической значимостью. В отличие от других предлагаемых методик по генетическому тестированию, разработанный метод учитывает индивидуальный вклад каждого маркера в общую вероятность костных переломов.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА КСЕРОСТОМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

**Мохначева С.Б.**

Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск

Слюнные железы, находясь в тесной связи с гомеостазом организма, чутко реагируют даже на малые его изменения, и часто изменение функции слюнных желез при эндокринных и психосоматических расстройствах являются, поэтому у ряда пациентов с эндокринной патологией жалобы на наличие сухости в полости рта указывают на объективное снижение функции слюнных желез и вовлечение данного органа в общий патогенетический процесс.

**Цель работы.** Определение вида ксеростомии, истинной или ложной, при сахарном диабете II типа.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано было 48 человек, болеющих более 10 лет сахарным диабетом 2-го типа, из них 41,7% (20 пациентов) мужчин и 58,3% (28 пациентов) женщин. Средний возраст группы составил 59,2±6,6 лет. Для проведения исследования была разработана анкета, которая включала вопросы по основному заболеванию и его лечению, вопросы по изменению функции слюнных желез – жалобы на сухость в полости рта, затруднения в приеме пищи, глотании и речи. Анкетирование и обследование пациентов на наличие симптома ксеростомии проводилось в профильном отделении эндокринологии БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». После проведения анкетирования пациентам проводили лабораторные исследования



слюны: нестимулированную фоновую сиалометрию смешанной слюны, также определяли рН смешанной слюны, вязкость смешанной слюны и поверхностное натяжение смешанной слюны.

**Результаты и обсуждение.** В исследовании нами было выявлено, что все пациенты с компенсированной формой сахарного диабета 2-го типа ежедневно принимали препараты, снижающие уровень сахара в крови, в основном метформин. Было выявлено, что 25% пациентов этой группы выпивали за день более 3 литров воды, 52% пациентов – от 1,5 до 2 литров, и 40% утверждали, что принимали менее 1 литра воды в день. Дневная жажда была у 64% больных, ночью вставали и пили воду 81,5% опрошенных из этой группы. Именно в 1-ой группе было выявлено значительное количество больных с признаками и жалобами на сухость в полости рта. Так, наличие сухости во рту вне приема пищи отмечали все 100% пациентов, сухость губ – 84% пациента. Сухость в полости рта во время приема пищи была у 43,5% больных. Приходилось запивать пищу водой, чтобы облегчить процесс ее проглатывания 68% больных. У 20% пациентов с сахарным диабетом из-за малого количества слюны возникали трудности с речью, произношением согласных звуков. Для устранения сухости рта в течение дня 60% пациентов брали с собой воду.

По данным анамнеза у больных сахарным диабетом 2-го типа были выявлены жалобы на изменения собственно слюнных желез – периодические распирающие боли в околоушной области отмечали 36,4% пациентов, периодически возникающие воспаления слюнных желез было у 18,2% больных. Неприятный запах изо рта ощущали 72,7% пациентов. Объективная оценка состояния слюноотделения и качества смешанной слюны показали, что скорость саливации у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа была снижена до  $0,119 \pm 0,013$  мл/мин, при норме от 0,31 до 0,6 мл/мин, поверхностное натяжение смешанной слюны тоже было уменьшено и в среднем составило  $36,79 \pm 0,30$  Эрг/см<sup>2</sup>, что ниже нижней границы нормы на 8%. Вязкость, определяемая по методу Афанасьева В.В., была в 2,27 раз выше нормы, а кислотность смешанной слюны опустилась до нижней границы нормы –  $6,4 \pm 0,1$ .

**Выводы.** Таким образом, лабораторные показатели смешанной слюны доказывают объективность жалоб на сухость в полости рта, сложности с пережевыванием и проглатыванием сухой пищи, о которых больные сахарным диабетом 2-го типа говорили врачу. Снижение количества смешанной слюны и поверхностного натяжения, а также увеличение вязкости смешанной слюны приводили к тому, что слюна теряла способность смачивания пищевого комка и слизистой полости рта, и пища прилипала к поверхности слизистой, замедляя свой путь по языку, ротоглотке, пищеводу в желудок, и травмировала ее. Ксеростомия при сахарном диабете 2-го типа носила истинный характер.

## ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мусаева М.А., Парпибаева Д.А., Салаева М.С.,  
Шукурджанова С.М., Турбанова У.В.,  
Султонова Д.А.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить кардиопротективную эффективность ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа (иДПП-4)/метформин у пациентов с сахарным диабетом типа 2 и ишемической болезнью сердца (ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со средней фракцией выброса.

**Материал и методы.** В исследовании включены 50 пациентов (28 мужчин и 22 женщин) с диагнозом ишемической болезнью сердца сопутствующим сахарным диабетом типа 2 с сердечной недостаточностью, в возрасте  $62 \pm 1,29$  лет. В прошлом ИМ в анамнезе перенесли 30 (60%), 50 (100%) имели АГ, курильщиками были 13 (27,5%); в возрасте >60 лет оказались 31 (62,0%), ожирение выявлено у 26 (52%), среди которых – 14 (50%) мужчин и 12 (54,5%) женщин. У всех больных в исследование исходно и через 3 месяца лечения проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса «Кардиосенс». В программу обследования входило определение уровня гликемии натощак (ГН), постпрандиальной гликемии (ППГ), гликированного гемоглобина (HbA1c), показатели липидного спектра, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), антропометрические данные – ИМТ. Пациенты получали медикаментозное лечение согласно клиническим рекомендациям по ИБС и ХСН, для лечения сахарным диабетом принимала комбинацию метформина 500 мг и ситаглиптина 50 мг/сут, одновременно.

**Результаты.** Измерение АД в момент госпитализации САД/ДАД  $150,4 \pm 5,67/80,9 \pm 3,5$  мм рт.ст. соответственно. По данным суточного мониторирования АД среднесуточные цифры составили  $140,3 \pm 3,3/78,9 \pm 1,2$  мм рт.ст. Через 3 месяца результатом (СМАД) среднесуточный уровень систолического АД составил  $126,2 \pm 1,3$  диастолического –  $80,2 \pm 0,8$  мм рт.ст. В течение исследования отмечалась положительная динамика антропометрических данных, ИМТ снизился с 33 до 31 кг/м<sup>2</sup>. Показатели ФВ изменился с  $56,3 \pm 1,25$  ммоль/л до  $58,1 \pm 1,11$  ммоль/л. На фоне комбинированной терапии ситаглиптин/метформин во всех пациентов ГН изменился с  $8,9 \pm 0,39$  ммоль/л до  $7,72 \pm 0,31$  ммоль/л ( $p < 0,05$ );

ППГ снизилась с  $13,4 \pm 0,66$  ммоль/л до  $10,9 \pm 0,43$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Фиксированная комбинация ингибиторы дипептидил-пептидазы 4 типа (иДПП-4)/метформин и одновременный прием стандартной терапия положительный влияние на гемодинамическая параметр и достоверно улучшить качества жизни пациентов.

## КОМПРЕССИОННАЯ МИЕЛОПАТИЯ НА ФОНЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ

Мусаева Л.М., Прокофьева Ю.А., Пак Ю.В.,  
Меньшикова И.В.

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

**Цель.** Описать и проанализировать развитие тяжелых осложнений вследствие нерационального использования глюкокортикостероидной терапии (ГКС) при ревматоидном артрите (РА).

**Материалы и методы.** Пациент 54 лет обратился с жалобами на выраженные боли и значительное ограничение движений в грудном отделе позвоночника, невозможность самообслуживания, самостоятельного передвижения на фоне мышечной слабости в ногах, онемение нижних конечностей, судороги ног, преимущественно в вечернее время, боль и ограничение движений в правом коленном суставе и в левом голеностопном суставе, повышение температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$  в вечернее время, нарушение самостоятельного мочеиспускания. Пациент с 2020 года болен серопозитивным (РФ+, АЦЦП+) ревматоидным артритом с поражением мелких суставов кистей, плечевых суставов. Назначалась базисная терапия метотрексатом 10 мг/нед, метипред 8 мг/сут. Весной 2022 года на фоне хорошего самочувствия самостоятельно отменил метотрексат, в дальнейшем у ревматолога не наблюдался. В июне возникло обострение, терапией по месту жительства доза ГКС была увеличена с 8 до 16 мг, а затем до 24 мг/сут, кроме того, пациент ежедневно принимал высокие дозы нимесулида. Осенью 2022 года появились выраженные боли в грудном отделе позвоночника, нарастающая слабость и онемение в нижних конечностях, а в дальнейшем невозможность самостоятельно ходить.

При первичном осмотре – признаки медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга, снижение мышечной силы до 0 баллов в обеих нижних конечностях – нижняя параплегия, ограничение движений в продольной и боковой оси грудного отдела позвоночника, припухлость правого коленного сустава. В

анализах крови – умеренное снижение гемоглобина до 118 г/л., лейкоцитоз до 17 тыс. за счет нейтрофильного компонента, повышение уровня острофазовых маркеров воспаления: СОЭ до 30 мм/час, СРБ до 176,8 мг/л, фибриногена до 9,29 г/л; РФ-66,2 Ед/л. Анализы на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис-отрицательные. При МРТ правого коленного сустава: правосторонний гонартроз, хондромалиция хряща латерального мыщелка бедренной и большеберцовой кости, выпот в полости сустава, препателлярный бурсит. При МРТ грудного отдела позвоночника: клиновидная деформация и значительное снижение высоты тел Th5, Th6 позвонков, их смещение в просвет позвоночного канала до 7 мм, компрессия прилегающих отделов спинного мозга; в заднем эпидуральном пространстве на уровне Th5-Th6 экстремедулярное жидкостное образование размерами 41x8 мм, компремирующее спинной мозг. Паравертебрально по передней поверхности тел Th5 -Th11 позвонков крупное жидкостное образование с четкими неровными контурами и неоднородным содержимым (абсцесс?) размерами 6,03x3,36x10,35 см. T-SPOT.TB-отрицательный.

Пациенту была назначена эмпирическая антибиотикотерапия цефтриаксоном 2 г/сут внутривенно и экстренная декомпрессия позвоночного канала с дренированием абсцесса, на фоне чего достигнута положительная динамика в виде нарастания мышечной силы нижних конечностей до 3 баллов. По результатам посева содержимого абсцесса выявлен *S. aureus*, согласно антибиотикочувствительности скорректирована антибиотикотерапия.

**Результаты и обсуждение.** По результатам проведенных обследований картина соответствует компрессионному перелому тел Th5, Th6 позвонков с компрессионной миелопатией на уровне Th5-Th6 что, очевидно, является осложнением тяжелого ятрогенного остеопороза. Вторым осложнением неадекватной стероидной терапии стала бактериальная инфекция с формированием выраженного спондилодисцита, субдурального и крупного паравертебрального абсцессов на уровне Th5-Th11 справа. Принимая во внимание возможность специфического генеза поражения грудного отдела позвоночника была исключена туберкулезная инфекция.

В соответствии с современными клиническими рекомендациями ГКС при РА назначаются на короткий период (в качестве «bridge-терапии») до снижения активности процесса, а дозировка базисной терапии должна быть увеличена до необходимой в течение первых 3-6 месяцев болезни, что не было выполнено у данного пациента.

**Выводы.** Представленный клинический случай демонстрирует нерациональное лечение РА и доказывает высокую опасность осложнений неправильного приема ГКС и важность своевременного направления пациентов с РА к ревматологу врачами первичного звена для мониторингования течения болезни и подбора адекватной терапии.

## FOLLOW-UP ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И.,  
Шамсутдинова Н.Г.

Казанский государственный медицинский  
университет,  
Казань

**Введение.** Постковидные проявления ранее изучались в общей популяции, они не были исследованы в конкретной популяции пациентов с воспалительным ревматическим заболеванием (S. Vatibay., 2022). В перечень постковидных синдромов входят артралгии, артриты, миалгии, васкулиты с поражением сосудов различного калибра, антифосфолипидный синдром, а также целый ряд иммунологических маркеров, которые характерны для широкого круга ревматических заболеваний (Lapostolle F., 2020, Lechien J.R.2020).

**Цель.** Изучить частоту возникновения постковидных проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

**Материалы и методы.** С марта 2020 по сентябрь 2022 года находились под наблюдением 271 пациент с РЗ, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ), с подтвержденным результатом ПЦР SARS-CoV-2 или с помощью рентгеновской компьютерной томографии (КТ) легких. Среди пациентов 68 (25%) лиц мужского пола, 203 (75%) лиц женского пола. Средний возраст составлял 56 [46,65] лет. Средняя длительность РЗ на момент НКИ – 10,9 [5,15] лет. Распределение пациентов выглядело следующим образом: ревматоидный артрит (РА) – 186 человек (68,6%), анкилозирующий спондилит (АС) – 46 человек (16,9%), псориатический артрит (Пса) – 38 человек (14%). Проведено анкетирование пациентов в рамках углубленной диспансеризации через 3,6,9,12 месяцев после перенесенной НКИ по наличию постковидных проявлений.

**Результаты.** На 3 месяц после НКИ опрошено 81 человек, на 6 месяц – 120, на 9 месяц – 114, на 12 месяц – 112 человек. На момент дебюта НКИ ремиссия зафиксирована у 9 (3,3%), низкая степень активности у 58 (21,4%), умеренная степень активности у 140 (51,6%), высокая степень активности у 21 (7,7%), у 43 (15,8%) человек – не было данных.

Согласно результатам анкетирования, сохранение или появление симптомов после перенесенной НКИ отметили 90,4% пациентов, причем у всех было сочетание не менее 3 различных групп симптомов. Чаще всего встречалось усиление/появление болей в суставах: на 3 месяц – 65 (80,2%), на 6 месяц – 81 (67,5%), на 9 месяц – 67 (58,7%), на 12 месяц (37,5%). Среди опрошенных вторым симптомом по частоте встречаемости являлись астенические проявления в виде появления и усиление

усталости, мышечных болей, головных болей: на 3 месяц – 61 (75,3%), на 6 месяц – 78 (65%), на 9 месяц – 70 (61,4%), на 12 месяц – 53 (47,3%). Жалобы на существенное усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки отметили на 3 месяц – 41 (50,6%), на 6 месяц – 44 (36,6%), на 9 месяц – 32 (28%), на 12 месяц – 26 (23,2%) опрошенных, при этом отсутствовала связь с тяжестью НКИ, а половина пациентов имели легкое течение НКИ. Усиление болей в груди и/или сердцебиений – на 3 месяц – 30 (37%), на 6 месяц – 28 (23,3%), на 9 месяц – 23 (20,1%), на 12 месяц – 13 (11,6%). Выпадение волос и появление кожной сыпи на 3 месяц после НКИ отметили 28 (34,5%) опрошенных, в динамике этот показатель снижился до 9% к 12 месяцу. Незначительное сохранение повышенной температуры с момента выздоровления от НКИ зафиксировано у 8,6% пациентов на 3 месяц после НКИ, к 9 месяцу это проявление встречалось в 2,6% случаях.

РЗ стадии ремиссии до НКИ была у 9 (3,3%), низкая степень активности 58 (21,4%), умеренная степень активности 140 (51,6%), высокая степень активности 21 (7,7%), у 43 (15,8%) человек – не было данных. Умеренная и высокая степени активности РЗ до НКИ влияли на усиление болей в суставах ( $p < 0,023$ ), на нестабильное течение сахарного диабета на 3 месяц после выздоровления ( $p < 0,032$ ).

**Заключение.** У пациентов с РЗ отмечается сохранение постковидных проявлений, причем в первую очередь за счет суставных (80,2%) и общеконституциональных симптомов (75,3%) на 3 месяц после перенесенной НКИ. Умеренная и высокая степени активности РЗ до НКИ достоверно влияют на выраженность суставного синдрома и нестабильное течение сахарного диабета. Терапия постковидного синдрома у пациентов с ревматологическими заболеваниями должна носить персонализированный характер и определяться особенностями данного состояния пациента.

## КОГНИТИВНЫЕ И АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И.,  
Шамсутдинова Н.Г.

Казанский государственный медицинский  
университет,  
Казань

**Введение.** Новая коронавирусная инфекция нередко влечет за собой стойкие неврологические осложнения, к числу самых распространенных из них относятся когнитивные и астенические симптомы. Когнитивные расстройства на фоне SARS-CoV-2 проявляются, в большинстве случаев, в нарушении работы первого структурно-функционального блока мозга



и проявляются нарушением внимания, скорости мыслительных процессов, утомляемостью, повышенной истощаемостью. Ухудшение внимания влечет за собой страдание и других когнитивных функций, например прогноза. Хотя постковидные проявления ранее изучались в общей популяции, они не были исследованы в конкретной популяции пациентов с воспалительным ревматическим заболеванием (S. Vatibay., 2022).

**Цель.** Изучить частоту распространения когнитивных и астенических расстройств у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в постковидном периоде.

**Материалы и методы.** С марта 2020 по сентябрь 2022 года находились под наблюдением 187 пациента с РА, перенесших новую коронавирусную инфекцию (НКИ), с подтвержденным результатом ПЦР SARS-CoV-2 или с помощью рентгеновской компьютерной томографии (КТ) легких. Среди пациентов 163 (87,1%) – женского пола, 24 (12,8%) – мужского, средний возраст пациентов составил 59,8 [52; 68] лет. Длительность РА на момент дебюта НКИ составила 11,1 [5,75; 16] лет. Для выявления астенических проявлений применялся опросник Шкала астенического состояния и оценка состояния когнитивных функций производилась с помощью скрининговых нейропсихологической шкалы MMSE на 3 и 6 месяцы после НКИ.

**Результаты.** Симптомы НКИ у пациентов с РА по частоте встречаемости и тяжести были сопоставимы с течением инфекции в популяции. Легкое течение НКИ было у 31,7%, течение средней степени тяжести у 68,3% наблюдаемых, что сопоставимо с общепопуляционными данными. Опрошено 58 и 80 человек через 3 и 6 месяцев соответственно после НКИ.

Согласно результатам анкетирования на 3 месяц после НКИ, легкие когнитивные нарушения были выявлены у 46 человек (79,3%), умеренные когнитивные нарушения у 12 человек (20,6%). По результатам опросника ШАС по Л.Д. Малковой были получены следующие результаты: 15 человек – слабая астения (25,8%), 22 человек – умеренная астения (38%), 3 человека – выраженная астения (5,1%). Пациенты с выраженной астенией перенесли НКИ в средне-тяжелой форме (КТ2-3), лечение в условиях инфекционного госпиталя.

Согласно результатам анкетирования на 6 месяцев после НКИ, легкие когнитивные нарушения были выявлены у 68 человек (85%), умеренные когнитивные нарушения у 6 человек (7,5%). По результатам опросника ШАС по Л.Д. Малковой были получены следующие результаты: 21 человек – слабая астения (26,2%), 18 человек – умеренная астения (22,5%), 2 человека – выраженная астения (2,5%).

У пациентов с РА, перенесших вирусную пневмонию, достоверно выше уровень тревоги и когнитивных нарушений через 3 и 6 месяцев ( $p < 0,005$ ).

**Заключение.** У пациентов с РА отмечаются сохранение умеренных когнитивных (85%) и астенических расстройств (22,5%) до полугода после перенесенной НКИ. Пациенты чаще всего отмечали астеническое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью и расстройством

сна. Со стороны когнитивных нарушений пациенты испытывали трудности с заданиями на внимание и счет. Вирусная пневмония оказывала достоверно значимое влияние на уровень астении и когнитивных нарушений на 3 и 6 месяцы после НКИ ( $p < 0,005$ ).

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И НЕРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р.,  
Ширанова Ш.А., Ибрахимов А.И.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинической картины у больных анкилозирующим спондилитом (АС) и нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом (нр-аксСпА).

**Материал и методы.** Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование были включены 76 пациентов, среди них было 53 (69,7%) мужчин и 23 (30,3%) женщины. Диагноз АС устанавливался согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. У пациентов с воспалительной болью в спине (ВБС), но не имеющих на рентгенограмме изменений крестцово-подвздошных сочленений (КПС), для постановки диагноза использовались критерии Международной рабочей группы по изучению спондилоартритов (ASAS) для аксСпА (длительность болей в спине  $\geq 3$  мес у пациентов в возрасте не старше 45 лет). Длительность заболевания на момент исследования была равна 10,5 (от 1 до 22 лет) года. У всех больных оценивали общепринятых клинических и лабораторных исследований и проводилась рентгенография позвоночника и костей таза. При наличии у пациента ВБС согласно критериям ASAS 2009 г. и отсутствию изменений на обзорном снимке костей таза выполняли МРТ КПС. Применялись режимы STIR и T2 с подавлением жира. СИ считался достоверным при наличии одной зоны костномозгового отека на двух последовательных срезах или нескольких зон воспалительного отека на одном срезе. Определяли HLA-B27-антиген и СОЭ. Клиническое исследование дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в суставах и позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-СРБ.

Полученные данные были внесены в компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США) для последующей статистической обработки.

**Результаты.** При рентгенографии КПС СИ выявлен у 59 больных (77,6%), из них II стадию имели – 23 (38,9%), III – 20 (33,9%), IV – 16 (27,2%). У 17 (22,4%) пациентов признаков СИ при рентгенографии не было выявлено. При МРТ у этих 17 больных обнаружены признаки одностороннего или двустороннего СИ, они также отвечали критериям ASAS для акс-СпА 2009 г. В обеих группах преобладали мужчины: 67,8% среди пациентов с АС и 70,5% – среди больных нр-аксСпА. Средний возраст начала заболевания при АС и нр-аксСпА не различался и составлял соответственно  $24,7 \pm 1,2$  года и  $22,6 \pm 1,1$  года.

Длительность заболевания у пациентов группы с АС ( $14,7 \pm 0,6$  года) была больше чем у больных с нр-аксСпА ( $4,1 \pm 0,5$  года;  $p < 0,001$ ). Диагноз АС установлен в среднем через  $11,4 \pm 1,6$  года, нр-аксСпА – через  $3,0 \pm 0,9$  года от начала болезни ( $p < 0,001$ ). Средний уровень боли по ВАШ у пациентов 1-й группы был  $40,6 \pm 1,6$  мм, во 2-й группе –  $31,6 \pm 2,3$  мм ( $p < 0,01$ ). HLA-B27 при АС выявлялся в 88,1%, при нр-аксСпА – в 94,1% случаев. В группе пациентов с АС СОЭ была несколько выше ( $32,5 \pm 1,4$  мм/ч), чем у больных нр-аксСпА ( $23,6 \pm 2,5$  мм/ч), однако эти различия недостоверны.

Среди пациентов двух групп преобладал аксиальный вариант АС, частота этих вариантов течения при АС и нр-аксСпА существенно не различалась. Как при АС, так и при нр-аксСпА чаще встречался артрит коленных суставов, который выявлен соответственно в 21,9% и 37,4% случаях.

В группе больных АС индекс активности BASDAI был достоверно выше –  $4,0 \pm 0,1$ , чем при нр-аксСпА –  $3,4 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ). Однако существенных различий числа больных с высокой, умеренной и низкой активностью по BASDAI не отмечалось. В целом по группе у большинства пациентов отмечались незначительные функциональные нарушения. В группе АС они выявлены у 68,1% пациентов, и у 31,9% наблюдалось значительное ограничение функциональной активности. Индекс BASFI  $> 4$  не был зафиксирован в группе нр-аксСпА.

Количество энтезитов у больных АС составляло в среднем  $2,1 \pm 0,3$ , при нр-аксСпА –  $1,8 \pm 0,2$ . Из внесуставных проявлений в обеих группах преобладал увеит. В группе АС он выявлен у 27 (22,7%) пациентов, причем 6 из них отмечали рецидивы заболевания. В группе нр-аксСпА увеит был у 17,6% больных, и у одного из них он рецидивировал. Аортит был диагностирован только у одного пациента с АС.

**Заключение.** Таким образом, выявление больных на дорентгенологической стадии имеет важное значение. Ранняя диагностика заболевания позволит своевременно начать патогенетическую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами, которые для АС считаются структурно-модифицирующими, что может способствовать замедлению прогрессирования заболевания и сохранению качества жизни пациентов с АС. Новые критерии ASAS позволяют устанавливать диагноз СпА на ранней стадии, т. е. на стадии обратимых структурных изменений.

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА

Набиева Д.А., Пулатова Ш.Б., Алиева К.К.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить рентгенологические изменения анкилозирующего спондилоартрита (АСА) с нарушением минерального обмена.

**Материал и методы.** В проспективное исследование было включено 102 пациента с достоверным диагнозом АС, подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил  $40,7 \pm 11,1$  лет (от 20 до 70), длительность заболевания – 10,7 (4-18) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в суставах по ВАШ, оценку активности по ASDAS, BASDAI, BASFI, СОЭ, СРБ, содержание кальция, цинка, магния в сыворотке, и магния в эритроцитах. Всем пациентам выполнялась стандартная рентгенография в прямой и боковой проекциях для оценки крестцово-подвздошного сочленения и позвоночника и определяли рентгенологическую стадию АСА. Больным, не имевшим рентгенологических признаков, характерных для АСА, было рекомендовано проведение МРТ.

**Результаты.** Все больные были разделены на 2 группы по количеству микроэлементов: 1-я группа 49 (48%) больных (магний, кальций и цинк в сыворотке крови в норме) и 2-я группа 53 (52%) больных (магний, кальций и цинк ниже нормы). Рентгенологические изменения в суставах у больных АСА были проанализированы по группам: у 64% больных I группы преобладали рентгенологические признаки II степени сакроилеита (I ст – 6,1%, III ст – 16,3%, IV ст – 12,2% случаев). Во II группе преобладали признаки сакроилеита преимущественно III (28,4%) и IV степени (35,8,2%). Кроме того, проведено сравнение и анализ рентгенологических показателей коксартроза у больных с АСА в группах. Во II группе больных с микроэлементным дефицитом тяжелая форма коксартроза III рентгенологической степени наблюдалась у 48% больных, а в I группе коксартроз III степени наблюдался у 22,7% больных. У больных I группы без микроэлементного нарушения выявлен коксартроз II степени 60% больных, во II группе II степени – 40% больных, во II группе коксартроз III степени наблюдался у 48%, а I группе без микроэлементного нарушения коксартроз III степени наблюдался у 22,7%.

**Заключение.** У больных АСА с нарушениями минерального обмена наблюдаются более тяжелые рентгенологические изменения в суставах. Таким обра-

зом, комплексное лечение больных АСА с учетом минерального обмена позволяет предотвратить серьезные рентгенологические изменения в суставах.

## ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Наиля А.С., Журавлева Н.С.

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

**Цель исследования.** Изучить особенности течения постковидного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы исследования.** Через 1-18 мес после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обследовано 85 больных с нарушением углеводного обмена, (20 муж и 65 жен, в возрасте 38-75 лет). Диагноз заболевания подтвержден идентификацией РНК вируса SARS-COV-2 методом ПЦР, выявлением антител IgM класса к вирусу в острый период или идентификацией антител IgG-класса в период реконвалесценции. Диагноз сахарного диабета 2 типа (СД) устанавливался согласно критериям ВОЗ и Национальных клинических рекомендаций. Был проведен телефонный опрос, а также изучены амбулаторные карты пациентов. Наряду с клинико-инструментальными методами исследования проводилось изучение пролиферативной активности лимфоцитов периферической крови в ответ на неспецифический митоген (фитогемагглютинин), а также изучалась активность клеток, синтезирующих циклооксигеназу, принимающих участие в развитии воспаления. В зависимости от тяжести течения больные были разделены на 2 группы: перенесшие легкую форму заболевания в виде ОРВИ (n 37) и средне-тяжелую и тяжелую форму заболевания в виде пневмонии (n 48). Больные также были разделены на подгруппы в зависимости от сроков наличия симптомов: до 12 недель (post-acute-COVID syndrome) и после 12 недель (post-COVID syndrome).

Контрольную группу составили 288 пациентов, перенесшие COVID-19, без признаков нарушения углеводного обмена.

**Результаты и обсуждение.** Учитывая значимость коморбидной патологии как фактора риска развития постковидного синдрома, не вызывает удивления факт редкого его отсутствия у больных СД, после перенесенной коронавирусной инфекции ( $p < 0,01$ ). Сравнительный анализ частоты клинических проявлений среди исследуемых групп позволил установить, что когнитивные нарушения, артралгия, другие нарушения (не включенные в анкету: тромботические осложнения, нарушение ритма, головокружения) встречались чаще в группе больных СД вне зависимости от тяжести перенесенной коронавирусной ин-

фекции по сравнению с группой пациентов без нарушения углеводного обмена ( $p < 0,05$  для всех перечисленных признаков). При этом, по мере отдаления от острого периода заболевания частота когнитивных расстройств, артралгий у пациентов с СД снижалась незначительно. Частота развития артериальной гипертензии не увеличивалась, что, возможно было обусловлено тем, что многие пациенты страдали гипертонической болезнью и до заболевания. Однако, многие больные отметили развитие неконтролируемой артериальной гипертензии, также было зафиксировано и увеличение уровня глюкозы и гликированного гемоглобина у ряда из них. У четырех пациентов впервые выявлено нарушение углеводного обмена после перенесенной коронавирусной инфекции (ни один из этих пациентов глюкокортикостероидные гормоны не получал).

Изучение реакций клеточного иммунитета свидетельствует о его дисфункции в первые три месяца после острого периода COVID-19, при этом более выраженное, чем у лиц контрольной группы. По прошествии 3 и более мес, клеточный иммунитет восстанавливается, однако воспаление в организме продолжается, о чем свидетельствует высокая активность клеток, синтезирующих циклооксигеназу.

**Выводы.** Последствия перенесенной коронавирусной инфекции, выявляемые как до трех, так и после трех мес после острого периода заболевания у больных сахарным диабетом 2 типа встречаются чаще, чем у пациентов без нарушения углеводного обмена. Частота проявлений постковидного синдрома аналогичны частоте проявлений у лиц контрольной группы, однако когнитивные нарушения, артралгии, другие нарушения (тромботические явления, нарушение ритма, головокружения) встречаются чаще. Причиной постковидного синдрома могут быть хроническое воспаление и дисфункция клеточного иммунитета.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Налетов А.В.<sup>1</sup>, Свистунова Н.А.<sup>1</sup>, Дубовик А.В.<sup>2</sup>,  
Мацынина М.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького, Донецк

<sup>2</sup>Кубанский государственный  
медицинский университет, Краснодар

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Дисбаланс кишечной микробиоты является одним из патогенетических звеньев функциональной патологии пищеварительного трак-



та. Основными патогенетическими основами развития гастроинтестинальных симптомов у пациентов, перенесших COVID-19, является рецептор-опосредованное проникновение вируса в клетки органов пищеварительного тракта, индукция воспаления и изменение проницаемости слизистых оболочек, изменение состава кишечной микробиоты. При этом необоснованно назначенная антибактериальная терапия при лечении пациентов с COVID-19, что достаточно часто встречалось в первые месяцы пандемии, может являться дополнительным фактором развития патологии пищеварительного тракта.

**Цель исследования.** Изучить распространенность синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), перенесших COVID-19.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет с СРК с преобладанием диареи. У 30 пациентов манифестация симптомов СРК была ассоциирована с COVID-19 (группа I). Группу II составили 30 больных с классическим СРК, индуцированным стрессом – пациенты проживали на территории Донбасса, расположенной вблизи проведения активных боевых действий в ходе специальной военной операции.

Статистически значимой разницы по возрасту и по полу между группами сравнения не выявлено ( $p > 0,05$ ). В обеих группах преобладали лица женского пола 3:1.

У всех пациентов были проанализированы данные анамнеза заболевания, особенности течения расстройства, выраженность гастроинтестинальных симптомов. У пациентов была проведена диагностика СИБР тонкой кишки при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «Лактофан2» (ООО «АМА», Россия).

**Результаты и обсуждение.** Изучив анамнестические сведения пациентов группы I, было установлено, что длительность постковидного периода на момент обращения к гастроэнтерологу у них составляла от 2 недель до 4 месяцев (в среднем 2 месяца и 1 неделя). Манифестация клинических симптомов СРК у 66,7% пациентов происходила во время основных клинических проявлений COVID-19, а у 33,3% – в постковидный период. У 16,7% пациентов группы I течение коронавирусной инфекции характеризовалось преобладанием гастроинтестинальных симптомов. Антибактериальная терапия на этапе лечения COVID-19 была проведена у 73,3% пациентов группы I, что могло усугублять дисбаланс кишечной микробиоты. При этом повторные курсы антибиотикотерапии использовались у 46,7% больных.

Анализ полученных результатов позволил установить, что СРК у большинства обследованных пациентов сочетался с развитием избыточной микробной контаминации тонкой кишки фекальной микрофлорой. Однако у пациентов с СРК, перенесших COVID-19,

доля таких больных была большей. Так, среди пациентов группы I доля пациентов, имеющих СИБР тонкой кишки, составила 93,3%, что было статистически значимо больше ( $p < 0,01$ ) относительно группы II – пациентов, имеющих классический СРК, – 60,0% пациентов.

**Выводы.** Таким образом, для больных с СРК, перенесших COVID-19, характерным является наличие СИБР тонкой кишки. При этом формирование микробиотического дисбаланса тонкой кишки среди пациентов с СРК, ассоциированным с COVID-19, встречается значительно чаще относительно больных с классическим СРК, индуцированным стрессом.

## МНОЖЕСТВЕННЫЕ АСЕПТИЧЕСКИЕ НЕКРОЗЫ ГОЛОВОК ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРИПАРАТИДА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Насрулаева А.А.

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

**Введение.** Асептический некроз кости (остеонекроз) является актуальной проблемой для врачей травматологов, ортопедов, ревматологов. В связи с высокой встречаемостью в популяции, поражением в большинстве случаев лиц молодого, трудоспособного возраста, а также большой частотой инвалидизации, необходимо эффективное лечение, особенно на ранних стадиях заболевания. К сожалению, нехирургическое лечение не имеет весомой доказательной базы, однако согласно данным большинства публикаций методы медикаментозного комплексного лечения на ранних стадиях показывают свою эффективность. В частности, применение терипаратида – рекомбинантного паратиреоидного гормона человека.

**Цель.** Представлены клинические наблюдения множественного асептического некроза у мужчины 44 лет.

**Результаты.** Пациент М., 44 года. В анамнезе: компрессионный перелом позвоночника в 10 лет с прогрессирующими радикулопатиями, ограничением движений в нижних конечностях и пояснице в течение жизни. Распространенный остеопороз с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) с 2015 г. Выполнялась фиксация позвоночника на уровне L4 металлоконструкцией в 2015 г., без клинического эффекта, с проведением локальных блокад на уровне поясничного отдела – также без клинического анальгезирующего эффекта. При остеоденситометрии: позвоночный отдел позвоночника: остеопороз L5 T – 3,5, Z – 3,5. Металлоконструкции на уровне L4. L1 T – 3,0, Z – 3,0; Th11 T – 4,7, Z – 4,7. Проксимальный отдел левого бедра МПК в норме. T

– 0,6, Z – 0,4. Правое предплечье – T – 1,8, Z – 1,6. Витамин Д – 68,5, хромогранин А – 12,4. Остеокальцин – 12,0. В 2016 г.: отмечено ограничение движений и боли в области тазобедренных суставов, при обследовании выявлен асептический некроз головок бедренных костей – проведено эндопротезирование с обеих сторон. В 2017 г.: Рентгеноденситометрия: остеопения, риск перелома в L2 (T – 2.3 Z – 2.1) и L3 (T – 2.2 Z – 2.0). МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: состояние после транспедикулярной фиксации (ТПФ) по поводу пластики межпозвонкового диска L5 – S1. Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника: остеохондроз и спондилоартроз L1 – S1. Экструзия межпозвонкового диска L4 – L5, протрузия межпозвонкового диска L5 – S1. МРТ крестцово-подвздошных сочленений: МР-признаки артроза КПС. Убедительных МР-данных за свежие патологические изменения КПС не получено. Проведена ПЭТ/КТ всего тела: признаков ФДГ-позитивного злокачественного образования не установлено. Верифицирован остеонекроз головок плечевых костей. Пациента беспокоили интенсивные боли и ограничение подвижности плечевых суставов. На МРТ - очаги остеонекроза плечевых костей, окруженные зоной отека костного мозга размером 2,0×1,4 см слева, 1,7×0,9 справа. По МСКТ гиподенсная зона 1,5×1,2×1,1 см с четкими склерозированными контурами и обширной зоной остеосклероза справа; 2,1×1,3×0,8 см с незначительно выраженным остеосклеротическим ободком слева. В 2018 г.: МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: без динамики. Повторное МРТ плечевых суставов: отмечается увеличение зоны некрозов до размеров 2,2×1,6 см слева, 1,9×1,3 см справа, усиление перифокального отека. Проводилось ЭМГ-исследование – данных за полинейропатию, миопатию не получены. При обследовании убедительных признаков миеломной болезни, криоглобулинемии, антифосфолипидного синдрома, васкулитов у пациента не получено. 15.10.2019 г. поступил в стационар ГиТКМ ВЦЭРМ для проведения обследования с целью верификации причины жалоб, исключения гематологических заболеваний, коагулопатий. При обследовании данных за гематологические заболевания, на основании цитологического исследования костного мозга, иммунофенотипирования на хронические миело- и лимфопрлиферативные заболевания, не получено. Пациент получал лечение: ацетилсалициловая кислота + магния гидроксид 75 мг в сутки, эторикокиб 90 мг в сутки, фолиевая кислота 1 мг в сутки, терипаратид 20 мкг/сутки п/к. Лечение терипаратидом составило 4 месяца – купировался болевой синдром, исчезли зона отека костного мозга и вторичный синовит плечевых суставов, сохранялись склероз в области головок плечевых костей, нормальная форма головок плечевых костей (по данным МРТ), восстановилась подвижность плечевых суставов в полном объеме. Боли в суставах в покое и при

обычных движениях отсутствовали, отмечал боль при максимальном отведении плеча назад (плавание).

**Заключение.** Таким образом, на фоне комплексного лечения множественного асептического некроза, включающего терипаратид, возможно формирование адекватного склерозирования некротизированного участка с сохранением формы и функции кости. Вопрос о необходимости оперативной коррекции в подобных случаях нуждается в дополнительном изучении.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

**Недбаева Д.Н., Воробьева А.А., Кухарчик Г.А.**  
Национальный медицинский исследовательский центр  
имени В.А. Алмазова,  
Санкт-Петербург

**Цель.** Оценить частоту встречаемости тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с нестабильной стенокардией и проанализировать их связь с ухудшением течения заболевания.

**Методы.** В исследование включено 111 пациентов (в том числе 76 мужчин, 35 женщин, средний возраст 65,6±9,8 лет), госпитализированных с диагнозом нестабильная стенокардия. Оценивали клиничко-anamнестические показатели, с помощью шкалы депрессии Бека определяли выраженность депрессии, с помощью интегративного теста тревожности – уровень тревожности. Наблюдение проводили в течение госпитализации, неблагоприятными исходами считали повторные сердечно-сосудистые события.

**Результаты.** У половины (53%, n=59) пациентов выявлены признаки, характерные для депрессии, из них у 64% (n=38) в легкой степени (субдепрессия), у 17% (n=10) – умеренной, 18% (n=11) – выраженной и тяжелой. Высокий уровень личностной тревожности зарегистрирован у 26 (23,4%) пациентов. Высокий уровень ситуационной тревожности – у 17 (15,3%) пациентов. Данные показатели не были связаны с полом, возрастом или сопутствующими заболеваниями. Сочетание высоких уровней тревожности и депрессии выявлены у 8 пациентов. Двум пациентам было ранее назначено лечение психотерапевтом, на фоне приема терапии показатели тревожности и депрессии у данных больных низкие.

Несмотря на высокую частоту выявления депрессии и тревожности по данным специализированных опросников, в клинической практике данные состояния определяются не всегда, что связано с различными объективными причинами. Среди пациентов с выраженной и тяжелой депрессией, одному пациенту была рекомендована консультация психотерапевта, и

2 пациента с высокими уровнями тревожности были консультированы в стационаре с назначением терапии анксиолитиками.

За время госпитализации зарегистрировано 7 неблагоприятных исходов (инфаркт миокарда 4А типа, ОНМК). Данные осложнения отмечались преимущественно у мужчин; средний возраст пациентов с осложненным течением нестабильной стенокардии составил  $65,6 \pm 8,8$  лет. Среди пациентов с неблагоприятным течением нестабильной стенокардии у 4 из них наблюдался высокий уровень личностной тревожности, что значимо выше, чем у пациентов с благоприятным течением ( $21\%$ ,  $n=22$ ,  $p<0,05$ ). Высокий уровень ситуационной тревожности выявлен у 2 пациентов с неблагоприятным течением нестабильной стенокардии, депрессия (легкая и умеренная) – у 4 пациентов, при этом значимых различий относительно пациентов с благоприятным течением заболевания отмечено не было.

**Выводы.** Выявлен высокий уровень депрессии и тревожности у пациентов с нестабильной стенокардией, личностная тревожность была ассоциирована с неблагоприятным течением заболевания в период госпитализации. При этом в клинической практике данные состояния определялись редко. Ассоциация психологического статуса с неблагоприятными исходами подчеркивает целесообразность оценки депрессии и тревожности и их коррекции у пациентов с нестабильной стенокардией.

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н.

Сургутский государственный университет,  
Сургут

**Цель.** Изучение особенностей гемодинамических изменений у больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в условиях северного региона. Материалы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

**Результаты.** В группе преобладали мужчины – 21 человек (70%), средний возраст пациентов составил  $31,2 \pm 7,02$  лет. Чаще всего встречался диссеминированный туберкулез – у 93,3% пациентов (28 человек). Туберкулез легких чаще всего осложнялся развитием туберкулеза мочеполовой системы – у 12 больных (40%), по 9 пациентов имели туберкулезный менингит и туберкулезный спондилит (30%), у 8 больных (26,7%) выявлен туберкулез кишечника, у 5 больных (16,7%) – экссудативный плеврит 25 Казань, 31 марта – 1 апреля 2022 года туберкулезной этиологии,

у 1 больного (3,3%) – туберкулезный перикардит. У 6 пациентов (20%) диагностировано поражение трех и более систем. У 19 человек (63,3%) выявлен вирусный гепатит С, у 3 человек (10%) вирусный гепатит С и В, у 21 пациента (70%) наркотическая и алкогольная зависимости. Среди жалоб наиболее значимыми являлись одышка, общая слабость, потливость, лихорадка. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 14 больных (46,6%). Распад ткани легкого у 46,7% больных (14 человек). У большей части больных туберкулез появился на фоне ВИЧ-инфекции в продленной стадии со снижением абсолютного уровня CD4-лимфоцитов, у 66,7% больных – ниже  $0,2 \cdot 10^9$  л. При спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД – у 10 человек (33,3%), значительное снижение – у 8 больных (26,7%), резкое снижение – у 6 пациентов (20%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (16,7%), преимущественно по обструктивному типу – у 3 человек (10%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое легочное сердце (ХЛС) установили у 4 пациентов (13,3%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к склонности к гипотонии (среднее систолическое АД –  $108,3 \pm 3,0$  мм рт.ст., диастолическое АД –  $61,5 \pm 2,2$  мм рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией составило  $106,3 \pm 3,0$  мм рт.ст., у больных, не выделявших микобактерии туберкулеза в мокроте –  $118,4 \pm 2,5$  мм рт.ст., ( $P<0,05$ ), диастолическое –  $64,7 \pm 1,3$  мм рт.ст. и  $76,9 \pm 1,9$  мм рт.ст. ( $P<0,05$ ). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулезной интоксикации и соответственно выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом легких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 5 больных (16,7%).

**Выводы.** Таким образом, сердечно-сосудистые нарушения у больных генерализованным туберкулезом проявляются снижением функции левого желудочка, нарушением показателей центральной гемодинамики в виде повышения ЧСС и гипотонии.

## ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н.

Сургутский государственный университет,  
Сургут

**Цель работы.** Изучение особенностей течения туберкулеза у пациентов с СД в условиях Северного региона.



**Материал и методы исследования.** В исследование было взято 30 пациентов с сочетанной патологией – туберкулез и сахарный диабет, находившихся на стационарном лечении в Казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» с 2019 по 2021 гг. Всем больным, помимо общеклинического исследования, проводили рентгено-томографическое исследование легких, минимум трехкратное микробиологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов на обнаружение МБТ, а при необходимости – в другом биологическом материале (экссудат, ликвор, отделяемое из свища, биопсийный, операционный материал и др.), лабораторные данные (общий анализ крови, определение уровня сахара в крови, уровень гликозилированного гемоглобина).

**Результаты и обсуждение.** Возраст исследуемых был от 22 до 70 лет, средний возраст пациентов составил  $52,2 \pm 7,02$  лет. Преобладали мужчины – 76,6% (23 человека). Туберкулез был выявлен впервые у 73% (22 больных), рецидив туберкулеза – у 3% (1 больных). Чаще встречались больные с диссеминированным туберкулезом легких – 57% (17 пациентов) и инфильтративным туберкулезом 23% (7 больных). У 70% (21 пациент) обнаружены МБТ в мокроте. МЛУ МБТ имели 36,6% больных (11 человек), ШЛУ – 10% больных (3 человека). Полости распада выявлены у 80% больных (24 человека). 6% (2 человек) были ВИЧ-инфицированные. У пациентов, включенных в исследование, в 20 случаях (66,7%) сахарный диабет развился ранее туберкулеза, при этом средняя продолжительность заболевания составила  $7,8 \pm 1,5$  лет. Половина пациентов имели сахарный диабет типа 2–50% (15 больных). По степени тяжести сахарного диабета пациенты распределялись следующим образом: со средней тяжестью – 26 чел. (86,6%) и с тяжелой степенью – 4 чел. (13,3%). В зависимости от формы компенсации сахарного диабета распределение было следующим: компенсированный – 2 чел. (6,7%), субкомпенсированный – 19 чел. (63,3%) и декомпенсированный сахарный диабет – 9 чел. (30%). Так же установили, что 14 (46,6%) больных имели осложнения сахарного диабета. У большей части пациентов выявлены сопутствующие заболевания. Нарушение рефракции и аккомодации отмечены у 40% (12 больных). Гипертоническая болезнь выставлена у 8 больных (26,7%), ожирение – у 16% – (5 больных). Среди осложнений сахарного диабета встречались: диабетическая ретинопатия – у 13% пациентов (4 больных), диабетическая полинейропатия – у 16,6% (5 человек), энцефалопатия смешанного генеза – 13% (4 человек). 30% больных имели хронический панкреатит (9 больных), 17% больных – хронический вирусный гепатит (5 больных), 13% – психические и поведенческие расстройства (4 больных). Длительность стационарного этапа лечения больных туберкулезом и сахарным диабетом составила 120–150 дней. На фоне контролируемого лечения прекращение бактериовыделения достигнуто у 15 из 21 больных (75%). Закрытие полостей

распада произошло у 50% (у 13 из 26 больных). Положительная рентгенологическая динамика наблюдалась у 53% пациентов (16 больных). Причинами неэффективности лечения являлись отказы от лечения, прерывание лечения, употребление алкоголя.

**Выводы.** При сочетании сахарного диабета (СД) и туберкулеза легких в подавляющем большинстве случаев диабет является предшествующим заболеванием, на фоне которого в ранние сроки развивается туберкулез. Туберкулез легких с сопутствующим сахарным диабетом чаще встречался у мужчин 50–60 лет, преобладали распространенные процессы с бактериовыделением и наличием деструкции. Длительность стационарного этапа лечения больных туберкулезом и сахарным диабетом достигает 120–150 дней, по завершении лечения в стационаре у половины пациентов сохраняется деструкция в легочной ткани, у четверти больных бактериовыделение, что обусловлено низкой репаративной способностью легочной ткани при сахарном диабете, препятствующей полноценной инволюции туберкулезного очага, и недостаточной комплаентностью пациента.

## ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нелидова Н.В.<sup>1</sup>, Богданова Е.Ю.<sup>2</sup>, Скворцова Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Сургутский государственный университет,

<sup>2</sup>Сургутский клинический  
противотуберкулезный диспансер,  
Сургут

**Цель.** Изучение особенностей гемодинамических изменений у больных диссеминированным туберкулезом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных исследования 24 больных диссеминированным туберкулезом.

**Результаты.** Преобладали мужчины (20 человек, 83,3%), средний возраст составил  $31,3 \pm 1,1$  год. У 83,3% наблюдений клиническая симптоматика туберкулеза развивалась подостро (в среднем за  $3,2 \pm 1,9$  месяца). До начала лечения у 12 человек (50%) обнаружена ДНК МБТ в мокроте методом ПЦР, из них у половины больных выявлена ДНК МБТ с устойчивостью к рифампицину. Метод люминисцентной микроскопии позволил выявить бактериовыделение у 16 человек (66,7%), посев на жидкие питательные среды – у 18 человек (75%), посев на плотные среды – у 19 больных (79,2%). У 22 больных (91,7%) выявлена множественная и у 2 (8,3%) широкая лекарственная устойчивость. Полости распада выявлены у 16 больных (66,7%). У всех больных процесс в легких был распространенным с двусторонним поражением.

При спирометрическом обследовании больных диссеминированным туберкулезом умеренное снижение ФВД – у 10 человек (41,7%), значительное снижение – у 8 больных (33,3%), резкое снижение – у 6 пациентов (25%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (20,8%), преимущественно по обструктивному типу – у 3 человек (12,5%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое легочное сердце установили у 7 пациентов (29,2%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к гипотонии (среднее систолическое АД – 104,3±3,0 мм рт.ст., диастолическое АД – 64,5±2,3 мм рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией и распространенным процессом составило 104,8±3,0 мм.рт.ст., у больных без бактериовыделения и с ограниченным процессом – 118,4±2,5 мм.рт.ст., ( $P<0,05$ ), соответственно диастолическое – 61,7±1,3 мм рт.ст. и 76,7±1,9 мм рт.ст. ( $P<0,05$ ).

Таким образом, чем больше выражены явления туберкулезной интоксикации и, соответственно, выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом легких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чем свидетельствовало повышение объемов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 9 больных (37,5%).

**Заключение.** Изменения кардиореспираторной системы у больных диссеминированным туберкулезом проявляются снижением функции левого и правого желудочков, нарушением показателей центральной гемодинамики, изменением ФВД преимущественно по смешанному типу.

## РАЗВИТИЕ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Немоляева Е.К., Григорьева Е.В., Волошинова Е.В.  
Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского,  
Саратов

**Цель исследования.** Описать трудности дифференциальной диагностики аГУС и сепсиса у пациентки после пластической операции.

**Материалы и методы.** Представлено клиническое наблюдение пациентки Ф., 44 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, объективных данных.

**Результаты и обсуждение.** Пациентка Ф., 44 лет. До сентября 2022 г. повышения артериального давления (АД), оперативных вмешательств, изменений в анализах мочи и крови не было. Беременностей – 4: самостоятельных родов – 2, медицинских аборт – 2, без особенностей. Наследственность по заболеваниям почек не отягощена. 06.09.22 г. выполнена якорная подтяжка молочных желез. Предоперационное обследование патологии не выявило. Ухудшение состояния на 2 сутки: тошнота, рвота, жидкий стул, субфебрилитет. Проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, назначались антикоагулянты, спазмолитики. На фоне лечения диспепсия купировалась, сохранялась общая слабость, отмечалось уменьшение диуреза до 500 мл/сутки. Лабораторные данные от 09.09.2022 г.: гемоглобин (Hb) – 97 г/л, тромбоциты –  $31 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $36,9 \times 10^9$ /л, мочевины – 37 ммоль/л, креатинин – 510 мкмоль/л. Пациентка была экстренно переведена в отделение нефрологии. Состояние при поступлении тяжелое. Жалобы на общую слабость, субфебрилитет по вечерам, отсутствие мочи. Имелась пастозность лица, стоп, голеней; АД 150 и 90 мм рт.ст. Послеоперационные раны без признаков воспаления, данных за ранние гнойно-септические осложнения не было. Выявлены признаки микроангиопатической анемии (МАГА): Hb – 98 г/л, шизоцитоз до 0,6%, ЛДГ – 2595 Е/л; тромбоцитопения –  $22 \times 10^9$ /л., креатинин – 716 мкмоль/л, мочевины крови – 43 ммоль/л, лейкоцитоз до  $41,8 \times 10^9$ /л с палочкоядерным сдвигом до 19%, прокальцитонин – 14,7 нг/мл, С-реактивный белок (СРБ) – 345 мг/л; спленомегалия. Как причина острого почечного повреждения (ОПП) предполагался лекарственный острый тубулоинтерстициальный нефрит. Однако одновременно имелись симптомы тромботической микроангиопатии (ТМА) и сепсиса. Были начаты процедуры острого гемодиализа.

При дообследовании выявлено снижение С3-фракции комплемента и гаптоглобина, что свидетельствовало в пользу ТМА. Тяжесть ОПП и уровень тромбоцитопении предполагали аГУС как причину ТМА. Однако выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение уровня прокальцитонина и СРБ, спленомегалия, длительный субфебрилитет, положительная динамика на фоне антибактериальной терапии свидетельствовали в пользу сепсиса. В связи с трудностью дифференциальной диагностики был выполнен запрос на телемедицинскую консультацию в ведущие научно-исследовательские центры России. Сотрудники центра им. В.А. Алмазова дали заключение в пользу аГУС, было рекомендовано рассмотреть назначение экулизумаба после исключения инфекционного процесса. Специалисты из университета им. И.М. Сеченова рекомендовали рассматривать развитие ТМА на фоне сепсиса, осложнившего оперативное вмешательство, усиление антибактериальной терапии, плазмотерапию. Таким образом, представленные заключения лишь подтверждали трудности дифференциальной диагностики. Учитывая первичное развитие ОПП, признаки МАГА,

тромбоцитопению, а позже присоединение симптомов системного воспаления инфекционного характера, был сформулирован диагноз: Атипичный гемолитико-уремический синдром. Операция 06.09.22 г. – якорная подтяжка молочных желез. Острый гемодиализ с 09.09.2022 г. Осложнения: ОПП 3 ст, анурия. Сепсис. Гематомы подкожно-жировой клетчатки молочных желез, дренирование гематом 19.09.2022 г. Проводились плазматерапия в режиме ежедневных трансфузий, гемодиализ, антибактериальная, антикоагулянтная, антигипертензивная, симптоматическая терапия. Комплементблокирующая терапия не назначалась по причине длительного сохраняющегося инфекционного процесса, значимого эффекта плазматерапии. К моменту выписки через месяц после операции температура тела в норме, восстановился диурез, нормализовались креатинин и мочевина крови, гематологические показатели. АД в нормотензивном диапазоне на фоне двухкомпонентной антигипертензивной терапии. Наблюдается нефрологом амбулаторно, в ноябре 2022 г. жалоб нет, гемоглобин крови 117 г/л, тромбоциты  $210 \times 10^9$ /л, креатинин 110 мкмоль/л. Анализы мочи без патологии. Продолжается двухкомпонентная антигипертензивная терапия.

**Выводы.** Таким образом, отмечен благоприятный исход аГУС у пациентки после оперативного вмешательства, которое следует считать триггером. Сепсис развился вторично на фоне гипокомплементемии. Нельзя исключить наличие генетического дефекта белков-регуляторов системы комплемента, в связи с чем в перспективе необходимо генетическое исследование.

## КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Никитина В.В.<sup>1</sup>, Гусева В.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский медико-социальный институт,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз, артериальная гипертензия часто встречающиеся расстройства, приводящие к инвалидности, смертности в молодом и среднем возрасте у пациентов.

**Цель исследования.** Улучшение диагностики сосудистых заболеваний нервной системы у больных.

**Материалы и методы исследования.** Мы проанализировали результаты ретроспективного исследования 56 пациентов с верифицированными сосудистыми заболеваниями нервной системы, проведенного в рамках научных исследований ПСПбГМУ им.И.П.Павлова. Объем репрезентативной выборки

составил 1 группу – с последствиями церебральных инсультов – 28 пациентов, 2 группу – с сердечно-сосудистыми заболеваниями с дегенеративными заболеваниями нервной системы – 28 больных. Здоровых людей было 32 человека в возрасте  $26 \pm 4,3$  года, мужчин – 15 человек. Группы П были рандомизированы. Средний возраст больных 1 группы составлял  $62,6 \pm 9,3$  лет, 2 группы –  $58,3 \pm 13,7$  лет, соответственно. В 1 группе мужчин было 16, во 2 – 9, соответственно. В 1 группе наблюдались пациенты в период от 6 месяцев до 2 лет, перенесшие инсультов по ишемическому типу – 22, из них 8 – по атеротромботическому подтипу, 3 – по кардиоэмболическому подтипу, 2 – по лакунарному подтипу, по геморрагическому типу – 6. Во 2 группе были исследованы с сосудистыми заболеваниями нервной системы, страдавшими дегенеративными заболеваниями нервной системы. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, с риском сердечно-сосудистых осложнений 4 имели 26 (93%) и 1 (4%) пациент 1 и 2 групп, соответственно.

Наиболее тяжелое течение ишемической болезни сердца в виде последствий острого инфаркта миокарда с или без оперативных вмешательств по типу стентирования коронарных артериях в анамнезе фиксировалось у 5 (18%) и 2 (7 %) пациентов 1 и 2 групп, соответственно,

Сахарный диабет II типа был диагностирован у 3 (11%) и 3 (11%) больных 1 и 2 групп, соответственно.

Нейровизуализация выполнялась с помощью МРТ и/или МРТ ГМ в ангиорежиме. Дополнительно выполнялись УЗДГ БЦА, ТКДГ, ДС БЦА, биохимическое исследование показателей плазмы крови. Для выполнения статистической обработки данных использовалась лицензионная статистическая программа Excel. Данные выражали в виде средних арифметических и их средних ошибок. Результаты и их обсуждение. Пациенты 2 групп чаще всего имели нарушения произвольных движений, координации движений по типу пирамидной недостаточности, церебральных центральных гемипарезов, атаксий. Афазии наблюдались у 6 (21%) и 1 (4%), больных 1 и 2 групп, соответственно.

17 (61%) пациентов 2 группы имели характерные экстрапирамидные нарушения в виде акинетико-ригидного синдрома, двигательных расстройств – когнитивные, эмоционально-волевые, вегетативные нарушения. У 13 (46%) 1 группы и 1 (4%) 2 группы больных регистрировались нейровизуализационные изменения соответствующие лакунарным инсультам, последствиям перенесенных геморрагических и/или ишемических инсультов.

По результатам нейровизуализационного исследования ГМ, позвоночника у больных 2 группы преобладали дегенеративные изменения ГМ по типу атрофических изменений. Результаты УЗДГ БЦА, ТКДГ, ДС исследования у пациентов 1 и 2 групп продемонстрировали гемодинамически значимое стенозирование, патологические извитости БЦА 13 (46%) и 4 (14%), соответственно. По данным корреляционного анализа как прямая, так и об-



ратная значимость линейного корреляционного коэффициента была наибольшей между нормированными показателями возраста и когнитивными нарушениями – 0,1; -0,1; 1 и 2 групп пациентов, соответственно.

**Заключение.** По данным нашей работы, проведенному нами математическому анализу данных пациентов 2 групп тяжесть течения неврологических расстройств у пациентов с сосудистыми заболеваниями нервной системы нарастает пропорционально наличию тромбофилических расстройств, сопутствующих дегенеративных заболеваний нервной системы. При выполнении исследований тяжести течения сосудистых заболеваний нервной системы у больных не всегда учитываются наличие дегенеративных заболеваний нервной системы. В патогенезе сосудистых нарушений у больных преобладали проявления атеросклероза церебральных артерий. У пациентов 2 групп наиболее грубое влияние на тяжесть клинических проявлений сосудистых заболеваний нервной системы оказала тяжесть течения гипертонической болезни, сахарного диабета, ишемической болезни сердца.

## МАТЕМАТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СТРАДАВШИХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Никитина В.В.**

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

В течение последних десятилетий постоянный интерес как у исследователей, так и у практических врачей вызывает проблема формирования неврологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нервной системы.

**Цель.** Улучшить диагностику и терапию пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами с дегенеративными заболеваниями нервной системы.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты исследований пациентов с сердечно-сосудистыми расстройствами без дегенеративных заболеваний нервной системы. Прогнозирование развития сердечно-сосудистых расстройств у больных с дегенеративными заболеваниями нервной системы производится путем комплексного анализа наиболее информативных показателей с помощью дискриминантного,

корреляционного, линейного регрессионного анализа нормированных показателей. Корреляционным анализом нормированных показателей изучали тесноту связи показателей в изученной группе.

**Результаты.** Исследованные пациенты получали терапию ноотропными, антиагрегантными, антигипертензивными, антиоксидантными препаратами, физиотерапевтические процедуры, комплексы лечебной физкультуры с положительным эффектом.

**Заключение.** Интенсивная реабилитация с использованием упражнений на нормализацию координации улучшает функциональные возможности пациентов.

## ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА С ЦЕЛЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

**Никитина Т.А., Петунова Я.Г.,  
Требунская Н.А., Кабушка Я.С.**

Городской кожно-венерологический диспансер,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Увеличение доступности и качества оказания медицинской помощи пациентам.

**Материалы и методы.** В современных условиях в рамках реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства №1640 от 26.12. 2017 года, ведомственных нормативных документов:

- приказ МЗ России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», п.18. «Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния)», п.п.12 «Осмотр (консультация) врача-дерматовенеролога, включая проведение дерматоскопии, для граждан с подозрением на злокачественные новообразования кожи и (или) слизистых оболочек»;

- приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. N 924н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю дерматовенерология», приложение 1 «Правила организации деятельности кожно-венерологического диспансера», п.9 «Диспансер осуществляет следующие функции: диспансерное наблюдение больных с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;

проведение периодических и профилактических медицинских осмотров больных с дерматовенерологическими заболеваниями; организационно-методи-

ческое руководство по раннему выявлению и отбору в медицинских организациях больных с заболеваниями дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

- приказ МЗ России от 15.03.2022 N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», приложение 3 «Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, которые предшествуют развитию злокачественных новообразований, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачами – специалистами», п.п.40-45 «Диспансерное наблюдение у врача-дерматовенеролога», действует с 01.09.2022 г.

- приказ МЗ России от 29.10.2020 N 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях», п.п.1-9 «Общие положения»;

- распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 18.01.2022 N 18-р (ред. от 22.09.2022) «О маршрутизации взрослого населения при онкологических заболеваниях», с целью ранней диагностики злокачественных новообразований кожи необходимо развивать более тесное взаимодействие в работе врачей терапевтов и дерматовенерологов.

**Результаты и обсуждение.** Число пациентов с различными новообразованиями кожи, направленные терапевтами или врачами общей практики после плановой диспансеризации, периодического профилактического медицинского осмотра или непосредственно с приема, очень незначительно.

В каждом кабинете у врача дерматовенеролога есть дерматоскоп для проведения диагностики новообразований методом дерматоскопии. Это позволяет сразу поставить диагноз – доброкачественное или злокачественное (ЗНО) новообразование кожи, поделиться с тактикой ведения пациента. Все пациенты старше 18 лет, у которых врач дерматовенеролог заподозрил ЗНО, регистрируются в единой городской информационно-аналитической системе «Городской реестр карт маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественное новообразование» (ГРКМ). В указанной системе в электронном виде формируется карта маршрутизации пациента, проводятся необходимые лабораторные исследования и пациент направляется в центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) по месту регистрации или жительства.

В программе врач-дерматовенеролог отслеживает визиты пациента к онкологу и выставленные ему диагнозы. В случае подтверждения ЗНО кожи пациент наблюдается у врача-онколога. В случае исключения ЗНО кожи пациент должен находиться под диспансерным наблюдением у врача-дерматовенеролога в соот-

ветствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи по нозологии.

Дети до 18 лет направляются к районному детскому онкологу с направлением по Ф-057/у-04 на бу-мажном носителе, в единой городской информационно-аналитической системе ГРКМ они не регистрируются.

**Выводы.** Преемственность в работе врачей терапевтов и дерматовенерологов необходима, т.к. она позволяет при выявлении ЗНО кожи быстро, с минимальными последствиями и рисками для пациента оказать в полном объеме медицинскую помощь, осуществить диспансерное наблюдение и, в конечном итоге, улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи пациентам.

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМИРОВАНИЕМ ФИБРОЗА, У ДЕТЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

**Никифорова А.О., Грешнякова В.А.,  
Ефремова Н.А., Горячева Л.Г.**

Детский научно-клинический центр  
инфекционных болезней  
Федерального медико-биологического агентства,  
Санкт-Петербург

**Цель.** Изучить возрастную и этиологическую структуру, уточнить стадии фиброза у детей с хроническими заболеваниями печени по данным биопсии.

**Актуальность.** Хронические заболевания печени (ХЗП) являются серьезной проблемой здравоохранения в связи с возможным развитием грозных осложнений: фиброз печени, прогрессирование его в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали 175 пациентов с хроническими заболеваниями печени различной этиологии, осложненными развитием фиброза, в том числе: аутоиммунные заболевания (АИЗ) – 89 человек, хронические вирусные гепатиты В, С – 9 пациентов, неverified гепатит – 49, ХЗП с другой этиологией – 28. В группу хронических заболеваний печени с другой этиологией вошли единичные пациенты с редкими диагнозами (дефицит лизосомной кислой липазы, болезнь Вильсона-Коновалова, холестатический гепатит, аномалии желчевыводящих путей, билиарная атрезия). Всем пациентам была выполнена биопсия печени. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов из стационаров Санкт-Петербурга (ДГБ№1, ДГБ№2, СПбГПМУ, ДНКЦИБ ФМБА России) за период 2012-2022 гг.

**Результаты.** По результатам анализа была определена возрастная структура хронических заболева-

ний печени, осложненных формированием фиброза, у детей: 1) 0-6 лет – 37,7% (n=66); 2) 7-12 лет – 26,8% (n=47); 3) 13-18 лет – 35,5% (n=62). Во всех возрастных группах были установлены стадии фиброза печени от F(I)-F(IV) по METAVIR. При оценке полученных данных по этиологии хронических заболеваний печени у детей было сформировано четыре группы: 1) АИЗ (аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, перекрестное течение) – 50,8% (n=89); 2) хронические вирусные гепатиты В и С – 5,1% (n=9); 3) ХЗП другой этиологии – 16% (n=28); 4) неverified гепатиты – 28,1% (n=49).

При распределении пациентов с хроническими заболеваниями печени (n=175) по группам в зависимости от стадии фиброза, у большинства наблюдался минимальный фиброз F(I) – 33,7% (n=59), умеренный фиброз F(II) отмечался у 22,8% (n=40) и у трети детей – выраженный фиброз/цирроз печени, F(III-IV) – 43,4% (n=76).

**Заключение.** Наиболее многочисленной возрастной группой оказались дети с хроническими заболеваниями печени, осложненными формированием фиброза печени, от 0-6 лет. При распределении этиологических групп по стадиям фиброза печени было выявлено преобладание группы АИЗ, что объясняется значительным количеством пациентов с аутоиммунным гепатитом, для которого характерно более быстрое прогрессирование фиброза печени. Для сравнения, у детей с хроническим вирусным гепатитом С отмечается более благоприятное течение заболевания с медленным развитием фиброза печени. Также выявлено, что во всех возрастных и этиологических группах с хроническими заболеваниями печени были выявлены дети со стадиями фиброза от F(I-IV) по METAVIR, что подтверждает типовой характер формирования фиброза независимо от этиологии.

## ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Дробышева Е.С.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
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) вне обо-

стрения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м<sup>2</sup>): 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- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), интерферона-у.

**Результаты и обсуждение.** У больных 2 группы по сравнению с пациентами 1 группы были достоверно выше уровни СРБ, интерферона-у, ФНО- $\alpha$ , 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- $\alpha$ , интерферона-у выше, чем у больных ХОБЛ и нормальной массой тела. В то же время, показатели цитокинового профиля, такие как интерлейкин-4, интерлейкин-6, интерлейкин-8, интерлейкин-10, достоверно не различались у больных ХОБЛ с нормальной массой тела и ожирением.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДИПОКИНОВОГО И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Овсянников Е.С., Гречкин В.И.  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
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) вне обострения. Больные были разделены на 2 группы. Группа 1 – 80 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>): 71 мужчин и 7 женщин, средний возраст 61,39±7,72 лет. Группа 2 – 80 больных ХОБЛ с ожирением (ИМТ≥30 кг/м<sup>2</sup>): 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±2,34 ммоль/л и 5,56±1,67 ммоль/л ( $F=5,18$ ,  $p=0,014$ ), 4,54±2,23 ммоль/л и 3,78±1,64 ммоль/л ( $F=8,12$ ,  $p=0,0076$ ), 1,16±0,45 ммоль/л и 0,93±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±0,13 ммоль/л и 1,12±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±1,34 и 1,07±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.

## ЧАСТОТА КТ ПРИЗНАКОВ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Конева О.А.,  
Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель.** Оценить частоту КТ-признаков интерстициального заболевания легких (ИЗЛ) у пациентов системной склеродермией (ССД) с разной динамикой течения заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 77 пациента с достоверным диагнозом ССД и ИЗЛ (средний возраст на момент включения составил 46,2±13,4; 69% с лимитированной формой; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила 58,9±11,4 месяцев. Всем пациентам проводилась рентгенография или КТВР органов грудной клетки. В соответствии с оценкой экспертом -рентгенологом данных компьютерной томографией высокого разрешения (КТВР) грудной клетки при включении в исследование и через 5 лет пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – с положительной динамикой ИЗЛ (n=16); 2-я группа – без динамики ИЗЛ (n=39); 3-я группа – с отрицательной динамикой ИЗЛ (n=22). Динамика КТ-картины ИЗЛ оценивалась по следующим рентгенологических признакам: поражение плевры, «матовое стекло», увеличение числа булл, увеличение размеров булл, появление новых бронхоэктазов и увеличение их размеров, нарастание ретикулярных изменений, нарастание грубых фиброзных изменений (смешанные изменения). Частота КТ-признаков ИЗЛ оценивалась на конец исследования.

**Результаты.** На момент включения в исследование пациенты 1-й группы были достоверно моложе пациентов 2-й и 3-й группы ( $p=0,01$  и  $p=0,009$  соответственно), по остальным параметрам группы не различались между собой. Частота выявления КТ-признаков ИЗЛ была следующая: поражение плевры: у всех пациентов (n=77) – 17 (22%); группа 1 (n=16) – 0 (0%); группа 2 (n=39) – 3 (8%); группа 3 (n=22) – 14 (64%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3 и группами 2 и 3 ( $p<0,001$ ) соответственно; «матовое стекло»: у всех пациентов (n=77) – 1 (14%); группа 1 (n=16) – (6%); группа 2 (n=39) – 3 (8%); группа 3 (n=22) – 7 (32%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3и группами 2 и 3 ( $p<0,05$ ); увеличение числа булл: у всех пациентов (n=77) – 24 (31%); группа 1 (n=16) – 1 (6%); группа 2 (n=39) – 5 (13%); группа 3 (n=22) – 18 (82%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3 и группами 2 и 3

( $p < 0,001$ ) соответственно; увеличение размеров булл: у всех пациентов ( $n=77$ ) – 18 (23%); группа 1 ( $n=16$ ) – 1 (6%); группа 2 ( $n=39$ ) – 1 (3%); группа 3 ( $n=22$ ) – 16 (73%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3 и группами 2 и 3 ( $p < 0,001$ ) соответственно; появление новых бронхоэктазов и увеличение их размеров: у всех пациентов ( $n=77$ ) – 22 (29%); группа 1 ( $n=16$ ) – 0 (0%); группа 2 ( $n=39$ ) – 6 (15%); группа 3 ( $n=22$ ) – 16 (73%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3 и группами 2 и 3 ( $p < 0,001$ ) соответственно; нарастание ретикулярных изменений: у всех пациентов ( $n=77$ ) – 54 (70%); группа 1 ( $n=16$ ) – 3 (19%); группа 2 ( $n=39$ ) – 32 (82%); группа 3 ( $n=22$ ) – 19 (86%) были выявлены достоверные различия группы 1 со 2-ой и 3-ей группами ( $p < 0,001$ ) соответственно; нарастание грубых фиброзных изменений (смешанные изменения): у всех пациентов ( $n=77$ ) – 30 (39%); группа 1 ( $n=16$ ) – 3 (19%); группа 2 ( $n=39$ ) – 10 (26%); группа 3 ( $n=22$ ) – 17 (77%) были выявлены достоверные различия между группой 1 и 3 и группами 2 и 3 ( $p < 0,001$ ) соответственно.

Следует отметить что, за пятилетний период наблюдения у большинства пациентов было выявлено нарастание ретикулярных изменений. Такие показатели, как поражение плевры, «матовое стекло» и ретикулярные изменения были достоверно ниже в 1-й группе, чем во 2-й и 3-й группах ( $p < 0,05$ ). Тогда как признаки «сотового легкого» (увеличение числа и размеров булл и появление новых бронхоэктазов и увеличение их размеров) были достоверно выше в 3-й группе, чем в 1-й и 2-й группах ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом представленные данные показали, что в 3-й группе отмечалось существенное нарастание частоты проявлений всех рентгенологических признаков ИЗЛ, что наглядно продемонстрировало его прогрессирование.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ У ПАЦИЕНТОВ ССД С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИЗЛ ЗА 5ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

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

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

**Цель.** Оценить динамику показателей функциональных легочных тестов у пациентов ССД с разным течением ИЗЛ за 5ти летний период наблюдения.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 77 пациента с достоверным диагнозом ССД и ИЗЛ (средний возраст на момент включения составил  $46,2 \pm 13,4$ ; 69% с лимитированной формой; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила  $58,9 \pm 11,4$  месяцев. Всем пациентам проводилась рентгенография или КТВР органов грудной клетки. В соответствии с оценкой экспертом-рентгенологом данных компьютерной томографией высокого разрешения (КТВР) грудной клетки при включении в исследование и через 5 лет пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – с положительной динамикой ИЗЛ ( $n=16$ ); 2-я группа – без динамики ИЗЛ ( $n=39$ ); 3-я группа – с отрицательной динамикой ИЗЛ ( $n=22$ ). Всем пациентам проводились функциональные легочные тесты (ФЛТ), определялись такие показатели как: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ % от должных значений) и диффузионная способность легких (ДСЛ % от должных значений). Обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (Statsoft, США).

**Результаты.** В ходе работы была проведена оценка динамики показателей ФЛТ в трех точках исследования (при включении, через год обследования и через 5 лет обследования). Во всей когорте пациентов средние значения ФЖЕЛ в первой, второй и третьей точках составили:  $88,4\% \pm 17,7\%$ ,  $88,5\% \pm 17,2\%$  и  $92,5\% \pm 21,5\%$  соответственно, они выросли за период наблюдения и стали достоверно выше, чем в первой ( $p=0,008$ ) и второй ( $p=0,004$ ) точках исследования. Средние значения ДСЛ составили  $60,3\% \pm 17\%$ ;  $55\% \pm 15\%$  и  $55,9\% \pm 17,3\%$  соответственно. Они достоверно снизились через год ( $p=0,000002$ ) и через 5 лет и ( $p=0,000016$ ). Средние значения ФЖЕЛ по группам 1,2 и 3 в трех точках составили: в 1-ой группе –  $94\% \pm 17\%$ ;  $99\% \pm 17\%$  и  $103\% \pm 18\%$ ; во второй группе –  $88\% \pm 17\%$ ;  $87\% \pm 17\%$  и  $93\% \pm 22\%$ ; в третьей группе –  $86\% \pm 18\%$ ;  $84\% \pm 16\%$  и  $82\% \pm 21\%$  соответственно. Как видно, из представленных выше данных, средние значения ФЖЕЛ достоверно выросли за 5 лет в 1-й и 2-й группах ( $p=0,03$  и  $p=0,02$  соответственно) и только в 3-й группе имели тенденцию к снижению ( $p=0,08$ ). Средние значения ДСЛ по группам 1,2 и 3 в трех точках составили: в 1-ой группе –  $64,6\% \pm 19\%$ ;  $61,8\% \pm 14,7\%$  и  $60\% \pm 14,2\%$ ; во второй группе –  $63,6\% \pm 15,8\%$ ;  $57,2\% \pm 13\%$  и  $58,9\% \pm 12\%$ ; в третьей группе –  $53,4\% \pm 17\%$ ;  $47,4\% \pm 15,9\%$  и  $46,9\% \pm 15\%$  соответственно. Значения ДСЛ достоверно снижались за 5 лет во 2-й ( $p=0,001$ ) и 3-й ( $p=0,002$ ) группах, только в 1-й группе достоверной разницы показателей найдено не было ( $p > 0,05$ ), однако во всех трех группах они имели тенденцию к снижению.

**Заключение.** Таким образом, динамика ИЗЛ по данным КТВР сопровождается однонаправленными изменениями ФЖЕЛ, в то время как значения ДСЛ имели тенденцию к снижению во всех трех группах независимо от динамики интерстициального заболевания легких по данным КТВР.

## ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ И СУММАРНОГО ИНДЕКСА ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ССД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОГО ТЕЧЕНИЯ ИЗЛ ЗА 5-ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А.,  
Шаяхметова Р.У., Старовойтова М.Н.,  
Десинова О.В., Колтакова А.Д.,  
Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель.** Оценить динамику индекса активности и суммарного индекса тяжести у пациентов с ССД в зависимости от течения ИЗЛ, за 5-ти летний период наблюдения.

**Материалы и методы.** Для оценки динамических изменений 83 пациентам трижды проводилось клинично-инструментальное обследование: при включении в исследование (1-я точка), через год ( $12 \pm 1,5$  мес., 2-я точка) и через 5 лет ( $59 \pm 12$  мес., 3-я точка). Динамика рентгенологической картины ИПЛ по данным КТВР грудной клетки за 5 лет была оценена у 77 больных. В соответствии с оценкой экспертом-рентгенологом данных компьютерной томографией высокого разрешения (КТВР) грудной клетки при включении в исследование и через 5 лет пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – с положительной динамикой ИЗЛ ( $n=16$ ); 2-я группа – без динамики ИЗЛ ( $n=39$ ); 3-я группа – с отрицательной динамикой ИЗЛ ( $n=22$ ). Всем пациентам проводилась полная клинично-инструментальное обследование на базе Института Ревматологии. Тяжесть заболевания по отдельным системам или органам оценивалась по шкале Т.А. Medsger и соавторов (1999) по четырехбалльной системе, где 0 баллов соответствовали отсутствию поражения, 4 балла – крайне тяжелым изменениям. Также вычислялся суммарный индекс тяжести (путем сложения баллов, полученных при оценке тяжести для каждой системы). Для оценки общей активности заболевания использовался индекс EScSG (European Scleroderma Study group). Значения более 3 баллов соответствовали наличию активности. Обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (Statsoft, США).

**Результаты.** В общей когорте пациентов индекс активности за период наблюдения практически не изменился и составил в среднем  $2,2 \pm 1,6$  в начале и  $2,35 \pm 1,5$  баллов в конце исследования ( $p > 0,05$ ); в груп-

пе 1 –  $1,9 \pm 1,8$  и  $1,7 \pm 0,9$  ( $p > 0,05$ ); в группе 2 –  $2,0 \pm 1,5$  и  $2,1 \pm 1,3$  ( $p > 0,05$ ); и только в 3-й группе было выявлено достоверное его увеличение с  $2,4 \pm 1,5$  до  $3,25 \pm 2,0$  баллов ( $p = 0,035$ ), свидетельствующее о нарастании активности заболевания к концу периода наблюдения. Средние значения индекса активности через 5 лет в группе 3 достоверно увеличились по сравнению с 1-й ( $1,7 \pm 0,9$  баллов) и 2-й ( $2,1 \pm 1,3$  балла) группами ( $p = 0,002$  и  $p = 0,02$  соответственно).

Суммарный индекс тяжести для всей когорты пациентов и в группах 1 и 2, за время наблюдения, существенно не изменился и составил в среднем  $6,5 \pm 2,5$  и  $6,9 \pm 2,3$  баллов ( $p > 0,05$ );  $5,75 \pm 3,1$  и  $5,5 \pm 2,0$  баллов ( $p > 0,05$ ) и  $6,7 \pm 2,3$  и  $6,9 \pm 2,1$  баллов ( $p > 0,05$ ) соответственно. Только в 3-й группе он достоверно вырос за 5 лет с  $6,7 \pm 2,7$  до  $8,1 \pm 2,3$  баллов ( $p = 0,006$ ). В ходе работы проводилась оценка взаимосвязи между суммарным индексом тяжести и индексом активности, между ними была выявлена прямая корреляция как на момент включения, так и через 5 лет для всей когорты пациентов. Коэффициент корреляции R (по Кендаллу) составил  $0,57$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,53$  ( $p < 0,05$ ), для 2-й группы –  $0,51$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,37$  ( $p < 0,05$ ), для 3-й –  $0,67$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,71$  ( $p < 0,05$ ) соответственно, и только в первой группе эти индексы не коррелировали между собой.

**Выводы.** Не смотря на то, что индексы активности и тяжести имеют однонаправленный характер, отражая общую картину заболевания, однако широкое использование их в клинической практике, ограничено низкими их значениями, что требует дальнейшего изучения.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Одуд А.М.<sup>1</sup>, Торочин В.И.<sup>1</sup>,  
Красная Ю.В.<sup>1,2</sup>, Бурдасова А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,

<sup>2</sup>Луганская городская клиническая многопрофильная больница №1,  
Луганск

**Цель.** Определить эффективность и безопасность комбинированной терапии с включением эмпаглифлозина у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материалы и методы.** В исследование включено 18 женщин СД 2 типа в возрасте от 46 до 67 лет (средний возраст –  $56,5 \pm 4,1$  года) и средней длительности заболевания  $9,7 \pm 2,8$  года. Все больные страдали



ожирением: индекс массы тела (ИМТ) –  $32,8 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>. При поступлении в стационар у всех пациентов отмечался неадекватный гликемический контроль (средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) составил 8,21%). Все больные получали метформин в различных дозировках. При этом 22,22% наблюдавшихся наряду с этим использовали базальный инсулин, 38,89% участников применяли базальный и короткий инсулины в различных режимах. Средняя доза инсулина к моменту включения составила 62,47 ед/сут. В качестве дополнительной сахароснижающей терапии всем пациентам назначали эмпаглифлозин в дозе 10 мг (77,78% больных) или 25 мг (22,22% пациентов) один раз в день. Длительность наблюдения составила 12 недель. В динамике были оценены параметры углеводного обмена (гликемия натощак, уровень HbA1c), изменение массы тела и дозы инсулинов, появление побочных эффектов.

**Результаты.** Через 12 недель достоверно улучшились параметры углеводного обмена (HbA1c снизился на 1,22% ( $p < 0,05$ ), глюкоза плазмы натощак – на 2,44 ммоль/л ( $p < 0,01$ ), среднесуточная доза инсулина на фоне приема эмпаглифлозина в конце наблюдения уменьшилась до 44,84 ед/сут. Регистрировали устойчивое снижением массы тела на протяжении всего наблюдения. Через 12 недель в группе исследуемых масса тела в среднем снизилась на 1,7 кг ( $p < 0,05$ ). На фоне приема эмпаглифлозина не было зафиксировано подтвержденной гипогликемии. У 1 пациентки была зарегистрирована бессимптомная кетонурия (даны рекомендации по динамическому контролю кетоновых тел в моче). В 2 случаях выявлена грибковая инфекция наружных половых органов, которую удалось устранить путем применения этиотропного лечения и снижения дозы эмпаглифлозина (до 10 мг).

**Выводы.** Применение эмпаглифлозина в комплексном лечении является эффективным шагом контроля гликемии у пациентов СД 2 типа с низким уровнем риска развития гипогликемических состояний. Эмпаглифлозин способствовал снижению массы тела и уменьшению среднесуточной дозы инсулина. Выявленные побочные эффекты препарата были легко устранимы и не послужили поводом для его отмены.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА В ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ «ТИНАКИ»

Орлов М.М.<sup>1</sup>, Петелина Е.В.<sup>2</sup>, Орлов М.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Астраханский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Центр реабилитации «Тинаки»,  
Астрахань

Ежегодно в мире прогнозируется развитие 9,6 млн инсультов с увеличением заболеваемости по мере

старения населения, при этом большее количество случаев будет приходиться на долю ишемического инсульта. Тем временем, болезни системы кровообращения продолжают лидировать в структуре смертности в Российской Федерации, а инсульт является преобладающей причиной инвалидизации населения в нашей стране (3,2 на 1000 населения). Следовательно, возвращение данных больных к прежним условиям жизни и работы становится главной задачей, которая возложена на систему медицинской реабилитации.

**Цель исследования.** Изучить эффективность комплексных программ восстановления больных после перенесенного инсульта на втором этапе реабилитации.

**Материал и методы.** В общей сложности с 2020 г. до 2022 г. было обследовано 250 больных после перенесенного инсульта в возрасте от 36 до 82 лет, прибывших в Центр реабилитации «Тинаки». Из них мужчин – 191, женщин – 59. Значение показателя шкалы реабилитационной маршрутизации у всех пациентов было 4-5 баллов (выраженное и грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности). Всем пациентам проводилась комплексная оценка клинического состояния, в том числе, с использованием стандартных методов функционального исследования, тестов. Длительность пребывания составляла 12-16 дней. В зависимости от результатов обследования составлялась индивидуальная программа медицинской реабилитации, включающая лечебную гимнастику различной степени интенсивности, массаж, лечение положением. Также, проводились: занятия на тренажере для активно-пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей «Thera-Vital», работа на котором предполагает облегченное получение изолированных движений в руках и ногах, их тренинг и формирование симметрии движения у пациентов, имеющих дефицит двигательной активности различной степени выраженности; занятия с использованием системы Pablo для тренировки мелкой моторики кисти (цилиндрический захват, сжатие и разжатие кисти, межпальцевые и шипковые захваты) с использованием БОС и игровых приложений. Набор манжет и креплений позволяет использовать ее для тренировки функции ноги, используя как изолированные, так и комплексные движения. Данный аппарат позволяет производить как оценку функциональных возможностей верхней конечности в начале и процессе лечения, так и осуществлять тренировки при помощи интерактивных программ. Обязательно начинались вертикализация с применением кресла -вертикализатора, аппарата Имитрон, тренировки ходьбы на беговой дорожке ReaTerra с подвесной системой, тренировки с использованием подвешенной системы «Орторент ПРМ-01». В комплексную программу входит восстановление речевой функции и памяти (занятия с логопедом); восстановление психоэмоционального здоровья (занятия с психологом); курс иглорефлексотерапии, лазеро-, магнитотерапии, электростимуляции паретичных мышц с помощью импульсных токов.

**Результаты и обсуждение.** Проводимые мероприятия показали значительную эффективность. Так, итогом применения тренажеров явилось: частичное восстановление самостоятельных активных движений в руке (68%), в ноге (20%), при начальном их отсутствии у больных; выравнивание мышечного тонуса и создание предпосылок для увеличения объема имеющихся самостоятельных активных целенаправленных движений (одевание, прием пищи, ходьба) (70%). Уменьшение слабости, спастичности и болевого синдрома способствовало улучшению подвижности, мышечного контроля и равновесия, и возвращению функций мочевого пузыря и кишечника у (60%) пациентов. Также, больные отметили снижение степени выраженности когнитивных нарушений, проблем с концентрацией, вниманием и памятью, что позволяло лучше восстанавливать функции речи, чтения, письма и глотания в (30%) случаев. Дополнительно, у 70% пациентов наблюдалось формирование умения управлять стрессом, бороться с тревогой и депрессией.

**Выводы.** Данные положительные результаты в группе наблюдения подтверждают целесообразность мультидисциплинарного подхода с применением различных методов в реабилитации у больных после перенесенного инсульта. Таким образом, можно сделать вывод, что Центр реабилитации «Тинаки» располагает всеми возможностями для реализации поэтапного восстановления данных пациентов. Больному важно осознавать, что восстановление после любого инсульта не должно заканчиваться. Кратковременные ежедневные процедуры не только помогут вернуть былые навыки и качества, но и предотвратят новые инсультные атаки.

## ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

**Останкова Ю.В., Серикова Е.Н.**

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

Согласно классификации Европейской ассоциации изучения печени (European Association for the Study of the Liver, EASL) и международному совещанию в г. Таормина в 2008 г., скрытый гепатит В (скГВ) определяется как стадия заболевания, при которой в ткани печени обнаруживают ДНК ВГВ при неопределяемом уровне HBsAg в сыворотке периферической крови, при этом вирусная нагрузка в периферической крови может быть настолько низка, что не определяется методом ПЦР стандартно используемыми наборами реагентов.

Проблема скГВ актуальна прежде всего для иммунокомпрометированных категорий пациентов, для службы крови, эпидемиологов, врачей-инфекционистов. Несмотря на низкую вирусную нагрузку, для скГВ

характерны те же факторы риска, что и при HBsAg-положительной форме течения хронического вирусного гепатита В, в том числе показана роль HBsAg-негативного ГВ в развитии фиброза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, возможность внутриутробного инфицирования ребенка HBsAg-негативной матерью, возможность инфицирования реципиента переливанием крови или ее компонентов от донора со скрытым ГВ, при этом минимальная инфекционная доза составляет приблизительно 16-100 копий, то есть, менее 10 МЕ/мл.

Согласно международным совещаниям в г. Таормина в 2008 г. и 2019 г., определены необходимые критерии для выявления вируса гепатита В (ВГВ) при низкой вирусной нагрузке методом ПЦР: для подтверждения обнаружения скГВ требуется выявление как минимум двух участков генома вируса.

Обсуждаются особенности метода выявления ДНК вируса гепатита В при низкой вирусной нагрузке, разработанного в ФБУН НИИ ЭМ им. Пастера.

## ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРОВ КРОВИ: HBsAg-НЕГАТИВНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

**Останкова Ю.В.<sup>1</sup>, Huynh hoang K.<sup>2</sup>,  
Boumbaly S.<sup>3</sup>, Серикова Е.Н.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Научно-исследовательский эпидемиологии  
и микробиологии имени Пастера,

Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Институт Пастера,

Хошимин, Вьетнам,

<sup>3</sup>Международный центр исследований  
тропических инфекций,

Боон, Гвинея

Вирусный гепатит В (ГВ) представляет собой серьезное инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита В (ВГВ), передающимся при контакте слизистых оболочек с зараженной кровью или другими жидкостями организма. Одной из естественных форм течения хронического вирусного гепатита В (ХГВ) является скрытый или occultный ГВ (окГВ), при котором в периферической крови больного не обнаруживают HBsAg, однако вирус сохраняется в виде ккзДНК в гепатоцитах, в связи с чем ДНК ВГВ выявляют в тканях печени и/или в крови, что осложняется крайне низкой вирусной нагрузкой и ограниченной чувствительностью диагностических наборов. При HBsAg-негативном ХГВ есть вероятность реактивации вируса при иммуносупрессии, так, реактивация была показана почти у 40% пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию и/или химиотерапию при онкологии и иных заболеваниях. В связи с вышесказанным, особого внимания заслуживают доноры крови,

так как переливание крови и ее продуктов представляет собой значимую часть терапии при тяжелых состояниях различного генеза, а донор со скрытым ХГВ может стать источником инфицирования реципиентов. Поскольку инфицирующая доза составляет приблизительно 3,5 МЕ/мл, для выявления ДНК вируса у доноров крови необходимо использовать высокоспецифичные и чувствительные тесты, а также не использовать при диагностике минипулы, значительно снижающие чувствительность анализа. Гиподиагностика ВГВ в группах риска и группах, потенциально связанных с распространением вируса (в первую очередь – доноры крови), остается серьезным препятствием на пути ликвидации вирусного гепатита В как угрозы общественному здравоохранению. Чрезвычайно важно определять встречаемость оКГВ в регионах мира среди здоровых доноров крови для оценки вероятности передачи ВГВ посредством переливания крови и необходимости модификации стратегий отбора доноров для снижения риска. Последующее генотипирование обнаруженных изолятов и выявление клинически значимых мутаций могут служить важным эпидемиологическим инструментом для изучения путей распространения вируса, а также его географической эволюции.

Доклад посвящен оценке распространенности HBsAg-негативного хронического вирусного гепатита В у доноров крови в различных регионах мира, включая Российскую Федерацию.

## ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Остапчук Е.С., Яценко Я.В.,  
Ткачук И.В., Вербах Т.Э.

Тюменский государственный медицинский  
университет,  
Тюменская больница,  
Тюмень

**Цель.** Учитывая увеличение продолжительности жизни населения, все большее внимание уделяется вопросу, почему определенной части пожилых пациентов удается сохранить способности и навыки независимой жизни, самообслуживание, решение бытовых задач, в то время как другие в той или иной степени утрачивают эти навыки, вплоть до полной инвалидизации и неспособности справляться с повседневными обязанностями без помощи извне. Целью исследования явилось установление факторов, определяющее когнитивное здоровье у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Нами исследовано 111 пациентов старше 60 лет, пролеченных в плановом неврологическом отделении. Пациенты разделены на 2 группы по возрасту согласно классификации ВОЗ: I

группа - 88 человек пожилого возраста (60-74 года) и II группа - 23 человека старческого возраста (75-89 лет). Для диагностики когнитивных нарушений (КН) была использована шкала MMSE (27-25 баллов – умеренные КН, 24-20 баллов – легкая деменция, 19-10 баллов – умеренная деменция). Проведена оценка уровня образования и характера труда, сопутствующих хронических заболеваний, оценка тревожно-депрессивных расстройств по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты и обсуждение.** По данным шкалы MMSE у 87,4% (n=97) человек старше 60 лет установлены КН. У пациентов пожилого возраста снижение когнитивных функций выявлено у 85,2% (n=75), из них КН умеренной степени выраженности – 90,5% и в меньшей степени отмечалась деменция легкой степени – 9,5%. У пациентов старческого возраста когнитивный дефицит составил 95,7% (n=22). Из них – с умеренными КН – 54,4%, деменцией легкой степени – 13,6% и деменцией умеренной степени выраженности – 18%. Таким образом, у пациентов старческого возраста значительно грубее когнитивных дефицит.

Распространенность когнитивных нарушений обратно коррелировала с уровнем образования. У пациентов с высшим образованием когнитивный дефицит определялся лишь у малой части пациентов: 14,9% у пациентов пожилого и 14,3% у пациентов старческого возраста по сравнению с лицами с общим и средним профессиональным образованием вне зависимости от возраста.

Проведено сравнение влияния характера труда в прошлом на распространенность КН. В группе пациентов с физическим трудом КН выявлены у 67,7% пациентов. При этом в группе пациентов пожилого возраста когнитивное снижение обнаружено у 65,8% физического труда и 34,2% умственного труда; в группе старческого возраста 75% и 25% соответственно.

У пациентов старше 60 лет с КН проведена оценка коморбидной соматической патологии. Выявлена взаимосвязь развития когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией (АГ): пациенты пожилого возраста в 83,8% случаев имели сочетание АГ и КН, пациенты старческого возраста – в 86,4%. Также КН преобладают при наличии гемодинамически значимого атеросклероза брахиоцефальных сосудов у лиц старше 75 лет (13,6%) по сравнению с пожилыми пациентами (9,5%); ИБС 54,4% и 24,3% соответственно (p=0,017); мерцательной аритмии 27,3% и 4,1% соответственно (p=0,004). При наличии развития сердечно-сосудистых событий КН ухудшаются, существенно у лиц старческого возраста по сравнению с пожилыми пациентами: при перенесенном инфаркте миокарда 22,7% против 5,4%; перенесенном инсульте 18,2% против 12,2%. Поэтому, у пациентов с увеличением возраста происходит ухудшение когнитивных функций при наличии сердечно-сосудистой патологии, влияющей на гемодинамику головного мозга, особенно при развитии ИБС и мерцательной аритмии у лиц старше 75 лет.

Также выявлена зависимость КН при снижении зрения и слуха, приводящие к ограничению в повседневной жизни: у 46,6% пожилых пациентов с КН и 85,7% пациентов старческого возраста (p=0,002).



При этом наличие сахарного диабета приводило к КН лишь у пятой части пациентов вне зависимости от возраста – у пожилых 21,6%, у пациентов старческого возраста – 22,7%.

Субклинически и клинически выраженная депрессия у пациентов с КН наиболее характерна для лиц от 60 до 75 лет (31,1%) по сравнению с лицами старческого возраста (18,2%), что связано с выраженностью когнитивных нарушений.

**Выводы.** В связи с увеличением продолжительности жизни, сохранение качества жизни является приоритетной задачей. С целью сохранения когнитивных функций пациенты с увеличением возраста нуждаются в мультидисциплинарном наблюдении специалистов для компенсации зрительной и слуховой функций, коррекции сердечно-сосудистых факторов, особенно ИБС и нарушений ритма сердца.

## ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ НА КОМПЛЕКСЕ ЭКСОСКЕЛЕТ КИСТИ НА УРОВЕНЬ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Отинов М.Д., Голубова Т.Ф., Власенко С.В.,  
Османов Э.А.

Научно-исследовательский институт  
детской курортологии, физиотерапии  
и медицинской реабилитации,  
Евпатория

Существуют четкие доказательства того, что роботизированные системы верхних конечностей улучшают функцию и силу.

**Цель исследования.** Изучение влияния занятий на комплексе экзоскелет кисти на манипулятивные функции верхней конечности у больных с детским церебральным параличом.

**Материал и методы.** На сегодняшний день реабилитацию с применением комплекса экзоскелет кисти прошло 31 человек (16 – девочек и 15 – мальчиков), в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 14,4±1,9). Курс терапии составил 10 занятий, продолжительность сеанса – 40 минут. Тренинг с применением комплекса экзоскелет кисти сочетался с комплексным санаторно-курортным лечением. Во время тренинга пациенты сидели в кресле на расстоянии полутора метров от компьютерного монитора, на котором предъявлялись визуальные инструкции. Кисти рук размещались внутри «рукавиц» экзоскелета. В центре экрана находилась округлая метка белого цвета, служившая для фиксации взгляда, и расположенные вокруг нее три стрелки, менявшие цвет для

обозначения инструкций. Пациент выполнял следующие команды: расслабиться (активировалась верхняя стрелка в течение 12 с), кинестетически вообразить движение разгибания кисти левой или правой руки (в течение 12 с активировалась левая или правая стрелки соответственно). Каждой команде предшествовал подготовительный сигнал длительностью 4 с. При точном выполнении пациентом задания фиксирующая взор метка окрашивалась в зеленый цвет (интенсивность цвета зависела от параметров ЭЭГ), экзоскелет выполнял соответствующее движение, и кисть руки пассивно разгибалась. Таким образом, генерировался комбинированный зрительный и кинестетический сигнал обратной связи. В течение сеанса ситуация воображения движений каждой руки повторялась 24 раза.

**Результаты и их обсуждение.** Предварительный анализ полученных данных оценки эффективности санаторно-курортного лечения, позволил выявить следующие закономерности. Статистически значимые изменения были выявлены для уровня повседневной жизненной активности ребенка по опроснику Бартела. В ходе лечения наблюдалось улучшение жизненной активности ребенка ( $z=4,24$ ,  $p=0,000$ ), при этом средние значения до лечения составили 60,6±17,1 баллов, после – 70,1±18,4 баллов. Стоит отметить, что родители детей, прошедших курс реабилитации так же обратили внимание на повышение социализации детей, появление уверенности в своих возможностях, облегчение общения со сверстниками, значительное улучшение эмоционального фона, показателей самочувствия, активности, настроения.

**Вывод.** В ходе проведенного сравнительного анализа успешности ребенка, можно сделать предварительный вывод: Применение технологий с применением комплекса экзоскелет кисти оказывает влияние на успешность реабилитационных мероприятий на этапе санаторно-курортного лечения.

## АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГБО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Очколяс М.В.<sup>1</sup>, Очколяс В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гатчинская клиническая межрайонная больница,  
Гатчина,

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Разработка дифференцированного подхода и тактики применения метода гипер-

барической оксигенации при нарушении когнитивных функций в различных возрастных группах пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

**Материалы и методы.** Обследовано 110 пациентов в возрасте от 25 до 73 лет с постковидным синдромом, в структуре которого преобладали астения (100%), когнитивные и психоэмоциональные нарушения (95%), диссомния (75%). Пациенты были разделены на 3 группы: I группа (n=49) – от 25 до 44 лет (45,5%); II (n=44) – от 45 до 64 лет (40%); III (n=17) – от 65 до 73 лет (14,5%). 95 пациентам (исследуемая группа) в комплекс лечения на амбулаторном этапе был включен курс гипербарической оксигенации. Сеансы проводились в барокамере «ОКА-МТ» ежедневно на протяжении 10-15 дней на средних терапевтических режимах 1.4-1.7АТА (0,14-0,17 МПа) 45-60 минут в I группе; 1.2-1.5 АТА (0,12-0,15 МПа), 35-45 минут во II и III группах. Повторные курсы лечения через 2-3 месяца прошли 35 (37%) пациентов. В процессе прохождения курса ГБО оценивался соматический и неврологический статус, динамика показаний пульсоксиметрии. До и после каждого курса оценивалась динамика когнитивных функций по шкалам MMSE, MoCA. Контрольную группу составили 15 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия.

**Результаты и обсуждение.** У пациентов III группы, имевших когнитивный дефицит на фоне хронической ишемии мозга, ухудшились показатели тестирования после перенесенной коронавирусной инфекции. Пациенты II группы, при наличии в анамнезе травм, сахарного диабета, ожирения, гипертонической болезни, ранее имели субъективное когнитивное снижение или легкую степень нарушений когниции, но инфекция усугубила эту дисфункцию. Пациенты I группы впервые отмечали данные нарушения. Сравнительная оценка результатов тестирования по шкале MMSE после комплексного лечения через 1 месяц в исследуемой группе выявила увеличение суммарных показателей в I и II группах на 3 балла, в III – на 1 балл. В контрольной группе улучшение зарегистрировано только в I группе – на 2 балла. Оценка по шкале MoCA после комплексного лечения через 1 месяц в исследуемой группе выявила увеличение суммарных показателей в I – на 2 балла, II – на 2 балла, в III – на 1 балл. В контрольных группах улучшение отмечалось только в I группе – на 1 балл. У пациентов I исследуемой группы после проведенного лечения зарегистрированы нормальные показатели по обоим оценочным шкалам. У пациентов II и III групп отмечено значимое улучшение результатов по сравнению с контрольной группой.

**Выводы.** Включение гипербарической оксигенации в комплексное лечение больных с постковидным синдромом, с наличием в структуре последнего астении, когнитивных и психоэмоциональных нарушений, диссомнии, является эффективным лечебным методом, позволяющим улучшить качество и темп восстановления нарушенных функций. Разработан алгоритм

применения ГБО на амбулаторно-поликлиническом этапе. Целесообразно раннее начало лечения с учетом индивидуальных особенностей каждого клинического случая. Подбор доз ГБО в соответствии с возрастом и имеющейся сопутствующей патологией. Активные режимы из 10-15 сеансов применять для молодых пациентов, более «мягкие» 7-10 сеансов для старших возрастных групп, но с возможностью повторных курсов через 2-3 месяца.

## ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА: КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**Павлова А.С., Сорокина Л.Н., Лукина О.В.**  
Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Взаимосвязь таких коморбидных состояний, как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сахарный диабет 2-го типа (СД2), в настоящее время рассматривается не только на уровне целостного организма, но и на молекулярном уровне, в частности активно изучается роль цитокинового дисбаланса в патогенезе обоих заболеваний.

**Цель.** Установить особенности течения ХОБЛ у пациентов с сопутствующим СД2 по данным клинического, лабораторного и инструментального обследования.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 154 участника, разделенные на группы: пациенты с ХОБЛ – 53 человека, с СД2 – 30 человек, с сочетанием ХОБЛ и СД2 – 34 человека, контрольная группа (практически здоровые лица) – 37 человек. Всем пациентам проводилось: клинико-лабораторное (физикальный осмотр, определение в сыворотке крови уровня гликированного гемоглобина, концентрации IL-4, IL-6) и инструментальное обследование (исследование функции внешнего дыхания (ФВД), компьютерная томография органов грудной полости). Статистическая обработка данных проводилась при помощи стандартного пакета SPSS для Windows (версия 26.0).

**Результаты.** У пациентов с ХОБЛ отмечались отрицательные корреляционные связи между уровнем IL-6 и приростом ОФВ1 и ФЖЕЛ ( $p < 0,05$ ). Уровни IL-6 отрицательно коррелировали с РОвд и РОвыд у пациентов с СД2, и с ОЕЛ и ДО у пациентов с сочетанием ХОБЛ и СД2 ( $p < 0,05$ ). При этом, уровни IL-4 положительно коррелировали ( $p < 0,05$ ) с рядом показателей ФВД, таких как ЖЕЛ, ФЖЕЛ у пациентов с

ХОБЛ, и ОФВ1/ЖЕЛ, МОС50выд, МОС75выд у пациентов с СД2. У пациентов с сочетанием ХОБЛ и СД2 положительные корреляции между уровнем IL-4 и показателями ФВД выявлялись только у лиц с высокими уровнями IL-4. По данным компьютерно-томографического исследования у пациентов с ХОБЛ в сочетании с СД2 значимо реже встречался эмфизематозный фенотип ХОБЛ ( $p=0,006$ ), отмечалась меньшая площадь эмфизематозной перестройки легочной ткани в правом легком по сравнению с группой пациентов с ХОБЛ ( $p=0,048$ ).

**Выводы.** Наличие сопутствующего СД2 у пациентов с ХОБЛ может оказывать влияние на течение основного заболевания, что, требует более детального изучения, а также усовершенствования диагностических подходов и стратегий лечения у пациентов с коморбидной патологией.

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Панафидина Т.А.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>,  
Новикова Д.С.<sup>2</sup>, Лиля А.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>2</sup> Московский клинический научный центр  
имени А.С. Логинова,  
Москва

**Введение.** Поражение сердца встречается более чем у половины пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), являясь одной из основных причин летальности.

**Цель исследования.** Определение структуры и частоты поражения сердца, оценка влияния противоревматической терапии у пациентов с СКВ.

**Материалы и методы.** Включено 87 больных СКВ (91% женщин), медиана возраста составила 32 [28; 41] лет, длительности СКВ – 6 [1; 10] лет, SLEDAI-2K – 9 [4; 16] баллов, SDI – 0 [0; 1] баллов. Основные клинические проявления болезни: гематологические нарушения (48%), нефрит (45%), артрит (37%), поражение кожи (33%) и серозит (32%). Все пациенты осмотрены кардиологом, определялись традиционные факторы риска (ТФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), выполнена трансторакальная эхокардиография (Эхо-КГ), по показаниям – суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления (АД). Концентрацию N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) определяли в сыворотке крови методом электрохемилюминесценции на анализаторе Cobas e 411 с использованием тест-системы Elecsys proBNP II (Roche Diagnostics, Швейцария).

**Результаты.** Самым частым поражением сердца была недостаточность клапанов с разной степенью регургитации, выявленная у 92% пациентов, эндокардит встречался у 30%, пролапс створок митрального или трикуспидального клапанов – у 33% пациентов. Патология перикарда обнаружена у 45% пациентов: преобладал адгезивный перикардит (62%). Миокардит был верифицирован у 5% больных СКВ. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) верифицирована у 6%, сердечная недостаточность (СН) – у 11%, нарушения ритма и проводимости сердца – у 18% и 2% соответственно, инфаркт миокарда (ИМ) – у 2% больных СКВ. Дислипидемия и артериальная гипертензия (АГ) выявлены у 51% и 46% пациентов соответственно. Повышенный уровень NT-proBNP ( $>125,0$  пг/мл) обнаружен у 31% больных СКВ, медиана концентрации NT-proBNP составила 91,8 [27,1-331,2] пг/мл.

Пациенты были разделены на две группы: в первую включены больные, которые на момент обследования не получали глюкокортикоиды (ГК), иммуносупрессанты и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Больные второй группы принимали разнообразные комбинации этих препаратов. Пациенты 1 и 2 групп были сопоставимы по возрасту и полу, у них также не выявлено различий по частоте недостаточности клапанов (87% и 98%), эндокардита (26% и 33%), перикардита (43% и 47%) (как экссудативного, так и адгезивного), нарушений ритма (19% и 18%) и проводимости сердца (по 2%), ИБС (2% и 9%), ИМ (0 и 4%), СН (7% и 15%). Диагноз миокардита был установлен только у пациентов 1-й группы, но статистически значимых различий по его частоте среди пациентов обеих групп не отмечалось (10% и 0,  $p=0,050$ ). Во 2-й группе чаще, чем в 1-й встречалась АГ (62% и 29%,  $p<0,01$ ), по частоте других ТФР различий не обнаружено, но концентрация общего холестерина (ОХС) и значение индекса массы тела (ИМТ) во второй группе были выше, чем в первой: 5,7 и 4,5 ммоль/л,  $p<0,05$ ; 22,66 и 22,10 кг/м<sup>2</sup>,  $p<0,01$ , соответственно. Концентрация NT-proBNP у «нелеченых» больных была больше, чем во второй группе (150,7 и 32,6 пг/мл соответственно,  $p<0,01$ ), превышая при этом нормальные значения.

**Выводы.** Самым частым проявлением поражения сердца у пациентов с СКВ молодого возраста являются функциональные нарушения клапанов (недостаточность с разной степенью регургитации), преимущественно трикуспидального и митрального, адгезивный перикардит, эндокардит (утолщение створок клапанов и вегетации), нарушения ритма и СН. Кроме того, практически половина пациентов с СКВ имеют АГ и дислипидемию.

Несмотря на юный возраст пациентов, терапия (в первую очередь ГК) и большая длительность СКВ, приводят к нарастанию частоты ТФР (АГ, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела), а миокардит и превышение нормального значения концентрации NT-proBNP, напротив, характерны для нелеченых больных с высокой активностью СКВ.



Необходимо совместное с кардиологом ведение больного СКВ, умение оценивать доклинические маркеры СН, как потенциально смертельного осложнения, особенно у пациентов с высокой активностью болезни, контролировать ТФР, использовать минимальные дозы ГК в период ремиссии/низкой активности.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИТАМИНА Д И СТХ-1 С ПОКАЗАТЕЛЕМ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППОЙ

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

**Введение.** Ремоделирование костной ткани это сложный многофакторный процесс, патогенез которого активно изучается. Известно, что при воспалительных заболеваниях изменения в костной ткани происходят по целому ряду причин, среди которых замедление формирования костной ткани при параллельном ускорении ее резорбции. Маркером костной резорбции выступает С-концевой телопептид коллагена I типа (СТХ-1) – это продукт распада костного матрикса, который выявляется в сыворотке крови и отражает скорость разрушения кости [1]. Также, в костном ремоделировании важную роль играют активные метаболиты витамина Д. Было показано, что главными мишенями витамина Д являются кишечник, почки, паращитовидные железы и костная ткань. Он играет важную роль в абсорбции кальция и фосфора в кишечнике и поддержании их необходимого уровня в крови для обеспечения минерализации костной ткани и предотвращения гипокальциемии [1]. В то же время, при дефиците Витамина Д наблюдается рост уровня Паратгормона и ускоряется костное ремоделирование, а при тяжелом дефиците – нарушается минерализация костной ткани [2]. Таким образом, представляет интерес сравнительное изучение взаимосвязи уровня Витамина Д и СТХ-1 с показателем минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с РА и в группе без воспалительных заболеваний суставов.

**Цель исследования.** Сопоставить ассоциацию Витамина Д и СТХ-1 с показателем МПКТ у пациентов с РА и в группе без воспалительных заболеваний суставов.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 124 женщины. 88 из них (основная группа)

имели диагноз РА, поставленный на основании классифицирующих критериев ACR/EULAR 2010. 36 женщин (контрольная группа) были набраны из общего потока пациентов консультативно-диагностического отделения ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского» и не имели воспалительных заболеваний суставов. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия проводилась на аппарате LUNAR DPX GE (США). Методом ИФА определялись сывороточные уровни СТХ-1 и кальциферола (Витамин Д). Статистическая обработка производилась с использованием пакета программ Statistica 12.0.

**Результаты.** Пациентки из основной группы были сопоставимы с пациентками из контрольной группы по возрасту (56,4 [47,5-60,7] против 56,4 [48,4-62,8] лет,  $U=1391.5$ ;  $p=0.41$ ), наличию менопаузы (73,9% против 82,3%, Yates  $\chi^2=0.56$ ;  $p=0.45$ ), длительности менопаузы (9,3 [5,6-15,9] против 6,8 [3,4-11,6] лет,  $U=709.0$ ;  $p=0.09$ ) и ИМТ (27,5 [23,4-31,8] против 26,4 [23,4-29,3] кг/м<sup>2</sup>,  $U=1379.5$ ;  $p=0.37$ ). В основной группе был ниже сывороточный уровень Витамина Д (48,5±16,3 против 130,7±38,4 нмоль/л,  $t=-16.47$ ;  $p<0.001$ ) и сопоставимый сывороточный уровень СТХ-1 (0,62 [0,42-0,81] против 0,69 [0,51-0,88] нг/мл,  $U=1361.5$ ;  $p=0.318$ ). Методом корреляционного анализа выявлена взаимосвязь сывороточного уровня Витамина Д с МПКТ в телах поясничных позвонков L1-L4 ( $r=0,30$ ,  $p=0,005$ ), шейке бедра ( $\rho=0,31$ ,  $p=0,004$ ), треугольнике Варда ( $r=0,25$ ,  $p=0,020$ ), большом вертеле ( $\rho=0,27$ ,  $p=0,010$ ) и проксимальном отделе бедра ( $\rho=0,26$ ,  $p=0,014$ ), однако ни с одним из этих показателей не коррелировал сывороточный уровень СТХ-1. В то же время, в контрольной группе была выявлена умеренная корреляция между сывороточным уровнем СТХ-1 и МПКТ тел поясничных позвонков L1-L4 ( $\rho=-0,48$ ,  $p=0,003$ ) и треугольнике Варда ( $\rho=-0,34$ ,  $p=0,049$ ), однако сывороточный уровень Витамина Д не коррелировал с МПКТ.

**Заключение.** В группе пациентов с РА сывороточный уровень Витамина Д меньше, чем в группе пациентов без воспалительных заболеваний суставов. В группе пациентов с РА сывороточный уровень Витамина Д положительно коррелировал с МПКТ в телах поясничных позвонков и всех бедренных зонах. В группе пациентов без воспалительных заболеваний суставов, сывороточный уровень СТХ-1 обратно коррелировал с МПКТ в телах поясничных позвонков и треугольнике Варда. Выявленные данные подчеркивают важность определения сывороточного уровня Витамина Д у пациентов с РА, так как в данной группе статистически чаще выявляется дефицит данного вещества, что дополнительно нарушает костный обмен и может повысить риск патологических переломов. В то же время, диагностическая значимость СТХ-1 среди пациентов с воспалительными заболеваниями остается сомнительной и требует дополнительного изучения, прежде чем может быть рекомендовано для клинической практики.

## ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА НА СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Пелех Д.М.<sup>1</sup>, Никитина Т.Г.<sup>1</sup>, Гулян К.С.<sup>1</sup>, Филиппкина Т.Ю.<sup>2</sup>, Голухова Е.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева, Москва,

<sup>2</sup>Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, Екатеринбург

**Цель.** Провести анализ физиологического резерва по Эдмонтонской шкале физиологического резерва (EFI) у больных  $\geq 75$  лет через 6 месяцев (мес.) – 3,5 года (г.) после коррекции клапанных пороков сердца (КПС) и оценить влияние низкого резерва на средне-отдаленные результаты хирургического лечения.

**Материал.** Коррекция КПС была проведена 140 пациентам  $\geq 75$  лет, средний возраст –  $77,2 \pm 2,1$  лет. Ср. показатель по EFI до операции (д/о) –  $8,8 \pm 1,9$  («болезненные»): «сохранные» – 27,1% пациентов, 72,9% – «уязвимые» – «изношенные» (10,8% – «изношенные»). Ср. балл по индексу коморбидности М. Чарльсон (CCI) –  $9,5 \pm 4,2$ . Д/о 55% пациентов в – III функциональном классе сердечной недостаточности по NYHA (ФК СН); 45% – в IV ФК. Ср. EuroSCORE (ES) II –  $20,7 \pm 1,3\%$ . Операции: коррекция порока 1- 2 КПС – у 72,4%, сочетанные операции (КПС+АКШ) – у 20,7% пациентов, у 6,9% – этапное лечение (ЧКВ – I этап, II этап – КПС ч/з 3 мес. п/о ЧКВ). Выписано 127 пациентов. При выписке во II ФК – 77,2% больных, в III ФК – 22,8%. 11 (14,3%) пациентов, д/о находившихся в III ФК, остались в III ФК.

**Результаты.** В средне-отдаленные сроки п/о прослежена судьба 127 пациентов, т.е. полнота наблюдения – 100%. Ср. возраст –  $81,3 \pm 4,1$  лет. Ч/з 6 мес. – 3,5 г. п/о умерло 11 (8,7%) пациентов: COVID-19 – 5, Ст – 2, ОНМК – 1, болезнь Альцгеймера – 1, ранний протезный эндокардит – 1, несчастный случай – 1. Выживаемость ч/з 6 мес. – 3,5 г. – 91,3%. Предикторы летальности в средне-отдаленные сроки: ES II д/о  $\geq 8$  ( $p=0,001$ ), CCI  $\geq 8$  ( $p=0,020$ ), III ФК СН ч/з 6 мес. – 3,5 г. п/о ( $p=0,025$ ), сочетанная операция ( $p=0,048$ ), EFI «умеренно изношенный» – «изношенный» д/о ( $p=0,025$ ). По EFI отмечено увеличение «сохранных» пациентов – 49,2% ( $p<0,05$ ). Из 15 д/о «изношенных» 8 больных умерли в раннем п/о периоде, а 4 – ч/з 6-24 мес. п/о. 2 д/о «изношенных» перешли в категорию «болезненные», а 1 – в «умеренно изношенный». Ср. значение EFI ч/з 6 мес. – 3,5 г. п/о –  $5,5 \pm 1,4$  («сохранные»).

У 46 (39,9%) больных были осложнения ч/з 6 мес. – 3,5 г. п/о: фибрилляция-трепетание предсердий (ФП-ТП) – 17,4%, ОНМК – 12,1%, возврат клиники стенокардии после сочетанных и/или этапных операций – 9,5%, парапротезная фистула – 0,9%. У 36,2% пациентов были нецелевые значения МНО ( $<2,5$  у больных п/о протезирования аортального клапана и  $<3,0$  п/о протезирования митрального клапана), а у 6 п/о, которые в средне-отдаленные сроки п/о перенесли ОНМК, МНО при поступлении в клинику составило  $<2,2$ ! В течение 6 мес. – 3,5 лет п/о 4 (3,1%) и 7 (5,5%) пациентов, находящихся при выписке из клиники в III и IV ФК, соответственно, умерли. 24 (20,7%) больных, находящихся при выписке в III ФК, через 6 мес. – 3,5 лет п/о перешли в IV ФК в связи с развитием п/о осложнений. Таким образом, 70 (60,3%) больных  $\geq 75$  лет в средне-отдаленные сроки п/о находятся во II ФК СН (результат хирургической коррекции КПС±ИБС расценен как хороший), а 46 (39,7%) – в III ФК (удовлетворительный результат операции).

Значимыми предикторами развития ФП-ТП при однофакторном анализе были: наличие ФП-ТП до операции ( $p=0,008$ ), CCI  $\geq 3$  ( $p=0,036$ ), EFI «болезненный»-«изношенный» ( $p=0,039$ ), III ФК СН в средне-отдаленные сроки п/о ( $p=0,045$ ) и особо следует отметить наличие СД 2 типа в ст. декомпенсации ( $HbA1C \geq 9,0\%$ ) ( $p=0,048$ ). Достоверными предикторами развития ОНМК ч/з 6 мес. – 3,5 г. после коррекции КПС были перенесенные ОНМК в анамнезе д/о ( $p=0,033$ ), CCI  $\geq 3$  ( $p=0,025$ ) и EFI «болезненный» – «изношенный» ( $p=0,045$ ). Предикторы возврата клиники стенокардии были: сочетанная операция ( $p=0,022$ ), этапное лечение ( $p=0,024$ ), CCI  $\geq 3$  ( $p=0,030$ ), СД 2 типа в ст. декомпенсации ( $p=0,033$ ) и EFI «умеренно-изношенный»-«изношенный» ( $p=0,042$ ).

**Заключение.** Таким образом, в средне-отдаленные сроки п/о по данным EFI нами было отмечено достоверное увеличение количества «сохранных» больных по сравнению с д/о данными, а большинство «изношенных» д/о больных  $\geq 75$  лет умерли в раннем п/о периоде и в средне-отдаленные сроки п/о в связи с развитием осложнений. У 39,7% больных  $\geq 75$  лет были диагностированы нелетальные осложнения ч/з 6 мес.-3,5 г. п/о, в большинстве наблюдений представленные развитием ФП-ТП. Следует обратить внимание на то, у 36,2% пациентов в средне-отдаленные сроки после коррекции КПС были отмечены нецелевые значения МНО ( $<2,5$  у больных п/о ПАК и  $<3,0$  у пациентов п/о ПМК). Большинство пациентов  $\geq 75$  лет (60,3%) в средне-отдаленные сроки п/о были во II ФК и результат хирургической коррекции КПС±ИБС расценен как хороший.

По данным однофакторного и многофакторного анализа низкий физиологический резерв был достоверным предиктором развития ФП-ТП, ОНМК, возврата клиники стенокардии (после сочетанных и этапных операций) ч/з 6 мес. – 3,5 г, наряду с высокой коморбидностью пациентов (CCI  $\geq 3$ ) ( $p<0,005$ ). Предикторами летальности у пациентов  $\geq 75$  лет в средне-отдаленные

сроки п/о был также низкий физиологический резерв и высокая коморюидность. Возраст  $\geq 75$  лет был только предиктором развития ОНМК в средне-отдаленные сроки после коррекции КПС.

## ПНЕВМОТОРАКС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Первак М.Б.<sup>1</sup>, Атаманова Л.В.<sup>2</sup>,  
Герасименко В.В.<sup>3</sup>, Оборнев А.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное  
медицинское объединение,  
Донецк

**Цель исследования.** Успешная борьба с коронавирусной инфекцией COVID-19 невозможна без своевременной точной диагностики как первичного поражения, так и осложнений, прежде всего – требующих неотложного проведения адекватных лечебных мероприятий.

**Цель работы.** По данным лучевых методов исследования за два года наблюдения пациентов пульмонологического и торакальных отделений изучить особенности пневмоторакса как осложнения ковидного поражения легких.

**Материалы и методы.** Обследовано 58 больных с пневмотораксом и лабораторно подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19, находившихся на лечении в пульмонологическом и торакальных отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения с сентября 2020 года по октябрь 2022 года. Лучевое обследование включало компьютерную томографию и рентгенографию органов грудной полости. Всем больным проводилась медикаментозная терапия согласно «Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Министерства здравоохранения Российской Федерации, версия 9 от 26.10.2020 г. В исследование не были включены пациенты, которым проводилась инвазивная искусственная вентиляция легких.

**Результаты и обсуждение.** С сентября 2020 года по сентябрь 2021 года, в период преобладания альфа-, бета- и гамма-штаммов SARS-CoV-2 пневмоторакс был выявлен у 4 пациентов (первая группа). У больных с вирусной пневмонией, вызванной дельта-штаммом SARS-CoV-2, или перенесших ее в течение последних 3 месяцев, в период с октября 2021 года по октябрь 2022 года пневмоторакс развился в 54 случаях (вторая группа). Анализ данных лучевых исследований показал, что у всех больных с пневмотораксом были

выраженные характерные для COVID-19 инфильтративные изменения легких двусторонней локализации, в последующем – рентгенологические признаки формирования ложных внутрилегочных кист. У 29 больных второй группы внутрилегочные кисты были заполнены жидкостью, которая при пункции в 11 случаях была геморагической. В обеих группах развитие пневмоторакса диагностировано не ранее 3-й недели от начала заболевания, чаще на 5-7-й неделе. В 3 случаях во второй группе пневмоторакс имел перемежающийся характер. В 9 случаях отмечена двусторонняя локализация пневмоторакса (только во второй группе), в 49 случаях – односторонняя (4 чел. – в первой группе и 45 – во второй). У 32 больных (2 чел. – в первой группе и 30 – во второй) отмечалось коллабирование легкого на  $\frac{1}{2}$  объема, у 11 – полное коллабирование легкого (только во второй группе), у 15 – пневмоторакс был расположен апикально (2 чел. – в первой группе и 13 – во второй). У 13 больных частично коллабировавшее легкое было фиксировано спайками к грудной клетке. В 14 случаях второй группы был выявлен пневмогидроторакс, в том числе у 5 больных гемоторакс, у 5 – эмпиема плевры (вследствие нагноения гемоторакса). В 19 случаях (только во второй группе) пневмоторакс сочетался с пневмомедиастинумом и/или подкожной и межмышечной эмфиземой.

**Выводы.** Пневмоторакс диагностирован только у больных с выраженным двусторонним ковидным поражением легких и последующим развитием внутрилегочных кист, не ранее 3-й недели от начала заболевания. Значительное увеличение количества случаев пневмоторакса у пациентов с ковид-пневмонией, возбудителем которой был дельта-штамм SARS-CoV-2, обусловлено, на наш взгляд, более выраженным повреждающим действием данного штамма на альвеолярную мембрану вследствие поражения пневмоцитов I и II типа и более тяжелым течением заболевания и соответственно – более длительной и нередко в больших дозах гормональной терапией.

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Первак М.Б.<sup>1</sup>, Атаманова Л.В.<sup>2</sup>, Оборнев А.Л.<sup>1</sup>,  
Карпенко О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,

<sup>2</sup>Донецкое клиническое территориальное  
медицинское объединение,  
Донецк

**Цель исследования.** Изучить возможности лучевых методов в выявлении и дифференциальной диагностике объемных образований вилочковой железы.



**Материалы и методы.** Проанализированы результаты комплексного обследования 179 пациентов с патологией вилочковой железы, находившихся на лечении в торакальных отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения: Возраст больных колебался от 17 до 76 лет, средний возраст – 47 лет. Распределение по полу: мужчин – 121 (67,6%), женщин – 58 (32,4%). Всем больным проводили полипозиционную рентгенографию и мультисрезовую компьютерную томографию (КТ) органов грудной полости. У 20 пациентов с подозрением на вовлечение в процесс перикарда было выполнено ультразвуковое исследование средостения. Во всех случаях данные лучевых методов исследования были сопоставлены с результатами морфологического исследования операционного материала или биоптата, взятого при видеомедиастиноскопии.

**Результаты и обсуждение.** При полипозиционной рентгенографии органов грудной полости у всех обследованных было выявлено объемное образование переднего верхнего средостения размером более 1,5 см в диаметре, из них у 2 – более 15 см. На основании анализа формы, размеров, контуров выявленного образования и состояния локальных лимфатических узлов у 125 (69,8%) больных была заподозрена злокачественная опухоль вилочковой железы, у остальных 54 больных (30,2%) – доброкачественный процесс. Последующее применение мультисрезовой компьютерной томографии с мультипланарной реконструкцией дало возможность у всех пациентов точно установить связь между выявленным при рентгенографии объемным образованием и вилочковой железой, оценить состояние окружающих органов и тканей, а также лимфатических узлов различной локализации. Наличие неоднородной структуры, неровных контуров, признаков распространения процесса за пределы тимуса, увеличение локальных и отдаленных лимфоузлов у 125 (69,8%) пациентов свидетельствовало о злокачественном процессе. У 54 (30,2%) больных с отсутствием указанных КТ-признаков были использованы стандартные программы КТ-денситометрии, что позволило дифференцировать кисты и доброкачественные опухоли вилочковой железы. При ультразвуковом исследовании средостения у 7 (35,0%) из 20 обследованных было выявлено распространение опухоли переднего средостения в полость перикарда, что свидетельствовало о злокачественности процесса. У 8 (40%) пациентов обнаружены сонографические признаки жидкостного содержимого, что способствовало дифференциации тимических кист с доброкачественными опухолями. В целом, по результатам комплексного клиничко-лучевого исследования, у всех 179 обследованных были обнаружены объемные образования вилочковой железы: злокачественные опухоли эпителиального происхождения – у 33 чел. (18,4%), лимфомы – у 92 чел. (51,4%), доброкачественные опухоли – у 37 чел. (20,7%), кисты – у 17 чел. (9,5%), в том числе у 2 пациентов – кисты гигантского размера (более 15 см). Результаты морфо-

логического исследования операционного материала или биоптата, взятого при видеомедиастиноскопии, подтвердили данные лучевого исследования.

**Выводы.** Применение полипозиционной рентгенографии с последующей мультисрезовой компьютерной томографией органов грудной полости обеспечивает выявление и дифференциацию объемных образований вилочковой железы, что способствует выбору адекватной тактики лечения. Сонография средостения у данного контингента больных является дополнительным методом исследования и показана только для исключения прорастания опухоли тимуса в полость перикарда.

## УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРСИСТИРУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

**Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А.**

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

**Цель работы.** Изучение эффективности комбинации препаратов лаеннек и полиоксидоний в комплексе лечения больных хроническим токсическим гепатитом (ХТГ), сочетанным с хронической персистирующей вирусной инфекцией (ХПВИ), на фоне вторичного иммунодефицитного состояния (ВИДС) и их влияние на уровень средних молекул (СМ) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 76 больных (42 мужчины и 34 женщины) в возрасте от 19 до 49 лет больных ХТГ, сочетанной с ХПВИ на фоне ВИДС, которые составляли две группы, рандомизированные по полу, возрасту, тяжести и частоте. Больные основной группы получали помимо общепринятого лечения комбинацию иммуноактивных препаратов лаеннек и полиоксидоний в среднетерапевтических дозах. Больные группы сопоставления получали только общепринятое лечение. До начала лечения все больные в обеих группах были в фазе очередного обострения ХПВИ с проявлением патологического процесса в печени.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные были под динамическим наблюдением. Установлено, что в основной группе отмечалась более быстрая динамика клинических показателей, что в целом характе-

ризовалось сокращением длительности сохранения интоксикационного синдрома и ускорением ликвидации местных изменений герпетических высыпаний, воспалительных проявлений в ротоглотке, исчезновением слабости и недомогания. Нами было установлено, что включение комбинации иммуноактивных препаратов в комплекс лечебных мероприятий при ХТГ, сочетанным с ХПВИ на фоне ВИДС, способствует достоверному сокращению длительности сохранения клинических симптомов заболевания и частоте рецидивов. Следовательно, использование комбинации препаратов лаеннек и полиоксидоний обеспечивает уменьшение длительности синдрома инфекционного токсикоза.

В основной группе больных ХТГ, сочетанным с ХПВИ, на фоне ВИДС, которые получали комбинацию иммуноактивных препаратов, сокращалась также длительность сохранения местных воспалительных изменений в ротоглотке. При проведении лабораторного обследования было установлено, что до начала лечения у больных обеих групп отмечались однотипные изменения изученных показателей. Они характеризовались, прежде всего, существенным увеличением уровня СМ в сыворотке крови и увеличением концентрации ЦИК, преимущественно за счет наиболее патогенных среднемолекулярной (11S-19S) и низкомолекулярной (<11S) фракций, в то время как абсолютное количество крупномолекулярных (>19S) иммунных комплексов у большинства пациентов сохранялось в пределах нормы или слегка превышало верхнюю границу нормы. В основной группе пациентов, которые дополнительно получали лаеннек и полиоксидоний, на момент завершения курса лечения, нормализовался уровень СМ в сыворотке крови ( $0,62 \pm 0,05$  г/л при исходном значении  $2,88 \pm 0,11$  г/л); молекулярный состав ЦИК нормализовался ( $2,02 \pm 0,08$  г/л при исходном значении  $3,05 \pm 0,12$  г/л), как в плане соотношения фракций, так и в отношении их абсолютного содержания.

В то же время в группе сопоставления, несмотря на некоторую тенденцию к снижению среднемолекулярных фракций ЦИК, ее содержание в сыворотке крови оставалось достоверно выше показателя нормы.

Полученные данные позволяют считать, что использование в комплексной терапии больных ХТГ сочетанным с ХПВИ, на фоне ВИДС, иммуноактивных препаратов лаеннека и полиоксидония является патогенетически обоснованным в иммунологическом плане, поскольку наряду с положительным влиянием на клинические показатели позволяет обеспечить нормализацию ряда иммунологических показателей, а именно ЦИК и их молекулярный состав, а также уровень СМ,

**Выводы.** У пациентов с ХТГ, сочетанным с ХПВИ на фоне ВИДС, отмечались изменения показателей, которые характеризовали повышение уровня средних молекул в сыворотке крови и увеличение концентрации ЦИК, преимущественно за счет наиболее патогенных среднемолекулярной и низкомолекулярной фракций. Проведенное в основной группе лечение, кроме общепринятой терапии, препаратами лаеннек и полиоксидо-

ний, оказывало положительное влияние на клинические показатели, позволило обеспечить нормализацию ряда иммунологических показателей, а также нормализовать уровень СМ, ЦИК и молекулярный состав последних, а также уменьшить частоту рецидивов ХПВИ.

## ИЗУЧЕНИЕ АКТУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Перцев А.В., Главатских Ю.О.

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

**Актуальность исследования.** В течение последних трех лет наблюдается тенденция к увеличению количества госпитализаций по поводу внебольничных пневмоний, что отражает большую актуальность данной проблемы в настоящее время [1]. Особенности клинической картины вирусно-бактериальных пневмоний, тяжесть клинического течения, высокая частота возникновения осложнений и неблагоприятных исходов, склонность к эпидемическому распространению отражают необходимость совершенствования лабораторных методов исследования и ранней диагностики данной нозологии, обоснование включения в схему этиотропного лечения противовирусных препаратов [2,3].

**Цель исследования.** Изучить изменения лабораторных, рентгенологических и функциональных показателей, а также данных компьютерной томографии (КТ) при внебольничных пневмониях разной степени тяжести, провести их сравнение.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 80 пациентов в возрасте 18-25 лет (мужчины, средний возраст  $21 \pm 3$ ) с диагнозом внебольничная пневмония. В течение 6 месяцев были получены результаты лабораторных и функциональных показателей, компьютерной томографии, рентгенографии пациентов, включенных в исследование. Статистическая обработка полученного материала проводилась полученных данных с использованием пакета программ Statistica 12. Оценка нормальности распределения данных проводилась с помощью теста (Шапира-Уилка).

**Результаты.** В ходе проведения НИР было установлено, что у пациентов с легким течением внебольничной пневмонии отмечались незначительные изменения: субфебрильная температура тела, нормальные значения ЧСС и АД. На рентгенограмме и КТ было выявлено одностороннее сегментарное поражение, по данным общего анализа крови наблюдалось незначительное ускорение СОЭ ( $12-22$  мм/ч). У группы паци-

ентов с пневмонией средней тяжести выявлены субфебрильная или фебрильная температура, тахикардия. При этом, АД приравнивалось к нормальным значениям или было незначительно снижено, на рентгенограмме и КТ отмечалось двустороннее поражение 1-2 сегментов или доли. В общем анализе крови значительное ускорение СОЭ(21-40мм/ч), а также умеренный лейкоцитоз ( $11,5-15,2 \cdot 10^9$  /л).

**Выводы.** В совокупности полученные данные функциональных, рентгенологических, лабораторных показателей, КТ-картина дают возможность оценки степени тяжести внебольничной пневмонии. При этом, изменения данных функциональных проб у пациентов с легкой степенью тяжести внебольничной пневмонии статистически не значимы.

## КОМОРБИДНЫЕ ПАЦИЕНТЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Перцев А.В., Главатских Ю.О.

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

**Актуальность исследования.** Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) находится на третьем месте среди ведущих причин смерти во всем мире. В патофизиологии данной нозологии важную роль играют нерациональная диета и увеличение частоты встречаемости повышенной массы тела и ожирения у данной категории пациентов [1]. С одной стороны, снижение легочных функций ассоциируют с повышенной массой тела, с другой, данное состояние оказывает протективное действие при тяжелой степени ХОБЛ [2, 3]. Характер течения и прогрессирования ХОБЛ, а также качество жизни таких пациентов во многом зависит от режима питания и характера потребления питательных веществ [4].

**Цель исследования.** Изучить влияние ожирения на клиническое течение ХОБЛ, его особенности клинического течения ХОБЛ с целью дальнейшей разработки индивидуализированной программы легочной реабилитации данной категории пациентов.

**Материалы и методы.** Для проведения научно-исследовательской работы были отобраны 97 человек (41 женщина (42,27%) и 56 мужчин (57,73%),  $49,32 \pm 0,18$  лет) с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести. Все пациенты, включенные в исследование, находились в стадии ремиссии. Данная группа пациентов была разделена на подгруппы: больные с установленным диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести и наличием ожирения (ИМТ>30) (1 группа), которым проводилась

стандартная медикаментозная терапия ХОБЛ, а также была проведена вакцинация гриппозной Инфлювак однократно в осенне-зимний период; и больные с установленным диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести и наличием ожирения в анамнезе (ИМТ>30), которым проводилась стандартная медикаментозная терапия ХОБЛ. Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось комплексное обследование, включавшее оценку массы тела с расчетом ИМТ, биохимического анализа крови с липидограммой, спирометрии, цитокинового профиля. При помощи компьютерной программы «(Pulmosys)» проводилась оценка тяжести течения ХОБЛ. В данную программу входили следующие показатели: число обострений заболевания в течение года, число госпитализаций в течение года.

**Результаты и обсуждение.** Через 12 месяцев наблюдения при повторном проведении обследования у пациентов 1 группы (больные с установленным диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести и наличием ожирения (ИМТ>30), в программу лечения которых была включена стандартная медикаментозная терапия и вакцинация против гриппа, было отмечено статистически значимое снижение количества обострений и госпитализаций в течение года, также отмечалась положительная динамика клинических показателей и снижение степени выраженности симптомов. При этом, при оценке цитокинового статуса у данной группы пациентов выявлено статистически значимое снижение провоспалительных цитокинов (ИЛ-6; ИЛ-8; ФНО- $\alpha$ ), что говорит о снижении активности системного воспалительного ответа.

**Выводы.** Проведение комплексной терапии у пациентов с ХОБЛ и наличием ожирения приводит к снижению количества обострений и госпитализаций по поводу основного заболевания, выраженности клинических симптомов, снижению системного воспалительного ответа. В ходе проведения НИР было отмечено положительное влияние на психоэмоциональный статус, улучшение качества жизни данной категории пациентов и субъективное положительное эмоциональное влияние на восприятие болезни.

## ВЛИЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Перцева М.В., Главатских Ю.О., Перцев А.В.

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

**Актуальность исследования.** Течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) часто



осложняется метаболическим синдромом, что требует особого подхода к данной категории пациентов [1]. Коморбидное течение данных патологий оказывает негативное влияние на тяжесть заболевания, ухудшает прогноз течения, снижает качество жизни таких пациентов [2, 3, 4, 5]. Данные факторы значительно учащают количество госпитализаций, что повышает затраты на лечение, вызывают рост инвалидизации и смертности [6, 7, 8]. Особую актуальность приобретает повышениеклинической эффективности терапии коморбидных больных, модернизация программ легочной реабилитации (ЛР), включающие в себя физические тренировки дыхательной мускулатуры.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение комплексной инновационной системы методов реабилитации коморбидных больных, страдающих ХОБЛ и метаболическим синдромом, включающей теоретическую программу обучения, общие физические тренировки и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

**Материалы и методы.** Для проведения научно-исследовательской работы были отобраны 184 пациента с установленным диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести и метаболическим синдромом (106 мужчины, 78 женщин; средний возраст – 48,36±0,32 лет). В первую группу (104 человека) входили пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести и метаболическим синдромом, в программу лечения которых была включена программа легочной реабилитации и стандартная медикаментозная терапия больных ХОБЛ; Вторая группа (80 человек), включала пациентов, получающих лишь стандартную медикаментозную терапию, была контрольной. При помощи компьютерной программы «(Pulmosys)» проводилась оценка тяжести течения ХОБЛ. В данную программу входили следующие показатели: число обострений заболевания в течение года, число госпитализаций в течение года.

**Результаты и обсуждение.** В ходе проведения НИР первая группа коморбидных пациентов, программа лечения которых включала как ЛР, так и стандартную медикаментозную терапию показала статистически значимую положительную динамику, по сравнению с группой контроля. В первой группе статистически значимо повысилась толерантность к физической нагрузке (ТШХ), улучшились клинические и лабораторно-инструментальные показатели, снизилась выраженность клинических симптомов, степень влияния одышки на состояние здоровья, а также число обострений и госпитализаций в течение года наблюдения.

**Выводы.** Включение легочной реабилитационной программы в схему ведения пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и метаболического синдрома, оптимизация лечебно-профилактических мероприятий статистически значимо улучшает качество жизни таких пациентов и прогноз течения заболевания.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИССЕНС-МУТАЦИИ В ГЕНЕ MYOF НА РАЗВИТИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА

Печникова Н.А., Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Биоинформатический анализ миссенс-мутации NC\_000010.10:g.95093020C>T в гене MYOF и ее значимость в развитии наследственного ангиотека.

**Материалы и методы.** В исследовании участие принимали 13 пациентов с симптомами наследственного ангиотека (НАО) невыясненной этиологии. В качестве материала для экстрагирования ДНК использовали лейкоцитарное кольцо, выделенное из цельной крови. Секвенирование полного экзона проводили с использованием Illumina MiSeq. Биоинформатический анализ мутации в гене MYOF (миоферлин) осуществлялся через: веб-приложение HOPE (оценка влияния одноточечной мутации на структуру белка), веб-ресурсы PremPS (анализ влияния мутации на связи внутри белка) и MUpro (прогноз влияния выявленной мутации на стабильность белка). Оценка патогенности обнаруженной мутации проводилась через веб-ресурсы PhD-SNPg, PolyPhen-2 и MutationTaster2021. Дополнительно в работе использовались базы данных PubMed, NCBI, IMGT Aide-mémoire, UniProt, ProteinAtlas.

**Результаты и обсуждение.** При анализе полноэкзомного секвенирования у одной из пациенток была выявлена редкая, ранее не описанная миссенс-мутация в гетерозиготном состоянии в 42 экзоне гена MYOF (изоформа А) с обозначением NC\_000010.10:g.95093020C>T (rs201619869), которая приводит к замене аргинина в 1590 позиции на глутамин (p.Arg1590Gln). Частота встречаемости мутации по данным NCBI составляет 0,000060. По данным ProteinAtlas, экспрессия миоферлина выражена в коже, в органах репродуктивной системы и проксимальном отделе ЖКТ, которые при НАО часто становятся целями спорадических отеков. Анализ in silico показал, что введение новой аминокислоты приводит к изменению индекса гидропатии аминокислоты с -4,5 до -3,5 и изменению заряда с положительного на нейтральный. Мутация расположена в домене C2F, который не связан с образованием комплекса MYOF-Dyn2-VEGF-рецептора, связывание которого происходит через миоферлин в домене SH3. Обнаруженная мутация приводит к небольшим изменениям ионных и полярных связей с 1631 позицией миоферлина. Оценка стабильности белка при выявленной миссенс-мутации показала, что стабильность белка существенно

снижается, но наблюдаемые изменения несут предположительно нейтральный характер так как наблюдаемые изменения находятся в диапазоне  $-1,5 < \Delta\Delta G < 1,5$ . Анализ патогенности миссенс-мутаций с использованием различных веб-ресурсов предсказал, что мутация NC\_000010.10:g.95093020C>T является патогенной и может быть причиной заболевания. Данное предположение основано на том, что мутация затрагивает консервативный участок и может косвенно приводить к изменениям в других позициях белка – 1588, 1593, 1631 (относятся к  $\beta$ -листу), а также затрагивать фосфотирозиновый (1816) и фосфосериновые сайты (1915, 1945). По данным анализа литературы мутации, которые затрагивают в белке  $\beta$ -лист, вносят более выраженный характер изменений и приводят к развитию заболевания. Кроме того, данные анализа *in silico* свидетельствуют о том, что мутация может передавать фенотип усиления функции из-за изменений в сплайсинге. Таким образом возможно изменение соотношения нормально функционирующего белка в сторону мутантного. Предполагается, что мутация может приводить к повышению проницаемости сосудов и вызывать развитие отека по нескольким путям: 1) повышенная доставка Dyn2 и VEGFR2 к клеточной мембране с последующей их активацией, в частности с через VEGF; 2) высокое сродство MYOF к EHD3 (экспрессируется во многих тканях) и активации последующего каскада эндоцитарного транспорта VEGFR2 к мембране, далее его активации с через VEGF; 3) изменение функционирования TIE2 через слабо изученный путь с участием VEGF/VEGFR-2 и Ang/Tie-2.

**Выводы.** Применение биоинформатического анализа позволило получить важные данные о миссенс-мутации NC\_000010.10:g.95093020C>T в гене MYOF. На основе детального анализа мутация NC\_000010.10:g.95093020C>T (p.Arg1590Gln) является патогенной и может рассматриваться как источник развития спорадических отеков даже в случае гетерозиготного носительства

## БИОИНФОРМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИССЕНС-МУТАЦИИ ГЕНА MYOF И ЕЕ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА

**Печникова Н.А., Останкова Ю.В.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Прогностический анализ влияния миссенс-мутации NP\_038479.1:p.Arg1783Gln в гене MYOF на развитие наследственного ангиотека с использованием биоинформатического метода.

**Материалы и методы.** Цельная кровь была получена от пациентки с симптомами наследственного ангиотека невыясненной этиологии. Экстрагирование ДНК осуществляли из лейкоцитарного кольца с использованием набора «РИБО-ПРЕП» («ЦНИИ Эпидемиологии», Москва). Набор реактивов «Qubit dsDNA HS Assay Kit» (Thermo Fisher Scientific Inc.) использовался для оценки концентрации экстрагированных образцов ДНК. Оценка качества анализируемой ДНК проводилась с применением системы капиллярного электрофореза Agilent 2100 Bioanalyzer (Agilent Technologies Inc., США). Секвенирование полного экзона осуществлялось в соответствии с протоколом производителя на платформе Illumina MiSeq. Прогностическая оценка мутации проводилась с использованием биоинформатических методов. Оценка патогенности мутации проводилась через веб-приложение MutationTaster2021. Через веб-ресурс MURgo осуществлялся прогноз влияния выявленной мутации на стабильность белка. Веб-ресурс HOPE использовался для оценки воздействия одноточечной мутации на структуру белка. Дополнительно в работе использовались базы данных UniProt, ProteinAtlas, NCBI.

**Результаты и обсуждение.** При анализе полноэкзонного секвенирования в 47 экзоне гена MYOF (изоформа А) была выявлена миссенс-мутация NC\_000010.10:g.95083039C>T (rs11594445). Пациентка является гетерозиготным носителем мутации, которая приводит к замене аргинина на глутамин в 1783 позиции белка (p.Arg1783Gln). Частота встречаемости миссенс-мутации составляет 0,065225 (19936/305648, ALFA). По данным MutationTaster2021 миссенс-мутация является не патогенной, хотя и не является консервативной (не закреплена в эволюционном древе). Выявленная мутация может приводить к модификациям в позициях: 1816 (фосфотирозиновый сайт), 1834, 1915 и 1945 (фосфосериновые сайты), а также затрагивать регион с 1946 по 1952 позиций (изменения аминокислотной последовательности MKGWWPC -> IRMVAM (данные MutationTaster2021)), позиции 2026-2046 трансмембранного домена и позиции 2047-2061 экстрацеллюлярного домена. Такие изменения могут стать причиной неправильного функционирования белка. Кроме того, прогноз с использованием анализа *in silico* свидетельствует о том, что мутация приводит к изменениям сплайсинга, при которой затрагиваются позиции gDNA: 159030, 15934, 159036. Наблюдаемые изменения могут нарушить сплайсинг РНК, с дальнейшей потерей экзонов/включением интронов и измененной кодирующей последовательности миоферлина. По данным веб-ресурса HOPE мутация расположена в малоизученном домене миоферлина C2G (позиции 1789-1919) и приводит к изменению заряда с положительного (аргинин) на нейтральный (глутамин), а также уменьшению размера аминокислоты. Наблюдаемые изменения могут привести к потере взаимодействия с другими молекулами или остатками в белке. Кроме того, мутантный остаток находится рядом с высококонсервативным

положением, в то время как остаток дикого типа очень консервативен, что свидетельствует о негативном влиянии мутации на белок. Учитывая то, что мутация не затрагивает в миоферлине домен SH3 ответственный за связывание с Dyn2 и VEGF-рецептором, предполагается, что мутация p.Arg1783Gln может приводить к развитию спорадических отеков через нарушение взаимодействия с TIE2 или нарушения функциональной активности TIE2, который является участником сложного каскада событий с участием VEGF/VEGFR-2 и Ang/Tie-2. Фактически TIE2 проявляет повышенное сродство к Angpt1, чем к Angpt2, тем самым обеспечивая стабильность клеточной стенки. Однако, при повышенном контакте TIE2 с Angpt2, может происходить дестабилизация сосудистой системы и эндотелиальные клетки становятся более чувствительными к действию VEGF и других воспалительных цитокинов, тем самым увеличивая проницаемость эндотелия и способствует появлению отека. Такой вариант событий возможен при сценарии, когда TIE2, после контакта с мутантным белком, претерпевает существенные изменения и становится мишенью Angpt2.

**Выводы.** Миссенс-мутация NC\_000010.10:g.95083039C>T (p.Arg1783Gln) предположительно является патогенной и может стать причиной развития НАО.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕДКОЙ СИНОНИМИЧНОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KNG1 НА РАЗВИТИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА

**Печникова Н.А., Останкова Ю.В.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Прогностический анализ редкого синонимичного варианта NC\_000003.12:g.186725098T>C в гене KNG1 на развитие наследственного ангиотека.

**Материалы и методы.** В качестве биоматериала для выделения ДНК использовали цельную кровь пациентки, у которой в анамнезе присутствовали спорадические отеки невыясненной этиологии. ДНК экстрагировали с использованием набора «РИБО-ПРЕП» («ЦНИИ Эпидемиологии», Москва) из лейкоцитарного кольца. Оценка концентрации ДНК проводилась с использованием реактивов набора «Qubit dsDNA HS Assay Kit» (Thermo Fisher Scientific Inc.). Система капиллярного электрофореза Agilent 2100 Bioanalyzer (Agilent Technologies Inc., США) применялась для анализа качества анализируемой ДНК. Секвенирование

полного экзона проводилось в соответствии с протоколом производителя на платформе Illumina MiSeq. Биоинформатический анализ выявленного варианта осуществлялся через веб-приложение MutationTaster2021 (ENST00000265023) и включал оценку патогенности, консервативности участка мутации, а также вносимых мутацией изменений в структуру белка. Дополнительно в работе использовались базы данных UniProt, ProteinAtlas, NCBI, PubMed.

**Результаты и обсуждение.** При анализе полноэкзомного секвенирования в 4 экзоне гена KNG1 (изоформа 1) была выявлена синонимичная мутация NC\_000003.12:g.186725098T>C (NP\_001095886.1:p.Pro134=, rs1560063067). Пациентка является гетерозиготным носителем мутации, которая по данным TOPMED встречается с частотой 0,000004 (1:264690). Данная мутация не имеет каких-либо данных о патогенности.

Проведенный анализ мутации с использованием MutationTaster2021 показал, что мутация является патогенной из-за вносимых изменений, которые затрагивают сплайсинг и большое количество позиций в белке. Так мутация приводит к незначительному увеличению в акцепторном сайте gDNA в положении 7815 (оценка: дикий вариант 0,7044, мутантный вариант 0,7559) и в позиции 7816 (оценка: дикий вариант 0,56, мутантный вариант 0,68). Кроме того изменения затрагивают донорный сайт в позиции 7823 (оценка 0,47). Также мутация может приводить к потере физиологически нормальной функциональной активности позиций в диапазоне от 28 до 132 (цистатиновый домен кининогенового типа) и регионе с 120 по 628 позиции, среди которых особое место занимают позиции: 379-380/389-390 (где происходит расщепление калликреином), 380-389 (отвечает за образование Lys-брадикинина), 381-389 (отвечает за образование брадикинина). Предположительно мутация может приводить к развитию спорадических отеков по нескольким путям, связанных в той или иной мере с повышенным производством брадикинина/ Lys-брадикинина или снижением его периода полураспада:

1. процесс образования брадикинина претерпевает существенные изменения и приводит к образованию функционально активного, но aberrантного брадикинина, который изменяет процесс инактивации его ферментами с последующим увеличением его периода полураспада;

2. изменения в позициях 380-389, могут внести модификации в образование Lys-брадикинина, который является высокоаффинным агонистом для рецептора брадикинина B2 (активация которого непосредственно приводит к повышенной проницаемости сосудов). В последствии он может быть расщеплен до брадикинина под действием аргинин-аминопептидазой в плазме крови;

3. мутация может приводить к образованию модифицированного Lys-брадикинина, который образует-



ся под действием тканевого калликреина из низкомолекулярного кининогена;

4. Кроме того не исключено, что мутантный высокомолекулярный кининоген легче активируется и становится источником образования большого количества брадикинина через калликреин-кининовую систему.

Полученные результаты подтверждают предположение о том, что новый вариант в гене KNG1 приводит к развитию симптомов НАО при нормальном уровне С1-INH в случае гетерозиготного носительства.

**Выводы.** Редкая синонимичная мутация NC\_000003.12:g.186725098T>C (NP\_001095886.1:p.Pro134=) в гене KNG1, предположительно является патогенной и может стать причиной развития НАО в гетерозиготном состоянии.

## ИЛ-36 КАК НОВЫЙ ИНДИКАТОР В ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

**Побежимова О.О.**

Самарский государственный  
медицинский университет,  
Самара

**Резюме.** Атопический дерматит (АтД) – это хроническое воспалительное заболевание кожи, которое обычно начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом. Заболевание обусловлено генетически и является хроническим. АтД – одно из самых распространенных кожных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоих полов. В последние годы наблюдается прирост заболеваемости АтД во всем мире. АтД существенно снижает качество жизни, вызывая психологический дискомфорт и нарушая социальную адаптацию [1]. При сниженной иммунной ответной реакции организма, АтД может осложняться присоединением вторичной инфекции (бактериальной, вирусной, грибковой). Высокий уровень заболеваемости, дебют в раннем детском возрасте, зачастую непрерывно рецидивирующее течение патологического процесса, тенденция к увеличению устойчивых к традиционной терапии форм заболевания придают вопросам детализации патогенеза атопического дерматита особую актуальность. Имеющиеся на сегодняшний день данные в научной литературе, указывают на то, что одну из главных ролей в патогенезе АтД принадлежит цитокинам. Члены семейства ИЛ-36 играют важную роль в связях врожденной и адаптивной иммунной системы.

**Цель.** Выявить особенности изменения уровней изоформ ИЛ-36 в сыворотке крови пациентов с атопическим дерматитом в зависимости от степени тяжести заболевания.

**Методы.** В исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на диспансерном учете с диагнозом: атопический дерматит. В сыворотке крови пациентов методом иммуноферментного анализа изучали изменение динамики количества двух изоформ маркера воспаления ИЛ-36 - ИЛ-36α и ИЛ-36γ. Также у пациентов было проанализировано содержание лейкоцитов и эозинофильных гранулоцитов в крови, используя данные общего анализа крови. Полученные результаты были статистически обработаны с использованием методов параметрического и непараметрического анализа.

**Результаты.** В исследование приняли участие 80 человек мужского пола в возрасте от 16 до 20 лет, с диагнозом: атопический дерматит. Были выявлены различия в содержании ИЛ-36α и ИЛ-36γ в сыворотке крови у пациентов с АтД, находящихся в разной стадии заболевания: наибольшее количество ИЛ-36γ в сыворотке крови пациентов с ограниченной формой обострения АтД (2358,9±2320,1 пг/мл), в меньшем количестве ИЛ-36γ – в сыворотке крови пациентов с распространенной формой обострения АтД (2058,88±1307,79 пг/мл), в группе ремиссии АтД – наименьшее количество ИЛ-36γ (203,90 ±181,11 пг/мл). При исследовании содержания ИЛ-36α в сыворотке крови пациентов с АтД разной степени тяжести статистической значимости не выявлено.

**Заключение.** Исследование показало участие ИЛ-36 в иммунопатогенезе АтД и прямую связь между степенью тяжести АтД и уровнем ИЛ-36γ в сыворотке крови больных.

## ВЛИЯНИЕ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Повасарис Н.С.**

Клиника семейной медицины «Медис»,  
Иваново

Пациенту 68 лет с раком предстательной железы, T2c N0 M0 II ст., состояние после радикальной простатэктомии в 2016 г. Цистостома. 3 кл.гр. с нормоцитарной анемией легкой степени тяжести, с гипертонической болезнью II ст, АГ 0 ст (м.д.), риск 3, ХСН I ст, ФК I, ожирением I ст. в апреле 2022 г. диагностирован серопозитивный ревматоидный артрит (РА),

полиартрит, развернутая стадия, АЦП позитивный, А2 (DAS28 4,6), ФК 2. Базисная терапия РА с апреля 2022 и по настоящее время – метотрексат (МТХ) 20 мг/нед с удовлетворительной переносимостью и эффективностью. В апреле, сентябре 2022 г. отмечалась гиперурикемия, СКФ 53-55 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. ХБП С3а. На фоне приема фебуксостата 80 мг/сут в течение 1 мес отмечалось снижение уровня мочевой кислоты до 198 мкмоль/л, увеличение СКФ до 89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, ХБП С2 (октябрь 2022 г.) На фоне отмены фебуксостата через два месяца вновь гиперурикемия – 345 мкмоль/л со снижением СКФ до 57 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. ХБП С3а. (декабрь 2022 г.).

Отмечено позитивное влияние медикаментозной коррекции гиперурикемии на функцию почек у коморбидного пациента на фоне приема МТХ.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Полонская И.И.<sup>1</sup>, Мартынова О.Г.<sup>2</sup>,  
Туаршева С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов,

<sup>2</sup>Главное бюро медико-социальной экспертизы  
по Ленинградской области,  
Санкт-Петербург

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) многие годы является основной причиной смертности и инвалидности в России. Однако, в последние годы отмечаются успехи в профилактике, лечении и реабилитации болезней сердечно-сосудистой систем. По данным официальной статистики уменьшается число лиц, впервые признанных инвалидами в результате коронарной патологии, то есть имеющих стойкие нарушения функций организма.

В 2001 году Всемирная организация здравоохранения одобрила Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и признала ее в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья. При помощи МКФ можно охарактеризовать ограничения, которые испытывает человек в результате всех имеющихся у него заболеваний. МКФ

- это инструмент, который позволяет участниками реабилитационной бригады поставить конкретные цели и разработать индивидуальную программу реабилитации, с учетом всех аспектов жизни человека.

При помощи МКФ можно не только охарактеризовать нарушения здоровья, который влияют на обычную жизнь больного с ИБС, но и оценить динамику реабилитационного процесса и объективизировать состояние пациента после коронарного шунтирования (КШ) на дальнейших этапах реабилитации.

**Цель исследования.** Провести анализ доменов МКФ, характеризующих нарушения структуры, функции, активности и участия у пациентов с ИБС после коронарного шунтирования с учетом коморбидной патологии.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 221 пациент, признанный инвалидом 3 группы с ИБС после проведенного КШ.

**Результаты и их обсуждения.** Значение индекса Kaplan–Feinstein составило 10,08±0,25; индекса Charlson – 6,50±0,16.

На основе МКФ выявлены умеренные нарушения функций по домену ощущения боли, функции сердца, функции кровеносных сосудов, функции толерантности к физической нагрузке, ощущения, связанные с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной системы у 100% обследованных; функции артериального давления у 89,59%. Меньшая степень нарушений выявлена по доменам функции подвижности суставов, функции водного, минерального и электролитного баланса, ощущения, связанные со слухом и вестибулярными функциями и функцией слуха, а также функции эндокринных желез. Выявлены умеренные нарушения по доменам структур сердечно-сосудистой и дыхательной системы, структур нижних конечностей, структур, относящихся к пищеварительной системе, метаболизму, структуры глаза, уха, структур среднего уха и эндокринных желез и ряд легких нарушений структур. Среди доменов, характеризующих активность и участие выявлены проблемы с оплачиваемой трудовой деятельностью, с продвижением, включая ходьбу, перемещением предметов; выполнению работ по дому, заботе о домашнем хозяйстве, отдыхом и досугом, интимными отношениями и др.

Выявленные нарушения привели к ограничению основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию у 85,07%, способности к самостоятельному передвижению у 81,90%, способности к трудовой деятельности у 100% обследованных.

**Вывод.** 1. У обследованных пациентов выявлены нарушения структур и функций не только со стороны сердечно-сосудистой системы, но и со стороны других органов и систем. 2. Использование доменов МКФ позволило охарактеризовать не только нарушенные функции и структуры, но и активность и участие, то есть определить потребности личности пациента с ИБС, с учетом конкретных факторов окружения.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Полонская И.И.<sup>1</sup>, Мартынова О.Г.<sup>2</sup>,  
Туаршева С.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт  
совершенствования врачей-экспертов,

<sup>2</sup>Главное бюро медико-социальной экспертизы  
по Ленинградской области,  
Санкт-Петербург

Многие годы заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной инвалидности и смертности в России. Основной вклад в данную статистику вносит ишемическая болезнь сердца (ИБС). Однако за последнее десятилетие по данным Росстата число лиц, впервые признанных инвалидами в связи с болезнями системы кровообращения значительно снизилось: с 27,0 на 10000 человек населения в 2011 году до 13,5 на 10000 человек населения в 2021 году.

Достижения современной медицины привели к повышению качества жизни пациентов с ИБС. Современные методы кардиохирургического лечения, своевременная медикаментозная поддержка и комплексная реабилитация способствуют восстановлению нарушенных болезнью функций организма и замедлить прогрессирование заболевания.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является международным стандартом для описания и измерения степени нарушений здоровья, стандартизируя эти нарушения на уровне индивида и на уровне населения.

При помощи МКФ возможно охарактеризовать ограничения при выполнении различных задач и действий в разных жизненных ситуациях, определить потенциальную способность (капацитет) действия и реальную возможность реализации для данного индивида, поставить цели реабилитации.

Кардиохирургическое лечение при ИБС способствует тому, что пациенты не теряют свой социальный и профессиональный статус, и возвращаются к трудовой деятельности. Для оценки эффективности реабилитации пациентов с коронарной патологией, а также для определения реабилитационного прогноза и ре-

билитационного потенциала важно оценить качество жизни данных больных. Качество жизни, связанное со здоровьем, по определению ВОЗ, – это «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями».

Таким образом, показатели качества жизни могут дополнять характеристики МКФ по доменам активности и участия, и быть дополнительным инструментом при постановке целей реабилитации и оценки ее эффективности.

**Цель исследования.** Проанализировать домены МКФ, характеризующих нарушения активности и участия у пациентов с ИБС после коронарного шунтирования и качество жизни на основе опросника SF-36.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 221 пациент, признанный инвалидом 3 группы с ИБС после коронарного шунтирования.

**Результаты и их обсуждения.** На основе МКФ среди доменов, характеризующих активность и участие выявлены умеренные ограничения по доменам: оплачиваемая работа у 100%, продвижение в различные места у 86,9%, ходьба у 82,8%, интимные отношения у 82,4%, отдых и досуг у 80,1%, выполнение работ по дому у 73,8%, приобретение товаров и услуг у 63,3% и некоторым другим. Кроме того, выявлены легкие ограничения по доменам: помощь другим, поднятие и перенос объектов, приобретение жилья.

На основе опросника SF-36 выявлены низкие значения показателей ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием ( $19,65 \pm 2,48$ ) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ( $28,60 \pm 2,48$ ). Данное значение свидетельствует об ограничениях при выполнении повседневных обязанностей, а эмоциональное состояние мешает выполнять эту работу. Так же отмечается низкое значение по показателю общее состояние здоровья ( $41,41 \pm 1,06$ ), интенсивность боли ( $44,42 \pm 1,57$ ) и жизненная активность ( $45,43 \pm 1,22$ ). Данные значения отражают оценку больным своего состояния и об снижении его жизненной активности. При этом показатель социального функционирования, характеризующей ограничения в общении и социальных контактах, несколько выше и составил  $46,41 \pm 0,99$ .

**Вывод.** 1. На основе доменов МКФ по показателям активности и участия выявлены проблемы с осуществлением оплачиваемой работы и работы по дому, передвижением, интимными отношениями и досугом. 2. При анализе результатов опроса о качестве жизни, пациенты при восприятии своей жизни отмечали проблемы с выполнением повседневной работы, снижения жизненной активности. 3. Использование опросника качества жизни позволяет охарактеризовать настроение и субъективные ощущения пациента, обусловленные болезнью.



## УЧАСТИЕ ПАРТНЕРА ПО ЖИЗНИ В ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ И ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Папичев Е.В.,  
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.

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

Первичная подагра, как правило, дебютирует одиночным приступом подагрического артрита. Периоды ремиссии между короткими приступами в первые несколько лет болезни обычно продолжительны и составляют от 6 до 24 месяцев. В данный период времени пациенты настроены на кратковременную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). В последнее время на фоне большого количества образовательных мероприятий, посвященных терапии подагры и гиперурикемии уратснижающая терапия назначается все чаще. К сожалению, в большинстве случаев, через несколько недель терапии пациент прекращает прием уратснижающего препарата и нарушает рекомендации по питанию. Приверженность к уратснижающей терапии в первый месяц после назначения составляет 40-50%, значительно уменьшаясь к концу первого года лечения (до 3,2%) [1,2]. Причины отмены аллопуринола или фебуксостата связаны в первую очередь с отсутствием достаточного понимания пациентом цели назначения препаратов данной группы. Большинство больных считают, что любое снижение уровня мочевой кислоты при отсутствии приступов подагрического артрита могут расцениваться, как достаточный эффект лечения не требующий продолжения. Назначаемая строгая диета не выдерживается длительно и пациент возвращается либо к обычному типу питания, либо корректирует его в сторону отказа от определенного типа наиболее «вредных» продуктов. В ряде случаев отказ от продолжения терапии связан с рецидивами артрита в начале терапии уратснижающими препаратами без прикрытия НПВП или кохицином. В нашем центре при беседе с пациентом уделяется большое внимание особенностям течения и лечения подагры, а так же осложнениям данного заболевания, при нарушении рекомендаций по лечению и профилактике приступов подагрического артрита. Тем не менее, значительная часть больных через определенный промежуток времени прекращает уратснижающую терапию и возвращается к приему НПВП по требованию, пока обострения подагрического артрита не принимают затяжной характер или их рецидивы следуют практически без светлого про-

межутка. При этом, пациенты, приходящие на прием с родственниками (наиболее часто с женой или совместно проживающими детьми) значительно лучше соблюдают рекомендации лечащего врача, достигают целевых значений уровня мочевой кислоты крови и через 6-12 месяцев лечения уже не отмечают рецидивов подагрического артрита.

**Задачи.** Провести анализ приверженности терапии подагры одиноких пациентов, пациентов, проживающих в семье и пациентов, приходящих на прием с родственником.

**Методы.** Проведен анализ амбулаторных карт 120 пациентов, наблюдающихся в консультативно-диагностическом отделении «ФГБНУ НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского». В исследование включались все пациенты посетившие центр в период с начала 2020 года до достижения набора 120 человек по ранжируемому признаку. Всего было набрано 3 группы: 1 – одинокие пациенты, N=40, 2-я – проживающие в семье N=40, 3-я – приходящие на прием с близким родственником, заинтересованным в лечении, N=40. Через месяц, 3-6-12 месяцев оценивались результаты лечения.

**Результаты.** Выбыли из исследования 15,8% (19 человек) в связи с неявкой на повторные визиты и отсутствием контакта при телефонном обзвоне. Начали и продолжили лечение 82,4% (101 человек): из 1-й группы – 23,33% (28 человек), из 2-й – 28,33% (34), из 3-й – 32,5% (39). Прекратили лечение в течение первых 6-ти месяцев наблюдения еще 37,6% (38 больных) из оставшихся 101: 15,8% (19 человек), 10,8% (13) и 5% (6). Результаты нашего исследования примерно соответствуют данным российских и зарубежных ученых – 15,8% – выбыли из исследования, 37,6% прекратили терапию. При этом показатели распределения приверженности уратснижающей терапии по группам имели значимые различия. Из 40 одиноких пациентов в течение года продолжили уратснижающую терапию 22,5% (9) больных, диету соблюдало еще меньше пациентов – 12,5% (5), из 3-ей группы приверженность медикаментозному лечению сохранили 82,5% (33) человека, диетические рекомендации соблюдали 45% (18).

**Обсуждение.** Заинтересованность в результатах лечения близкого человека при назначении терапии подагры и подагрического артрита пациенту, обеспечение соблюдения диетических рекомендаций значительно повышает приверженность лечению. Как правило, пациент с подагрическим артритом повторно посещает лечащего врача после дообследования для уточнения диагноза после дообследования и определения целевых уровней мочевой кислоты в сыворотке крови. Учитывая, что чаще подагрой страдают мужчины, мы настоятельно рекомендуем проводить повторный прием с близкими родственниками, принимающими непосредственное участие в контроле за лечением и формировании диетических привычек.

## ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ДОДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

**Пономарева Е.В.**

Научный центр психического здоровья,  
Москва

Необходимость ранней диагностики деменции еще на ее додементной стадии сохраняет свою актуальность, поскольку от начала нейродегенеративных изменений в головном мозге пациентов до формирования у них деменции проходит не менее 15-20 лет и именно раннее терапевтическое вмешательство позволит получить значимый болезнь-модифицирующий эффект и тем самым улучшить качество жизни как пациентов, так и членов их семей и сократить экономические затраты государства и общества в целом на многолетнее обеспечение медико-социальной помощью пациентов с тяжелой деменцией. Популяционные показатели скорости перехода недементных когнитивных нарушений (синдром Mild cognitive impairment – MCI) в деменцию имеют большой диапазон различий, что связано с клинической и биологической гетерогенностью этого синдрома, а также с возрастом и требуют дифференцированных подходов к ведению пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.

**Цель исследования.** Установить клинко-биологические корреляты прогноза прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции у пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения (MKS).

**Материал и методы исследования.** Когорта из 103 пациентов в возрасте 60 и старше лет, соответствующих критериям диагностики синдрома MCI, прослеженных на протяжении 3 лет с применением психометрических, психопатологических и иммунологических подходов.

**Результаты.** Установлена прогностическая значимость исходных клинических и иммунологических показателей для выделения пациентов с неблагоприятным течением – с выраженным нарастанием когнитивного дефицита или переходом в деменцию в течение ближайших 3 лет и у пациентов, не имеющих риска прогрессирования когнитивного дефицита на протяжении этого периода, а также у пожилых с синдромом MKS у которых риск нарастания когнитивного дефицита был минимальным. Показано, что различная динамика прогрессирования синдрома MKS коррелирует с различными исходными иммунными профилями пациентов.

**Заключение.** В отсутствие диагностических маркеров, доступных для массового обследования

пожилого населения, возможно применение интегративных показателей уровня риска перехода MCI в деменцию на основе клинко-иммунологических показателей и разработки на их основе различной тактики ведения пациентов с додементными когнитивными нарушениями.

## КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА

**Пономарева Е.В.**

Научный центр психического здоровья,  
Москва

Мягкое когнитивное снижение (MCI) представляет собой гетерогенный синдром, определяющийся объективно выявляемыми когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции. По современным представлениям, прогрессированию нейродегенерации при aMCI способствует длительная латентная активация механизмов системного воспаления в ЦНС (нейровоспаление).

**Цель исследования.** Определение долгосрочного (трехлетнего) прогноза прогрессирования когнитивного дефицита у пожилых лиц с aMCI на основе анализа исходных клинко-иммунологических показателей.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на клинко-катамнестическом обследовании 52 пациентов с aMCI, наблюдавшихся амбулаторно с 2018 по 2020 гг. Психометрический оценочный комплекс включал следующие шкалы и тесты: шкалу общего клинического впечатления (CGI); Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE); Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA); Тест произвольного запоминания 10 слов; Бостонский тест называния (BNT); субтест 6 Теста Векслера; Тест рисования часов (CDT); Тест запоминания 5 геометрических фигур; Тест Бентона (BVRT); общая шкала Маттиса, Тест Мюнстерберга. В рамках исследования у 30 пациентов определяли уровень цитокинов (TNF $\alpha$ , IL-1, IL-6, IL-8, IL-10) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты.** Анализ показателей иммунограммы показал статистически значимое увеличение IL1, IL6, IL8, TNFA у пациентов с выраженным прогрессированием когнитивного дефицита по сравнению с остальными подгруппами и, напротив, наибольшее, статистически достоверное увеличение противовоспалительного цитокина – IL10 у пациентов с ми-

нимальным улучшением когнитивных функций по сравнению с пациентами с прогрессированием когнитивных расстройств.

**Заключение.** Наличие признаков хронического низкоуровневого системного воспалительного ответа у пациентов с синдромом аМСИ является критерием неблагоприятного прогноза: в течение трех лет у таких пациентов значительно прогрессирует когнитивный дефицит или развивается деменция, обусловленная БА.

## ПОСТКОВИДНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Пономарева Е.В.**

Научный центр психического здоровья,  
Москва

Значимой проблемой современной мировой медицины является инфекция COVID-19. Большой интерес исследователей был направлен на изучение постковидных когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста, однако, остаются малоизученными вопросы медикаментозной их коррекции. Постковидные когнитивные нарушения обусловлены не только способностью вируса проникать в нервную систему, но и способностью его вызывать нарушения в микроциркуляторном русле, а также дизрегуляцию в холинергической трансмиссии, особенно у пациентов пожилого возраста. Назначение препаратов с холинергической активностью (холина альфосцерат) позволяет компенсировать холинергический дефицит, а также улучшить когнитивный статус пациентов с постковидными когнитивными нарушениями. Холина альфосцерат благодаря доказанной эффективности в лечении нейродегенеративных поражений центральной нервной системы, а также благодаря данным о его многофакторном действии был выбран для медикаментозной коррекции этих расстройств.

**Цель исследования.** Цель состояла в сравнительной оценке динамики показателей когнитивного функционирования на протяжении годового наблюдения в пациентов с постковидными когнитивными нарушениями (МКС) при назначении инфузионного курса холинергической терапии (холина альфосцерата) у 46 пациентов, наблюдавшихся с 2020 по 2022 г. в отделении когнитивных расстройств отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Для оценки динамики показателей когнитивного функционирования применяли клинико-психопатологический, психометрический, катамнестический, и статистический методы обследования. Психометрическая оценка всех пациентов проводилась до лечения (0 день наблюдения) через 3 и 6 месяцев с момента начала исследования.

## ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ И АБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

**Попов В.Н., Афанасьева Л.Е.,  
Плотникова Н.В., Клименко Г.В.**  
Детский сад 8 комбинированного вида,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучение влияния заболеваемости детей COVID-19 и ограничительных мероприятий в условиях пандемии на результаты оздоровительной и реабилитационной работы с детьми, воспитывающихся в учреждении.

**Материалы и методы исследования.** Для изучения были взяты 262 ребенка в возрасте от 1,5 до 7 лет, воспитывающиеся в ГБДОУ детский сад №8. Из них: мальчиков – 124 чел., девочек – 138 чел. Изучались показатели соматического состояния, нервно-психического развития, а также пять образовательных областей во всех возрастных группах (мониторинг детского развития). Наблюдение проводилось в течение 3-х лет (с 2019 по 2021 год). С апреля по сентябрь 2020 года детский сад был дежурным во время пандемии, имел в группах всего по 4- 5 детей, родители которых работали. Домашнее обучение детей проходило дистанционно через сайт учреждения. Основную патологию у детей составили астигматизм и гиперметропия – 22,5%, плоскостопие – 18,1%, атопический дерматит – 16,3%, дизартрия – 15,0%, другие нарушения речи – 9,4%, нарушение осанки – 11,3% и др. Дети имели следующие группы здоровья: 1-ю – 11,3% чел., 2-ю – 75,6% чел., 3-ю – 11,3% чел. Среди интеркуррентных заболеваний, во время пандемии COVID-19, на первом месте отмечались простудные заболевания (в среднем, 80,2% от всех заболеваний). Всего детей в возрасте от 1,5 до 7 лет с клинической картиной, характерной для COVID-19 у детей дошкольного возраста, в описываемый период времени было 57 человек. Количество заболевших с зарегистрированным COVID-19 – 8 детей (диагнозы были подтверждены по результатам анализов из рото- и носоглотки, выявившим наличие вируса SARS-CoV-2. Изначально обследованию подлежали другие больные члены семьи). Среди них: мальчиков- 7 чел., девочек- 1 чел. Возраст детей колебался от 2-х до 6,5 лет. Период регистрации заболевания: с 07.12.2020 г. по 15.12.2021 г. У остальных 49 детей отмечались проявления, аналогичные симптомам заболевших COVID-19 с подтвержденным диагнозом. Нами, условно, было выделено 2 возрастных группы: 2 года-



5 лет и 5-6,5 лет. При этом, в возрасте 2-5 лет было 31 чел. (мальчиков – 15, девочек – 16), а возрасте 5-6,5 лет – 18 детей (мальчиков – 11, девочек – 7). Течение COVID-19 у детей учреждения в возрасте 2-5 лет протекало со слабо выраженными признаками. Обычно отмечались эмоциональная лабильность, слабость, вялость, повышенная утомляемость, легкие признаки простуды. В возрасте 5-6,5 лет заболевание протекало как обычное ОРВИ, без осложнений и без госпитализаций. В ГБДОУ детский сад №8 применялись разработанные индивидуальные программы комплексного оздоровления и реабилитации воспитанников, которые были рассчитаны на детей разного возраста в соответствии с отклонениями в их состоянии здоровья. По содержанию они представляли собой комплекс воспитательных и оздоровительных мер, логопедических, музыкальных, физкультурных занятий, физиотерапевтических процедур и занятий в бассейне.

**Результаты и обсуждение.** В начале учебного года, в сентябре, согласно данным мониторинга детского развития, воспитанники детского сада отставали от нормативных показателей, в среднем, на 1-2 месяца, занимаясь до этого дистанционно. По прошествии 2-х-3-х месяцев с начала регулярных занятий в детском саду отставание, в основном, было компенсировано. Эффективность применения предложенных программ оценивалась ежегодно (в конце учебного года в мае) по показателям соматического состояния, нервно-психического развития, а также по пяти образовательным областям во всех возрастных группах (на основании мониторинга детского развития). В среднем, за изучаемый период времени, уровни развития детей в начале учебного года составляли: высокий – 21,0% чел., средний – 67,0% чел., низкий – 12,0% чел. В конце учебного года дети имели следующие показатели: высокий – 76,5% чел., средний – 23,5% чел., низкий – 0% чел. При этом, основная образовательная программа ГБДОУ детского сада №8 была выполнена полностью.

**Выводы.** Данные итоговых обследований в конце учебного года, во время ограничительных мероприятий в условиях пандемии COVID-19, включали показатели соматического состояния, нервно-психического развития, а также пять образовательных областей во всех возрастных группах (мониторинг детского развития). Ограничительные мероприятия в условиях пандемии и заболевания воспитанников учреждения COVID-19 не оказали существенного влияния на результаты оздоровительной и реабилитационной работы. В результате планируемой и целенаправленной работы в ГБДОУ детский сад №8 пропуски посещений учреждения одним ребенком по болезни, на фоне часто болеющих и ослабленных детей, оставались на одном уровне. За период с 2019 по 2021 год не было отмечено ухудшения здоровья воспитанников.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЛИПОКАЛИНА И ФРАКТАЛКИНА (CX3CL1) У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИ-В КЛЕТОЧНУЮ ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ

Попов И.Ю., Бекетова Т.В.,  
Лиля А.М., Глухова С.И.

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

**Актуальность.** Системные васкулиты (СВ), ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), представляют собой группу иммуновоспалительных полиорганных заболеваний, включающую гранулематоз с полиангиитом (ГПА), микроскопический полиангиит (МПА) и эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА). Прогресс в лечении АНЦА-СВ, прежде всего, связан с внедрением анти-В клеточной терапии ритуксимабом (РТМ), вместе с тем, вопрос безрецидивного течения заболевания до настоящего времени окончательно не решен [1]. Актуальной задачей остается поиск маркеров активности АНЦА-СВ и предикторов рецидива заболевания. В качестве перспективных направлений исследований рассматривают изучение фракталкина (CX3CL1), хемокина, индуцирующего хемотаксис и дегрануляцию нейтрофилов [3], и липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (neutrophil gelatinase-associated lipocalin, NGAL), биомаркера дегрануляции нейтрофилов и повреждения различных органов, прежде всего почек [2].

**Цель.** У пациентов с АНЦА-СВ, получающих лечение РТМ, изучить клиническое значение определения в сыворотке крови нейтрофильного липокалина (NGAL) и фракталкина (CX3CL1).

**Материал и методы.** В основную группу проспективного исследования были включены 78 пациентов с АНЦА-СВ, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и получавших лечение РТМ. В 36 случаях диагностирован ГПА, у 33 – МПА, у 6 – ЭГПА, у 3 – недифференцированный АНЦА-СВ. Медиана возраста пациентов 49 [22; 83] лет, 69% женщины. Группу сравнения составили 12 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой (медиана возраста – 43 лет [27; 66 лет], 75% женщины). Медиана суммарной дозы РТМ составила 3 [0,5; 9,5] г. У всех 78 пациентов были получены образцы сыворотки крови в динамике: до введения РТМ (подгруппа 1); в течение 1

мес. после РТМ (подгруппа 2), через 3 мес. (подгруппа 3) и через 6 мес. после РТМ (подгруппа 4), а также более, чем через 6 мес. после РТМ (подгруппа 5). В период обследования у всех пациентов отсутствовали признаки активной инфекции. Все образцы исследуемого биологического материала хранили при  $-70^{\circ}\text{C}$ . Сывороточные концентрации липокалина и фракталкина определяли при помощи иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческих наборов реагентов ИФА Nuscult Biotech (Нидерланды). Медиана липокалина у доноров составила 4 [2,95; 6,6] нг/мл, фракталкина - 0,25 [0,22; 0,74] нг/мл.

**Результаты и обсуждение.** В группе АНЦА-СВ медиана сывороточной концентрации липокалина составила 5,6 [4,3; 6,9] нг/мл, фракталкина - 0,7 [0,32; 1,14] нг/мл, при этом в подгруппах 1,2,3,4,5 уровень фракталкина, по критерию Манна-Уитни, был достоверно выше, чем у здоровых доноров ( $p=0,02$  и  $p=0,03$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,005$  соответственно), уровень липокалина был значительно выше в сравнении с донорами только в течение 1 мес. после РТМ в подгруппе 2 ( $p=0,03$ ). Наблюдалось достоверное повышение уровня фракталкина (по критерию Крускала-Уоллиса) в подгруппе 4, через 6 мес. после РТМ, в сравнении с подгруппой 3, через 3 мес. после РТМ ( $p=0,001$ ). При исследовании липокалина в подгруппе 2 отмечено его достоверное повышение в сравнении с подгруппой 4 ( $p=0,04$ ). Статистически достоверные различия уровней липокалина и фракталкина среди пациентов с ГПА, МПА и ЭГПА отсутствовали во всех точках ( $p>0,05$ ). При сравнении пациентов с гломерулонефритом и без него статистически значимых различий уровня липокалина не было ( $p>0,05$ ). Наблюдалась положительная корреляция по критерию Пирсона между фракталкином и липокалином в точке 1 (до РТМ),  $p=0,02$ . Уровни фракталкина и липокалина не зависели от суммарной дозы РТМ ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с АНЦА-СВ по сравнению с донорами выявлено достоверное повышение сывороточной концентрации фракталкина до РТМ и в различные сроки после его введения ( $p=0,01-0,005$ ), что может указывать на персистенцию гиперактивации нейтрофилов, несмотря на проводимое лечение, и рассматриваться как потенциальный фактор склонности к рецидивам. Достоверное повышение фракталкина к 6 мес. после введения РТМ в сравнении с точкой 3 мес. ( $p=0,001$ ) может свидетельствовать о реактивации патологических механизмов АНЦА-СВ по мере убывания эффекта РТМ. Отсутствие достоверного повышения через 3 мес. и более после введения РТМ продукции липокалина, рассматриваемого в качестве маркера повреждения, может отражать эффективное подавление воспаления в почках и других органах в результате лечения РТМ. До введения РТМ отмечена положительная корреляция между уровнем фракталкина и липокалина ( $p=0,02$ ). Необходимы дальнейшие исследования клинического значения данных протеомных биомаркеров у пациентов с АНЦА-СВ.

## ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Порошина Е.Г.<sup>1</sup>, Вологодина И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова, Санкт-Петербург

Сердечно-сосудистые заболевания оказывают негативное влияние на психологическое состояние и качество жизни больных. Онкологическое заболевание для этих пациентов является второй патологией, которая несет угрозу жизни. Проблема влияния кардиальной патологии на психоэмоциональный статус и качество жизни онкологических больных изучена недостаточно.

**Цель исследования.** Изучить психоэмоциональный статус и показатели качества жизни у пациенток с раком молочной железы, которые уже имеют в анамнезе болезнь с витальной угрозой в виде сердечно-сосудистой патологии.

**Материалы и методы.** Обследована 71 пациентка с раком молочной железы. Возраст  $49,4\pm 4,5$  лет. Длительность онкологического заболевания  $2,3\pm 1,4$  года. В 1 группу вошли 35 пациенток с раком в сочетании с сердечно-сосудистой патологией (артериальная гипертензия), во 2 группу 36 онкологических пациенток без кардиальной патологии. Группы были сопоставимы по возрасту и статусу по онкологическому заболеванию. Помимо общего осмотра проводилось анкетирование по шкале Карновского и оценка общесоматического состояния по шкале ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Обследование включало стандартную ЭКГ и ЭХОКГ. Всем больным проводилось тестирование уровня тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, уровня тревоги и депрессии по шкале HADS и универсальный опросник качества жизни SF-36.

**Результаты и обсуждение.** У пациенток обеих групп выявлено умеренное снижение поддержания активности по шкалам Карновского и ECOG. У 22 (62,9%) больных первой группы диагностировано дезадаптивное отношение к болезни преимущественно тревожного или тревожно-астенического типа. Это проявлялось в виде непрерывного беспокойства, повышенного интереса к результатам обследования в связи со страхом, что сердечно-сосудистая патология может быть препятствием для своевременного прохождения химиолучевой терапии. Уровень тревожности по обоим шкалам у пациенток с коморбидной артериальной гипертензией

был достоверно выше, что объясняется эмоциональной реакцией на стрессовую ситуацию, обусловленную не только онкологическим заболеванием, но и патологией сердца ( $p < 0,01$ ). У пациенток этой группы отмечался также более высокий уровень личностной тревожности, что отражает тенденцию воспринимать связанную с состоянием здоровья ситуацию как угрожающую. У этих больных чаще выявлялась субклинически выраженная депрессивная симптоматика ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Онкологические пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией имеют свои особенности переживаний. Изучение этих особенностей может обеспечить адекватную кардиологическую и психологическую помощь больных, что в свою очередь приведет к улучшению результатов лечения и онкологического заболевания.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 КАК ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР

Потанина О.Н.<sup>1</sup>, Айрапетян С.А.<sup>1</sup>, Мазуренко С.О.<sup>1</sup>,  
Стрижелецкий В.В.<sup>2</sup>, Иванов И.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,

<sup>2</sup>Городская больница

Святого Великомученика Георгия,  
Санкт-Петербург

В связи с наличием огромного количества людей, перенесших COVID-19, внимание исследователей фокусируется на последствиях данного заболевания, наиболее яркие и значимые из которых может помочь выявить анализ случаев повторных госпитализаций после перенесенной инфекции.

**Цель исследования.** Описание случаев повторных госпитализаций пациентов, прошедших первичное стационарное лечение по поводу COVID-19, с анализом причин повторного поступления, данных лабораторных и инструментальных методов обследования.

**Материалы и методы.** Для выполнения данного ретроспективного исследования были использованы электронные истории болезни пациентов (всего 102 человека), госпитализированных дважды и более в течение 2020-2021 гг. в Санкт-Петербургскую больницу Святого Великомученика Георгия. Для включения в анализ коронавирусная инфекция должна была быть подтверждена методом полимеразной цепной реакции во время первой госпитализации или в течение 14 дней до нее, и/или обнаружением при первичной компьютерной томографии легких изменений, с высокой вероятностью указывающих на COVID-19.

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность первой и последующей госпитализаций значимо не различались (медианы 11,0 и 10,0 дней, соответствен-

но). Повторное поступление в стационар чаще происходило вскоре после выписки (медиана 4,5 (межквартильный интервал 1,0-9,0) дня. Только 6% (6 чел.) были повторно приняты в стационар по прошествии более 14 дней (диапазон 15-51 день) после выписки.

В большинстве случаев (85%, 87 чел.) причиной повторной госпитализации были симптомы респираторной инфекции, что могло быть проявлением реактивации текущей инфекции, бактериальной суперинфекции или, наименее вероятно, повторного инфицирования (реинфекции). У данных пациентов при повторной оценке обнаруживалась большая степень дыхательной недостаточности, отмечалось увеличение в крови маркеров воспалительного ответа (увеличение количества лейкоцитов за счет нейтрофилов, СОЭ, содержания ферритина), также определялось небольшое увеличение объема пораженной легочной ткани по результатам компьютерной томографии.

Различные тромбозы и тромбоэмболии (тромбоэмболия легочной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоз глубоких вен нижних конечностей) были диагностированы у 13% (13 чел.) повторно поступивших, из которых 4 пациентов скончалось.

12 пациентов жаловались на выраженные боли в различных локализациях (в поясничной области, за грудиной, в области живота). В последующем было диагностировано обострение дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника, в части случаев причина болевого синдрома осталась невыясненной.

В 11% случаев причиной повторного стационарного лечения стали различные инфекционно-воспалительные заболевания (инфекционный эндокардит, рожистое воспаление нижней конечности, острый серозный синовит крупного сустава, обострение желчнокаменной болезни, постинъекционный абсцесс подкожной клетчатки, острый гнойный артрит крупного сустава, острый аппендицит).

На диарею, расцененную лечащим врачом как антибиотик-ассоциированную, при повторном поступлении жаловались 9% пациентов, пароксизм фибрилляции предсердий был выявлен у 5%. В единичных случаях при повторной госпитализации были диагностированы: почечная колика, вызванная миграцией камня в мочеточник, спонтанный пневмоторакс, генерализованные судороги неясной этиологии.

В большинстве случаев повторное стационарное лечение приводило к существенному улучшению самочувствия/выздоровлению. В 9% исходом госпитализации стала смерть пациента, непосредственной причиной которой стали тромбоэмболия легочной артерии (4 пациента), декомпенсация легочно-сердечной недостаточности на фоне интоксикации (5 пациента).

Полученные в нашей работе данные согласуются с результатами, опубликованными другими исследователями. Описанные выше причины повторного поступления активно обсуждаются мировым научным сообществом как осложнения текущей коронавирусной инфекции и ее последствия.



**Выводы.** Ведущей причиной повторного стационарного лечения пациентов с COVID-19 являются симптомы реактивации инфекции с рядом показателей, свидетельствующих о большей тяжести данной «второй волны» заболевания. Значимая доля повторно поступают вследствие сосудистых катастроф, болевого синдрома, диареи. Наличие связи некоторых из описанных выше патологий с COVID-19 продемонстрировано в ряде анализов, в других случаях необходимы дальнейшие исследования.

## ФАРМАКОБЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ АМЛОДИПИНОМ/ПЕРИНДОПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ ОКС НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 1-3 СТ. ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Прибылов В.С.,  
Яковлева М.В., Прибылов С.А.  
Курский государственный медицинский университет,  
Курск

**Цель.** Изучить динамику артериальной ригидности и легочной гипертензии у пациентов с острым коронарным синдромом на фоне хронической болезни почек 1-3 ст. при лечении амлодипином/периндоприлом через 3 месяца после коронарного стентирования и сравнить с результатами монотерапии периндоприлом.

**Материалы и методы.** В РСЦ города Курска обследованы 145 пациентов ОКС, АГ в сочетании с ХБП 1-3 ст.: 1 группа (45 больных ОКС с подъемом ST) развитием ИМ, 2 группа (60 больных ОКС без подъема ST) с нестабильной стенокардией, 3 группа (40 больных ОКС с АГ без патологии почек) – группа сравнения. Критерии включения: возраст от 40 до 73 лет, наличие в анамнезе по результатам КАГ ИБС, ХБП 1 – 3 ст., скорость клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 50 мл/мин на 1,73, исследования проводились при поступлении, при выписке из стационара и через 3 месяца амбулаторного лечения.

Регистрировались центральное систолическое и пульсовое артериальное давление (цСАД, цПАД), индекс аугментации в аорте (AI), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) сердечно – лодыжечный сосудистый индекс СЛСИ (CAVI), с помощью объемной сфигмографии на приборе VS-1500 (Япония). Рассчитывались показатели легочной гипертензии (СДЛА) с помощью аппарата AloKa-1700 (Япония). Анализируются показатели ЭКГ, ЭхоКГ, липиды (холестерин АпоА и АпоБ липопротеиды), креатинин крови, СКФ.

Все больные были разделены на 2 подгруппы, которые получали периндоприл 5 мг (n=51), а при неэффективности комбинированный гипотензивный препарат амлодипин/периндоприл с титрованием дозы с 5/10 мг до 10 мг/10 мг (n=94). Больные принимали одинаковую стандартную двойную дезагрегантную терапию ОКС, обезболивание, статины, В-блокаторы, триметазидин.

**Результаты и их обсуждение.** Самые высокие показатели AP регистрировались у больных ОКС и ИМ (САД 181±8,4, ДАД 102±7,0 мм.рт.ст, цСАД 168±7,7, цПАД 59±4,5мм.рт.ст.), СРПВ 12,8±1,02 м/с, AI 1,59±0,18, RCAVI (СЛСИ) 9,89±0,62, LCAVI 9,78±0,54. Эти показатели были достоверно выше (p<0,01), чем у больных нестабильной стенокардией (цСАД 154±8,3, цПАД 49±4,7 мм.рт.ст.), СРПВ 9,44±0,20 м/с. AI 1,05±0,08, RCAVI 9,11±0,16 (СЛСИ), LCAVI 9,01±0,14.

Низкие показатели AP отмечены у больных ИБС с АГ без патологии почек: САД 151±8,3, ДАД 87±4,3 мм рт.ст. цСАД 140±7,3, цПАД 38±6,2 мм рт.ст. СРПВ 8,37±0,30 м/с., AI 1,0±0,13, RCAVI 8,4±0,32, LCAVI 8,32±0,41.

Достоверное снижение периферического и центрального давления на комплексной терапии с периндоприлом зарегистрировано через 3 месяца лечения только у 54% пациентов, констатировано 6 летальных исходов и 1 при ОКС, АГ без ХБП. Побочные явления в виде усиления кашля и бронхоспазма зарегистрированы у 8 пациентов. Целевые уровни САД, ДАД, цСАД и цПАД достигнуты только на комплексной гипотензивной терапии амлодипином/периндоприлом со снижением СДЛА с 48,3±5,2 до 23,2±2,8 мм рт.ст. с нормализацией креатинина крови (с 138±6,8 до 85±5,3 мкмоль/л), ростом СКФ с 55±2,6 до 60±3,2 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Изложены доказательства гипотензивного, кардионепротективного действия комбинированного препарата для лечения ИБС, хронической болезни почек 1-3 ст. Доказан способ повышения эффективности лечебных и профилактических мероприятий при сочетании хирургической реваскуляризации миокарда (стентирования) и использования комбинированного препарата амлодипина/периндоприла по сравнению с монотерапией периндоприлом.

При коморбидной патологии ОКС, АГ на фоне ХБП 1-3 ст., остается актуальным поиск более совершенных методов обследования и контроля приема антигипертензивной препаратов, что позволит уменьшить количество рецидивов ОКС, ИМ, смертности и улучшить качество реабилитации. Влияние ингибиторов АПФ на жесткость сосудистой стенки на фоне ИБС с АГ, особенно при сниженной почечной функции бесспорно.

**Выводы.** В нашей работе показано разная степень эффективности отдельных групп препаратов у коморбидных пациентов, доказано преимущество использование комбинированных препаратов амлодипина/периндоприла после коронарного стентирования, на снижение показателей жесткости сосудистой стенки, уменьшения легочной гипертензии, нормализацию ар-

териальной гипертензии к моменту выписки из стационара у 85% больных и у всех больных через 3 месяца амбулаторного лечения.

## ОПЫТ УСПЕШНОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ МЕЖДУ ИНГИБИТОРАМИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ

Прокофьева Ю.А., Мусаева Л.М.,  
Меньшикова И.В., Шилина А.И.

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

**Цель.** Описать и проанализировать клинический случай успешного применения левилимаба у пациентки с ревматоидным артритом (РА) и вторичным амилоидозом после предшествующего лечения тоцилизумабом.

**Материалы и методы.** Пациентка Э., 37 лет, обратилась с жалобами на боли в мелких суставах кистей, плечевых, локтевых и коленных суставах, ограничение движений в данных суставах, общую слабость.

С 8 лет пациентка страдает полиартикулярным вариантом ювенильного ревматоидного артрита с вовлечением практически всех суставов конечностей с развитием сгибательных контрактур, поражением височно-нижнечелюстных суставов и поясничного отдела позвоночника. Назначалось лечение метотрексатом в дозах от 7,5 до 10 мг/нед, НПВС и ГКС с их постепенной отменой. В связи с плохой переносимостью метотрексата (боли в животе, тошнота, общая слабость) его прием был нерегулярным, и за все время болезни стойкой ремиссии добиться не удалось: сохранялась клиническая и лабораторная активность. В 2008 и 2009 годах – эндопротезирование тазобедренных суставов. В 2016 году доза метотрексата увеличена до 15 мг/нед, доза ГКС до 6 мг/сут, проводилась пульс терапия ГКС с улучшением самочувствия в виде стихания артритов, увеличения объема движений в суставах. Пациентка отменила метотрексат из-за диспептических явлений, доза ГКС на тот момент составляла 2 мг/сут, сохранялись умеренные артриты. С 2017 до 2019 года не имела базисной терапии. В 2018 в общем анализе мочи выявлен белок 1г/л. Проведена биопсия толстой кишки на амилоид – картина соответствует вторичному амилоидозу. В марте 2019 года назначен лефлуномид 20 мг/сут, инициирована терапия ГИБП ингибитором рецептора интерлейкина 6 (ИЛ6) – тоцилизумабом, который явился препаратом выбора в связи с выявленным вторичным амилоидозом с поражением почек. На фоне терапии отмечалась положительная динамика в виде

снижения воспалительного и болевого синдрома, снижения активности заболевания по DAS28 до 3,2 балла, что соответствует низкой активности болезни. Состояние пациентки длительно оставалось стабильным, однако в ноябре 2021 года после перенесенной инфекции COVID-19 обострился суставной синдром. С декабря 2021 года прекращено применение тоцилизумаба в связи с его отсутствием в аптечной сети.

При осмотре – деформация пястно-фаланговых (ПФ) и проксимальных межфаланговых (ПМФ) суставов, сгибательные контрактуры ПМФ суставов кистей, локтевых суставов; припухлость и болезненность при пальпации коленных суставов, болезненность при пальпации плечевых суставов, локтевых, лучезапястных, ПМФ суставов; ограничение движений в плечевых, локтевых, мелких суставах кистей, коленных и тазобедренных суставах. В анализах крови – повышение уровня острофазовых маркеров воспаления: СОЭ до 25 мм/час, СРБ до 12 г/л, фибриногена до 6 г/л, в анализах мочи протеинурии не выявлено. Отмечалась высокая активность болезни по DAS28-5,3 балла. На рентгенограммах коленных суставов: признаки остеопороза, сужение и деформация суставных щелей с обеих сторон, субхондральный склероз и краевые костные разрастания в области суставных поверхностей бедренных и большеберцовых костей. На рентгенограмме кистей: диффузный остеопороз с кистовидной перестройкой, эрозивные изменения в 2, 3 ПМФ суставах правой кисти и 3, 4 ПМФ суставах левой кисти, подвывихи ПФ и ПМФ суставов. На рентгенограмме тазобедренных суставов: диффузный остеопороз, положение компонентов эндопротезов в обоих суставах удовлетворительное.

**Результаты и обсуждение.** Пациентке молодого возраста с тяжелым течением болезни и развитием вторичных осложнений (амилоидоз, остеопороз), с высокой активностью заболевания по DAS28 (5,3 балла), неполным эффектом тоцилизумаба и обострением после инфекции COVID-19, было принято решение о переключении между ингибиторами рецептора ИЛ6. Назначен левилимаб 162 мг/нед, который получала с февраля 2022 года. Через 3 месяца отмечалось уменьшение числа болезненных суставов и лабораторных маркеров воспаления: СРБ – 0,4 г/л, СОЭ – 9 мм/час, фибриноген – 2,5 г/л, снижение активности заболевания по DAS28 до 2,6 баллов, что соответствует низкой активности заболевания. При повторном обследовании через 6 месяцев отмечена ремиссия заболевания.

**Вывод.** Назначение ингибиторов ИЛ6 предпочтительно при развитии осложнений РА, а именно – вторичного амилоидоза и остеопороза. Данный клинический случай демонстрирует снижение эффективности тоцилизумаба в лечении пациентки с тяжелым осложненным течением РА, обострившегося после перенесенной инфекции COVID-19, подтверждает возможность успешного переключения в рамках одной группы ГИБП и высокую эффективность отечественного препарата левилимаб.

## ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ CL. DIFFICILE НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Пургина Д.С.<sup>1</sup>, Лялина Л.В.<sup>2</sup>, Рассохин В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Амеда клиник,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценка влияния инфекции *Cl. difficile* на клинико-лабораторные показатели и тяжесть течения воспалительных заболеваний кишечника.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования 404 пациентов, наблюдавшихся амбулаторно с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 – 206 человек (51%) с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), группа 2 – 198 человек (49%) с другими заболеваниями ЖКТ и наличием диарейного синдрома. Изучены клинические данные, результаты лабораторных исследований (уровень лейкоцитов, СОЭ, СРБ, общих IgA, IgM, IgG, кальпротектина и зонулина – токсинов А и В *Cl. difficile*) и инструментальных (эндоскопия) методов обследования. Для оценки статистической значимости различий сравниваемых показателей использовали 95% доверительный интервал (ДИ). Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере при помощи свободного программного обеспечения R и RStudio (RStudio Inc.). Для расчетов ДИ использована программа WinPeri, версия 11.65.

**Результаты и обсуждение.** Среди пациентов с ВЗК инфекция *Cl. Difficile* выявлена в 21,4% случаев, в группе сравнения – в 5,1%, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Частота обнаружения токсинов А и В *Cl. difficile* у пациентов с ВЗК была в 4,2 раза выше по сравнению с пациентами второй группы.

Для изучения влияния *Cl. difficile* на течение ВЗК пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника были разделены на 2 группы: с наличием инфекции и без нее. Среди пациентов с ВЗК, ассоциированными с инфекцией *Cl. difficile*, 77,3% имели неспецифический язвенный колит (НЯК) и 22,7% – болезнь Крона (БК). При анализе тяжести течения ВЗК в сравниваемых группах установлено, что среди пациентов с ВЗК без инфекции *Cl. difficile* распределение по степени тяжести было следующим: легкое течение имели 29,6% пациентов, течение средней степени тяжести выявлено у 66,7% и пациенты с тяжелым течением составили 3,7%. В группе пациентов с ВЗК, ассоциированными с инфекцией *Cl. difficile*, легкое течение наблюдалось в 4,5% случаев, среднюю степень тяжести течения ВЗК имели 77,3%, тяжелое течение выявлено у 18,2%.

По результатам эндоскопического обследования кишечника у 95,5% пациентов с инфекцией *Cl. difficile* и 81,5% лиц, не имевших этой инфекции, наблюдались признаки активного воспаления. Результаты исследования показали, что проявления активного воспаления встречались чаще при наличии инфекции *Cl. difficile* у пациентов с ВЗК. Частота дефекации более 6 раз в стуки наблюдалась у 72,2% пациентов с ВЗК, ассоциированными с *Cl. difficile*, и 4,9% пациентов в группе ВЗК без инфекции. Вероятность наличия крови в кале у пациентов с ВЗК в сочетании с инфекцией *Cl. difficile* также была выше.

При лабораторном обследовании были получены статистически значимые различия между сравниваемыми группами пациентов по уровню лейкоцитов ( $p < 0,001$ ), СОЭ ( $p < 0,001$ ), СРБ ( $p < 0,001$ ), IgA ( $p < 0,001$ ) и уровню фекального кальпротектина ( $p < 0,001$ ). При оценке уровня иммуноглобулинов у пациентов с инфекцией *Cl. difficile* и без этой инфекции статистически значимые различия были получены только по уровню Ig A, который среди пациентов с инфекцией *Cl. difficile* отличался более высоким значением в сравнении с пациентами без инфекции: 4,7 г/л (Q1=3,0; Q3=5,2) против 2,0 г/л (Q1=0,9; Q3=2,9), что указывает на более выраженный воспалительный процесс в слизистой оболочке у пациентов с ВЗК, ассоциированными с *Cl. difficile* инфекцией.

При исследовании уровня зонулина были получены статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ): у больных с инфекцией *Cl. difficile* данный маркер был выше, чем у пациентов без этой инфекции – 96,6 нг/мл (Q1=54,8; Q3 =109,4;) и 48,6 нг/мл (Q1=30,5; Q3=74,6), соответственно, что свидетельствует о более выраженном нарушении проницаемости кишечного барьера у пациентов с ВЗК, ассоциированными с инфекцией *Cl. difficile*.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что у пациентов с ВЗК, ассоциированными с *Cl. difficile* инфекцией, увеличивается вероятность более тяжелого течения заболевания в сравнении с группой контроля, что характеризуется наличием выраженной воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки кишечника, нарушением проницаемости кишечного барьера, повышением риска развития функциональных, геморрагических и других осложнений, снижением качества жизни.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА БЕЛКОВОГО ОБМЕНА И МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ДОНОРОВ

Раимова А., Турсунова М.У., Саидов А.Б.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить состояние белкового обмена и метаболизма железа для комплексной оценки здоровья различных категорий доноров.



**Материал и методы исследования.** Обследовали 121 донора в возрасте от 23 до 61 года (медиана возраста у мужчин – 36,6 г., у женщин – 40,9 г.). Количество донаций у них варьировалось от 40 до 100.

Содержание общего белка определяли колориметрическим методом на биохимическом анализаторе. Уровни белковых фракций исследовали с использованием аппарата электрофореза сыворотки крови.

Показатели обмена железа изучали методами иммунорадиометрического и иммунохемилюминесцентного анализа с тест системами.

**Результаты исследования.** В нашем исследовании мы оценивали уровень общего белка и белковой фракции у 121 доноров плазмы для фракционирования (ПДФ) в возрасте от 23 до 61 лет (медиана возраста – 38 лет), в том числе 62 мужчин и 59 женщин. Количество плазмодач у доноров варьировалось от 40 до 100. Исследования включали определение уровня общего белка и его фракций: альбумина, суммы глобулинов,  $\alpha$ 1глобулинов,  $\alpha$ 2глобулинов,  $\beta$ 1глобулинов,  $\beta$ 2глобулинов и  $\gamma$  глобулинов.

При оценке белкового состава сыворотки крови доноров ПДФ в зависимости от пола и возраста выявлено, что наименьшее значение общего белка, как у мужчин, так и у женщин, зарегистрировано в возрастной группе от 24 до 39 лет. Отклонения от нормальных значений содержания альбумина носили неоднозначный характер: ниже нормы в 13,75% случаев, преимущественно у женщин, выше – в 20,5%, чаще у мужчин. Анализ этого показателя в зависимости от возраста и пола выявил, что низкий уровень альбумина имели в основном доноры женщины в возрасте от 40 до 60 лет – 44%, тогда как среди мужчин того же возраста – только 9%. Повышенное содержание альбумина встречалось у мужчин возрастной группы 18-23 лет (32%).

Наиболее ранним информативным дифференциальным показателем, не зависящим от возраста, пола, воспалительных реакций и наличия инфекции, является концентрация растворимых трансферриновых рецепторов (рТфР), сывороточного ферритина (СФ) и эритропоэтина (ЭПО) в сыворотке крови. Исследуя концентрацию рТфР, возможно выявить дефицит железа на клеточном уровне. В норме сыворотка крови содержит небольшое их количество (до 21 нмоль/л). Уровень рТфР коррелирует со степенью тяжести анемии: чем ниже значение Hb, тем значительно повышена концентрация рТфР. Исходя из этого, комбинация показателей рТфР и уровня СФ дает наиболее высокую информативность и специфичность при ранней диагностике дефицита железа.

У 74 доноров (62 женщины и 12 мужчин) в возрасте от 19 до 55 лет (медиана – 35 лет) с низким уровнем Hb, регулярно сдающих кровь и ее компоненты, проведено комплексное исследование анемических факторов, включая определение СФ, рТфР и ЭПО. Содержание Hb у женщин варьировалось от 97 до 119 г/л (медиана – 113 г/л), у мужчин – от 116 до 128 г/л (медиана – 123 г/л). Снижение СФ было выявлено у 55

(74%) из 74 доноров, среднее значение его у женщин составляло 7,1±3,3 нг/мл, у мужчин – 8,3±4,7 нг/мл (M+ $\sigma$ ), при норме соответственно от 15 до 90,5 нг/мл и от 30 до 237 нг/мл. Концентрация рТфР превышала пороговое значение, равное 21 нмоль/л, у 47 (64%) доноров, при медиане 26,8 нмоль/л. Высокое значение ЭПО отмечено в 38% случаев, медиана составила 27,4 мМЕ/мл, что в 1,5 раза выше верхней пороговой величины нормы.

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного анализа можно сделать заключение о том, что предпочтительными группами для донорства ПДФ являются мужчины и женщины в возрасте от 18 до 23 лет. У доноров, регулярно сдающих кровь и ее компоненты, при снижении уровня Hb наблюдается напряженность адаптивных механизмов, проявляющаяся повышенной продукцией ЭПО и усилением экспрессии рТфР для адекватного обеспечения эритропоэза железом.

## РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Валижанова З.И.,  
Умарова У.М., Солиев З.С., Нуриддинова М.Д.

Центральная консультативно-диагностическая  
поликлиника №1 Главного медицинского  
управления при Администрации  
Президента Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Разработка и внедрение комплексов физической реабилитации (ФР) для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровне поликлиники.

**Материал и методы исследования.** В исследовании было включено 50 больных с метаболическим синдромом (МС) в возрасте с 40-70 лет без верифицированных ССЗ, из них мужчины – 35 больных. Всем пациентам проводили обследование, которое включало объективный осмотр, измерение массы тела, роста, окружности талии и бедер, АД, индекса массы тела (ИМТ), определение в крови глюкозы, индекса НОМА, показателей липидного обмена, СРБ, мочевой кислоты. Оценивались неблагоприятные факторы повышенного кардиоваскулярного риска (КВР). Все лица прошли в 100% – ЭКГ, в 50% – ЭхоЭКГ, 100% – плетизмография, ДСБА – 50%. Для оценки физической тренированности (ФТ) пациентов учитывались показатели толерантности

к физической нагрузке. При этом использовались: тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), проба Руфье-Диксона, шкала Борга по оценке интенсивности одышки, массовый тест оценки физического состояния (Е.А.Пирогова и соавт., 1984). По результатам этих тестов определяли 5 уровней ФТ: низкий, умеренно низкий, средний, умеренно высокий, высокий. В зависимости от уровня ФТ были разработаны 5 ступеней интенсивности ФР.

**Результаты исследования.** У обследованных больных наличие абдоминального ожирения (АО) было определено у 100% больных, инсулинорезистентности (ИР) – 24%, АД выше 130/85 мм рт.ст. наблюдалось у 50%, гипергликемии – 15%, дислипидемии – 50%, курение – 30%. Обследуемые нами пациенты относились к 2 и 3 группе здоровья. Профилактические мероприятия включали коррекцию ФР, при необходимости медикаментозную коррекцию. Разработанные нами программы ФР включала: комплексы лечебной физкультуры, дозированную ходьбу, различные спортивные игры; интенсивные физические тренировки (по показаниям); физическую активность в связи с повседневными бытовыми нагрузками, и зависел от степени ФТ и уровня ФР, показателей шкалы Борга и результатов теста Пирогова. Контроль проводимой физической нагрузки проводился под контролем ЧСС. Начальный уровень ФН у нетренированных граждан (пациентов) не должен приводить к увеличению ЧСС, рассчитанной по формуле:  $\text{ЧСС тренировочная} = \text{ЧСС покоя} + (\text{ЧСС}_{\text{макс}} - \text{ЧСС покоя}) \times X/100$ , где ЧСС тренировочная – ЧСС при тренирующей нагрузке, ЧСС<sub>макс</sub> – ЧСС на пике пробы с ФН, X – избираемый процент от индивидуальной мощности нагрузки по результату пробы с ФН (обычно в пределах 60, 70%, реже – 80%). Например: ЧСС покоя у обследуемого – 73 уд/мин; по результатам пробы с ФН пробы Руфье-Диксона максимальная ЧСС – 124 уд/мин; назначается тренирующая нагрузка 60% от пороговой ФН:  $\text{ЧСС тренировочная} = 73 + (124 - 73) \times 60/100 = 104$  уд/мин. Важным показателем физической работоспособности (ФРС) является объем выполненной физической работы, рассчитываемый по формуле:  $W = S \times F/t$ , где W – мощность (кгм/с), S – дистанция (м), F – масса тела (кг), t – время (с). Обследование пациентов проходило исходно с предоставлением индивидуальной программы ФР и повторно через 1 месяц для контроля эффективности и коррекции программы. Результаты исследования показали, что только 70% пациентов придерживались предложенной программы ФР и у них отмечался повышение ФТ. У данных больных отмечалось достоверное улучшение показателя ТШХ на 11%, на 9,3% уменьшение балл по шкале Борга. Остальной контингент рекомендациям следовали частично и у данных пациентов отмечалась тенденция к улучшению показателей ТШХ.

**Заключение.** ФА и физические упражнения средней интенсивности необходимы для укрепления здоровья, профилактики и лечения ССЗ.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Расулова З.Д., Умарова У.М., Шайхова У.Р.

Центральная консультативно-диагностическая  
поликлиника №1 Главного медицинского  
управления при Администрации  
Президента Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

Нет надежных доказательств того, что программы, реализуемые через Интернет и другие информационные технологии, помогают снизить смертность или существенно влияют на результаты лечения. В связи с этим мы проанализировали эффективность мобильных приложений в профилактических целях.

Результаты ряда исследований доказывают возможность использования мобильных приложений для улучшения контроля над симптомами заболеваний при самолечении. Мы планировали оценить вклад мобильного приложения только в лечение, предполагая, что само по себе простое наблюдение улучшает качество лечения. Ни одно из исследований не включало группу, которая использовала только телемониторинг. Во всех исследованиях использовались методы с автоматической обратной связью в режиме реального времени или обратной связью, инициированной исследователем на основе собранных данных. Еще одним вопросом, касающимся оценки вклада мобильного приложения в лечение, было использование дополнительных методов в сочетании с мобильным приложением.

Участие медицинских работников в мониторинге симптомов и общении с пользователями также желательно для повышения качества помощи, но исследованиям трудно определить, в какой степени их участие оказывает влияние. Однако можно сделать вывод, что свобода и мобильность, предоставляемые мобильными устройствами для двусторонней связи, сбора и анализа полученных данных, создают большие возможности как для пациентов, так и для медицинских работников. Сложность текущей разработки инструментов и противоречивые данные об эффективности различных приложений подтверждают необходимость проведения высококачественных исследований для оценки взаимосвязи использования приложений с приверженностью пациентов к лечению и клиническими результатами.

Анализ материалов исследования показал, что перед ними не стоят задачи разработки приложений для конечных пользователей и вовлечения конкретных групп в процесс использования приложений. Процесс разработки мобильных приложений для самолечения должен включать квалифицированный отбор контин-

гента и многоуровневое тестирование на основе опыта использования приложений конечными пользователями (пациентами и врачами). Практический опыт подтверждает, что разные группы населения могут эффективно использовать мобильные приложения, но уровень технической поддержки может различаться. Технические проблемы не были распространены в описываемых исследованиях, поэтому проблема ввода некорректных значений не упоминалась и проблемы с передачей данных не рассматривались, но в некоторых эта проблема требовала оперативного контроля.

Учитывая разнообразие доступных мобильных решений, разработка нового «хорошего» приложения или оценка «качества» уже существующего приложения ставит перед исследователями и поставщиками медицинских услуг ряд этических, юридических и медицинских проблем. На рынке нет барьеров для разработки медицинских приложений, а полная доступность для пользователей через мобильные устройства делает это пространство очень привлекательным как для частных разработчиков, так и для профессиональных организаций. В сфере здравоохранения, если мобильные устройства используются со специальным дополнительным оборудованием (например, глюкометром), подключаемым к устройству напрямую или через Wi-Fi, производители этого оборудования должны удостоверить его соответствие определенным стандартам и требованиям. Но в сферу действия законодательства о здравоохранении обычно не входят приложения для мобильных устройств (для пациентов и врачей), что создает определенный уровень неопределенности.

## БИОМАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРОГЕННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Курбанова Г.А.,  
Умарова У.М., Валижанова З.И., Нуриддинова М.Д.

Центральная консультативно-диагностическая  
поликлиника №1 Главного медицинского  
управления при Администрации  
Президента Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценка роли ряда биохимических показателей (гомоцистеина ГЦ, высокочувствительного С-реактивного белка вЧСРБ, фракций холестерина ХС) в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Материал и методы.** Было обследовано 150 лиц в возрасте с 40-70 лет без верифицированных ранее сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Больные были разделены на группы: 1 группу составили лица

с низким и умеренным сердечно-сосудистым риском (ССР) (56 больных), 2 – с высоким ССР (47 больных) и 3 группу лица с очень высоким ССР, но без коронарогенных заболеваний (ИБС, ПИКС, ХСН) (8 больных), 4 группу – 49 больных с диагностированными коронарогенными заболеваниями. При оценке ССР использовался обновленный SCORE алгоритм – SCORE2 у больных старше 40 лет оценивает 10-летний риск смерти и смертельных случаев ССЗ (документированная ИБС, включая анамнестические указания на острый коронарный синдром, коронарную реваскуляризацию, реваскуляризация других артериальных бассейнов, инсульт, транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, заболевания периферических артерий) у практически здоровых людей в возрасте 40-69 лет с факторами риска, которые не лечились или были стабильными в течение нескольких лет. Обследование включало: оценка гемодинамических параметров (АД), показателей липидного обмена (общего ХС (ОХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, глюкозы сыворотки крови; оценивали 10-летний риск смерти и фатальных случаев ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт) по опроснику SCORE-2, уровня СРБ, гомоцистеина биохимическим методом.

**Результаты.** По результатам нашего исследования было отмечено тенденция к увеличению уровня ОХС, ЛПНП, ХС-нелПВП (ОХС-ЛПВП) у лиц с низким и умеренным риском, с достоверным увеличением у лиц с высоким ССР на 12,5% ( $p<0,05$ ), 26% ( $p<0,001$ ) и 25% ( $p<0,001$ ) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы; у лиц в очень высоком ССР без коронарогенных ССЗ на 15,1% ( $p<0,05$ ), 32% ( $p<0,001$ ) и 26% ( $p<0,01$ ) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы; у лиц в очень высоком ССР с коронарогенными ССЗ на 13,4% ( $p<0,05$ ), 20,8% ( $p<0,05$ ) и 28,4% ( $p<0,01$ ) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы.

Выявлено достоверное повышение уровня ГЦ в сыворотке крови у больных с очень высоким ССР в 3 и 4 группе: с увеличением на 35,8% ( $p<0,05$ ) и 39,7% ( $p<0,05$ ) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы и у больных с ССЗ в 4 группе ГЦ составил  $15,5\pm 7,2$  мкмоль/л. Значения вЧСРБ в группах 1,2,3 и 4 составил:  $0,5\pm 0,8$  мг/л,  $1,3\pm 0,7$  мг/л,  $2,5\pm 1,5$  мг/л и  $3,5\pm 2,1$  мг/л соответственно. В группах очень высокого ССР (3 и 4 группы) отмечается достоверное повышение данного показателя по сравнению с группой контроля. Отмечается высокая корреляционная связь между уровнем ССР по SCORE2 и ХС-нелПВП, ГЦ и вЧСРБ с коэффициентом корреляции  $r=0.76$ ,  $r=0.55$  и  $r=0.44$ .

**Выводы.** Показана роль гипергомоцистеинемии, вЧСРБ  $>3$  мг/л, как потенциальных биомаркеров атеросклеротических ССЗ. Выявлена зависимость уровня гипергомоцистеинемии, вЧСРБ, ХС-нелПВП от риска развития ССЗ.



## МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ОТРАЖАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Розиходжаева Д.А.,  
Солиев З.С., Мухамедиева Д.К., Арипова М.М.

Центральная консультативно-диагностическая  
поликлиника №1 Главного медицинского  
управления при Администрации  
Президента Республики Узбекистан,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Провести многофакторный анализ показателей, отражающих сердечно-сосудистый риск (ССР) на уровне поликлиники.

**Материал и методы.** С целью определения прогностически неблагоприятных факторов повышенного ССР на уровне первичного звена здравоохранения было обследовано 100 лиц в возрасте с 40-70 лет без верифицированных ранее сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Оценивались факторы повышенного ССР. Обследование включало: измерение массы тела (МТ), роста, окружности талии и бедер, АД, индекса МТ (ИМТ); ЭКГ; оценка липидов, глюкозы сыворотки крови, креатинина, уровень мочевого кислоты, С-реактивный белок; скорость клубочковой фильтрации (СКФСКД-ЕРІ); определения эластичности (индекса жесткости ИЖ) методом плетизмографии, оценивали 10-летний риск смерти и фатальных случаев ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт) по опроснику SCORE-2, оценка состава тела проведена методом биоимпедансного анализа на аппарате Tanita. Толерантность к физической нагрузке определяли с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). С целью определения показателей, имеющих наибольшее значение при определении ССР использовался метод вычисления вкладов признаков в процесс принятия решений, разработанного для моделей искусственных нейронных сетей с минимальной конфигурацией.

**Результаты.** У обследованных лиц наличие абдоминального ожирения (АО) или признаков ожирения по данным Tanita было определено у 55% больных, инсулинорезистентности (ИР) – 11%, АГ - 25%, гипергликемии – 6%, дислипидемии – 25%, курение – 15%, снижение ФТ у 60% обследованных лиц. Результаты исследования показали, что у 15% больных было отмечено достоверное повышение ИЖ более 12 м/с, что является ранним предиктором высокого ССР, выявлены 10 наиболее информативные из них: систолическое АД (САД), пульсовое АД, холестерин, холестерин ЛПНП, ИР и гипергликемия, % по SCORE-2, АО, курение, возраст, результат ТШХ. Был проведен вычислительный эксперимент для установления за-

висимости по парам признакам, образующих комбинированные показатели и вычисления их вкладов. Реальная форма зависимости пар признаков определяется алгоритмическим путем по максимальному значению вклада. Вот значимые комбинации признаков, определяющих ССР: возраст+% по SCORE-2, Холестерин+% по SCORE-2, ИР/гипергликемия+АО, САД+% по SCORE-2, АО+ФТ, курение+индекс жесткости (ИЖ) артерий.

**Выводы.** Наиболее информативными признаками, характеризующих ССР оказались: возраст, САД, % по SCORE -2, холестерин, наличие ФР – курение, уровень гликемии натощак, ИМТ, ИЖ артерий.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭЗОМЕПРАЗОМ И МУКОГЕНОМ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Рахматуллаева Г.К., Худайберганаева Н.Х.,  
Якубов А.В.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Оценка эффективности профилактической терапии эзомепразолом и мукогеном индометациновой гастропатии у больных ревматоидным артритом.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 больных РА в возрасте 50 лет, состоящих на диспансерном учете и получающих лечение в амбулаторных условиях семейной поликлиники №37. Большинство больных ранее принимали (неселективный ингибитор ЦОГ-2) индометацин в течение не менее 3 месяцев. В ходе исследования проводился анализ жалоб больных, выявления язвенного анамнеза и отягощающих факторов, ЭГДФС на 3, 6 неделях. Всем больным в семейной поликлинике лечение проводилось комплексно в соответствии с установленными рекомендациями. В качестве ингибитора протонной помпы использовался эзомепразол. Эзомепразол назначали по одной таблетке 20 мг утром за 30 минут до еды 1 раз в сутки, цитопротектор – мукоген 100 мг три раза в день. Продолжительность курса амбулаторного лечения составляла 4 недели. Переносимость препарата эзомепразол и мукоген в период лечения и в последующем диспансерного наблюдения была удовлетворительной, из побочных реакций отмечались изменения вкусовых ощущений.

**Результаты исследования.** В результате проведенного амбулаторного лечения при проведении ЭГДФС изменения были выявлены у 14 больных: язва желудка – у 4 больных, геморрагии и эрозии желудка – у 6, эрозии 12 перстной кишки также у 6 пациентов, язвы луковицы

12 перстной кишки – у 2, гиперемия и отек 12 перстной кишки – у всех 20 больных. На фоне 3хнедельной терапии эзомепразолом и мукогеном отмечалась положительная динамика у 82% больных, а через 6 недель терапии у всех больных наблюдалась положительная клиническая и эндоскопическая картина.

**Вывод.** Таким образом, отмечена высокая эффективность профилактической терапии эзомепразолом и мукогеном индометациновой гастропатии у больных ревматоидным артритом в первичном звене здравоохранения.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Рахматуллаева Г.К.<sup>1</sup>, Кадырова А.Ш.<sup>1</sup>,  
Шаймарданов К.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан,

<sup>2</sup>Термезский филиал  
Ташкентской медицинской академии,  
Термез, Узбекистан

**Актуальность.** Высокая степень развития дисциркуляторной энцефалопатии у лиц с ангиодисплазиями обуславливают актуальность выбранного направления.

**Цель исследования.** Изучить клинко-патогенетическая структура дисциркуляторной энцефалопатии при врожденных аномалиях сосудов головного мозга.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 53 (64%) пациента с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне ангиодисплазий сосудов головного мозга (ДЭСА), группу сравнения составили 30 (36%) больных с дисциркуляторной энцефалопатией без ангиодисплазий сосудов головного мозга (ДЭБА). Средний возраст пациентов с ДЭСА составило 52,5±0,5 лет, с ДЭБА – 64,8±1,1 лет. Было проведено клинко-неврологическое обследование с применением диагностических шкалы (ВАШ, SAGE), КТ с контрастной ангиографией, УЗДГ БЦА.

**Результаты исследования.** Клинко-патогенетическая структура вторичных цефалгий была представлена хроническим нарушением мозгового кровообращения, причиной которого были различные ангиодисплазии. Средний возраст больных с ДЭСА был значительно моложе – 52,5±0,5 лет, чем пациентов с ДЭБА, составивший 64,9±1,1 лет. Характерно более раннее начало головных болей у больных с ДЭСА в 44,2±0,1 лет, чем у больных с ДЭБА – в 53,9±0,4 лет. Основными провокаторами голов-

ной боли у больных с ДЭСА были: повышение АД 21 (39,7%) и 13 (24,5%) случаев курение, в меньшей степени 6 (11,3%) нарушение сна, доминирующими провоцирующими факторами в группе больных с ДЭБА были стрессы и переутомление – 8 (26,7%), по 7 (23,3%) случаев повышение АД и нарушение сна. По характеру цефалгий у пациентов с ДЭСА лидировали сжимающие – у 29 (54,7%) и давящие – у 13 (24,5%), оставив позади ноющие боли, составившие 11 (20,8%) случаев. Тогда как у больных с ДЭБА ноющие головные боли – 12 (40%), затем сжимающие – 11 (36,7%) и только в 7 (23,3%) случаях давящие цефалгии. По локализации головных болей среди больных с ДЭСА лидировали боли в шейно-затылочной области – 33 (62,3%) и в лобно-теменной области – 13 (24,5%) с интенсивностью боли по шкале ВАШ 5,5±0,2, при этом у больных с ДЭБА превалировали головные боли лобно-теменной локализации – 13 (43,3%), затем лобно-височной – 11 (36,7%) с меньшей интенсивностью по шкале ВАШ – 4,1±0,05. Клинко-неврологическая картина ДЭСА характеризовалась не только субъективными симптомами, неврологическим дефицитом, но снижением когнитивных функций. Так, по тесту SAGE у 45 (85%) выявлены умеренные когнитивные нарушения – 15,0±0,06, у 8 (15%) тяжелые когнитивные нарушения – 12,3±0,2, тогда как у пациентов с ДЭБА выявлены в 7 (23,3%) случаях легкие когнитивные нарушения – 16,8±0,1, в 22 (73,4%) умеренные когнитивные нарушения – 15,6±0,1 и у одного больного (3,3%) тяжелые когнитивные нарушения. В развитии хронического нарушения мозгового кровообращения лидирующая роль принадлежала сочетанным ангиодисплазиям (гипо/аплазии+гемодинамически значимые патологические деформации ВСА, ПА) – 22 (48,9%), затем изолированные патологические деформации - 15 (33,3%) и гипо/аплазии ВСА, ПА – 8 (17,8%). У всех пациентов с ДЭСА выявилась ГБ, причем у 15 (28,3%) пациентов самостоятельно, у 27 (51%) сочеталась с церебральным атеросклерозом, а в 5 (9,4%) с ишемической болезнью сердца, и в 6 (9,4%) с сахарным диабетом, ЦАС и ИБС. В группе больных с ДЭБАСГМ основными сопутствующими патологиями были сочетание ГБ+СД+ЦАС+ИБС у 14 (46,7%) больных, у 11 (36,7%) только атеросклероз. Сочетание ГБ+ИБС и ГБ+ЦАС имели место в 1 (3,3%) и 4 (13,3%) случаях. Во 2 степени ДЭСА доминировали ТИА – 24 (53,3%), и 12 (26,7%) ОНМК, ПОНМК развивалась значительно меньше 9 (20%) случаях. В 3 степени превалировали ОНМК 5 (62,5%), а ТИА и ПОНМК развивались лишь у 2 (25%) и 1 (12,5%) больного соответственно. Во 2 и 3 степенях ДЭБАСГМ чаще всего встречались ТИА – 19 (86,4%), ОНМК и ПОНМК развивались меньше чем при ДЭСА: 2 (9,1%) и 1 (4,5%) соответственно. У 1 пациента с 3 степенью ДЭБА развилась ОНМК. Как гипо/аплазии, так и патологические деформации ВСА, ПА, могут приводить к ТИА – 26 (53,7%), самый высокий риск принадлежит гипо/аплазиям в сочетании с кинкингом/койлингом –

14 (53,8%) и кинкингам/койлингам без гипо/аплазий – 8 (30,8%). При этом, ОНМК и ПОНК развивались только при гемодинамически значимых перегибах или при их сочетании с гипо/аплазиями (ОНМК 7 (70,6%): 5 (2,4%); ПОНМК 7 (70%):3 (30%).

**Выводы.** Ангиодисплазии сосудов головного мозга наряду с дисциркуляторной энцефалопатией, могут быть причиной острых нарушений мозгового кровообращения.

## АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И МИОСТАТИНА ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резниченко Н.А.<sup>1</sup>, Геворкян Р.Р.<sup>2</sup>,  
Майлян Э.А.<sup>3</sup>, Ткаченко К.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница  
имени Н.А. Семашко,  
Симферополь,

<sup>3</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Установить наличие корреляционной зависимости между уровнями витамина D и миостатина в сыворотке крови у женщин постменопаузального возраста при стрессовом недержании мочи (СНМ).

**Материалы и методы.** Всего было обследовано 150 женщин в постменопаузе, страдающих стрессовым недержанием мочи средней степени тяжести. У всех женщин в утренних образцах сыворотки периферической крови методом иммуноферментного анализа определялись концентрации 25(ОН)D и миостатина. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «MedStat». Выполнен расчет медианы, 25% и 75% квартилей [Q1; Q3]. Для корреляционного анализа производили расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs). Уровень статистической значимости соответствовал  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** СНМ обусловлено ослаблением мышц тазового дна и дисфункцией сложных мышечно-связочно-кожно-фасциальных взаимодействий. Среди возможных причин развития СНМ обращает на себя внимание дефицит витамина D. Проведенными исследованиями установлено, что содержание витамина D в сыворотке крови женщин постменопаузального возраста с СНМ составило 18,36 [13,85; 23,21] нг/мл. Необходимо отметить, что

среди обследованных женщин 61,3% лиц ( $n=92$ ) имели дефицит витамина ( $<20$  нг/мл), а 26% ( $n=39$ ) – его недостаточность (20-30 нг/мл). Всего лишь 12,7% женщин ( $n=19$ ) характеризовались нормальными концентрациями витамина D. В настоящее время хорошо известно, что витамин D является неотъемлемой частью физиологии поперечно-полосатых мышц, включая мускулатуру тазового дна. В мышцах витамин D влияет на пролиферацию и дифференцировку клеток. Миостатин представляет собой белок, продуцируемый собственно клетками скелетных мышц, который попадая в системный кровоток, оказывает ингибирующее действие на рост мышечной массы. Средние уровни миостатина у пациентов с СНМ в нашем исследовании составили 3,46 [3,00; 3,98] нг/мл. Статистический анализ данных показал наличие отрицательной корреляционной зависимости между уровнями 25(ОН)D и миостатином. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между данными показателями составил  $rs = -0,446$  ( $p < 0,0001$ ). Полученные результаты корреляционного анализа согласуются с данными о способности витамина D подавлять экспрессию миостатина.

**Выводы.** Проведенными исследованиями установлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнями 25(ОН)D и миостатином ( $p < 0,0001$ ). Полученные результаты отражают патогенетическую роль витамина D в регуляции мышечного метаболизма при стрессовом недержании мочи у женщин в постменопаузе.

## УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Резниченко Н.А.<sup>1</sup>, Геворкян Р.Р.<sup>2</sup>, Ткаченко К.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница  
имени Н.А. Семашко,  
Симферополь,

<sup>3</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Оценить уровни интерлейкина-1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ) и интерлейкина-10 (ИЛ-10) у женщин со стрессовой формой недержания мочи в постменопаузе.

**Материалы и методы.** Группу исследования составили 150 женщин постменопаузального возраста, страдающих стрессовым недержанием мочи (СНМ). В группу контроля вошли 57 относительно здоровых женщин аналогичного возраста. У всех женщин в утренних образцах сыворотки периферической крови определялись концентрации ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-10 методом



иммуноферментного анализа. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «MedStat». Выполнен расчет медианы, 25% и 75% квартилей [Q1; Q3]. Для сравнения центральных тенденций двух независимых выборок использовали W-критерий Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Уровень ИЛ-1 $\beta$  у женщин постменопаузального возраста с СНМ составил 2,0 [1,3; 2,7] пг/мл, что достоверно не отличалось ( $p > 0,05$ ) от аналогичного показателя здоровых женщин в постменопаузе, у которых уровень цитокина в сыворотке крови имел значение 1,8 [1,2; 2,7] пг/мл. Вместе с тем, анализ показателя ИЛ-10 выявил, что у женщин основной группы уровень данного маркера в сыворотке крови был достоверно ниже, по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля ( $p = 0,023$ ). Сывороточная концентрация ИЛ10 у пациентов с СНМ составила 4,7 [2,5; 7,1] пг/мл, а в контрольной группе – 5,8 [3,6; 9,7] пг/мл.

**Выводы.** Проведенными исследованиями установлено, что женщины, страдающие стрессовым недержанием мочи характеризуются более низкими значениями ИЛ-10 в сыворотке крови ( $p = 0,023$ ). Статистически значимых различий по сывороточным показателям ИЛ-1 $\beta$  установлено не было ( $p > 0,05$ ). Полученные результаты отражают важные патогенетические аспекты развития стрессовой формы недержания мочи у женщин в постменопаузе, а именно значимость снижения противовоспалительного цитокина – ИЛ-10 в развитии симптомов СНМ.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФРАГМЕНТОВ ЦИТОКЕРАТИНА-18 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Родина А.С.<sup>1</sup>, Дуданова О.П.<sup>1</sup>, Шубина М.Э.<sup>1</sup>,  
Курбатова И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Петрозаводский государственный университет,

<sup>2</sup>Институт биологии Карельского научного центра  
Российской академии наук,  
Петрозаводск

**Цель.** Оценка диагностической значимости фрагментов цитокератина-18 и патогенетического вклада апоптоза при различных фенотипах декомпенсации алкогольного цирроза печени.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 пациента с острой декомпенсацией алкогольного цирроза печени (АЦП), 31 (51,67%) с простой острой декомпенсацией (ОД), 29 (48,33%) – с острой на хрониче-

скую печеночной недостаточностью (ОХПН). Среди обследованных было 36 мужчин (60%) и 24 женщины (40%), средний возраст составил 51,0 $\pm$ 11,4 лет. В контрольную группу вошли 39 здоровых лиц со сходным гендерно-возрастным составом. Все пациенты прошли общеклиническое обследование, с целью определения активности процессов апоптоза производилось определение фрагментов цитокератина-18 М30 (ФЦК-18) в сыворотке методом ИФА.

**Результаты.** У всех пациентов с декомпенсированным АЦП уровень ФЦК-18 значительно превышал значения контрольной группы: ФЦК-18 – 1336,7 $\pm$ 589,32 Ед/л против 69,9 $\pm$ 18,3 Ед/л ( $p < 0,001$ ). При этом в группе пациентов с ОХПН уровень ФЦК-18 составил 1802,79 $\pm$ 501,45 Ед/л, что было значимо ( $p < 0,05$ ) выше, по сравнению с пациентами с простой острой декомпенсацией, у которых среднее значение ФЦК-18 составило 932,8 $\pm$ 621,51 Ед/л. Уровень ФЦК-18 положительно коррелировал с уровнем билирубина ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,05$ ), АСАТ ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,05$ ), АЛАТ ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,05$ ), ЩФ ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ). Выявлена взаимосвязь между значением ФЦК-18 и значением шкалы MELD. У пациентов со значением шкалы MELD менее 20 средний уровень ФЦК-18 составил 1114,6 $\pm$ 607,43 Ед/л, у пациентов со значением шкалы MELD более 20 – 1566,1 $\pm$ 549,32 ( $p < 0,05$ ) Ед/л. Летальный исход наступил у 9 (15%) пациентов с острой декомпенсацией цирроза печени, у всех умерших был фенотип ОХПН. Значение ФЦК-18 у пациентов с летальным исходом составило 1817,56 $\pm$ 378,57 Ед/л, что превышало значение ФЦК-18 у выживших пациентов с ОХПН, которое составило 1507,12 $\pm$ 478,89 Ед/л ( $p > 0,05$ ). Таким образом, потенциально возможно использование ФЦК-18 с целью прогнозирования летального исхода у пациентов с ОХПН. При АБП центральную роль в прогрессировании заболевания и процессах декомпенсации играют процессы клеточной гибели вследствие индуцированного этанолом окислительного стресса и реакций врожденного иммунитета. Хроническое воздействие алкоголя вызывает окислительный стресс и гипоксическое повреждение эндоплазматического ретикулума, которые в свою очередь приводят как к гибели клеток путем некроза, так и активации внутренних (митохондриальных) и внешних (опосредованных рецепторами смерти) путей апоптотической гибели клеток. ЦК18 является членом семейства белков промежуточных филаментов цитоскелета. Апоптотическое расщепление цитокератина-18 каспазами высвобождает два эпитопа: М30, маркер апоптотической гибели клеток, и М65, маркер общей гибели клеток. Определение М30 в сыворотке крови позволяет оценивать апоптотический путь клеточной гибели. Процессы клеточной гибели и их продукты поддерживают процессы системного воспаления, выступают в роли индукторов фиброгенеза, и соответственно играют важную патогенетическую роль в переходе от компенсированного цирроза к декомпенсированному. В тоже время, превалирующий тип клеточной гибели при различных фенотипах деком-

пенсации цирроза печени, остается дискуссионным, традиционно подчеркивается ведущая роль процессов некроза в патогенезе острой декомпенсации цирроза печени. В то же время приведенные нами данные демонстрируют высокую активность процессов апоптоза, а также значимый вклад апоптотической гибели клетки в патогенезе острой декомпенсации цирроза и особенно ОХПН. Уровень ФЦК-18 и апоптотической гибели гепатоцитов коррелирует с тяжестью заболевания, холестазом, активностью аминотрансфераз. Изложенное выше позволяет считать ФЦК-18 маркером тяжести декомпенсации цирроза печени, дальнейшего изучения требует возможность его использования в качестве прогностического маркера развития ОХПН и летального исхода.

**Выводы.** Уровень фрагментов М30 цитокина-18 показал высокое диагностическое и прогностическое значение у пациентов с острой декомпенсацией алкогольного цирроза печени, в том числе при развитии ОХПН, что демонстрирует важную патогенетическую роль апоптоза гепатоцитов в процессах декомпенсации.

## КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Родионова А.Ю., Столов С.В., Макарова О.В.

Санкт-Петербургский институт  
усовершенствования врачей-экспертов,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Проанализировать клинико-экспертные параметры больных сахарным диабетом (СД), направленных в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) для установления группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации/абилитации инвалида.

**Материал и методы исследования.** Изучены данные «Направлений на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форма N088/у) и актов освидетельствования в бюро МСЭ у 50 больных, направленных на освидетельствование с диагнозом «Сахарный диабет» в 2020-2021 гг.

**Результаты.** Пациентов с СД 2-го типа было 37 (74%) человек, с СД 1-го типа – 13 (26%) пациентов. Мужчин и женщин было одинаковое число – по 25 человек (по 50%). Средний возраст пациентов составил 55,3 года (от 18 до 80 лет). Длительность СД до направления в бюро МСЭ составляла, в среднем, 14,3 года (2-42 года). Изучение социального статуса пациентов показало, что большинство проживали в семье –

37 (74%) пациентов, одиноких было 13 (26%) человек. Основная часть пациентов проживали в городе – 40 человек (80%), в сельском поселении – 10 (20%) пациентов. Анализ профессионального маршрута показал, что большинство пациентов не работали – 36 (72%) пациентов, продолжали трудовую деятельность 12 (24%) человек, еще 2 (4%) пациента 18 и 19 лет являлись студентами учебных заведений. На пенсии находились 23 (46%) пациента, работал из них только один человек (4,3%). Коморбидные заболевания имелись у абсолютного большинства пациентов (37 (74%) человек) и, в основном, были представлены сердечно-сосудистой патологией. У всех обследованных больных были выявлены стойкие нарушения функций эндокринной системы и метаболизма, сердечно-сосудистой системы, статодинамических функций и функций мочевыделительной системы от незначительной до значительно выраженной степени. Группа инвалидности была установлена в 96% случаев (у 48 человек). У 19 (39,6%) пациентов определена III группа инвалидности, при этом нарушения функций организма у этих больных были представлены стойкими нарушениями органов-мишеней (количественная оценка – 40-60%) в виде сенсорной полинейропатии (78,9%), диабетической ангиоретинопатии (52,6%), ангиопатии нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) 2 степени (42,1%), нефропатии с хронической болезнью почек (ХБП) 3б стадии (36,8%), ампутированной культы стопы с одной стороны (15,8%) и рецидивирующей язвы стопы (5,2%). У 25 (52,1%) человек была установлена II группа инвалидности на основании наличия выраженных нарушений функций органов-мишеней (70-80%): ангиопатии нижних конечностей с ХАН 3 стадии (64%), в том числе, с ампутацией стопы или верхней/средней трети голени в 56% случаях; диабетической нефропатии с ХБП 4-5 стадии и эффективным программным гемодиализом без осложнений (60%); моторно-сенсорной полинейропатии (40%). В 4 (8,3%) случаях больным СД была определена I группа инвалидности в связи со значительно выраженными нарушениями функции органов-мишеней (90-100%) в виде диабетической нефропатии с ХБП 5 стадии с осложнениями гемодиализа, а также ампутированной культы голени обеих нижних конечностей при невозможности их протезирования, приводящей к значительно выраженным нарушениям статодинамических функций. Сроки установления группы инвалидности составили в 29 (60,4%) случаях – 1 год, у одного (2,1%) человека – 2 года и у 18 (37,5%) больных – бессрочно. Вышеперечисленные нарушения здоровья приводили к ограничениям способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности 1-3 степеней, способности к общению и обучению 1-2 степеней. В назначении технических средств реабилитации (костыли подмышечные, трости опорные, кресло-коляски, протезы голени, ортопедическая обувь, впитывающие простыни и др.) нуждались 26 (54,2%) пациентов.

**Заключение.** Среди больных СД, направленных на МСЭ, преобладают пациенты среднего возраста с СД 2-го типа и коморбидностью, семейные, проживающие в городе. Преобладающее число пациентов не работали, даже находясь в трудоспособном возрасте. СД характеризуется большим числом инвалидизирующих осложнений, которые являются определяющими при проведении МСЭ, при этом, более чем в половине случаев устанавливаются I и II группы инвалидности. Число инвалидизирующих осложнений у больных СД составляет от 2 до 5. Более половины пациентов нуждаются в технических средствах реабилитации для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности. Для предотвращения инвалидизации пациентов с СД необходима ранняя диагностика заболевания на бессимптомной стадии, адекватное лечение и наблюдение пациентов, что позволит минимизировать развитие осложнений, приводящих к стойким нарушениям функций органов-мишеней.

## ЛЕПТИН У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС

Романова М.А.<sup>1</sup>, Тополянская С.В.<sup>2</sup>, Елисеева Т.А.<sup>1</sup>,  
Турна О.И.<sup>1</sup>, Вакуленко О.Н.<sup>1</sup>, Бубман Л.И.<sup>1</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>1</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,

<sup>2</sup>Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва

**Цель исследования.** Определение концентрации лептина и оценка взаимосвязи этого адипокина с ожирением и рядом других патологических состояний у больных ИБС в старческом возрасте и долгожителей.

**Материал и методы.** Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование. В исследование было включено 110 больных старческого возраста и долгожителей; 90 пациентов страдали ИБС и составили основную группу, 20 без ИБС – группу контроля. Средний возраст включенных в исследование больных достигал 88,5±4,5 лет; 48,2% были в возрасте 90 лет и старше. Концентрацию лептина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Нормальные значения лептина для женщин составили 2,6-11,1 нг/мл, для мужчин – 2,0-5,6 нг/мл. Содержание жировой ткани в организме оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** Повышенное содержание лептина в сыворотке крови найдено у 58,2% больных, низкое – у 16,4%, нормальное – у 25,4% пациентов. Повышение концентрации лептина обнаружено у 67,1% женщин и у 40,5% мужчин (p=0,007). У больных ИБС средняя

концентрация лептина достигала 16,7 нг/мл, в группе пациентов без ИБС – 15,3 нг/мл (p=0,6). У больных с хронической сердечной недостаточностью вероятность обнаружения низкой концентрации лептина повышалась в 3,2 раза, по сравнению с соответствующими показателями у больных без ХСН (ОШ=3,2; 95% ДИ=1,1-9,9; p=0,03). У больных с ожирением средние показатели лептина составляли 28,5 нг/мл, тогда как у лиц без ожирения – 12,2 нг/мл (p=0,00002). Обнаружена высоко достоверная корреляция между содержанием лептина и индексом массы тела больных (p<0,000001). Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция между уровнем лептина в сыворотке крови и содержанием жировой ткани (p=0,000001). Уровень лептина позитивно коррелировал с концентрацией общего холестерина (p=0,02) и триглицеридов в сыворотке крови (p=0,003). У больных сахарным диабетом наблюдались более высокие значения лептина (26,3 нг/мл по сравнению с 13,5 нг/мл в группе пациентов без диабета; p=0,0003); обнаружена достоверная прямая корреляция между содержанием лептина и глюкозы в сыворотке крови (p=0,0003). В группе пациентов с низкой концентрацией лептина отмечены более низкие показатели минеральной плотности костной ткани (p=0,0003).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о большой распространенности патологии лептина у больных старческого возраста и долгожителей, как с ИБС, так и без ИБС. Более высокие уровни лептина ассоциируются с различными метаболическими нарушениями (ожирением, дислипидемией и сахарным диабетом). Низкое содержание лептина характерно для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Руденко И.Б.<sup>1</sup>, Казакова И.А.<sup>1</sup>,  
Калимуллин Р.Ш.<sup>2</sup>, Немкова А.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск,

<sup>2</sup>ООО «Санаторий Варзи-Ятчи»,  
Алнаши

При выполнении своих служебных обязанностей медицинские работники вынуждены контактировать с пациентами Covid-19 и зараженным биологическим материалом. Это приводит к увеличению заболеваемости от воздействия биологических факторов и понижению уровня здоровья среди медицинских работников вследствие осложнений от перенесенной коронавирусной инфекции. Медицинские работники являются самой уязвимой в плане заражения Covid-19



профессиональной группой. Для данной категории больных необходимо разрабатывать эффективные реабилитационные программы, которые позволят снизить число дней нетрудоспособности, сократить сроки выздоровления и более быстро возобновить свою медицинскую деятельность.

**Цель.** Оценить эффективность санаторно-курортных лечебных факторов в персонифицированной реабилитации медицинских работников с постковидным синдромом на базе ООО «Санаторий Варзи-Ятчи» Удмуртской республики в 2021 году.

**Материалы и методы.** Изучено 105 историй болезни медицинских работников, проходивших санаторно-курортную реабилитацию и перенесших коронавирусную инфекцию различной степени тяжести: по типу ОРВИ с потерей обоняния или вкуса – 26 человек (24,7%) и внебольничной пневмонии – 79 (75,3%). Возраст пациентов в среднем составил  $54,25 \pm 2,45$  года. Из 105 человек, 84 (80,0%) пациента проходили санаторно-курортное лечение через год после перенесенной Covid-19, а 19 (20,0%) через полгода после заболевания. В санатории проводилось обследование в соответствии с медико-экономическими стандартами, включая определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. Инструментальное обследование включало: пульсоксиметрию с оценкой уровня SpO<sub>2</sub> и спирометрию. Длительность пребывания в санатории составила от 10 до 16 дней. План реабилитации для каждого медицинского работника составлялся индивидуально, в зависимости от осложнений перенесенной Covid-19, коморбидного фона, превалирующих жалоб и степени функциональных нарушений органов и систем. В реабилитационную программу были включены основные лечебные санаторно-курортные факторы: лечебная физкультура и терренкур (от 2 и более км) ежедневно, дыхательная гимнастика (от 6 занятий и более), грязелечение (от 6 и более процедур), различные виды массажа (более 5 сеансов) и физиолечения (более 6 процедур на курс). Всем пациентам назначалась бальнеотерапия в виде приема внутрь маломинерализованной сульфатно-натриево-магниево-кальциевой минеральной воды по 150-200 мл 3 раза в день и в виде ванн сульфатно-кальциевого и хлоридно-натриевого состава (от 5 и более процедур).

**Результаты.** Все пациенты, поступившие на реабилитацию в ООО «Санаторий Варзи-Ятчи» имели 3-4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации. Наибольшее количество переболевших Covid-19 работали медсестрами – 43 (41%), далее врачи – 20 (19%), акушерки – 9 (8,6%), заведующие отделениями – (7,6%) и другие сотрудники медицинских организаций (рентгенолаборанты, санитарки, фельдшера). Среди жалоб лидировали астенический и суставной синдромы, в 98 (93,3%), и 51 (48,5%) случаев соответственно. Также отмечались одышка у 33 (31,4%) и кашель у 24 (22,8%) пациентов. У 91 (86,6%) скорость клубочковой фильтрации была ниже  $90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ . По общему анализу мочи отклонений выявлено не было. Нарушение функции внешнего дыхания наблюдалось у 80 (76,1%) пациентов и сопровождалось

снижением ФЖЕЛ от 68% до 80% от должного объема и сатурации крови кислородом от 96% до 98%. После прохождения реабилитационных мероприятий у всех пациентов исчезла слабость, уменьшился суставной синдром у 41 человека (в 39,1% случаев). Одышка сохранялась у 22 пациентов (в 21% случаев). Положительная динамика наблюдалась и по общему анализу крови: снизились показатели СОЭ с  $19 \pm 3,3$  до  $12 \pm 2,6$  мм/час (на 34,1%), уменьшилось количество лейкоцитов с  $11 \pm 3,6$  до  $6 \pm 3,1 \cdot 10^9/\text{л}$  (на 48,1%) и тромбоцитов с  $340 \pm 10,4$  до  $268 \pm 8,6 \cdot 10^9/\text{л}$  (на 21,2%) ( $P < 0,01$ ). Уровень фибриногена в крови также снизился с  $5 \pm 2,1$  до  $3 \pm 1,2$  г/л ( $P < 0,01$ ). После реабилитации СКФ имела тенденцию к увеличению на 15,1% у 23 (21,9%). Отмечено улучшение сатурации крови кислородом SpO<sub>2</sub> с  $96 \pm 0,3\%$  до  $98 \pm 0,5\%$  ( $P < 0,01$ ). Положительная динамика в изменении показателей дыхательных объемов, особенно ФЖЕЛ – увеличилась с  $68 \pm 1,2\%$  до  $80 \pm 1,6\%$  ( $P < 0,01$ ).

**Выводы.** Средний медицинский персонал, чаще всего медицинские сестры, более подвержен риску инфицирования Covid-19. Комплексная реабилитационная программа и разработанный персонифицированный подход в ООО «Санаторий Варзи-Ятчи» позволяет качественно подойти к реабилитации медицинских работников с постковидным синдромом. Данная программа направлена на стимулирование иммуно-биологических реакций организма, улучшение аэрации легких и эластичности легочной ткани и бронхов, повышению двигательной активности суставов, в целом, увеличению функциональных резервов организма. Это помогает провести восстановление организма в максимально короткие сроки, и способствует более быстрому возвращению к работе на базы своих лечебных учреждений.

## НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Русакова В.А., Волошинова Е.В., Петрова Н.Ю.

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

**Цель исследования.** Оценить значение лимфо-пролиферативного заболевания (ЛПЗ) как причинного фактора острого почечного повреждения (ОПП) на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Представлено клиническое наблюдение пациента Т. 40 лет, выявленное в г. Саратове. Проведена оценка анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, объективных данных.

**Результаты и обсуждение.** Пациент Т. 40 лет, ранее здоров, заболел остро в начале июля: слабость, повышение температуры тела до  $37,8 \text{ }^\circ\text{C}$ , ноющую боль в поясничной

области, повышение АД до 160 и 90 мм рт. ст., в связи с чем госпитализирован в областную инфекционную больницу. При поступлении: гемоглобин (Hb) – 111 г/л, креатинин крови 322,4 мкмоль/л, мочевина 33 ммоль/л. Проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, противовирусная терапия. Выписан с диагнозом острый бронхит, лимфаденит заднешейного лимфоузла. Азотемия трактовки не получила, рекомендована консультация нефролога. Нефрологом было заподозрена геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) как причина ОПП, (в дебюте - инъекция сосудов склер, предположительный контакт с грызунами, анемия, тромбоцитопения). Для уточнения диагноза пациент направлен в отделение нефрологии 20.07.22 г. При поступлении: гемоглобин 109 г/л, лейкоцитоз  $16 \times 10^{12}/л$  со сдвигом влево вплоть до бластных форм (3%), СОЭ 30 мм/ч, креатинин крови 192 мкмоль/л, мочевина 11 ммоль/л, протеинурия 0,6 г/л, лейкоциты 2000, эритроциты 5600 в 1 мл мочи соответственно. УЗИ шейных, надключичных, подмышечных, паховых лимфоузлов – признаки лимфаденита, Гепатоспленомегалия по данным ультразвукового исследования. С учетом отрицательных результатов серологического исследования на ГЛПС, наличия гепатоспленомегалии, лимфоаденопатии, лейкоцитоза, появление бластов в периферической крови требовалось исключение онкогематологического заболевания. Пациент осмотрен гематологом, высказано предположение о лейкомоидной реакции лимфоцитарного типа либо инфекционном мононуклеозе. Исследовалась кровь на иммуноглобулины (Ig) к вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ), герпеса 1 и 4 типа, цитомегаловирусу (CMV) (повышены титры IgG к ВЭБ, CMV). Проведена стерильная пункция (костный мозг нормоклеточен). Инфекционистом выставлен диагноз ВЭБ-инфекция, период ранней ревалесценции, рекомендована терапия интерферонами, повторная консультация гематолога через месяц. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 03.08.22 г. с диагнозом острый тубулоинтерстициальный нефрит неуточненной этиологии. 07.08.22 г. в связи с уменьшением диуреза, тошнотой, рвотой: повышение температуры до  $37,5^{\circ}C$  госпитализирован в нефрологическое отделение. Состояние тяжелое, пальпируются отдельные, местами конгломераты шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов размерами 1-3 см, в левом подреберье пальпируется селезенка на 10 см из-под края реберной дуги. гемоглобин 79 г/л, тромбоциты  $110 \times 10^9/л$ , бласты 16 %, креатинин крови 271 мкмоль/л, мочевина 20 ммоль/л, лактатдегидрогеназа 2835 Е/л. При компьютерной томографии – лимфаденопатия средостения, подмышечной области с обеих сторон. 16.08.22 г. выполнена нефробиопсия, 17.08.22 г. произведена эксцизионная биопсия пахового лимфоузла, на которой отмечается картина неходжкинской лимфомы, при иммунофенотипировании – В-клеточная лимфома. Гематологом назначена терапия дексаметазоном и циклофосфаном. С 20.08.22 г. в связи с нарастанием азотемии (креатинин – 499,7 мкмоль/л, мочевина – 62,3 ммоль/л) проведен сеанс гемодиализа. 21.08.22 г. пациент скончался. Гистологическое исследование аутопсийного материала (селезенки, почек): очаги отсева лимфомы. Резуль-

таты исследование нефробиоптата получены 24.08.22 г. (после смерти): острый канальцевый некроз, диффузный нефрокальциноз, умеренная инфильтрация интерстиция мононуклеарами. Протокол прижизненной биопсии лимфоузла: морфологическая картина и данные иммуногистохимического исследования характеризуют субстрат фолликулярной лимфомы 3В цитологического типа. Патолого-анатомический диагноз: неходжкинская В-клеточная фолликулярная лимфома IV В стадия.

**Выводы.** Особенностью представленного клинического наблюдения является манифестации ЛПЗ симптомами ОПП. Морфологическим субстратом ОПП явился острый канальцевый некроз (ОКН), нефрокальциноз, в меньшей степени – инфильтрация интерстиция мононуклеарами. Причиной ОКН при лейкозах является токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности патологического клона лимфоцитов. Нефрокальциноз является следствием усиленной резорбции остеокластами кости за счет продукции гуморальных и местных факторов на фоне ЛПЗ, а также повышенное всасывание кальция в кишечнике. В верификации ОПП неясного генеза ведущая роль принадлежит морфологическому исследованию нефробиоптата.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Рустамов Р.Ш., Султанова М.Х., Матжонов С.Х.,  
Мирхамидов М.В.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить поражение и воспалительную активность почек при системной красной волчанке.

**Материал и методы.** Обследовано 65 пациентов. Диагноз СКВ устанавливали согласно критериям Американской коллегии ревматологов (ARA, 1990). Степень активности заболевания определяли, используя индексы SLEDAI, SLAM, и ECLAM. Средний возраст больных составил  $36,47 \pm 11,42$  (18-50 лет). Женщины преобладали (80%). Наиболее часто встречался кожный и суставной синдромы в различных сочетаниях (77,6%). Проводились общие клинические анализы крови, мочи, биохимический метод с определением количества общего белка, липопротеидов, холестерина, уровня креатинина плазмы крови, мочевины. Дополнительные методы исследования почек включали: проба Зимницкого, оценивался суточный диурез с расчетом коэффициента диуреза (объем дневного диуреза деленный на объем ночного диуреза, расчетная норма коэффициента 1,5); оценка скорости клубочковой фильтрации с помощью формулы Cockcroft-Gault, ультразвуковое исследование почек. Оценивались

размеры почек, состояние коркового и мозгового слоев, толщина паренхимы и ее эктогенность. Иммунологические исследования включали определение концентрации С-реактивного белка. Определение фактора некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) осуществляли иммуноферментным методом с помощью набора для количественного определения человеческого TNF- $\alpha$  в человеческой сыворотке, фирмы Bender MedSystems кат. № BMS223/3-96. Средняя  $8,19 \pm 3,64$  пг/мл, верхняя граница 15,47 пг/мл. Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась с помощью статистической компьютерной программы Statistica 5.9 компании StatSoft (США).

**Результаты и обсуждение.** Признаки нарушения функции почек в той или иной степени были зарегистрированы у всех больных люпус-нефритом. Синдром артериальной гипертензии встречался в 35,5% случаев, синдром хронической почечной недостаточности в 37,7% случаев. Мочевой синдром у большинства больных СКВ характеризовался умеренной протеинурией (75,5%), умеренной гематурией (73,3%) и лейкоцитурией (73,3%). В 15,5% случаев люпус-нефрит проявлялся острым нефритическим синдромом, у остальных 38 (84,5%) больных умеренным хроническим нефритическим синдромом. При анализе показателей азотемического обмена в зависимости от длительности болезни, отмечалось повышение уровня мочевины у больных в первые 3 года болезни, с последующим его повышением после 5 лет болезни. При этом скорость клубочковой фильтрации достоверно снижалась лишь у больных с длительностью болезни более 5 лет по сравнению с контрольной группой. Хочется отметить достаточно плавный характер снижения СКФ у больных люпус-нефритом. Выявлена достоверная отрицательная корреляция возраста больных с уровнем креатинина ( $r = -0,94$ ,  $p < 0,001$ ). С целью оценки иммунных нарушений при люпус-нефрите были исследованы следующие показатели: провоспалительная активность процесса – фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) и С-реактивный белок (СРП), уровень которых в крови был достоверно выше контрольных показателей при СКВ. При оценке изменений иммунных показателей в зависимости от активности СКВ было отмечено достоверное повышение провоспалительной и воспалительной активности в зависимости от степени волчаночного процесса (ФНО- $\alpha$  и СРП). Для оценки влияния «фактора времени» на иммунный процесс при СКВ был проведен анализ иммунных показателей в зависимости от длительности болезни.

**Выводы и заключение.** При обследовании больных СКВ синдром артериальной гипертензии встречался в 35,5% случаев, а синдром хронической почечной недостаточности в 37,7% случаев. У большинства больных мочевого синдром характеризовался умеренной протеинурией (75,5%), умеренной гематурией (73,3%) и лейкоцитурией (73,3%). В 84,5% случаев у пациентов наблюдался умеренный хронический нефритический синдром. Выраженность этих измене-

ний увеличивается в зависимости от степени активности волчанки. Установлены положительные корреляционные связи ФНО- $\alpha$  и СРП с активностью СКВ, СОЭ, а также наличие отрицательной связи ФНО- $\alpha$  с уровнем гемоглобина, положительная, достаточно сильная корреляционная связь ФНО- $\alpha$  с уровнем креатинина и мочевины, что подтверждает участие описанных факторов в иммунном процессе волчаночного воспаления. Достоверная отрицательная корреляция возраста больных с уровнем креатинина свидетельствует о более тяжелом течении болезни у молодых пациентов.

## ИЗУЧЕНИЕ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Рустамов Р.С., Султонова М.Х., Мирхамидов М.В., Нурмухамедова Н.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель работы.** Описать состояние развития дебюта системной красной волчанки под маской обострения хронического пиелонефрита.

**Материалы и методы.** Больной Ш., 30 лет, болен сахарным диабетом 1 типа в течение 6 лет, в анамнезе пиелонефрит в детстве. В апреле 2021 г. появились неприятные ощущения в правом подреберье, сердцебиение, слабость, затем явные отеки ног. При амбулаторном обследовании обнаружены изменения в анализах мочи, увеличение СОЭ. В мае 2021 года поступил в нефрологическое отделение, затем в эндокринологическое отделение больницы ТМА в Ташкенте был поставлен диагноз: «Сахарный диабет 1 типа. Диабетическая нефропатия? Хронический пиелонефрит». При обследовании отмечены изменения в общем анализе мочи. получено: лейкоциты – до 46 в поле зрения, белок – 2 г/л, лейкопения, анемия, в общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 42 мм/ч), с учетом наличия длительной лихорадки, выраженной протеинурии, лейкопении, значительного похудения, полного отсутствия аппетита, стойкой тошноты. Выявлены: двусторонний плеврит, лимфаденопатия внутригрудных и подмышечных лимфатических узлов. Реакция Манту и диаскина – отрицательный результат; тест на прокальцитонин отрицательный, фиброгастроуденоскопия и ирригоскопия – без патологии. В июле отмечались эритемы в области лба, щек, подбородка, а также суставной и мышечной синдромы. По данным иммунологического исследования выявлено 243,84 МЕ/мл антител к нативной ДНК (Ат для ндн), антинуклеарный фактор (АНФ) 1:64.

**Результаты.** Диагностические критерии системной красной волчанки 7 (эритема кожи лица, синдром



суставов, серозит, поражение почек, гематологические изменения, иммунологические изменения, наличие антител против ядра) диагностируется с учетом наличия: «системная красная волчанка, подострое течение, активность 2, с поражением кожи., суставы, мышцы, сердце, почки (волчаночный нефрит, нефротический синдром, хроническая почечная недостаточность I степени), лимфаденопатия, лихорадочный синдром. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4. Диабет I типа, диабетическая ангиопатия сетчатки». определяется клинической и лабораторной динамикой. В настоящее время пациент не предъявляет активных жалоб, отклонения в общем анализе мочи сохраняются (стойкая протеинурия до 1,0-2,0 г/л, единичные эритроциты – гиалиновые цилиндры-0-1 в поле зрения), общий анализ крови при нормальных значениях, АТ к нднк-84 МЕ / мл, АНФ-1: 32.

**Вывод.** В этом клиническом случае показаны особенности и трудности диагностики системной красной волчанки, которая может возникать и возникать под маской различных заболеваний.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ

Рыбина Т.М.<sup>1</sup>, Мановицкая Н.В.<sup>2</sup>, Грекова Т.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Республиканский центр охраны труда,

<sup>2</sup>Белорусский медицинский университет,

<sup>3</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Оценка уровня различных групп цитокинов у работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля дезинтеграции.

**Материалы и методы.** Группу исследования составили 49 работников в возрасте от 27 до 52 лет (39,7±7,0 лет), стаж работы в условиях воздействия промышленного аэрозоля – 9,7±5,5 лет. Группу сравнения составили 17 практически здоровых человек (46,9±8,3 лет), не имеющих контакта с вредными факторами производственной среды и трудового процесса. Уровни IL-1β, IL-2, TNF-α, INF-γ в образцах сыворотки крови основной и контрольной групп были определены с использованием наборов реагентов для иммуноферментного анализа, производства ЗАО «Вектор-Бест» (Российская Федерация). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6,0.

**Результаты и обсуждение.** Концентрация всех исследованных цитокинов в сыворотке крови в группе исследования была ниже, чем в группе сравнения,

достоверное уменьшение выявлено по содержанию INF-γ ( $p=0,0226$ ) (4,30 [0,30;12,8] пг/мл против 11,8 [3,80;19,8] пг/мл). По нашему мнению, снижение концентрации исследованных цитокинов может происходить вследствие снижения активации Т-лимфоцитов и NK-клеток, которые являются основными продуцентами INF-γ. Таким образом, недостаточное поступление в организм работников бактериальных и вирусных антигенов, ежедневная санация дыхательных путей в течение рабочей смены (бактериостатическое и бактерицидное действие на микроорганизмы соляной пыли), вероятно, способствует снижению выработки цитокинов. Нами были определены основные направления поиска по выявлению связи данных показателей со стажем работы и возрастом.

Возраст в группе исследования составил 39,7±7,0 лет (от 27 до 52 лет), стаж работы в условиях воздействия промышленного аэрозоля – 9,7±5,5 лет (от 1 до 30 лет). Возраст в группе сравнения – 46,9±8,3 лет (от 33 до 60 лет). Нами было выделено три возрастных группы работников основной группы: первая – от 27 до 35 лет, вторая от 35 до 45 лет и третья группа от 45 до 52 лет. В каждой группе было достаточное количество обследуемых (14-21-14 человек соответственно). Значимых различий между возрастными группами и группой сравнения по уровню содержания цитокинов сыворотки крови не выявлено, равно как и нет достоверных различий по данным показателям между выделенными группами.

Затем было проверено наличие достоверных различий в уровнях показателей цитокинов в сыворотке крови работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля, в разных стажевых группах. Сформированы четыре стажевые группы (со стажем работы 1-4 года, 5-9 лет, 10-14 лет и 15-30 лет работы). В каждой группе количество обследуемых составило от 10 до 17 работников. При проведении анализа установлено, что в стажевой группе от 10 до 14 лет уровень INF-γ достоверно ниже, чем в группе сравнения ( $p=0,0173$ ). В стажевой группе от 15 до 30 лет отмечаются более низкие уровни цитокинов, имеющие значимые различия с группой сравнения по IL-1β, IL-2 и INF-γ ( $p=0,0129$ ,  $p=0,0404$ ,  $p=0,0459$  соответственно). Различия по TNF-α присутствуют, но не являются достоверными ( $p=0,066$ ).

**Выводы.** Достоверное снижение уровня цитокинов имеет место после 10 лет работы по INF-γ, а после 15 лет работы по трем показателям IL-1β, IL-2 и INF-γ. Таким образом, длительное пребывание в «стерильных условиях» снижает иммунный ответ и формирует состояние организма не способное к адекватной реакции на бактериальное или вирусное воздействие.

На основании полученных данных можно предположить, что уровень INF-γ является значимым показателем для работников, занятых в условиях воздействия промышленного аэрозоля в плане ранней донозологической диагностики и необходимо внедрение определения данного показателя в сыворотке крови работников в ее алгоритм.

## РЕГЕНЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ И БЕСКЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рыков М.Ю.<sup>1</sup>, Долгополов И.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский государственный социальный  
университет,

Москва,

<sup>2</sup>Тверской государственной медицинской  
университет,

Тверь

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее распространенных и тяжелых форм ишемической болезни сердца (ИБС), на фоне которой существенно снижается продолжительность и качество жизни пациентов. Применяемые в настоящее время фармакологические и немедикаментозные методы ее лечения недостаточно эффективны, а трансплантация сердца ограничена организационными и техническими сложностями, возникающими при выполнении этого оперативного вмешательства, а также недостаточной доступностью донорских органов. Известно, что потенциал клеток миокарда к репарации невелик, поэтому регенеративная терапия может быть востребована, как новое перспективное направление лечения ХСН.

Существует несколько направлений клеточной терапии, способствующей улучшению процессов репарации миокарда. Одним из них является трансплантация соматических стволовых клеток, которая считается безопасной и несколько улучшает сократимость миокарда, преимущественно за счет паракринных механизмов регуляции клеточного цикла. В качестве альтернативы этой методике, для трансплантации непосредственно в поврежденные участки миокарда могут быть использованы кардиомиоциты, полученные из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток (iPSC). Однако до начала применения таких клеток у лиц, страдающих ХСН, предстоит решить проблемы их потенциальной онкогенности и недостаточно хорошей выживаемости в условиях редукции кровотока на фоне тяжелого коронарного атеросклероза. В ряде исследований рассматривались и другие направления клеточной терапии, в частности бесклеточный подход к прямому перепрограммированию, заключающийся в преобразовании эндогенных сердечных фибробластов в индуцированные кардиомиоцитоподобные клетки. В обзоре мы рассматриваем текущую ситуацию и перспективы использования регенеративных клеточных и бесклеточных технологий при ХСН, которые могут быть введены в клиническую практику в ближайшем будущем.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С «LONG-COVID-19» СИНДРОМОМ И МЕТОДЫ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИХ КОРРЕКЦИИ

Рыков М.Ю.<sup>1</sup>, Долгополов И.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский государственный социальный  
университет,  
Москва,

<sup>2</sup>Тверской государственной медицинской  
университет,  
Тверь

Долгосрочные последствия инфекции SARS-CoV-2 вызывают все большую озабоченность. «Пост-COVID-19 синдром» характеризуется нарушением функции не только легких, но затрагивает все уровни нервной системы.

**Цель.** Обобщить и систематизировать результаты исследований, посвященных лечению и реабилитации пациентов с поражением центральной, периферической и вегетативной нервной систем, вызванным перенесенной коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, и исследований, посвященных реабилитации больных с сосудистыми, поствоспалительными и травматическими поражениями нервной системы с применением стволовых клеток взрослого типа, как потенциального метода борьбы с неврологическими последствиями «постковидного синдрома».

**Материалы и методы.** Проведен поиск литературных источников (научных статей), включая опубликованные в рецензируемых журналах, индексируемых в PubMed, WoS, Scopus и РИНЦ. Проанализировано 72 статьи, посвященных клеточным технологиям и иммунотерапии в неврологии, из которых 63 включены в данный обзор.

**Результаты.** Включение стволовых клеток (СК) в программы реабилитации пациентов с разнообразными повреждениями и заболеваниями ЦНС – новое, перспективное направление исследований. Возможные механизмы терапии травмы спинного мозга, базирующиеся на использовании стволовых плюрипотентных клеток взрослого типа из костного мозга (СК), в том числе СД34+, включают множество аспектов. На фоне трансплантации СК могут восстанавливаться поврежденные нервные клетки и окружающие ткани, включая нейроны и глиальные клетки, что помогает обеспечить целостность пути нервной проводимости и, таким образом, восстановить нервную функцию. Терапия СК может подавлять гены, участвующие в воспалении и апоптозе, а также активировать гены с нейропротекторным действием, тем самым защищая спинномозговые нейроны от вторичного повреждения. Введение аутоСД34+ СК будет производиться интратекально путем спинномозговой (люмбальной) пункции, выполненной в L2-L3 промежутке, под местной анестезией 1% раствора лидокаина. Доза аутоСД34+ СК определяется по содержанию СД34+ клеток и составляет

не менее  $1 \times 10^6$  CD34+ клеток на 1 введение. Аутологичные гемопоэтические стволовые клетки (ГСК), полученные от самого пациента, не вызывают иммунологических конфликтов, и, соответственно, не требуют проведения иммуносупрессивной терапии в отличие от донорских (аллогенных) и ксеногенных клеток. Таким образом, у больного не происходит нарушений в естественных механизмах противoinфекционного и противоопухолевого контроля. При этом, аутологичные ГСК относительно легко получить и культивировать при необходимости, а при применении данного типа клеток врачи не сталкиваются с этическими и законодательными вызовами.

**Заключение.** Планируется проспективное, контролируемое, открытое, одноцентровое исследование, длительностью 6 мес., с включением в него пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, перенесших коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, с наличием в позднем периоде «постковидного» синдрома, ассоциированного с поражением центральной и периферической нервной системы. В исследовании планируется многократные введения аутоCD34+ СК с интервалом в 28-30 дней с проведением курсов реабилитации в интервалах между введениями.

## ВРОЖДЕННЫЙ Т И НК-КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ С НАРУШЕНИЕМ В ЭКСПРЕССИИ БЕТА-ИНТЕГРИНА НА НЕЙТРОФИЛАХ У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ KMT2D: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Рыков М.Ю.<sup>1</sup>, Долгополов И.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский государственный социальный университет,  
Москва,

<sup>2</sup>Тверской государственной медицинской университет,  
Тверь

**Введение.** Патогенные мутации в генах KMT2D или KDM6A связаны не только с классическим проявлением синдрома Кабуки (СК), характеризующимся постнатальной недостаточностью роста, дисморфическими чертами лица, аномалиями скелета и умственной отсталостью, но и характеризуются проявлениями общего вариабельного иммунодефицита, выявляемыми не менее, чем у 50% пациентов. У лиц с СК имеется склонность к рецидивирующим инфекциям и гипогаммаглобулинемии. Для пациентов этой когорты характерно развитие различных аутоиммунных заболеваний, обусловленных нарушением контроля со стороны иммунной системы.

**Цель исследования.** Продемонстрировать сложность диагностики причин врожденного иммунодефицита у детей и представить алгоритм диагностического поиска.

**Материал и методы.** Все исследования пациента с рецидивирующей, резистентной к терапии инфекционным синдромом с поражением ЛОР-органов, глаз, кишечника и легких проводились после получения информированных согласий с использованием стандартных протоколов. Состояние Т и В-клеточного звена, НКклеток и анализ молекул адгезии на нейтрофилах тестировались методом цитометрии (FACScanto II, Becton Dickinson) с использованием моноклональных антител (Becton Dickinson). Уровень IgA, IgM, IgG и цитокинов определялся с помощью тест-систем ИФА. Полноэкзомное секвенирование ДНК произведено на NGSсеквенаторе MGISEQ-2000 с глубиной покрытия 282x.

**Результаты.** В статье описано клиническое течение резистентного инфекционного синдрома у ребенка 1,5 лет, с формированием гранулематозной лимфоцитарной интерстициальной болезни легких (GLILD). При этом у пациента не наблюдалось гипогаммаглобулинемии, характерной для СК. Незначительно повышенный уровень иммуноглобулинов, ответ на ранее проведенную вакцинацию и поликлональный репертуар В-лимфоцитов свидетельствовал об отсутствии нарушений в гуморальном звене иммунитета. При иммунофенотипировании выявлено отсутствие популяции Т-регуляторных клеток (CD4+CD25++CD127-) и эффекторных НК-клеток (CD16+CD56+CD3-) в периферической крови. Значимо снижены уровни CD4+CD3+ Т-лимфоцитов и индекс CD4+/CD8+. Кроме того, на клетках гранулоцитарного ряда отсутствовала экспрессия интегрин-бета (CD18). При полноэкзомном секвенировании выявлена делеция в экзоне 24 гена KMT2D, что позволило поставить точный клинический диагноз.

**Заключение.** Необходимо всегда подозревать наличие врожденного иммунодефицита у детей с рецидивирующими бактериальными инфекциями, резистентными к терапии, особенно в комбинации с проявлениями психоневрологического дефицита, энтеропатиями и аутоиммунными заболеваниями.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХОБЛ

Рыкунова Д.Ю.<sup>1</sup>, Тинаева Р.Ш.<sup>1</sup>, Ансаров Х.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский областной клинический онкологический диспансер,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград

**Цель исследования.** Изучить особенности течения нейропсихических расстройств при ХОБЛ у жителей Волгоградской области.



**Материалы и методы.** Исследование проводилось в условиях пульмонологических отделений ГУЗ «ГКБСМП № 25», ГБУЗ «ВОКБ №1» и ГУЗ «КБСМП №15», всем исследуемым было проведено клинико-функциональное обследование и лечение согласно стандартам оказания помощи пациентам при ХОБЛ.

Оценка нейропсихологических расстройств проводилась при помощи следующих шкал: анкета качества сна (Я.И. Левин, 1998), оценка тяжести депрессивного настроения и тревоги HADS, нарушения когнитивных функций MMSE-test, оценка качества жизни.

**Результаты.** Объектом исследования стали 60 больных ХОБЛ (50% мужчин, 50% женщин).

В результате комплексного обследования выделено три группы больных: группа больных, страдающих ХОБЛ (легкой степени тяжести) в течение 15 лет – 21 человек (6 женщин, 15 мужчин) со средним возрастом  $55,3 \pm 1,29$  года; группа больных, страдающих ХОБЛ (средней степени тяжести), в течение 20 лет – 38 человек (17 женщин, 21 мужчина) со средним возрастом  $66,1 \pm 1,27$  года; группа больных, страдающих ХОБЛ (тяжелой степени тяжести) в течение 25 лет – 1 человек (мужчина) с возрастом 82 года.

Из них 63% респондентов (38 человек) страдают ХОБЛ средней степени тяжести, так как испытывают одышку при умеренной физической нагрузке, 35% респондентов (21 человек) отмечают одышку лишь при интенсивной физической нагрузке, то есть имеют легкую степень тяжести, и 2% респондентов (1 человек) предъявляют жалобы на одышку в покое, что является проявлением ХОБЛ тяжелой степени тяжести. Результаты были получены с помощью шкалы одышки mMRC.

40% обследуемых в анамнезе имеют заболевания ССС, такие как артериальная гипертензия, ИБС, ХСН.

Жалобы на изменение качества сна предъявляли 89% пациентов (53 человека). В итоге проведенного анкетирования пациентами расценены следующие нарушения сна: 40% респондентов (24 человека) испытывали трудности при засыпании, 25% респондентов (15 человек) – частые пробуждения, 15% (9 человек) – бессонницу, 9% респондентов (5 человек) испытывали страх при засыпании.

78% пациентов (47 человек) испытывали внезапное чувство паники, 17% респондентов (10 человек) – страх смерти, 13% респондентов (8 человек) – неусидчивость, 21% респондентов (13 человек) – внутреннее напряжение или дрожь. У 61% респондентов (37 человек) возникали беспокойные мысли. При оценке уровня тревоги по данным опросника HADS у 59% опрошенных был выявлен средний уровень тревоги, 20,9% имеют низкий уровень тревоги, а у 20,1% уровень тревоги очень высок.

При оценке уровня депрессии по данным опросника у 20% опрошенных (12 человек) не было выявлено признаков депрессии. У 70% респондентов (42 человека) имеется субклинически выраженная депрессия. Такие пациенты длительное время чувствуют подавленность и симптомы, схожие с депрессией, но менее интенсивные. У 10% респондентов (6 человек) клинически выраженная депрессия.

31% пациентов (19 человек) отмечали, что им сложнее стало понимать и анализировать прочитанное. 48% респондентов (29 человек) испытывают трудности при концентрации внимания, 8% респондентов (5 человек) не могут запомнить новую информацию, 13% респондентов (7 человек) не могут вспомнить некоторые события.

**Выводы.** Общие результаты настоящего исследования указывают на то, что у пациентов с ХОБЛ могут развиваться когнитивные нарушения. Наиболее распространенными когнитивными расстройствами, ассоциированными с ХОБЛ, являются нарушения сна и памяти, сниженное настроение, чувство тревоги и страха. Кроме того, у таких пациентов страдают речь и способность к абстракции, а также зрительно-конструктивные и исполнительные навыки.

Следует отметить, что снижение когнитивных функций, а также уровень тревоги и депрессии у пациентов коррелирует с тяжестью основных клинических характеристик болезни, наличием сопутствующих заболеваний ССС. Помимо разработки вмешательств, которые ограничивают смертность от ХОБЛ, необходима дополнительная работа для уменьшения когнитивных нарушений у пациентов, страдающих ХОБЛ.

Когнитивная дисфункция является частым осложнением ХОБЛ, которое связано с гипоксемией, гиперкапнией, системным воспалением, тревогой и депрессией. Эти факторы обуславливают манифестацию симптома нарушения когнитивных функций у больных ХОБЛ.

Таким образом, понимание факторов, влияющих на когнитивные нарушения у пациентов с ХОБЛ имеют решающее значение для улучшения качества жизни пациентов и снижения нагрузки на их семьи и общество. К настоящему времени не существует признанных визуализирующих методик диагностики когнитивных нарушений. Пожалуй, единственным, в чем сходятся большинство исследователей, является протективная роль ежедневных физических тренировок и оксигенотерапии, способных улучшать познавательные функции у пациентов с ХОБЛ. Физические упражнения являются основным элементом легочной реабилитационной терапии ХОБЛ. Исследования подтвердили, что они могут эффективно улучшать когнитивные функции пациентов с ХОБЛ.

## АНОМАЛИИ УРОВНЕЙ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ И ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОМ COVID-19

Рябкова В.А.<sup>1,2</sup>, Полетаева А.А.<sup>3</sup>, Кошкина И.А.<sup>4</sup>,  
Евсютина Ю.В.<sup>5</sup>, Марченко В.Н.<sup>1</sup>,  
Трофимов В.И.<sup>1</sup>, Чурилов Л.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург,

<sup>3</sup>Медицинский исследовательский центр  
«Иммункулус»,

<sup>4</sup>Медицинский центр ООО «Доктор Кошкина»,

<sup>5</sup>Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И. М. Сеченова,  
Москва

**Введение.** Широкий спектр стойких симптомов, не исчезающих в течение многих недель и месяцев после выздоровления от COVID-19, наиболее известен как «постковидный синдром» (post-acute COVID syndrome, PACS). Согласно стандартному определению случая, предложенного ВОЗ (2021 г.), одним из необходимых для его диагностики критериев является сохранение симптомов на протяжении 12 недель и более. Также было предложено дополнительно выделять «продолжающийся симптоматический COVID-19» (ongoing symptomatic COVID19, OSC), когда симптомы сохраняются на сроке 4-12 нед.

**Цель исследования.** Изучение уровней естественных аутоантител к антигенам основных органов и систем у пациентов с PACS и OSC.

**Материалы и методы.** В исследование вошли четыре группы участников: 1) 22 пациента, соответствующие критериям стандартного определения случая PACS; 2) 22 пациента, соответствующие критериям OSC; 3) 11 условно здоровых лиц, которые были обследованы в период 2021-2022 гг (на фоне пандемии COVID19); 4) 20 условно здоровых лиц, которые были обследованы в период 2015-2018 гг (до начала пандемии COVID19). Методом ИФА в сыворотке крови участников исследования были определены относительные уровни 33 специфических аутоантител (а-АТ) с помощью панелей ЭЛИ-Висцero-Тест-24 и ЭЛИ-Н-Тест-12, разработанных медицинским исследовательским центром «Иммункулус». Референтными для данных показателей являются уровни от -15 до +10% относительно индивидуальной средней иммунореактивности сыворотки индивида (СИР). Значения, выходящие за указанные пределы, рассматриваются как аномальные. Статистическую обработку данных про-

водили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни и точного критерия Фишера.

**Результаты исследования.** Аномальные значения уровней а-АТ к мембранным антигенам альвеолоцитов статистически значимо чаще встречались в группе 4, чем у пациентов с OSC. В группе 4 также статистически чаще встречались аномальные уровни а-АТ к антигену мембраны колоноцитов по сравнению с группами 1 и 3; к антигену мембраны тромбоцитов по сравнению с группами 1 и 2; к инсулину по сравнению с группами 2 и 3; к потенциалзависимым кальциевым каналам, ацетилхолиновым рецепторам и мембранному антигену гастрцитов по сравнению с 1 группой; к коллагену по сравнению с 2 группой. Проведено сравнение абсолютных значений отклонений уровней а-АТ от СИР (попарно между группами). У пациентов 2 группы по сравнению с 1 группой были более выражены отклонения уровней а-АТ к серотониновым и н-ацетилхолиновым рецепторам, а также белку S100. У пациентов 1 группы по сравнению с 3 группой были более выражены отклонения уровня а-АТ к глиальному фибриллярному белку (GFAP), а у пациентов 2 группы при сравнении с 3 группой – уровни а-АТ к н-холинергическим и инсулиновому рецепторам. При сравнении двух групп клинически здоровых лиц было выявлено, что для группы, обследованной до начала пандемии COVID19, характерны более выраженные отклонения уровней ряда а-АТ. Указанная особенность аутоиммунитета (более значимые отклонения уровней а-АТ у здоровых лиц, обследованных до COVID19), проявлялась при сравнении данной группы и с группами пациентов (1 и 2).

**Обсуждение.** В соответствии с основным положением концепции иммунохимического гомеостаза, уровень продукции естественных а-АТ регулируется по принципу обратных связей доступностью молекул соответствующих антигенов. При развитии любой патологии, связанной с гибелью специализированных клеток (апоптоз, некроз) либо с аномалиями в экспрессии, секреции и/или утилизации их антигенов, должны происходить изменения и в уровне продукции естественных а-АТ. В то же время, вероятно, существует большое количество иных факторов, влияющих на их физиологическую продукцию. В нашем исследовании более выраженные отклонения уровней ряда ауто-АТ от СИР были характерны для группы клинически здоровых лиц, обследованных до начала пандемии COVID19. Таким образом, можно предположить, что перенесенная (даже бессимптомно) коронавирусная инфекция способна оказывать влияние на механизмы регуляции продукции естественных а-АТ. С точки зрения врачебной практики, аномальные значения уровней ауто-АТ у здоровых лиц, согласно полученным данным, не являются редкостью, что требует дальнейшего изучения. В то же время сравнение групп пациентов с группой клинически здоровых лиц, обследование которых проводилось в период после начала пандемии COVID19, выявило меньше различий между группами. Они состояли в бо-

лее выраженных отклонениях уровней а-АТ в группах пациентов. Более выраженное отклонение в уровнях а-АТ к GFAP в группе PACS, вероятно отражает повышение уровня GFAP в сыворотке крови, который является одним из маркеров повреждения астроглии с нарушением проницаемости ГЭБ. Представляет интерес более выраженное отклонение уровней ауто-АТ к н-ацетилхолиновым рецепторам в группе OSC по сравнению со здоровыми лицами, т.к. ранее установлена связь аномалий уровней этих ауто-АТ с когнитивными нарушениями у пожилых людей.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО СИНДРОМА «ЧУЖОЙ РУКИ» У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Рябенко А.Ю.<sup>1</sup>, Михеева Т.А.<sup>2</sup>, Зарипов Р.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Оренбургский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница  
имени Н.И. Пирогова,  
Оренбург

**Актуальность.** Синдром «чужой руки» относительно редкое и мало изученное проявление острого нарушения мозгового кровообращения, поэтому представляет интерес для неврологов и других специалистов, занимающихся лечением и реабилитацией пациентов.

**Цель.** Представить клинический случай транзиторного синдрома «чужой руки» у пациента рецидивирующим ишемическим инсультом.

**Материалы и методы.** Проведено обследование пациента с рецидивирующим ишемическим инсультом. Обследование включало: исследование неврологического статуса, проведение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) головы, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головы, компьютерной томографии (КТ) ангиографии, ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) магистральных артерий шеи и головы, лабораторных методов, включающих липидограмму и определение показателей гемостаза.

**Результаты и обсуждение.** Пациент Ш. 62 лет. Поступил с жалобами на эпизоды внезапной слабости в правых конечностях длительность до 20 минут, во время которых пациент мог упасть. До поступления в больницу за 12 дней было около 20 эпизодов внезапной слабости в правых конечностях, некоторые из них сопровождались нарушением речи. Кроме того, у пациента возникает периоды, когда правая рука начинает совершать самостоятельные движения в виде ощупывания тела, пациент описывает руку, как будто она не принадлежит телу, не управляется волей. Учитывая, что произвольные

движения рукой не были похожи на гиперкинез или фокальный приступ, было предположено, что это синдром «чужой руки». Во время госпитализации было зафиксирован эпизод транзиторной внезапной слабости в правых конечностях со снижением мышечной силы до 3 баллов и транзиторный синдром «чужой руки», когда правая рука пациента дотрагивалась до различных участков тела, движения были не стереотипные, не ритмичные и не целенаправленные, пациент не мог усилием воли повлиять на движение конечности. Отмечается явления аутогнозиса в виде нарушения правой-левой ориентации. МСКТ головы: признаков очагового поражения вещества мозга не выявлено. МРТ головы: определяются множественные очаги гиперинтенсивного на T2, FLAIR и ДВИ магнитно-резонансного сигнала в кортикально-субкортикальном веществе левых прецентральной и постцентральной извилин, медиальной извилине правой доли, средней, верхней и медиальной извилинах левой лобной доли, парацентральной извилине левой теменной доли размерами от 2 мм до 13,5 мм. Заключение: магнитно-резонансная картина множественных очагов ишемии в лобной и теменной долях обоих полушарий в острой, ранней и поздней подострых стадиях. УЗДС: ультразвуковые признаки ангиопатии брахиоцефальных артерий и атеросклероза с формированием атеросклеротической бляшки в правой и левой общей сонной артерии, в области бифуркации левой общей сонной артерии окклюзия с явлениями атеротромбоза, справа стеноз 65-70%. Отсутствует кровоток по левой средней мозговой артерии. КТ ангиография: признаки окклюзии левой внутренней сонной артерии от уровня бифуркации. Справа от уровня бифуркации внутренней сонной артерии на 5 мм определяется стеноз на протяжении 9 мм с максимальным сужением просвета до 60%. Стеноз внутренней сонной артерии в офтальмическом сегменте с максимальным сужением до 65%. Липидограмма: повышение общего холестерина до 5,4 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности повышены до 3,0 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности снижена до 1,0 ммоль/л, триглицериды в пределах нормы 1,0 ммоль/л. Показали гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время в норме - 28,3 сек, протромбиновое время в норме - 11 сек, протромбиновый индекс по Квику в норме - 101,6%. Учитывая наличие клинических данных свидетельствующих о внезапном, транзиторном очаговом неврологическом дефиците в виде правостороннего пареза, и синдрома «чужой руки», а также данных дополнительных методов лечения пациенту был выставлен диагноз: Ишемический инсульт атеротромботический подтип, с нарушением кровообращения в системах левой и правой среднемозговых артерий и левой передней мозговой артерии, с обратимым неврологическим дефицитом. Транзиторный центральный правосторонний парез, синдром «чужой руки» фронтальный вариант справа. Атеросклероз сосудов головного мозга. Окклюзия левой внутренней сонной артерии. Симптомный стеноз (70%) правой внутренней сонной артерии.



**Заключение.** Таким образом, нами предоставлено клиническое наблюдение редкого симптома ишемического инсульта, синдрома «чужой руки». Недостаточная осведомленность об этом состоянии затрудняет правильную диагностику и отсрочивает назначение эффективного лечения и реабилитации.

## ПОРАЖЕНИЯ ХРЯЩА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Савушкина Н.М.<sup>1</sup>, Таскина Е.А.<sup>1</sup>, Кашеварова Н.Г.<sup>1</sup>,  
Стребкова Е.А.<sup>1</sup>, Шарапова Е.П.<sup>1</sup>, Кудинский Д.М.<sup>1</sup>,  
Алексеева Л.И.<sup>1,2</sup>, Лиля А.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,

<sup>2</sup>Российская медицинская академия непрерывного  
профессионального образования,  
Москва

**Цель исследования.** Определить взаимосвязь между наличием глубоких повреждений хряща (ГПХ) по данным МРТ и антропометрическими, лабораторно-инструментальными показателями у пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование за период 2021-2022 гг. были включены 78 женщин с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I–III стадии (Kellgren J. – Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил 50,5±10,8 лет (от 35 до 74), индекс массы тела (ИМТ) 26,8±5,7 кг/м<sup>2</sup> и длительность ОА - 1 [0,9; 4] года. На каждого больного 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 рентгенография коленных суставов в положении стоя, денситометрия шейки бедра и поясничного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография (МРТ по WORMS) коленных суставов. Интенсивность сигнала и морфология хряща по WORMS оценивались в соответствии со следующей градацией: 0 – нормальная толщина хряща и MP-сигнал; 1 – нормальная толщина хряща, но усиление сигнала в режиме жироподавления; 2 – участок повреждения, не распространяющийся на всю толщину хряща, размером 1 см, занимающий 75% площади исследуемого MP-участка, с частичной утратой толщины хряща; 5 – несколько участков повреждения 2,5 типа или дефект 2,5 типа шириной >1 см, занимающий 75% площади исследуемого MP-участка с полной утратой толщины хряща. Наличие ГПХ устанавливалось

в случае принадлежности к 4 или 5 типам в соответствии с вышеуказанной градацией. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 10.0.

**Результаты.** При МРТ коленных суставов по WORMS 5 тип повреждения хряща был выявлен в 2,7% случаев (n=2), 4-й – в 7,7% (n=6), 3-й – в 44,9% (n=35), 2-й – в 41% (n=32), 1-й – в 3,7% (n=3). В зависимости от наличия или отсутствия ГПХ все пациенты были распределены в 2 группы. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, уровню боли по ВАШ и WOMAC, а также длительности приема НПВП и SYSADOA. Однако лица с ГПХ имели значимо более высокие значения веса (p=0,037), ИМТ (p=0,031) и МПК в поясничном отделе позвоночника (p=0,02) по сравнению с пациентами без ГПХ (таблица 1). В 50% случаев (n=4) у лиц с ГПХ была выявлена 3 стадия ОА по Kellgren J. – Lawrence J., в 12,5% случаев – 2 стадия, однако в 37,5% случаев – 1 стадия.

Параметр	Пациенты с ГПХ (n=8)	Пациенты без ГПХ (n=70)	p
Вес, кг	91,0 [71,0; 100,0]	70,0 [60,0; 81,0]	0,037
ИМТ, кг/м <sup>2</sup> , Me	32,0 [26,4; 38,0]	25,5 [22,3; 30,4]	0,031
МПК L1-L4 (г/см <sup>2</sup> )	1,15 [1,08; 1,19]	1,03 [0,85; 1,13]	0,02

В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены позитивные взаимосвязи (p < 0,05) между наличием ГПХ и высокими значениями веса (r=0,25), ИМТ (r=0,25), МПК в поясничном отделе позвоночника (r=0,37).

**Заключение.** В нашем исследовании было показано, что ГПХ (по данным МРТ-WORMS) ассоциируются с более высокими показателями ИМТ и МПК в поясничном отделе позвоночника. Выраженные дефекты хряща при ОА коленных суставов могут встречаться уже при I рентгенологической стадии, что требует дальнейшего изучения этого вопроса.

## СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ COVID-19

Садретдинова Л.Д., Ганцева Х.Х., Тюрин А.В.

Башкирский государственный  
медицинский университет,  
Уфа

Синдром цитолиза представляет собой клинико-лабораторный синдром, характеризующийся повышением АСТ (аспартатаминотрансферазы) и АЛТ

(аланинаминотрансферазы) в результате повреждения клеток печени и/или других органов под действием патогенных факторов.

**Цель.** Оценить наличие и выраженность синдрома цитолиза у пациентов в остром периоде новой коронавирусной инфекции COVID-19.

**Материалы и методы.** Исследование включало 785 пациентов (341 мужчина и 444 женщины), находившихся на стационарном лечении в госпитале Клиники БГМУ с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция». Средний возраст обследованных составил 58,1±13,1 лет, длительность госпитализации 12±5,7 дней, длительность амбулаторного лечения 9±5,6 дней. Всем пациентам при госпитализации взят мазок на наличие SARS-CoV-2, лабораторная диагностика проведена на 1, 5 и 10 сутки лечения. Сывороточная концентрация С-реактивного белка (СРБ) в первые сутки госпитализации в стационар была 64,4 [118,8; 39,5] мг/л. Средний объем поражения легочной паренхимы по данным компьютерной томографии (КТ) в первые сутки госпитализации в стационар составил 44,7±17,7%. Гипертоническая болезнь преобладала среди сопутствующих заболеваний.

**Результаты и обсуждения.** Среднее значение АСТ в 1 сутки лечения составили 28,4 [21,7; 39,35] Ед/л и АЛТ 29,2 4 [20,1; 44,8] Ед/л. Уровень АЛТ был выше, чем АСТ во всех периодах госпитализации, коэффициент де Ритиса составил 0,38, что может говорить о поражении гепатоцитов и цитолизе. На 1 сутки показатели АСТ были повышены у 138 (17,5%) пациентов, АЛТ у 173 (22%); на 5 сутки: АСТ у 150 (19,1%) пациентов, АЛТ у 333 (42%); на 10 сутки: АСТ у 101 (12,8%), АЛТ у 166 (21,1%), самый высокий уровень цитолиза наблюдался на 5 сутки госпитализации. Самый высокий цитолиз, превышающий более 10 норм АЛТ и АСТ от должных значений наблюдался у пациентов на 10 сутки в более поздние сроки госпитализации и наблюдался у 12 (1,5%) пациентов, умеренный цитолиз на 10 сутки был выявленный у 35 пациентов (4,4%), на 1 сутки умеренный цитолиз наблюдался у 17 (2,1%), высокий цитолиз у 4 (0,5%). Так же было отмечено, что пациенты, с выраженным и высоким цитолизом чаще нуждались в лечении в условиях отделения реанимации и с применением искусственной вентиляции легких, а также наблюдался высокий процент летальности.

**Выводы.** Патогенез и механизм поражения печени у пациентов с COVID-19 являются многофакторными и включают лекарственную гепатотоксичность, повреждение печени, вызванное SARS-CoV-2, ишемию печени, связанную с гипоксией, и синдром цитокинового шторма из-за системного воспалительного ответа. Об остром поражении печени свидетельствуют нарушения ее функциональных показателей, таких как АСТ и АЛТ, которые увеличиваются по мере прогрессирования заболевания. Биохимические тесты печени у пациентов с COVID-19 должны быть предметом мониторинга, как маркеры тяжелого течения и неблагоприятного исхода.

## ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ЭКЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ TREC И KREC В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Сайтгалина М.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Имеющиеся на сегодняшний день данные о течении новой коронавирусной инфекции COVID-19, позволяют рассматривать заболевание как системное, затрагивающее не только дыхательную, но и многие другие системы организма, в том числе иммунную. Примерно в 80% случаев инфекционный процесс протекает в легкой форме респираторной вирусной инфекции. Однако примерно в 5% случаев у пациентов развиваются критические состояния, сопровождающиеся развитием острого респираторного дистресс-синдрома, шока, сердечной недостаточностью и другими осложнениями. Тяжесть состояния больного определяется гиперактивацией иммунной системы, и, как следствие, выбросами больших количеств цитокинов, множественными мононуклеарными клеточными инфильтрациями органов, тяжелыми лимфопениями.

Легкое течение заболевания ассоциировано с адекватным функционированием CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов, а также В-клеточным звеном иммунного ответа. Маркерами созревания функционально активных Т- и В-клеток может служить содержание в периферической крови небольших кольцевых молекул ДНК - Т-клеточных рецепторных эксцизионных колец TREC (T-cell receptor excision circles) и В-клеточных «каппа»-делеционных рекомбинационных эксцизионных колец KREC (Kappa-deleting recombination excision circles), соответственно. Молекулы TREC и KREC – это небольшие нуклеотидные последовательности, которые вырезаются из генома комплексом нуклеаз как побочный продукт при дифференцировке лимфоцитов в процессе формирования уникального рецепторного гена каждой лимфоцитарной клетки. Уровень молекул TREC в периферической крови отражает количество наивных Т-лимфоцитов, покидающих тимус, а уровень молекул KREC отражает уровень вновь дифференцированных наивных В-клеток, покидающих костный мозг.

**Цель исследования.** Оценить количественное содержание молекул TREC и KREC в крови пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

**Материалы и методы.** Материалом служил 1028 образец венозной крови, полученной от пациентов инфекционных отделений стационаров Клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова и Университетской клиники Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова с подтвержденным диагнозом COVID-19. В качестве контрольных в работе использовали образцы цельной кро-

ви, полученные от 717 условно здоровых добровольцев в возрасте старше 18 лет. Для количественной оценки содержания молекул TREC и KREC в образцах применяли метод мультиплексной Real-time ПЦР с одновременной амплификацией двух целевых фрагментов ДНК TREC, KREC, и фрагментов двух нормировочных генов HPRT и RPP30. Количественные расчеты проводили с помощью метода построения стандартных кривых. Для этого использовали серию десятикратных разведений синтетической плазмидной ДНК со вставками анализируемых последовательностей известной концентрации.

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования было установлено, что уровни молекул TREC, и KREC у больных достоверно ниже по сравнению с контрольной группой, согласно U-критерию Манна-Уитни ( $p < 0,0001$  при 95% ДИ). Для оценки корреляционной зависимости между уровнями TREC/KREC и такими критериями, как возраст, пол пациента, степень тяжести заболевания были рассчитаны коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Значения корреляционных коэффициентов позволяют утверждать, что пол пациента не влияет ни на степень тяжести болезни ( $r = -0,066$ ), ни на уровни молекул TREC ( $r = -0,083$ ) и KREC ( $r = 0,026$ ) в периферической крови. Присутствует достоверная слабая отрицательная зависимость между тяжестью течения заболевания и уровнями молекул TREC в образцах крови пациентов ( $r = -0,153$ ;  $p = 0,000002$ ). При этом достоверной зависимости значений аналита KREC от тяжести течения инфекции не выявлено.

**Выводы.** Количественная оценка уровней циркулирующих в периферической крови небольших колец эписомальной ДНК TREC и KREC у лиц, переносящих новую коронавирусную инфекцию COVID-19, позволяет оценить потенциальные возможности иммунной системы больного дифференцировать новые функционально активные Т- и В-лимфоциты, что напрямую связано со степенью тяжести клинических проявлений инфекции. Определение описанных иммунологических маркеров у пациентов с сопутствующими осложнениями в клинической практике позволит обратить внимание на больных с повышенным риском летального исхода.

## КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛЕКУЛ TREC И KREC В КРОВИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сайтгалина М.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
институт эпидемиологии и микробиологии  
имени Пастера,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Как известно, для проникновения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в клетку

необходимо наличие на ее поверхности рецептора CD4, а также одного из двух корецепторов: CCR5 или CXCR4. Один из этих хемокиновых корецепторов – CXCR4 – экспрессирован на поверхности наивных Т-лимфоцитов и первичных тимоцитов. Следовательно, потенциальными мишенями ВИЧ могут являться недифференцированные тимоциты на разных этапах их созревания и наивные Т-клетки, покинувшие тимус и вышедшие на периферию.

Количественными маркерами содержания наивных Т- и В-клеток в периферической крови и в первичных лимфоидных органах могут служить уровни молекул TREC (T-cell receptor excision circles – Т-клеточные рецепторные эксцизионные кольца) и KREC (Kappa-deleting recombination excision circles – каппа-делеционные рекомбинационные эксцизионные кольца), соответственно. Молекулы TREC и KREC представляют собой небольшие кольцевые последовательности ДНК, вырезаемые из генома как побочный продукт в процессе формирования уникального для каждого лимфоцита зрелого гена антигенраспознающего рецептора. Эксцизионные кольца TREC и KREC существуют в том лимфоците, в котором они были сформированы, в виде эписомальной ДНК. Уровень молекул TREC в периферической крови отражает количество наивных Т-лимфоцитов, покидающих тимус, а уровень молекул KREC отражает уровень вновь дифференцированных наивных В-клеток, покидающих костный мозг.

**Цель исследования.** Оценить количественное содержание молекул TREC и KREC в периферической крови ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Материалы и методы.** Материалом служили образцы суммарной ДНК, выделенной из лейкоцитарной фракции крови, полученной от ВИЧ-инфицированных больных. Нами были исследованы две равные по численности группы пациентов. В первую группу вошли 50 лиц, инфицированных более одного года назад, с большой вирусной нагрузкой РНК ВИЧ и с неэффективностью применяемой антиретровирусной терапии (АРТ). Во вторую группу – 50 пациентов со сроком инфицирования менее одного года. В контрольную группу вошли 717 условно здоровых человек старше 18 лет.

Для количественной оценки содержания молекул TREC и KREC в пробах тотальной ДНК применяли метод мультиплексной ПЦР в режиме реального времени с одновременной амплификацией двух целевых фрагментов ДНК TREC, KREC, и фрагментов двух нормировочных генов HPRT и RPP30. Количественные расчеты проводили с помощью метода построения стандартных кривых. Для этого использовали серию десятикратных разведений синтетической плазмидной ДНК со вставками анализируемых последовательностей известной концентрации.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный ROC-анализ полученных количественных данных по-



казал достоверное снижение уровней двух целевых молекул TREC и KREC у длительное время инфицированных пациентов с большой вирусной нагрузкой и с резистентностью к применяемой АРТ по сравнению с контрольной группой. При этом значимых различий в уровнях ДНК TREC и KREC между здоровыми людьми и лицами с впервые выявленным ВИЧ не выявлено. Площадь под ROC-кривой при сравнении инфицированных длительное время пациентов с контрольной группой для параметра TREC составила  $0,9997 \pm 0,0003$ , при 95% ДИ: 0,9989 – 1,000,  $p < 0,0001$  и для параметра KREC –  $0,9948 \pm 0,0024$ , при 95% ДИ: 0,9900-0,9996,  $p < 0,0001$ . При сравнении уровней TREC и KREC у недавно инфицированных больных с контрольной группой площадь под кривой стремилась к значению 0,5, что говорит об отсутствии статистически значимых различий в содержании целевых анализов у сравниваемых групп.

**Выводы.** Определение уровней молекул TREC и KREC в периферической крови ВИЧ-инфицированных пациентов может дать ценную диагностическую информацию не только о функциональной активности Т- и В-клеточного звена иммунитета пациентов, но и о длительности течения инфекционного процесса. Количественная оценка молекул TREC и KREC может рассматриваться как персонализированный подход к мониторингу состояния иммунитета ВИЧ-инфицированных лиц, а также, потенциально, как метод определения нуждающихся в усиленной терапии больных.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ И ПОКАЗАТЕЛЯ УТОМЛЕНИЯ ДИАФРАГМЫ С ПАРАМЕТРАМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Салаева М.С., Тагаева М.Х., Мусаева М.А.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

В Узбекистане болезни органов дыхания по распространенности занимают первое место. Показатель болезненности за последние 5 лет увеличился в 2,5 раза. Смертность от этой патологии в 1,5-2-раза превышает соответствующие показатели в России. Согласно данным официальной статистики, в 2001 г.в Узбекистане число больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в 3,5 раза превышало число больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. За последние годы интерес к изучению КЖ больных с различными хроническими заболеваниями, в том

числе с бронхиальной астмой (БА), значительно возрастает всем мире.

Вместе с тем, недостаточно изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными данными, характеризующими тяжесть течения ХОБЛ и БА.

**Цель работы.** Изучение взаимосвязи вентиляционных нарушений и утомления диафрагмы с параметрами КЖ у пациентов с БА.

**Материалы и методы исследования.** В отделении обследованы 105 больных БА в возрасте от 16 до 67 лет (средний возраст – 45 лет). Стаж болезни по БА 8,6 лет. КЖ оценивали с помощью Сизтлского опросника по четырем шкалам: физическое и эмоциональное состояние, профессиональная пригодность и удовлетворенность лечением. Объем форсированного выдоха за 1-ую секунду (ОФВ1), характеризующий бронхиальную проходимость, регистрировали с помощью компьютерной пневмотахометрии на аппарате “Pneumoskope” (ErichJaeger, Германия). Для диагностики утомления диафрагмы использовали дискриминантное уравнение:  $\Phi = 17,3 \times \text{МОС } 50$  (л/с) где  $\Phi$  дискриминантная функция, МОС 50 максимальная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 50% ЖЕЛ.

**Результаты исследования.** В результате исследования выявлена достоверная связь между параметрами качества жизни и выраженностью бронхиальной обструкции. Анализ вентиляционных параметров выявил высокую частоту синдрома утомления диафрагмы и респираторных мышц у больных БА (83,8%). У больных БА степень выраженности бронхиальной обструкции приводит к выраженным изменениям в качестве жизни по физическому и эмоциональному состоянию но не отражается на параметрах, определяющих профессиональную пригодность и удовлетворенность лечением. Анализ вентиляционных параметров выявил высокую частоту встречаемости синдрома утомления диафрагмы и респираторных мышц у больных БА (83,8%).

У большинства больных с БА при утомлении диафрагмы и респираторных мышц достоверно ( $P < 0,001$ ) снижались показатели качества жизни физического (у 73% больных) эмоционального состояний (у 74% больных) профессиональной пригодности (у 61% больных), но не изменялся параметр качества жизни – удовлетворенность лечением.

**Выводы.** 1. Показатели качества жизни достоверно связаны с выраженностью вентиляционных нарушений у больных БА. Характер и степень выраженности вентиляционных нарушений отражаются на параметрах качества жизни. 2. Синдром утомления диафрагмы и респираторных мышц, встречающийся у 83,3% больных БА, предопределяет низкий уровень параметров качества жизни 50% порогом максимально возможного уровня, в 73% случаях – по

параметру физического состояния, в 74% – эмоционального и в 61,4% – по параметрам профессиональной пригодности.

## ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Саламех К.А., Дубоделова Т.Н.

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

**Цель работы.** Изучение показателей макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с синдромом раздраженного кишечника (СРК) при проведении общепринятого лечения.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 32 пациента с ХОБЛ, сочетанной с СРК, в возрасте от 22 до 58 лет. Диагноз хронической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и ХОБЛ был установлен в соответствии со стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения и органов дыхания.

Все больные получали общепринятое лечение (антибактериальное, бронхолитики короткого и пролонгированного действия, противовоспалительное, дезинтоксикационное, спазмолитики, пробиотики).

Кроме общепринятого клинико-лабораторного исследования у пациентов, которые находились под наблюдением, проводили изучение фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) в динамике: до начала лечения и после его завершения (то есть через 4-5 недель с момента предыдущего исследования). Исследование ФАМ осуществляли оригинальным чашечным методом; при этом в качестве тест-объекта использовали живую суточную культуру *Staph. aureus*, штамм 505, который был получен из Института Пастера (СПб). Подсчитывали следующие показатели ФАМ: фагоцитарное число (ФЧ) – количество поглощенных бактериальных клеток на 1 моноцит. Фагоцитарный индекс (ФИ) – процент моноцитов, которые принимают участие в фагоцитарной реакции, индекс аттракции (ИА) – число микробных клеток, фиксированных на 100 моноцитах и индекс переваривания (ИП) – процент переваренных микробных клеток от общего их числа, поглощенных 100 моноцитами.

**Результаты и их обсуждение.** При оценке состояния ФАМ у больных с ХОБЛ, сочетанной с СРК, до начала лечения были установлены существенные нарушения со стороны состояния МФС, что проявлялось снижением проанализованных показателей ФАМ, в том числе показателя ИП, который характеризует фазу переваривания фагоцитарной реакции. Это очень важно, так как завершенность фагоцитоза является наиболее значимой его характеристикой.

Так, до начала лечения ИП был снижен в этот период до  $12,5 \pm 0,7\%$ , то есть в 2,0 раза ( $P < 0,001$ ). Такое существенное снижение ИП свидетельствует о значительном нарушении процессов переваривания поглощенных микроорганизмов, то есть о незавершенности процессов фагоцитоза. Установлено существенное снижение также и других показателей ФАМ, а именно ФИ снижался до  $14,6 \pm 1,1\%$ , то есть в 1,8 раза относительно нормы ( $P < 0,01$ ). ФЧ у пациентов с хронической патологией ГБС, сочетанной с ХОБЛ, составило  $2,3 \pm 0,12$ , что было ниже нормы в 1,7 раз ( $P < 0,01$ ). ИА был умеренно снижен – в 1,28 раза и составил  $11,6 \pm 0,5\%$  ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, у обследованных больных с ХОБЛ, сочетанной с СРК, до начала лечения отмечалось угнетение функционального состояния МФС, что проявляется снижением относительно нормы проанализированных показателей ФАМ.

При повторном изучении показателей ФАМ у больных с ХОБЛ, сочетанной с СРК, после проведенного общепринятого лечения отмечается некоторая положительная динамика изученных показателей, однако полной нормализации показателей ФАМ не происходит.

ФИ после завершения лечения составил  $18,6 \pm 1,2\%$ , что было в среднем в 1,42 раза меньше нормы ( $P < 0,05$ ). ФЧ повысилось только до  $2,8 \pm 0,05$ , что было ниже нормы в 1,4 раза ( $P < 0,05$ ), ИА на момент завершения лечения составил  $12,2 \pm 0,6\%$ , что было меньше нормы в 1,2 раза ( $P < 0,05$ ). ИП у больных с хронической патологией с ХОБЛ, сочетанной с СРК, в ходе лечения вырос в среднем в 1,45 раза, составив  $(18,1 \pm 1,3)\%$ , но при этом оставался в 1,38 раза меньше нормы ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** У больных с ХОБЛ, сочетанной с СРК, при оценке состояния МФС установлены существенные нарушения со стороны показателей ФАМ, которые проявлялись снижением фагоцитарных индексов, особенно ИП, который характеризует фазу переваривания. Что в целом свидетельствует об угнетении у обследованных больных функционального состояния МФС.

Проведение только общепринятого лечения, несмотря на некоторую положительную динамику изученных показателей, не обеспечивает полного восстановления сниженных показателей активности МФС, что требует включения иммуноактивных препаратов в комплекс лечения больных с ХОБЛ, сочетанной с СРК.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА И ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКА В ОЦЕНКЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У РАНЕННЫХ

Салухов В.В., Варавин Н.А., Колодяжная В.А.,  
Красовская А.С.

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

**Цель исследования.** Изучить возможность использования параметров системы плазменного гемостаза и теста Тромбодинамика в оценке антикоагулянтной терапии у раненных.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование, в которое было включено 45 пациентов с диагнозом: минно-взрывное ранение. Исследования проводили на оборудовании регистратор Тромбодинамика (ГемаКор, Москва). Пациенты в зависимости приема антикоагулянтов в профилактической дозировке были разделены на 3 группы: 1 группа, принимающие ривароксабан в дозе 10 мг/сут., 2 группа, получающие низкомолекулярные гепарины (НМГ) в дозе 0,4 Ме/мл 1 раз в день, 3 группа, получающие НМГ 0,4 Ме/мл 2 раза в день. Всем пациентам назначался общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, D-димер, антитромбин-III, F-VIII. Показатели Тромбодинамика регистрировали с помощью прибора «Регистратор Тромбодинамика Т-2» (ГемаКор, Россия). Осуществление оценки показателей проводили на исходе действия препарата (перед очередным введением). Статистический анализ результатов исследования проводили с применением программы Jamovi 2.3.18. Различия величин медианы между группами оценивали по критерию Краскелла-Уоллиса. Для оценки значимости корреляционных связей использовали критерий Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что в процессе проведения профилактической антикоагулянтной терапии достоверных различий в стандартных показателях коагулограммы не было установлено, в тоже время во всех группах отмечалось повышение уровня фибриногена, FVIII выше референсных значений, что характеризовалось напряженностью системы плазменного гемостаза. При исследовании параметров теста Тромбодинамика наблюдались значимые различия между 2 и 3 группами в значениях (V/VSt, Tlag, Vi, CS), между группой 1 и 2 в параметре D, между группой 1 и 3 параметрах V, CS. Для оценки эффективности проводимой антикоагулянтной терапии анализировали распределения параметра скорости роста сгустка (V) в исследуемых группах не ранее чем с 4 дня назначения терапии. В 3

группе пациентов, получающих НМГ в дозе 0,4 Ме/мл 2 раза в день, 70% значений V находились в диапазоне нормо или гипокоагуляции, в 2 группе, получающих НМГ в дозе 0,4 Ме/мл 1 раз в день значения V в 40% случаев определялись в зоне нормо или гипокоагуляции. У пациентов 1 группы, получающие ривароксабан в дозе 10 мг значения параметра V находились в 60% случаев в диапазоне нормо или гипокоагуляции. При анализе взаимосвязи стандартных показателей системы плазменного гемостаза и параметров Тромбодинамика с помощью коэффициента корреляции Спирмена выявлена средняя положительная связь между плотностью сгустка (D) и (тромбиновым временем) ТВ (0,519;  $p=0,027$ ), средняя отрицательная связь между D и протромбин по Квику (-0,506;  $p=0,005$ ), сильная положительная связь между D и фибриногеном (0,783;  $p<0,001$ ), средняя положительная связь между D и уровнем D-димера (0,465;  $p=0,026$ ), средняя положительная связь между уровнем фактора FVIII и параметром начальная скорость (VI) (0,408,  $p=0,043$ ).

**Выводы.** Использование теста Тромбодинамика в комплексе со стандартными методами расширяет возможности лабораторной диагностики и способствует большему пониманию процессов, происходящих в свертывающей системе крови у раненных. В перспективе тест Тромбодинамика может быть рассмотрен в качестве потенциального инструмента, прогнозирующего развития тромбоэмболических осложнений и определяющего эффективность проводимой антикоагулянтной терапии.

## СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРА СКОРОСТИ РОСТА СГУСТКА ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКА С ПОКАЗАТЕЛЕМ АНТИ-ХА АКТИВНОСТИ У РАНЕННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ

Салухов В.В.<sup>1</sup>, Варавин Н.А.<sup>1</sup>, Старцева О.Н.<sup>2</sup>,  
Вуймо Т.А.<sup>3</sup>, Красовская А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

<sup>2</sup>Всероссийский центр экстренной и радиационной  
медицины имени А.М. Никифорова,  
Санкт-Петербург,

<sup>3</sup>Центр теоретических проблем физико-химической  
фармакологии Российской академии наук,  
Москва

**Цель исследования.** Изучить в когорте раненных, получающих антикоагулянтную терапию, взаимосвязь между скоростью роста сгустка (V) теста Тромбодинамика и показателем анти-Ха активности.



**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование, в которое было включено 50 пациентов, с установленным диагнозом минно-взрывная травма. Критерии включения в исследование: мужской пол, возраст от 18 до 59 лет, наличие подтвержденного диагноза минно-взрывной травмы, отсутствие противопоказаний к планируемому исследованию, наличие информированного согласия испытуемого. Критерии исключения из исследования: добровольный отказ испытуемых от участия в исследовании. Включенные пациенты проходили лечение и обследование в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и получали низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактических или лечебных дозах в зависимости от массы тела. Осуществление оценки показателей проводили в исходе действия НМГ (перед очередной инъекцией) и на пике (через 4 часа после введения). Исследования Тромбодинамика выполняли с помощью системы «Регистратор Тромбодинамика Т2» (компания ГемаКор, Москва), оценивали параметр скорость роста сгустка (V, мкм/мин). Определение анти-Ха активности (Ме/мл) проводили на универсальном анализаторе WALLAC 14201-011 «VICTOR2TM» наборами компании РЕНАМ хромогенным методом. Венозную кровь отбирали в вакуумные пробирки, содержащие раствор цитрата натрия (3,2%) в соотношении 9:1. Далее проводили исследование в образцах плазмы свободной от тромбоцитов.

Статистический анализ результатов исследования проводили с применением программы Jamovi 2.3.18. Численные значения анализируемых показателей каждой группы анализировали соответствию закону нормального распределения, установленного на основании расчета  $W - \text{Шапиро-Уилка}$ , данные представляли в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха ( $Q_{25}, Q_{75}$ ). Для оценки значимости корреляционных связей использовали критерий Спирмена. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Значения скорости роста сгустка и анти-Ха активности в исходе действия НМГ составили 22,4 [16,5; 25,9] мкм/мин, 0,125 [0,06; 0,4] Ме/мл соответственно, на пике действия НМГ скорость роста сгустка равнялась 11,2 [8,5; 14,0] мкм/мин, а анти-Ха активность соответствовала 0,4 [0,26; 0,71] Ме/мл.

Корреляционный анализ выявил сильную обратную корреляционную связь между показателями скорости роста сгустка теста Тромбодинамика и анти-Ха активность на исходе ( $-0,685; p=0,001$ ) и на пике ( $-0,731; p<0,01$ ) действия антикоагулянтной терапии.

**Заключение.** Параметр скорость роста сгустка теста Тромбодинамика коррелирует с показателем анти-Ха активности и может быть рассмотрен в качестве альтернативного инструмента мониторинга антикоагулянтной терапии НМГ у раненых с минно-взрывной травмой.

## СПОСОБЫ ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Салыгина Д.С.

Северо-Западный окружной научно-клинический  
центр имени Л.Г. Соколова,  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Возникновение эндотелиальной дисфункции и деструкции при системном воспалительном ответе – один из ключевых универсальных механизмов формирования полиорганной недостаточности и неблагоприятного исхода. В этой связи Способы оптимальной терапии при СВР должны обязательно учитывать не только этиологический фактор, но и быть эндотелиопротективными. На сегодняшний момент эндотелиопротективностью становится важным предиктором безопасности и эффективности в медицине критических состояний.

**Цель.** Изучить стратегии и способы эндотелиопротекции при системном воспалительном ответе.

**Материалы и методы.** Комплексный анализ литературных данных и собственных исследований. Проанализировано несколько исследований, включающих в себя способы эндотелиальной протекции при СВР и других патологиях. В обзор включены исследования характеризующие: влияние глюкокортикоидов в периоперационном периоде, применение свежемороженой плазмы при травме, многоцентровое исследование использования моноклональных антител к TNF-а при сепсисе, применение сукцинатсодержащего кристаллоидного раствора (мeglюмина натрия сукцината) в комплексной терапии тяжелых форм новой коронавирусной инфекции, применение альфа-токоферола и других витаминов при ЭД, препаратов тиоктовой кислоты, милдроната, триметазидина при ЭД, статинов при ИБС, экспериментальное исследование сосудов головного мозга крыс с СД при применения флавина и его эндотелиопротективных свойств, а также ряд других исследований.

**Результаты.** Во всех исследованиях доказана эффективность способов эндотелиальной протекции, несмотря на разнородность применяемых препаратов и способов оценки эндотелиальной дисфункции. В нашем исследовании, посвященном оценке эндотелиопротективного потенциала инфузионной терапии при тяжелых формах НКИ получены следующие результаты: оценка выраженности эндотелиальной дисфункции показала, что у пациентов, получавших раствор мeglюмина сукцината натрия, определялось более выраженное ( $p < 0,05$ ) снижение исходно повышенного уровня эндотелиоцитов и концентрации гомоцистеина на всех этапах исследования. Существенные межгрупповые различия проявлялись начиная со вторых суток наблюдения. Инфузионная коррекция выраженности эндотелиальной дисфункции приводила к снижению частоты тромботических осложнений, вероятности перевода на инвазивную искусственную вентиляцию легких и летальности по сравнению с традиционным подходом.

**Обсуждение.** Эндотелиальная дисфункция лежит в основе развития полиорганной недостаточности при системном воспалительном ответе. В повседневной клинической практике нельзя упускать из виду использование препаратов, способов терапии оказывающих воздействие на эндотелиальную ткань. При назначении препаратов и прескрипции их применения необходимо учитывать их эндотелиотропное влияние.

**Выводы.** На данный момент поиск способов протекции эндотелия, а также их комбинации представляется актуальным. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса особенно у пациентов с системным воспалительным ответом, сепсисом, с целью повышения эффективности профилактики и интенсивной терапии органной дисфункции.

## СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Самбет Ш.А., Тойынбекова Р.Ж.,  
Бейсенбекова Ж.А.

Медицинский университет Караганды,  
Караганда, Казахстан

**Цель исследования.** Оценить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов с остеоартрозом (ОА) коленных суставов.

**Материалы и методы.** В клиническое исследование (случай-контроль), с учетом добровольного информированного согласия, были включены 28 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), имевшие ОА с выраженным болевым синдромом. Альгофункциональный индекс Лекена у этих пациентов составлял 8 и более баллов. В первую группу вошли 18 женщин и 10 мужчин. Средний возраст составил 57 лет. Контрольная группа включала 30 пациентов с АГ, не имевших жалоб на боли в суставах, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой. Пациенты обеих групп не получали постоянной антигипертензивной терапии на момент включения в обследование. Показанием для проведения суточного мониторирования АД явилось коррекция антигипертензивной терапии из-за выраженного колебания АД в течение суток. У всех пациентов по данным медицинской документации была верифицирована АГ второй и третьей степеней.

**Результаты обсуждения.** У всех обследованных пациентов была выявлена избыточная масса тела или ожирение первой степени. Однако у пациентов с ОА индекс массы тела был выше, и определялась большая окружность талии, преобладал висцеральный тип ожирения, чем в контрольной группе. Это обусловлено более низкой физической активностью, из-за болей в суставах при движении у пациентов с ОА.

Суточное мониторирование АД выявило более высокие значения индекса времени систолического

АД днем и систолического АД ночью, большую вариабельность систолического АД и диастолического АД днем и ночью, среднего и пульсового АД, более высокие показатели максимального среднего АД. Также, у больных с ОА выявлено пограничное повышение диастолического артериального давления в ночные часы с увеличением их средних значений и индексов времени и площади. У пациентов в первой группе преобладали пациенты с недостаточным снижением АД ночью (non-dipper), что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений и сердечно-сосудистой смертности.

**Выводы.** 1. У пациентов с АГ в сочетании с ОА чаще возникает висцеральное ожирение, чем у пациентов без ОА коленных суставов. 2. При проведении суточного мониторирования АД у больных ОА наблюдалось стабильное повышение систолического артериального давления в дневные и ночные часы, чем в контрольной группе. 3. У пациентов с остеоартрозом выявлено пограничное повышение диастолического артериального давления в ночные часы с увеличением их средних значений и индексов времени и площади. 4. В группе больных остеоартрозом в сочетании с артериальной гипертензией выявилось недостаточное снижение АД ночью, что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сатимова Д.М., Рустамов Ж.У.

Ургенчский филиал  
Ташкентской медицинской академии,  
Ургенч, Узбекистан

Невропатии лицевого нерва (НЛН) – заболевания, относящиеся к числу самых распространенных краниальных невропатий, частота которых у взрослых составляет 12-26 случаев на 100 тыс. населения или 2-5%, от всех заболеваний периферической нервной системы воспалительного генеза. Несмотря на большое количество исследований, остаются нерешенными вопросы особенностей клинического течения невропатии лицевого нерва у лиц пожилого возраста. В настоящее время доказано, что причинами заболевания могут быть инфекции среднего уха, синуситы, паротит, травмы, новообразования, демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы, последствия хирургических вмешательств. Лицевой нерв – один из самых молодых черепно-мозговых нервов, в связи с чем легко ранимый. Молодой, то есть появившийся в истории развития живых организмов одним из последних. У животных он уже есть, но практически не несет на себе никаких нагрузок. У людей же он выступает в одной из главных ролей. Основная деятельность нерва заключается в иннервации мимической му-

скулатуры: ему мы обязаны способностями улыбаться и хмуриться, удивленно поднимать брови и морщить нос.

Идиопатическая форма НЛН часто встречается у лиц молодого возраста, тогда как в среднем и особенно в пожилом возрасте эта форма наблюдается реже. Так, в молодом возрасте основное значение в развитии НЛН имеют простудный фактор и воздействие холода, так как пациенты ведут более активный образ жизни, чаще подвержены воздействию переохлаждения, пребыванию у кондиционера, купанию в холодной воде и т.д. С возрастом в развитии НЛН играет большую роль сосудистый фактор, обусловленный гипертонической болезнью, атеросклерозом, макро- и микроангиопатиями. Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях лор-органов, а также сосудистой и воспалительной этиологии имеют более тяжелые двигательные нарушения и отличаются плохим восстановлением по сравнению с идиопатической формой НЛН.

Таким образом, значение сосудистого фактора НЛН начинает превалировать с возрастом и увеличением системной сосудистой патологии.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

**Сатимова Д.М.**

Ургенчский филиал  
Ташкентской медицинской академии,  
Ургенч, Узбекистан

Нейропатия лицевого нерва (НЛН) является одной из актуальных и распространенных проблем современной неврологии. На поражения лицевого нерва приходится 11,8% всех заболеваний периферической нервной системы. В неврологических стационарах больные НЛН могут составлять до 28-33% от числа всех госпитализированных. Внезапное развитие одностороннего пареза мимических мышц, отражается на психоэмоциональной сфере больных, физическом состоянии, часто вызывающих длительное нарушение трудоспособности и существенно снижающих качество жизни. В структуре острых поражений ЛН значительно преобладает идиопатическая форма НЛН. При этой форме НЛН чаще страдает правый ЛН, особенно в группе пациентов женского пола. Максимальное число пациентов с идиопатической формой НЛН приходится на лиц молодого возраста, тогда как в среднем и особенно в пожилом возрасте эта форма наблюдается реже. Так, в молодом возрасте основное значение в развитии НЛН имеют простудный фактор и воздействие холода. Сосудистые формы поражения лицевого нерва с небольшим перевесом по частоте наблюдаются у лиц мужского пола по сравнению с женским. О роли сосудистых факторов поражения ЛН свидетельствовало наличие в анамнезе гипертонического криза, распростра-

ненного атеросклероза сосудов головного мозга и диабетической микро- и макроангиопатии. Случаи отогенного поражения ЛН не имели признака преобладающей латерализации и строго совпадают со стороной воспаления. Особенностью неврологической картины отогенной НЛН является развитие признаков поражения ЛН в его барабанном и сосцевидном отделах. Таким образом, значение сосудистого фактора НЛН начинает превалировать с возрастом и увеличением системной сосудистой патологии.

НЛН имеют гендерные отличия, проявляется преимущественным правосторонним поражением лицевого нерва у лиц женского пола. Идиопатическая форма НЛН достоверно превалирует среди лиц молодого возраста, тогда как другие формы, в частности сосудистые НЛН, наблюдаются преимущественно в пожилом возрасте. Симптоматические формы НЛН, возникающие при заболеваниях лор-органов, а также сосудистой и воспалительной этиологии имеют более тяжелые двигательные нарушения и отличаются плохим восстановлением.

## ВТОРИЧНАЯ КОНТРАКТУРА И ДИСТОНИЯ МЫШЦ ЛИЦА КЛИНИКА И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Сатимова Д.М.**

Ургенчский филиал  
Ташкентской медицинской академии,  
Ургенч, Узбекистан

Вторичная контрактура мимических мышц (ВКММ) является наиболее частым осложнением у лиц, перенесших нейропатию лицевого нерва, возникающим, как правило, в случае неполного восстановления функции мышц лица. Существует три теории патогенеза вторичных контрактур мышц лица: миогенная, нейрональная и рефлекторная. В свою очередь, лицевые мышечные дистонии – это следствие нарушения функционирования экстрапирамидной системы головного мозга. Они проявляются насильственными движениями в мышцах лица одностороннего (гемиспазм) или генерализованного характера. Клинические проявления вторичной контрактуры мимических мышц:

1. Асимметрия лица. Данный симптом развивается в результате относительного укорочения мимических мышц вследствие повышения их тонуса.

2. Синкинезии и гиперкинезы. Наиболее часто наблюдаются следующие патологические синкинезии: веко-губная (при закрывании глаза поднимается угол рта на той же стороне); веко-лобная (при закрывании глаза наморщивается лоб); веко-платизменная (при зажмуривании глаза сокращается подкожная мышца шеи); веко-ушная (при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина); лобно-губная (непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба).



3. Вегетативные проявления: симптом «крокодиловых слез» (симптом Бернадота) – слезотечение из глаза на пораженной стороне при жевании.

4. Эмоциональные расстройства. Выражаются депрессией различной степени тяжести.

Клинические проявления лицевых мышечных дистоний: Блефароспазм – спастическое сокращение круговой мышцы глаза. Оромандибулярная дистония – возможные чередования смыкания и насильственного открытия рта. Лицевой гемиспазм (ЛГ) – судорога Бриссо, – проявляется безболезненным периодическим насильственным сокращениями мускулатуры половины лица. В отличие от экстрапирамидных гиперкинезов – усиливается во сне. Лицевой параспазм (двусторонний гемиспазм лица, синдром Брейгеля). Основным методом диагностики является электронейромиография (ЭНМГ) – комплекс методов объективного исследования нервно-мышечной системы посредством регистрации электрических потенциалов мышц. Анализ ЭНМГ включает оценку формы, амплитуды и длительности потенциалов действия отдельных мышечных волокон и характеристику интерференционной активности, возникающей при произвольном мышечном сокращении, а также вызванных мышечных ответов. Интерференционная ЭМГ – это изучение биоэлектрической активности мимических мышц с помощью поверхностных отведений.

На основании данных интерференционной электромиографии и стимуляционной электронейромиографии при вторичной контрактуре мышц лица и лицевой гемиспазме можно сделать вывод о слабости мимической мускулатуры, уменьшении количества функционирующих мышечных волокон, а также о повышении их близкой и отдаленной синергической активности, а также снижении дифференциации включения активности мышц лица в различные сложные движения.

## ЧАСТОТА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СО ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ

**Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.**  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

Основной патогенеза и клиники анкилозирующего спондилита (АС) является длительно текущее хроническое воспаление, которое в свою очередь может приводить к развитию вторичного амилоидоза.

**Цель.** Определить частоту вторичного амилоидоза в госпитальном контингенте больных АС и описать их клинико-лабораторные особенности.

**Материалы и методы.** Обследовано 458 больных АС. Активность заболевания и функциональный статус пациентов оценивались согласно рекомендациям российских экспертов. Дополнительно, всем больным, определяли SAA в сыворотке крови нефелометрическим методом. Пациентам с высокой лабораторной активностью на протяжении нескольких лет, при отсутствии противопоказаний, проводилась фиброгастроуденоскопия с биопсией подслизистого слоя 12 перстной кишки.

**Результаты.** Среди 458 больных АС у 21 (4,5%) диагностировали АА-амилоидоз; частота среди мужчин – 5,6%, среди женщин – 2,6%. В 15 (3,3%) случаев АА-амилоидоз диагностировался впервые и только у 6 (1,3%) пациентов он был установлен ранее. У пациентов с АА-амилоидозом выявлялась более высокая активность заболевания по ASDAS-срб и СОЭ. Гораздо чаще чем в контроле у пациентов с амилоидозом выявлялись синдесмофиты, им чаще проводилось эндопротезирование суставов. Среди больных с амилоидозом имеется сильно или умеренно выраженная негативная связь возраста включения в исследование с наличием артритов, индексами BASDAI и ASDAS, которые практически не прослеживаются в контрольной группе. Ожидаемая взаимосвязь SAA с показателями активности практически не прослеживается и не различается между группами.

**Заключение.** Частота АА-амилоидоза у больных АС в специализированном ревматологическом отделении достигает 4,5%. Значительно чаще амилоидоз развивается у больных мужского пола, при ювенильном дебюте, поздней стадии и высокой активностью заболевания. Без целенаправленного поиска вторичного амилоидоза у больных АС частота его выявления в рутинной практике составляет около 30%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОПЫТА ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АА АМИЛОИДОЗОМ

**Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.**  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Введение.** Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов. Одной из его особенностей является вовлечение в воспалительный процесс помимо опорно-двигательного аппарата, других органов и систем. Одним из грозных осложнений АС является АА амилоидоз, который приводит к развитию хронической болезни почек и при отсутствии адекватной терапии может заканчиваться гибелью пациента. На данный момент не существует установленного метода лечения АА амилоидоза у пациента с аутоиммунными заболе-

ваниями. Одной из целей терапии является активное лечение хронического воспалительного заболевания, что позволяет подавить синтез белка- предшественника SAA (вплоть до устойчивой нормализации).

**Цель.** Сравнить результаты проводимой терапии препаратами из группы ФНО  $\alpha$  и ИЛ6 у пациентов с анкилозирующим спондилитом, осложненным АА амилоидозом.

**Материалы и методы.** В исследовании включено 11 пациентов с АС, осложненным вторичным амилоидозом, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБП). Из них 9 мужчин и 2 женщины. Первая группа (5 пациентов) получали терапию ингибиторами ИЛ6 и 6 пациентов блокаторами ФНО  $\alpha$ . Оценка эффективности проводимой терапии проводилась через 6 месяцев от начала лечения.

Активность заболевания и функциональный статус пациентов оценивались согласно рекомендациям российских экспертов. Всем пациентам проведено лабораторное и инструментальное обследование, общепринятое при диагностике и мониторинге АС. Дополнительно проводилось исследование биохимического анализа мочи, уровня сыровоточного амилоидного белка А (SAA), проба Реберга,

Ряду пациентов назначалась терапия препаратами из группы блокаторов ИЛ 6, однако данная группа препаратов не зарегистрирована для терапии АС. Решение о назначении этой группы препаратов принималось off-label по жизненным показаниям членами врачебной комиссии по назначению ГИБП (11 членов комиссии), официально утвержденной руководством ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой.

**Результаты.** У пациентов, получавших терапию ингибиторами ИЛ 6 отмечался хороший клинический результат. Однако достоверные различия были получены по индексу активности заболевания ASDAS срб 4,9 [4;5,2] и 3,6 [2,5;4,48] ( $p=0,03$ ) и уровень СОЭ 100 [67;118] и 24 [14;25] ( $p=0,02$ ). Также значительные различия выявлены по уровню СРБ 32,9 [19,9;92,1] и 6,6 [0,2;7,6] ( $p=0,06$ ), индексу активности BASDAI 7,2 [6,4;7,2] и 5,1 [4,15;5,9] наблюдалась тенденция с снижению активности заболевания, но умеренной или низкой активности на момент наблюдения мы не достигли. По биохимическим показателям имелась положительная динамика по уровню креатинина 173,3 [93,3;191] и 120 [105,1;172] ( $p=0,5$ ), мочевой кислоты 501,2 [448,3;509] и 461,1 [454;563,1] ( $p=0,4$ ), нарастала скорость клубочковой фильтрации 40,6 [33;97,3] и 45,7 [35,9;89,8] ( $p=0,8$ ). В клинической картине отмечалось купирование энтезитов 40% и 0% ( $p=0,1$ ), уменьшение частоты периферических артритов 100% и 80% ( $p=0,3$ ), коксит сохранялся у ряда пациентов как до, так и после лечения 40% и 40% ( $p=0,8$ ), активного сакроилиита/спондилита по данным МРТ выявлено не было. У данной группы выявлен высокий уровень SAA 133 [39,9; 381].

Пациенты второй группы получали терапию различными препаратами и числа блокаторов ФНО  $\alpha$ . При сравнении клинических и лабораторных данных этой группы мы не выявили достоверных различий. Но стоит отметить, что при снижении лабораторной активности заболевания СОЭ 98 [18; 140] и 81,5 [68; 101] ( $p=0,8$ ) и

СРБ 16,2 [2,89; 42,7] и 6,6 [0,2; 7,6] ( $p=0,4$ ) наблюдается нарастание индексов активности заболевания BASDAI 4,2 [2,3; 6,2] и 5,3 [4,8; 6,1] ( $p=0,6$ ), ASDAS 2,25 [1,9; 3,48] и 4,12 [3,5; 4,5] ( $p=0,06$ ). Что вероятно связано с клинической картиной заболевания, у пациентов отмечен более высокий процент периферических артритов 33,3% и 50% ( $p=0,3$ ), коксита 83,3% и 100% ( $p=0,3$ ). Отрицательная динамика отмечена в виде нарастания уровня биохимических показателей, креатинина 101 [56; 235,5] и 120,5 [66,3; 240] ( $p=0,6$ ), мочевины 8,15 [4,1; 13,9] и 9,6 [4,8; 13,6] ( $p=0,9$ ), мочевой кислоты 375,5 [311,4; 444] и 392,7 [289,3; 452,9] ( $p=0,9$ ), суточной протеинурии 0,4 [0,2; 2,8] и 2,05 [1,2; 3,34] ( $p=0,2$ ). У данной группы выявлено умеренное повышение уровня SAA 15,3 [9,5; 54,1]. При сравнении этих групп стоит отметить, что у пациентов, получавших ингибиторы ИЛ 6 отмечалась более высокая активность заболевания и значимое снижение СКФ в отличие от пациентов получавших блокаторы ФНО  $\alpha$ . Также уровень SAA был выше в первой группе пациентов.

**Выводы.** На фоне проводимой терапии препаратами из группы ингибиторов ИЛ 6 отмечены достоверные различия по ответу на проводимую терапию по уровню СОЭ и индексу активности ASDAS срб. У пациентов, получавших ингибиторы ИЛ 6, отмечалась более высокая активность заболевания и значимое снижение СКФ в отличие от пациентов, получавших блокаторы ФНО  $\alpha$ . Также уровень SAA был выше в первой группе пациентов.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У HLA-B27 ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.

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

**Введение.** Ассоциация гена HLA-B27 с анкилозирующим спондилитом (АС) хорошо известна уже практически 50 лет. За это время обнаружено, что часть клинических проявлений болезни ассоциируется с заболеванием однотипно практически во всех популяциях, а другая часть зависит от этнической принадлежности пациентов. Также периодически описываются уникальные взаимосвязи, характеризующие только отдельные этнические группы.

**Цель исследования.** Проанализировать клинические характеристики стационарного контингента больных АС, в зависимости от статуса HLA-B27.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное исследование 200 последовательно поступивших в ревматологическое отделение ФГБНУ НИИР им.

В.А.Насоновой больных АС. Всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование, рекомендованное для определения активности и функции при АС, в рамках рутинного клинического обследования исследовали трансаминазы, мочевую кислоту, мочевину и креатинин в сыворотке крови, а также концентрацию интерлейкина 6 (ИЛ6) и 17 (ИЛ17).

**Результаты.** Среди 200 обследованных пациентов АС у 166 (83%) имелся HLA-B27, причем среди мужчин 89,8%, а среди женщин 73,2% ( $p=0,003$ ). Мужчин среди HLA-B27 позитивных АС было 63,9%, в то время как среди B27«-» – 35,3% ( $p=0,002$ ). Средний возраст дебюта АС у HLA-B27 негативных больных был на 5 лет старше и среди них ювенильное начало болезни встречалось примерно в 2 раза реже. Среди HLA-B27 позитивных больных синдесмофиты имели 25%, а среди негативных – 15% ( $p>0,05$ ). Однако среди мужчин 31,1% имели синдесмофиты если они были B27-позитивными и 25% – если негативными. С другой стороны, среди B27-позитивных женщин синдесмофиты имели 15%, а среди B27-негативных – 9% ( $p=0,022$ ). Среди HLA-B27 негативных больных чаще встречались воспалительные заболевания кишечника и реже – увеиты и псориаз. Показатели активности, частота артритов и энтезитов была сходной среди HLA-B27 позитивных и негативных больных. Концентрация ИЛ17 в сыворотке HLA-B27 негативных больных была в 6 раз выше, чем у позитивных больных ( $p=0,012$ ).

**Выводы.** Показано, что для российской популяции больных АС имеются характерны для большинства этносов ассоциации с HLA-B27 (на пример более раннее начало болезни) и ассоциации, которые не во всех этнических группах встречаются (на пример более тяжелое течение, частота артритов и энтезитов). Кроме того обнаружено, что концентрация ИЛ17 в сыворотке крови HLA-B27 негативных больных была в 6 раз выше, чем среди B27 позитивных пациентов, что может указывать на неканонические механизмы патогенеза АС, при котором не задействован ген HLA-B27, что требует дальнейших исследований.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА ТРЕТЬЕГО ТИПА

**Седых А.В., Останкова Ю.В.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

Наследственный ангиотек (НАО) – генетически детерминированное заболевание, характеризующееся периодическими эпизодами отеков кожи, а также

слизистой/подслизистой оболочки разной локализации. Отеки верхних дыхательных путей потенциально опасны для жизни, а неправильно поставленный диагноз может привести к летальному исходу. На данный момент выделяют три типа НАО. Первый и второй тип связаны с мутациями в гене SERPING1, которые приводят к дефициту или дисфункции ингибитора сериновых протеаз С-1. Третий тип ассоциирован с нормальным уровнем и функциональной активностью С-1 ингибитора. Было показано, что при таком типе развитие НАО вызывают мутации в других генах, в том числе кодирующих фактор XII Хагемана (F12), ангиопоэтин (ANGPT), плазминоген (PLG). Большинство клинически значимых мутаций выявлены в 9 экзоне гена F12, во 2 экзоне гена ANGPT и в 8 экзоне гена PLG.

**Цель исследования.** Разработать праймеры и оптимизировать условия ПЦР для амплификации фрагментов генов ANGPT, PLG, F12.

**Материалы и методы.** Для дизайна праймеров и оптимизации условий ПЦР использовали программу VectorNTI (Thermo Fisher Scientific, США). Материалом служила цельная кровь здоровых людей. Экстракцию геномной ДНК проводили с помощью тест-системы «Ампли-Прайм Рибо-преп» (ФБУН ЦНИИЭ). После проведения ПЦР с экзон-специфичными праймерами осуществляли очищение продуктов реакции и определение концентрации спектрофотометрическим методом с использованием Quantus fluorometer (Promega, США). Нуклеотидные последовательности исследуемых фрагментов генов определяли с помощью прямого секвенирования. Для анализа продукта секвенирующей реакции очищенный осадок растворяли в формамиде и помещали в генетический анализатор ABI PRISM 3500 (Applied Biosystems, США). Полученные последовательности анализировали в программе UGENE (Унипро, Россия).

**Результаты.** На основе базы данных GenBank были подобраны специфические праймеры к последовательностям экзонов 2, 8 и 9 генов ANGPT, PLG и F12, соответственно. Подбор состава амплификационной смеси и условий ПЦР осуществляли таким образом, чтобы амплификацию всех трех фрагментов можно было выполнять при одинаковой температуре отжига, то есть, одновременно, что существенно экономит время выполнения анализа. Температура отжига для каждой пары праймеров составила 58°C. Содержание GC – нуклеотидов в прямом и обратном праймере для 9 экзона гена F12 составило 60%, для 2 экзона ANGPT – 50%, для 8 экзона PLG – 55%. В ходе эксперимента было показано, что размер ПЦР продукта для каждого исследуемого гена соответствует теоретически ожидаемому. На следующем этапе работы все полученные фрагменты были просеквенированы, сравнительный анализ с референсными последовательностями в программе UGENE (Унипро, Россия) показал 100% идентичность.

**Вывод.** Подобраны высокоспецифичные праймеры и единые условия амплификации, позволяющие



щие выявить клинически значимые мутации в генах ANGPT, PLG, F12 методом полимеразной цепной реакции с последующим секвенированием по Сэнгеру, для диагностики третьего типа НАО, связанного с указанными генами.

## ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

**Селиверстов П.В.**

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

На сегодняшний день нет сомнений в том, что вирус SARS-CoV-2, помимо клеток дыхательных путей поражает другие органы и системы организма человека, в том числе пищеварительную систему и гепатобилиарный тракт. Патогенез гепатобилиарных симптомов, вызванных SARS-CoV-2, включает нарушение структуры кишечного барьера, состояние которого во многом обусловлено микробиомом кишечника. Кишечный барьер обеспечивает избирательную проницаемость, необходим для отделения внешней среды кишечника от внутренней части тела хозяина. Кишечный барьер предотвращает проникновение антигенов из кишечника в кровоток. По различным данным установлено, что у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2 в 80% случаев развивается один или несколько долгосрочных симптомов. Дисфункции печени ассоциированы с холангиопатией, коагулопатией и эндотелиопатией. С увеличением активности АСТ и АЛТ, содержания билирубина, гипоальбуминемией, удлинением протромбинового времени, повышение уровня щелочной фосфатазы, ассоциируются с тяжелым клиническим течением COVID-19 и выявляются в 14-53% случаев. Выделяют три механизма повреждения печени: воспаление, вызванное цитокиновым штормом и активацией печеночного иммунитета, прямая вирусная инфекция гепатоцитов, эпителиальных клеток и холангиоцитов, опосредованная АПФ 2, гепатотоксичность лекарств, опосредованная препаратами, применяемыми при лечении вируса. Что приводит к нарушению коагуляции, ишемии печени и повышению уровня аминотрансфераз, билирубина и к развитию холестаза.

Грозным и потенциально неблагоприятным вариантом поражения печени является холангиопатия после COVID-19. Данная форма рассматривается как вариант вторичного склерозирующего холангита с уникальными гистологическими особенностями, включая тяжелое повреждение холангиоцитов и внутрипеченочную микроангиопатию, возникающий после перенесенной тяжелой формы COVID-19. Этапность развития постковидного синдрома можно объединить в так называемый Постковидный континуум, когда у одного

пациента наблюдается последовательное развитие патогенетически связанных состояний, прогрессирующее течение которых, постепенно приводит к развитию органической патологии. Необходимо анализировать риск лекарственных взаимодействий, особенно у пациентов с нарушенной функцией печени, получающих иммуносупрессивную терапию.

Лекарственные препараты, применяемые в схемах лечения инфекции COVID-19 и постковидного синдрома, часто обладают побочными эффектами со стороны гепатобилиарной системы, при развитии лекарственно индуцированного поражения печени у таких пациентов необходимо руководствоваться актуальными клиническими рекомендациями. Для пациентов с поражением печени при инфекции COVID-19 и в постковидном периоде особое значение имеет патогенетически обоснованный выбор гепатопротектора.

Коморбидным пациентам с заболеваниями и состояниями, которые могут негативно влиять на течение новой коронавирусной инфекции и постковидного синдрома предпочтительно назначать препараты влияющие на несколько патологических процессов для уменьшения количества используемых медикаментов. Учитывая наличие доказательной базы роли дисбиотических изменений микробиоты кишечника, как триггера каскада нарушений кишечной проницаемости, иммунной дисрегуляции, системного воспаления и эндотелиальной дисфункции в развитии заболевания, их коррекция может рассматриваться в качестве одного из потенциальных методов предупреждения и лечения постковидных проявлений.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Сеничкина А.А., Савина Н.М., Ломакин Н.В.**

Центральная клиническая больница  
с поликлиникой Управления делами  
Президента Российской Федерации,  
Центральная государственная медицинская  
академия Управления делами  
Президента Российской Федерации,  
Москва

**Цель исследования.** Выявить клинические особенности острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 41-49% у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** В исследование были включены 207 госпитализированных пациентов (49% женщин) с ОДСН, ранее имевшейся ХСН ишемической этиологии и сопутствующим СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил 74,9±10,25 лет. Включенные в настоящее исследование пациенты имели ФВ ЛЖ менее 50% по данным трансторакальной ЭхоКГ. Сравнение исследуемых показателей проводилось между группами пациентов с ФВ ЛЖ <40% (n=105) и 41-49% (n=102). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS 23.0.

**Результаты.** Средний возраст пациентов в группах с умеренно сниженной и сниженной ФВ ЛЖ не различался (p=0,285). У женщин ФВ ЛЖ 41-49% выявлялась в 2 раза чаще, чем у мужчин (66,7% и 33,3% соответственно; p<0,001). Длительность ИБС и СД 2 типа между группами пациентов статистически значимо не различалась. ИМ в анамнезе значительно реже выявлялся у пациентов с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (40,2% и 71,4% соответственно; p<0,001). Высокая частота АГ (более 80%) отмечена в обеих группах пациентов с ОДСН. В группе пациентов с ФВ ЛЖ 41-49% в сравнении с группой с ФВ ЛЖ <40% была ниже частота встречаемости фибрилляции предсердий (p=0,043) и ЭКГ признаков блокады левой ножки пучка Гиса (p=0,002). У пациентов с умеренно сниженной ФВ ЛЖ чаще выявлялись ожирение (p=0,001) и гиперхолестеринемия (p=0,001).

При поступлении в стационар по поводу ОДСН у пациентов с ФВ ЛЖ 41-49% реже выявлялась гепатомегалия (p=0,014). Тяжесть течения, оцениваемая как IV ФК по классификации NYHA, реже встречалась у пациентов с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (p=0,046). Пациенты с ФВ ЛЖ 41-49% чаще имели уровни систолического АД >160 мм рт.ст. (p=0,013) при поступлении в стационар. Значимые различия при оценке показателей глюкозы натощак, гликированного гемоглобина, калия, натрия, креатинина и скорости клубочковой фильтрации в сравниваемых группах не выявлены. Уровни NT-proBNP у пациентов с ОДСН не различались. Согласно оценке принимаемой терапии при поступлении в стационар, частота назначения ингибиторов АПФ, сакубитрила/валсартана, β-адреноблокаторов, диуретиков и положительных инотропных препаратов в группах пациентов не различалась, однако пациентам с ФВ ЛЖ 41-49% реже назначались антагонисты минералокортикоидных рецепторов (p=0,017).

**Выводы.** У пациентов с ОДСН с ФВ ЛЖ 41-49%, ранее имевшейся ХСН ишемической этиологии и СД 2 типа, установлены гендерные различия, высокая частота неконтролируемой АГ при поступлении в стационар, ожирения и гиперхолестеринемии, меньшая частота ИМ в анамнезе и фибрилляции предсердий, менее выраженная тяжесть декомпенсации. В лечении пациентов с умеренно сниженной ФВ ЛЖ до развития декомпенсации сердечной деятельности недостаточно

использовались антагонисты минералокортикоидных рецепторов.

## ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ

Сеничкина А.А.<sup>1</sup>, Савина Н.М.<sup>2</sup>, Ломакин Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Центральная клиническая больница  
с поликлиникой Управления делами  
Президента Российской Федерации,

<sup>2</sup>Центральная государственная медицинская  
академия Управления делами  
Президента Российской Федерации,  
Москва

**Цель исследования.** Выявить клинические особенности острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) у пациентов с синдромом старческой астении.

**Материал и методы.** В исследование были включены 188 госпитализированных пациентов с ОДСН старше 75 лет. У всех пациентов ранее имелась ХСН. Старческая астения была установлена в период амбулаторного наблюдения пациентов до госпитализации в стационар и выявлялась с помощью опросников Green (при сумме 5 и более баллов) и «Возраст не помеха» (при сумме 3 и более баллов). Сравнение исследуемых показателей проводилось между группой «хрупких» пациентов (n=92) и группой пациентов без старческой астении (n=96). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS 23.0.

**Результаты.** В группах сравнения не выявлены гендерные различия, средний возраст пациентов также не различался – 84,15±5,80 и 82,79±4,44 лет (p=0,072). При оценке встречаемости ИБС и ИМ в анамнезе значимые различия не установлены (p=0,996 и p=0,970 соответственно). У «хрупких» пациентов выявлена высокая частота АГ – 97,8% (в группе сравнения – 90,6%; p=0,035), ЧКВ в анамнезе – 54,3% (в группе сравнения – 35,4%; p=0,009), анемии – 65,2% (в группе сравнения – 40,0%; p=0,035). СД 2 типа встречался значительно реже у «хрупких» пациентов – 25,0%, чем в группе сравнения (46,9%; p=0,002). Частота ФП в группах пациентов значимо не различалась (p=0,822).

При поступлении в стационар одышка в покое имела у 62,0% «хрупких» пациентов (p=0,002), влажные хрипы в легких – у 83,7% (p=0,036). При оценке ФК по классификации NYHA в сравниваемых группах значимые различия не выявлены. У «хрупких» пациентов в 2 раза чаще встречалась ЧСС>90 уд/мин – 27,2%, чем в группе сравнения (13,5%; p=0,020). По данным ЭхоКГ в сравниваемых группах не выявлены различия средних значений ФВ ЛЖ (p=0,118), а также не разли-

чалось количество пациентов с ФВ ЛЖ <40% ( $p=0,830$ ), ФВ ЛЖ 41-49% ( $p=0,147$ ), ФВ ЛЖ >50% ( $p=0,181$ ).

У «хрупких» пациентов отмечались более высокие уровни NT-proBNP ( $p<0,001$ ), чаще встречались значения гемоглобина < 120 г/л (63,0%;  $p=0,012$ ), общего белка <65 г/л (79,3%;  $p=0,035$ ), альбумина ( $p=0,001$ ). При оценке СКФ значимые различия не выявлены.

Оценка терапии в стационаре показала, что у «хрупких» пациентов была выше частота назначения сакубитрила/валсартана, однако различия не достигли статистической значимости (20,7% и 10,4% соответственно;  $p=0,052$ ), в обеих группах в 100% случаев назначались диуретики, при этом в группе «хрупких» пациентов чаще использовался торасемид – 47,8% (в группе сравнения – 28,1%;  $p=0,005$ ), а также в 2 раза чаще проводилась ультрафильтрация – 42,4%, чем в группе сравнения (21,9%;  $p=0,003$ ).

Таким образом, в нашей работе выявлен ряд особенностей, характерных для «хрупких» пациентов с ОДСН, в числе которых более выраженные клинические проявления декомпенсации, тахикардия при поступлении в стационар, более высокие уровни NT-proBNP, анемия, частая необходимость в использовании ультрафильтрации.

## КОНТРОЛЬ И МАРКЕРЫ T2-ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В.,  
Цуканова И.В., Знахуренко А.А.

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

**Цель исследования.** Оценить контроль БА, уровни эозинофилов периферической крови (ЭОЗ) и оксида азота выдыхаемого воздуха (FeNO) после прекращения генно-инженерной биологической терапии у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в условиях реальной клинической практики.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 амбулаторных пациентов (мужчин 30%, возраст от 31 до 74 лет) с ТБА, среди них атопическая астма выявлена у 73% больных, аспириновая – у 20%, гормонозависимая – в 40% случаев, сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких имела у 30% пациентов. Курили в момент исследования 19%, бывшими курильщиками были 50% и никогда ранее не курили 31% больных ТБА. В течение от 1 года до 8 лет

(средний срок 2,1 года) больные тяжелой астмой дополнительно к стандартной терапии высокими дозами ИГКС/ДДБА±тиотропий±монтелукаст±СГКС получали лечение препаратами против IgE (Омализумаб, 8 чел), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб/Бенрализумаб, 16 чел), а также против ИЛ-4/ИЛ-13 (Дупилумаб, 16 чел).

Контроль симптомов БА определялся с помощью русскоязычной версии вопросника ACQ-5 перед началом и в конце лечения, далее каждые 3 месяца в течение 1 года после отмены иммунобиологических препаратов. Астма считалась неконтролируемой при среднем балле ACQ-5  $\geq 1,5$ . Уровень ЭОЗ определялся с помощью автоматического гемоанализатора, значение FeNO оценивалось на хемилюминесцентном газоанализаторе (Logan-4100, Великобритания) перед началом использования биологической терапии, в ее конце, а также после прекращения лечения каждые 3 месяца на протяжении одного года. Оценивались доли пациентов, имевших ЭОЗ  $\geq 150$  кл/мкл, ЭОЗ  $\geq 300$  кл/мкл и ЭОЗ  $\geq 400$  кл/мкл, а также FeNO  $\geq 20$  ppb и FeNO  $\geq 50$  ppb.

**Результаты.** Доля больных с неконтролируемой ТБА за время лечения иммунобиологическими препаратами снизилась с 92% до 54% ( $p<0,001$ ). После прекращения биологической терапии контроль симптомов начинал постепенно ухудшаться и часть больных с ACQ-5  $\geq 1,5$  баллов составляла 62% ( $p>0,05$ ) через 3 месяца, 70% ( $p>0,05$ ) через 6 месяцев и 81% ( $p<0,05$ ) через 12 месяцев.

В ходе лечения суммарно всеми препаратами моноклональных антител (МАТ) доля больных ТБА с ЭОЗ  $\geq 150$  кл/мкл уменьшилась с 93% до 40% ( $p<0,001$ ), с ЭОЗ  $\geq 300$  кл/мкл – с 68% до 28% ( $p<0,001$ ) и доля с ЭОЗ  $\geq 400$  кл/мкл снизилась с 35% до 20% ( $p>0,05$ ). Через год после прекращения терапии доля больных с ЭОЗ  $\geq 150$  кл/мкл практически восстановилась до первоначального исходного уровня (83%,  $p>0,05$ ), несколько медленнее было нарастание ЭОЗ  $\geq 300$  кл/мкл (48%,  $p>0,05$ ) и ЭОЗ  $\geq 400$  кл/мкл (28%,  $p>0,05$ ). В течение периода применения биологической терапии произошло снижение доли больных ТБА с FeNO  $\geq 20$  ppb с 66% до 16% ( $p<0,001$ ), с FeNO  $\geq 50$  ppb – с 28% до 0% ( $p<0,01$ ). Через 3 мес, 6 мес, 9 мес и через год после прекращения терапии доля больных с FeNO  $\geq 20$  ppb повысилась до 31% ( $p>0,05$ ), 34% ( $p>0,05$ ), 38% ( $p<0,05$ ) и 47% ( $p<0,01$ ), соответственно. В этих же временных точках медленнее происходило нарастание FeNO до  $\geq 50$  ppb (0% ( $p>0,05$ ), 3% ( $p>0,05$ ), 3% ( $p>0,05$ ) и через 12 мес. – 13%,  $p<0,05$ ).

**Заключение.** У подавляющего большинства больных ТБА через год после прекращения генно-инженерной биологической терапии наблюдается ухудшение контроля ТБА, повышение уровней эозинофилов периферической крови и оксида азота выдыхаемого воздуха, что свидетельствует об активации T2-воспаления дыхательных путей.



## ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

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

Остеопороз (ОП) является весьма распространенным заболеванием во всем мире, и Волгоградская область не является исключением. Проблема ведения больных остеопорозом в городе Волгограде, начиная с 1998 года, занимается ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии». Региональная школа остеопорологов является одной из лучших в стране. В 2002 году был зарегистрирован Волгоградский Центр диагностики и лечения остеопороза на базе этого научного учреждения. Затем в 2018 году на базе ведущего скорпомощного медицинского учреждения МУЗ ГКБСМП №25 был создан Центр вторичной профилактики переломов. Сотрудничество этих организаций позволило вывести на новый уровень оказание медицинской помощи больным остеопорозом (ОП) в регионе: значительно повысилась доступность диагностики заболевания и специализированной врачебной помощи, а также больным ОП предоставляется возможность обучения в школе для пациентов. Для оценки эффективности этой работы было проведено масштабное исследование.

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь между фактом обучения в школе для пациентов с ОП и частотой развития новых низкотравматичных переломов.

**Материалы и методы.** I-ый этап: ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов за период с декабря 2019 по декабрь 2021 года. II-ой этап – телефонный опрос этих пациентов с целью регистрации новых переломов.

Диагностика ОП осуществлялась методом рентгенологической двухэнергетической остеоденситометрии на аппарате LUNAR DPX pro (GE, США). Уровень маркеров костного обмена определяли методом ELISA-test с помощью коммерческих наборов. Оценка полученных результатов проведена с помощью лицензионного программного пакета Statistica for Windows 12.

**Результаты.** В исследование были включены амбулаторные карты 2236 пациентов в возрасте от 40 до 92 лет. Из них 1897 женщин и 339 мужчин. Критерием исключения из исследования был возраст 39 лет и менее.

По результатам I-го этапа исследования показано, что 715 пациентов (31,98% от всех включенных в исследование) обратились однократно, из них у 115 лиц были зарегистрированы низкотравматичные переломы в анамнезе, эти пациенты составили I группу контроля. У 509 из них (71%) выявлены показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) ниже возрастной нормы, но они отказались от обучения в школе для пациентов, не прошли лабораторного контроля и не обратились за назначением лечения к врачу. На II-ом этапе исследования 596 пациентов этой группы ответили на опрос, т.о. отвечаемость выборки составила 83,36%. 158 пациентов этой группы (26,51%) сообщили о новых низкотравматичных переломах за указанный период.

В тоже время 1521 пациент (68,02% от всех включенных в исследование) были полностью обследованы, из них у 1262 больных (82,97%) выявлена низкая МПКТ. Эти пациенты прошли обучение в школе остеопороза, и им была назначена патогенетическая терапия. Из них 784 пациента (62,12%) полностью соблюдали рекомендации врачей (II группа высококомплаентных пациентов). В этой группе было зарегистрировано 11 новых переломов (1,4%). III группу (низкокомплаентных пациентов) составили оставшиеся 478 пациентов (37,88%), которые частично соблюдали рекомендации врачей: пропускали прием пероральных препаратов, нарушали график введения инъекционных препаратов, делали перерывы в приеме кальция и витамина Д. В этой группе зафиксировано 58 новых низкотравматичных переломов (12,13%).

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование доказало высокую социально-экономическую значимость Центров остеопороза и профилактики переломов в регионе и необходимость создания школ для больных остеопорозом.

## ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

**Сидоренко Ю.В., Ветчинникова Т.А., Иванова Л.Н.,  
Бибик В.В., Ковалев В.Б., Ковалева И.С.**  
Луганский государственный  
медицинский университет,  
Луганск

В Российской Федерации в 2020 году по официальным данным на диспансерном учете находилось около 1,2 млн человек с расстройствами психики и по-

ведения, связанными с употреблением алкоголя. Значительную опасность для здоровья этих слоев населения представляет коморбидность – развитие связанных со злоупотреблением алкоголя соматических заболеваний, в том числе гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Общеизвестно, что течение и прогноз ГБ тесно связаны с гемодинамическими параметрами, но остается актуальным изучение состояния гемодинамики в условиях наличия кардиореспираторной патологии у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

**Цель исследования.** Изучение особенностей параметров гемодинамики при гипертонической болезни (ГБ) в условиях наличия ХОБЛ у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

**Материалы.** Были обследованы 57 больных ГБ, сочетанной с ХОБЛ, злоупотребляющих алкоголем. В группу контроля вошли 31 условно здоровых лиц. Диагноз ГБ и ХОБЛ был установлен на основании анамнестических, клинических и инструментальных данных согласно рекомендациями Европейской ассоциации кардиологов (2015) и Международной программы «Глобальная инициатива по ХОБЛ (GOLD), 2017». Структурно-функциональное состояние миокарда исследовали методом эхокардиографии (ЭхоКГ) с помощью сканера «CHISONQbit7» (Китай) в соответствии с рекомендациями Американского эхокардиографического общества и Европейской ассоциации кардиоваскулярной визуализации (2015). Статистический анализ результатов экспериментальных исследований проводился с использованием компьютерного пакета прикладных программ для обработки статистической информации Statistica 6.1.

**Результаты.** Анализируя структурно-функциональное состояние сердца у обследованных больных, были обнаружены значимые изменения показателей, определяющих морфо-функциональные свойства миокарда желудочков, в отношении группы контроля. Так, было установлено увеличение КДРЛЖ на 8,51% ( $p < 0,05$ ), рост ТЗСЛЖ на 33,3% ( $p < 0,05$ ) и ТМЖП на 44,4% ( $p < 0,05$ ). У обследованной когорты больных также было выявлено достоверное повышение рассчитываемых показателей: ИММЛЖ – на 40% ( $p < 0,05$ ) и ОТСЛЖ – на 25% ( $p < 0,05$ ). Кроме того, в ПЖ были обнаружены существенные изменения толщины передней стенки ПЖ на 40% ( $p < 0,05$ ) и повышение СДЛА на 38,9% ( $p < 0,05$ ) относительно группы контроля. Установлено, что у обследованных пациентов нормальная геометрия встречалась в 7,0% случаев, эксцентрическая гипертрофия в 12,3%, концентрическое ремоделирование в 35,1% и концентрическая гипертрофия в 45,6%. Итак, ГЛЖ была выявлена у 57,9% больных с сочетанной кардиореспираторной патологией, злоупотребляющих алкоголем. Одной из главных характеристик гипертрофии миокарда ЛЖ является масса и индекс ММЛЖ. Обращает внимание проявление ГЛЖ: ММЛЖ значительно увеличе-

на ( $230,5 \pm 8,6$ ,  $p < 0,05$ ) относительно к группе условно здоровых ( $156,8 \pm 9,06$ ) и ИММЛЖ –  $118,8 \pm 3,53$  ( $p < 0,05$ ) и  $84,8 \pm 5,29$  соответственно.

Таким образом, у больных сочетанной патологией, злоупотребляющих алкоголем, были обнаружены достоверные выраженные изменения большинства показателей, отражающих морфо-функциональное состояние ЛЖ, что безусловно обусловлено наличием ГБ. Наличие коморбидности оказывает негативное влияние на изменение геометрии сердца и приводит к формированию прогностически наиболее неблагоприятных гипертрофических типов ремоделирования.

**Выводы.** У пациентов с сочетанной кардиореспираторной патологией, злоупотребляющих алкоголем, отмечались выраженные изменения структурно-функциональных показателей миокарда как левого, так и правого желудочков, с преобладанием таких изменений в геометрии сердца как концентрическая гипертрофия.

## АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Сидорова Н.Л.<sup>1</sup>, Вологин А.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская поликлиника №9,

Хабаровск,

<sup>2</sup>Комсомольская межрайонная больница,

Комсомольск-на-Амуре

**Актуальность проблемы.** Самое распространенное из эндокринных заболеваний, сахарный диабет (СД), поражает до 4-5% населения в экономически развитых странах, а также такие осложнения СД, как синдром диабетической стопы, является основной причиной инвалидности и смертности, значительно снижают качество жизни населения и требуют значительных расходов на медицинскую помощь. СД представляет собой группу метаболических заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая возникает в результате дефекта секреции инсулина, действия инсулина или обоих факторов. Известно, что при всех формах сахарного диабета нарушается утилизация глюкозы, развиваются каскадные метаболические расстройства, приводящие к полиорганным нарушениям, в том числе поражению нервной и сосудистой систем. В России в настоящее время используется классификация, предусматривающая два уровня поражения нервной системы, – периферической и центральной.

**Цель исследования.** Изучить спектр поражений нервной системы у больных сахарным диабетом в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** В рамках оказания поликлинической консультативной помощи обследовано

45 человек сахарным диабетом с давностью заболевания от нескольких дней до десяти лет. Из них 14 (31%) пациентов с сахарным диабетом I типа и 31 (69%) пациент – с сахарным диабетом II типа. Изучены жалобы, анамнез, результаты физикального и лабораторно-инструментального обследования.

**Результаты и обсуждение.** Спектр поражений нервной системы у больных сахарным диабетом был представлен: сенсомоторная (хроническая) полиневропатия имела место у 30 пациентов (68%), диабетическая энцефалопатия и/или энцефаломиелопатия у 5 (11%) человек, острые нервно-психические расстройства на фоне декомпенсации метаболизма у 10 (22%) человек. Большинство обследованных пациентов 65% страдали хронической сенсомоторной полиневропатией с повреждением чувствительных, двигательных и вегетативных нервных волокон. Заболевание во всех случаях развивалось постепенно. Ведущими жалобами были сенсорные расстройства: боли, онемение и парестезии в области стоп и нижних третей голени, зябкость стоп и кистей рук. При осмотре обнаруживались трофические расстройства на стопах: сухость, истончение и растрескивание кожи, вазомоторные нарушения, изменения температуры и цвета (гиперпигментация) кожи, в пяти наблюдениях – трофические язвы. В неврологическом статусе у всех пациентов выявлялись умеренные дистальные двигательные нарушения в виде выпадения ахилловых рефлексов; симметричные расстройства всех видов чувствительности по типу «носков» и «перчаток».

Термином «диабетическая энцефалопатия» и «диабетическая миелопатия», 29%, обозначают стойкую органическую церебральную и спинальную патологию, возникшую под влиянием острых, подострых и хронических метаболических сосудистых нарушений, обусловленных сахарным диабетом. Общепризнано, что диабетическая миелопатия развивается постепенно. Одновременно с диабетической энцефалопатией у лиц с длительным диабетическим анамнезом. В связи с чем, оправдан термин «энцефаломиелопатия»; часто протекает субклинически, что особенно характерно для лиц молодого возраста с инсулинозависимым сахарным диабетом. Острые нервно-психические расстройства на фоне декомпенсации метаболизма наблюдались в 9 % случаев. Они проявлялись диффузной головной болью, астенией - от повышенной утомляемости и вялости до апатии и сонливости, когнитивными нарушениями, дисфорией, неадекватным поведением, психомоторным возбуждением, прогрессирующим угнетением сознания, очаговыми неврологическими симптомами, припадками.

**Выводы.** 1. Сахарный диабет характеризуется развитием облигатных полиморфных острых и хронических поражений центральной и периферической нервной системы. 2. Возможность поражения нервной системы даже на фоне компенсации процесса делает необходимым у больных сахарным диабетом регуляр-

ный неврологический контроль с целью своевременной диагностики неврологических осложнений и их медикаментозной коррекции.

## ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

**Симион А.Ю., Овсянников Е.С.**  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Введение.** Железодефицитная анемия часто сопровождает многие заболевания (в том числе кардиоваскулярную патологию). Это состояние возникает по разным причинам и может потребовать различной тактики у врача-терапевта или гематолога.

**Цель исследования.** Изучить влияние железодефицитной анемии на основные параметры качества жизни пациентов.

**Материалы и методы.** Включены 1210 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональных классов, возраст –  $67,57 \pm 9,35$  лет (309 мужчин и 901 женщина). С помощью разработанной компьютерной программы «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией» проведен анализ медицинских карт пациентов. Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии. Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина, количество эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее  $4 \times 10^{12}/л$ ; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее  $3,8 \times 10^{12}/л$ .

Общее качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36.

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Для сравнения несвязанных выборок использовался однофакторный дисперсионный анализ, для связанных выборок – однофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Железодефицитная анемия встречалась у 500 пациентов (355 женщин и 145 мужчин),



средний возраст составил: у мужчин 65,34±6,37 лет, у женщин 63,49±7,05 лет.

Пациенты разделены на две подгруппы:

- Исследуемая группа – пациенты со стабильной стенокардией напряжения и железодефицитной анемией;

- Контрольная группа – пациенты со стабильной стенокардией напряжения без железодефицитной анемии.

Показатели шкалы PF исследуемой группы были значительно снижены – 50% показали менее 40 баллов. В контрольной группе у 75% показатель был более 52 ( $p<0,05$ ).

Исходные значения шкалы RP в исследуемой группе также были снижены – у 75% пациентов значения равны нулю. В контрольной группе средние значения достигли 10 баллов, различия между группами статистически значимы ( $p<0,05$ ).

В исследуемой группе медиана значений BP составляла 22 балла, в контрольной группе – 32 балла. Различия между группами до и после лечения были статистически значимыми ( $p<0,05$ ).

Различия между группами по шкале GH также были статистически значимыми (40,0±8,7 и 50,0±7,1,  $p<0,05$ ).

Средние значения показателя интегрального физического компонента здоровья в контрольной группе составляли 31,5 балла, в исследуемой группе данный показатель составил 41,5 балла, что является статистически значимым различием ( $p<0,05$ ).

В исследуемой группе значения шкалы VT составили 30 баллов. В контрольной группе медиана составила 47 баллов. Различия статистически значимы ( $p<0,05$ ).

Исходные показатели шкалы SF в исследуемой группе – 87 баллов. В контрольной группе медиана составляла до 100 баллов, что клинически значимо ( $p<0,05$ ).

Медиана показателя шкалы RE в исследуемой группе находилась на нулевом уровне, в контрольной группе – 13,3 балла ( $p<0,05$ ).

Изучая показатели шкалы MN, 75% исследуемой группы имели средний результат ниже 36 баллов. В контрольной группе медиана составила от 52 балла. Различия были статистически значимы ( $p<0,05$ ).

Интегральный психический компонент здоровья опросника SF-36 в контрольной и основной группах составляли до 5 баллов по медиане, что не клинически значимо, хотя различия между группами были статистически значимы (37,1±3,3 и 41,2±5,1,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** 1. У большинства пациентов (82%) анемия была легкой степени тяжести, чаще встречалась гипохромная анемия (93,4%). 2. Заболеваемость железодефицитной анемией в первую очередь влияет на физические составляющие качества жизни, и в меньшей степени – на психические.

## УНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Симион А.Ю., Овсянников Е.С.

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

**Введение.** 32,9% населения мира страдает анемией, что свидетельствует о широкой распространенности этой патологии. Отсутствие достаточно развитой гематологической помощи не позволяет заниматься проблемой в необходимом объеме.

**Цель исследования.** Повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий при анемии у пациентов сердечно-сосудистого профиля на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы.** Включены 1210 пациентов с ишемической болезнью сердца, возраст – 67,57±9,35 лет (309 мужчин и 901 женщина). С помощью разработанной компьютерной программы «Система мониторинга лечебно-диагностического процесса у больных анемией» проанализированы медицинские карты. Диагноз ИБС включал следующие формы: стабильная стенокардия напряжения II-IV функциональных классов, кардиосклероз постинфарктный и ишемическую кардиомиопатию. Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии. Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина и эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците, уровень железа в сыворотке крови, уровень витамина В12 в сыворотке крови.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее  $4 \times 10^{12}/л$ ; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее  $3,8 \times 10^{12}/л$ .

Степень тяжести стенокардии оценивалось по классификации Канадского кардиологического общества.

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Для сравнения несвязанных выборок использовался однофакторный дисперсионный анализ, для связанных выборок – однофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена (достоверны различия при  $p<0,05$ ).

**Результаты.** У 500 пациентов выявлена анемия (355 женщин и 145 мужчин), средний возраст составил: у мужчин  $65,34 \pm 6,37$  лет, у женщин  $63,49 \pm 7,05$  лет. Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов, средней тяжести – у 75 пациентов, тяжелая – у 15. При анализе лабораторных данных железодефицитная анемия выявлена в 467 случаях (93,4%), в 33 случаях – В12-дефицитная анемия (6,6%). У пациентов с ишемической болезнью сердца и железодефицитной анемией среднее значение сывороточного уровня железа ( $5,6 \pm 1,1$ ) было ниже, чем среднее значение аналогичного показателя у больных с ишемической болезнью сердца и В12-дефицитной анемией ( $11,1 \pm 2,6$ ) на 49,5% ( $p < 0,001$ ), MCV – на 19,3% ( $74,1 \pm 1,8$  против  $91,8 \pm 4,2$  соответственно,  $p < 0,01$ ).

У пациентов с ишемической болезнью сердца и анемическим синдромом функциональные классы стенокардии напряжения разделены следующим образом: в 186 случаях – II функциональный класс, в 248 – III функциональный класс, а в 66 – IV функциональный класс.

У больных с ишемической болезнью сердца без анемического синдрома функциональные классы стенокардии были разделены следующим образом: в 456 случаях – II функциональный класс, в 196 – III функциональный класс, а в 58 – стенокардия IV функциональный класс.

Пациенты с ишемической болезнью сердца в сочетании с анемией, в отличие от пациентов с ишемической болезнью сердца и нормальным уровнем гемоглобина, имели следующие характерные клинические признаки: более высокую частоту сердечных сокращений в состоянии покоя ( $71,8 \pm 8,7$  и  $81 \pm 9,5$ ,  $p = 0,03$ ), частоту дыхательных движений ( $18,9 \pm 1,1$  и  $18,3 \pm 1,2$ ,  $p = 0,007$ ), уровень систолического артериального давления ( $131,7 \pm 14,3$  и  $135,8 \pm 15,6$ ;  $p = 0,02$ ).

При анализе 500 медицинских карт выявлено, что только в 52 случаях (10,4%) анемия вынесена сопутствующим заболеванием, в 156 случаях (31,2%) – осложнением основного заболевания, в 292 случаях (58,4%) анемия не включена в диагноз. Специфической коррекции анемии не проводилось!

**Выводы.** 1. Использование разработанной компьютерной программы позволяет оценивать лечебно-диагностический процесс у пациентов с анемией, мониторировать эффективность проводимого лечения и своевременно корректировать терапию. 2. Железодефицитная анемия способствует тяжелому течению стабильной стенокардии напряжения, что подтверждается высокой частотой III-IV функциональных классов стенокардии напряжения. 3. Пациенты с ишемической болезнью сердца и анемией чаще страдают сердцебиением, одышкой и отеками голеней и стоп, повышенным уровнем систолического артериального давления.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Симион А.Ю., Овсянников Е.С.

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

**Введение.** Анемия распространена среди больных с кардиоваскулярной патологией. Данное состояние является фактором риска неблагоприятного прогноза при ишемической болезни сердца.

**Цель исследования.** Изучить влияние железодефицитной анемии на течение ишемической болезни сердца до и после коррекции препаратом железа с использованием компьютерной системы мониторинга.

**Материалы и методы.** С помощью разработанной компьютерной программы проведен анализ медицинских карт пациентов с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия напряжения). Оценивались антропометрические данные, архив ЭКГ, данные коронароангиографии.

Проведено исследование параметров анализа крови: уровень гемоглобина и эритроцитов, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроците; средняя концентрация гемоглобина в эритроците, уровень железа в сыворотке крови.

Применялись критерии анемии: для мужчин-гемоглобин менее 130 г/л, эритроциты – менее  $4 \times 10^{12}/л$ ; для женщин-гемоглобин менее 120 г/л, эритроциты менее  $3,8 \times 10^{12}/л$ .

Степень тяжести стенокардии оценивалось по классификации Канадского кардиологического общества.

Пациенты получали стандартную терапию, рекомендованную для лечения ИБС. В дополнение у пациентов с анемией входил препарат железа. Средняя продолжительность терапии была  $160,1 \pm 8,4$  дня.

Пациенты были разделены на две группы:

- основная группа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией;
- группа сравнения - пациенты с ИБС без анемического синдрома.

В основной группе выделены две подгруппы:

- первая подгруппа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией, получавшие терапию препаратом железа (410 пациентов);
- вторая подгруппа – пациенты с ИБС и железодефицитной анемией, не получавшие терапию препаратом железа в связи с отказом от лечения или в виду противопоказаний (90 пациентов).

Данные обработаны с помощью STATGRAPHICS 18.1.08. Для сравнения несвязанных выборок исполь-

зовался однофакторный дисперсионный анализ, для связанных выборок – однофакторный дисперсионный анализ с повторными измерениями. Взаимосвязи между признаками оценивались с помощью критерия Спирмена (достоверны различия при  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Из 1210 пациентов с ишемической болезнью сердца железодефицитная анемия выявлена у 500 (41,3%), из них 385 женщин и 115 мужчин. Средний возраст обследуемых составил: у мужчин  $65,34 \pm 6,37$  лет, у женщин  $63,49 \pm 7,05$  лет. Анемия легкой степени наблюдалась у 410 пациентов (8,2%), средней тяжести – у 75 (15%), тяжелая – у 15 (3%).

В первой подгруппе основной группы пациентов после комбинированной терапии произошел рост сывороточного железа на 112,8%, насыщения трансферрина железа на 50% и увеличение уровня гемоглобина на 11,7%, гематокрита на 13,4%. Наблюдалось статистически достоверное увеличение объема эритроцитов на 6,6%, а также шестикратное увеличение концентрации ретикулоцитов ( $p < 0,05$ ). Повышение уровня показателей общего анализа крови сопровождалось увеличением толерантности к физической нагрузке на 112,6% ( $p < 0,05$ ), а также незначительным улучшением фракции выброса левого желудочка на 1,4%. При этом во второй подгруппе основной группы пациентов и группе сравнения не наблюдалось статистически значимых изменений изучаемых параметров.

После окончания лечения согласно результатам теста, на толерантность к физической нагрузке в первой подгруппе основной группы не было зафиксировано IV функционального класса стенокардии, который до лечения присутствовал в 13,2% случаев, а также в 35,5% случаев зафиксирован I функциональный класс стенокардии, чего не наблюдалось до начала терапии. В целом, в первой подгруппе пациентов основной группы I-II ФК стенокардии после лечения составил 90,3%. При этом во второй подгруппе основной группы и группе сравнения не наблюдалось статистически значимых изменений со стороны изученных параметров.

При холтеровском мониторировании ЭКГ в первой подгруппе основной группы пациентов после терапии за счет улучшения показателей общего анализа крови и насосной функции сердца, наблюдалось статистически значимое снижение частоты ишемических эпизодов на 79,2% (с  $12,5 \pm 1,3$  до  $2,6 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 1. Анемия способствует более тяжелому течению ИБС (стабильная стенокардия напряжения), что подтверждается снижением толерантности к физической нагрузке и более высокой частотой встречаемости IV функционального класса стенокардии напряжения. 2. Коррекция анемического синдрома приводит к снижению частоты ишемических эпизодов миокарда в основной группе больных с ишемической болезнью сердца и анемией.

## ЧТО ПОМОЖЕТ АМБИЦИОЗНЫМ ЦЕЛЯМ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ В ОРИТ

Симутис И.С.

Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценка влияния Цитофлавина на результаты реабилитационного лечения у пациентов с тяжелым течением COVID 19, осложненным синдромом после интенсивной терапии (ПИТ).

**Материал и методы.** Проанализированы данные 50 пациентов с тяжелым течением COVID 19, прошедших реабилитацию первого этапа в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. В зависимости от схемы лечения больные были разделены на 2 группы: основную ( $n=30$ ), в схему лечения которой в дополнение к комплексу реабилитационных мероприятий был добавлен препарат Цитофлавин, в/в медленно капельно в объеме 10 мл раствора для инъекций на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 7 дней, и группу сравнения ( $n=20$ ), больным которой на протяжении 10 дней проводился только стандартный комплекс реабилитационных мероприятий. Применяли стандартные лабораторные и инструментальные методы обследования в ходе курса проводимой терапии. Для оценки эффективности проводимой терапии также оценивалась переносимость вертикализационной пробы в рамках реабилитации.

**Результаты и заключение.** При применении у пациентов с тяжелой формой НКИ Цитофлавина в комплексе стандартной терапии наблюдается значимая положительная динамика маркеров системной воспалительной реакции, нарушений гемостаза и оксигенации. Компоненты препарата Цитофлавин, оказывают положительное действие на повышение переносимости реабилитационных мероприятий первого этапа у пациентов с тяжелой формой НКИ в ОРИТ.

## КОНТРОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НКИ COVID-19

Симутис И.С.<sup>1,2</sup>, Сапегин А.А.<sup>1</sup>, Гайковая Л.Б.<sup>2</sup>,  
Евтуева Д.А.<sup>2</sup>, Шеламова Д.А.<sup>2</sup>, Коротаев А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница №122 имени Л.Г. Соколова,

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский  
университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь системной воспалительной реакции и выраженности COVID-19-



ассоциированной эндотелиопатии, а также влияние на нее сукцинатсодержащего кристаллоидного раствора (меллюмина натрия сукцината) у пациентов с тяжелой формой НКИ COVID-19.

**Материалы и методы.** Проанализированы клинико-лабораторные показатели 53-х пациентов ОРИТ с НКИ COVID-19, осложненной внебольничной двухсторонней полисегментарной пневмонией, получавших лечение в ФГБУ «СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России» г. Санкт-Петербург в период с мая 2021 по апрель 2022 гг. В комплекс интенсивной терапии 27 пациентов (группа исследования) включалась ежедневная инфузия 1,5% раствора меллюмина натрия сукцината (Реамберин), в суточной дозе 10 мл/кг курсом не менее 11 дней (или в течение всего времени нахождения в ОРИТ). В терапии контрольной группы, включавшей 26 пациентов, присутствовал аналогичный объем раствора Рингера. На всех этапах исследования определяли уровни эндотелиоцитоза, гомоцистеина, показателей системной воспалительной реакции. Взятие венозной крови проходило в 7 этапов: при поступлении в ОРИТ, через 2-4 часа после первого введения инфузионных сред, и далее на 2-е, 3-и, 4-е, 5-е, 11-е сутки ежедневно через 2-4 часа после введения препарата. Первичными критериями оценки эффективности являлись: уровень эндотелиемии и гомоцистеина в венозной крови, степень и скорость коррекции показателей системной воспалительной реакции (С-реактивного белка, ИЛ-6, фибриногенемия, лимфоциты). Вторичными критериями оценки эффективности были: количество переводов на инвазивную ИВЛ, 10-ти и 28- дневная летальность. С целью анализа данных использованы методы непараметрической статистики, достоверность различий признавалась значимой при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Анализ выраженности эндотелиопатии продемонстрировал, что в группе меллюмина натрия сукцината на всех этапах исследования наблюдалось значимое снижение исходно повышенного уровня ( $p=0,031$ ) эндотелиоцитоза (до 80,3% от исходного), а начиная с 4-го дня терапии появляется достоверная межгрупповая разница в регрессии показателя ( $p=0,001$ ). Подобная динамика межгрупповых различий регистрируется и для концентрации гомоцистеина, когда на последнем этапе уровень показателя в группе Реамберина меньше на 49,3%, чем в группе контроля ( $p=0,014$ ). Картина изменений в исследуемой группе высоко коррелировала ( $r=0,90-0,96$ ) с динамикой показателей системного воспалительного ответа – фибриногенемии (снижение от исходного на 57,8% ( $p=0,000$ ) в группе исследования, против 33,4% в группе контроля ( $p=0,002$ ); максимум межгрупповых отличий на конечном этапе – 22,7% ( $p=0,033$ )), уровня С-реактивного белка (снижение от исходного на 91,8% ( $p=0,06$ ) в группе исследования, против 66,3% в группе контроля ( $p=0,004$ ); максимум межгрупповых отличий на конечном этапе – 69,1% ( $p=0,041$ )) и интерлейкина-6 (максимум межгрупповых отличий на конечном этапе – более чем 2,5 раза ( $p=0,020$ )). Как нормализацию иммунного дисбаланса мы расценивали купирование лимфопении в группе Ре-

амберина (рост от исходного на 37,4% ( $p=0,577$ ) в группе исследования; максимум межгрупповых отличий на конечном этапе – 51,0% ( $p=0,004$ )).

Использование Реамберина способствовало значимому снижению показателя 28-ой летальности (7,4% в исследуемой группе и 34,6% в группе контроля ( $p=0,0327$ )), уменьшению в 1,9 раза риска перевода на ИВЛ в исследуемой группе ( $p=0,0327$ ).

**Заключение.** Раннее включение в состав интенсивной терапии тяжелых форм НКИ COVID 19 инфузионного препарата Реамберин, приводит к существенной и стойкой коррекции выраженности системного воспалительного ответа, что в свою очередь, закономерно отражается на выраженности эндотелиальной дисфункции, полиорганной недостаточности, а также приводит к снижению как 28-дневной летальности, так и риска эскалации респираторной поддержки.

## НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА МИОКАРДА

Синяева А.С.

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

**Введение.** Частота пароксизмов и прогрессирование ФП зависит от степени фиброза миокарда. Значение нескольких маркеров: галектина 3, тканевого фактора роста- $\beta 1$  и фибронектина с целью оценки степени фиброза миокарда и прогнозирования времени до наступления клинически значимого пароксизма ФП практически не изучено.

**Цель.** Оценить уровень сывороточных показателей кардиального фиброза (галектина 3, ТФР- $\beta 1$ , фибронектина) у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий.

**Материалы и методы.** Критериями включения явились мужчины и женщины в возрасте от 18 лет, с впервые выявленным клинически значимым пароксизмом фибрилляции предсердий. Обследование включало оценку истории болезни, изучение результатов лабораторного исследования сывороточных показателей кардиального фиброза и инструментальных методов исследования.

**Результаты.** Среди пациентов доля мужчин составляла 46,75%, женщин 53,25%. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет. Наиболее часто симптомами впервые возникшей фибрилляции предсердий были: чувство слабости, сердцебиение, головокружение, одышка, боли или чувство жжения в области сердца, обмороки, бессимптомное течение. Сопутствующая патология при фибрилляции предсердий представлена артериальной гипертензией у 95% пациентов, хронической сердечной недостаточностью у 57,5%, ишемической болезнью сердца у 45%,

сахарным диабетом 2 типа у 20%, цереброваскулярной болезнью у 7,5%, гипертиреозом у 12,5%. Концентрация ТФР- $\beta$ 1 в сыворотке превышала нормальные значения 43968,42 $\pm$ 38983,13 пг/мл, маркер был повышен у 87% (67 пациентов). Уровень сывороточного фибронектина был повышен у 3,8% пациентов (3 пациента). Уровень галектина 3 в сыворотке крови был повышен у 14,28% (11 пациентов). Электрическая кардиоверсия выполнена у 18,2% (14 пациентов), медикаментозное восстановление ритма произошло у 33,8% (26 пациентов) пациентов. В результате повторного очного визита пациентов через 6 месяцев выявлено, что синусовый ритм был у 30% (23 пациента) пациентов, пароксизмальная форма ФП сохранилась у 22% (17 пациентов) пациентов. Синусовый ритм не был восстановлен у 48% пациентов и они велись как пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий.

По данным истории болезни пациентам назначались иАПФ (66,7%) бета-блокаторы (53%), антиаритмические препараты (47%), антиагреганты (33%). Антикоагулянты использовались у 73% пациентов, что является оправданным, поскольку у 13% пациентов риск инсульта (по шкале CHA<sub>2</sub>DS-VASc 0 баллов) оставался низким, а у 14% был высокий риск кровотечений.

**Выводы.** Концентрация ТФР- $\beta$ 1 в сыворотке превышала нормальные значения 43968,42 $\pm$ 38983,13 пг/мл, маркер был повышен у 87% (67 пациентов). Уровень сывороточного фибронектина был повышен у 3,8% пациентов (3 пациента). Уровень галектина в сыворотке крови был повышен у 14,28% (11 пациентов).

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Сирлибоев И.А., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.,  
Матчанов С.Х., Мансурова Н.Н.,  
Нурмухамедова Н.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить влияние ревматоидного артрита (РА) и базисной противовоспалительной терапии на развитие атеросклероза сонных артерий (СА).

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. В исследование включено 32 пациента (18 (56,25%) женщин и 14 (43,75) мужчин) в возрасте старше 18 лет (средний возраст 43,7 $\pm$ 3,4), с верифицированным диагнозом

РА, длительностью заболевания менее 12 месяцев. Исходно у всех пациентов проведено дуплексное сканирование СА, оценены факторы риска атеросклероза и назначены монотерапия метотрексатом в дозе 10 мг в неделю внутрь. Через 12 месяцев лечения сделаны повторные исследования.

**Результаты и обсуждение.** Исходно у больных РА выявлена высокая частота атеросклероза СА и среди больных РА средняя толщина интима-медиа (ТИМ) СА находилась на верхней границе нормальных значений (слева – 0,90 мм; справа – 0,85 мм). Наличие атеросклероза СА выявлено у 17 (53,125%) пациента. Через 12 месяцев проведения противоревматической терапии значимого изменения средней ТИМ СА не выявлено (слева – 0,92 мм; справа – 0,86 мм). Среди 15 больных РА, не имевших признаков атеросклероза СА на момент включения, у 4 (26,7%) пациентов были выявлены новые атеросклеротические бляшки. У пациентов с исходным атеросклерозом СА (n=17) увеличение количества атеросклеротических бляшек зарегистрировано у 7 (41,12%) пациентов. Выявление новых случаев и прогрессирование атеросклероза СА положительно коррелировали с факторами риска атеросклероза и исходными значениями ТИМ СА.

**Выводы.** При РА до назначения противоревматической терапии наблюдается высокая частота атеросклероза СА. Наличие атеросклероза СА положительно коррелировали с факторами риска атеросклероза. Проведение противоревматической терапии у пациентов РА не оказывает значимого влияния на прогрессирование атеросклероза СА. Через 12 месяцев зарегистрированы как новые случаи атеросклероза СА (26,7%), так и случаи их прогрессирования (41,12%).

## АНАЛИЗ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТАХ

Сиротко О.В., Сиротко В.В.

Витебский государственный ордена  
Дружбы народов медицинский университет,  
Витебск, Беларусь

**Введение.** Самыми распространенными заболеваниями с поражением суставов у лиц молодого возраста являются ревматоидный артрит (РА) и реактивный артрит (РеА). Спустя 1 год от дебюта РА в молодом возрасте уже выявляются проатеросклеротические изменения сосудов и увеличение риска сердечно-сосудистых событий. Представляет научно-практический интерес исследование, направленное на изучение коморбидных заболеваний при ревматоидном и реактивном артрите и их структурном анализе.

**Цель работы.** Изучение и структурный анализ коморбидных заболеваний у пациентов с патологией суставов.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 100 пациентов ревматологического отделения УЗ «ВОКБ» с диагнозом РА и 56 пациентов с РеА. Среди пациентов с РА было 98 женщин (98%) и 2 мужчин (2%). Медиана возраста пациентов составила 58 лет (53-64). Медиана длительности течения РА 7 лет (4-15). Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями ACR 1987 г. и EULAR 2010 г.

В группе пациентов с РеА женщины составили 26 человек (46,4%), мужчины - 30 человек (53,6%). Медиана возраста пациентов с РеА составила 34 года (31-42). Медиана длительности течения РеА составила 1 год (0,3-3,25). Среди пациентов с РеА было 30 (55,6%) пациентов с острым РеА (оРеА) и 26 (44,4%) пациентов с хроническим РеА (хрРеА). Все пациенты с РеА имели в момент обследования либо в анамнезе подтвержденную урогенитальную хламидийную инфекцию. Диагностика урогенитальной инфекции проводилась методами полимеразной цепной реакции (ПЦР) и реакцией иммуно-флуоресценции (РИФ).

Всем пациентам выполнялось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование и фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA 10.0.

**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. Серопозитивный вариант РА имели 69 (69%) пациентов с РА. У 14 (14%) пациентов с РА были выявлены ревматоидные узелки. 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 I функциональный класс (ФК) нарушения функции суставов, у 88 (88%) пациентов – 2 ФК, 3 ФК – у 10 (10%) пациентов.

Среди пациентов с РеА активность I степени была определена у 18 (32,1%) человек, II – у 30 (53,6%), III – у 8 (14,3%). Рентгенологическую I стадию имели 31 (55,4%) пациент с РеА, II – 20 (35,7%), III – 2 (3,6%). Структурных изменений со стороны суставов рентгенологическим методом не было обнаружено у 3 (5,3%) лиц. У 25 (44,6%) пациентов с РеА имел место олигоартрит, у 30 (53,6%) – полиартрит, у 1 (1,8%) пациентов – моноартрит, у 30 (53,6%) – ассиметричное поражение суставов, у 42 (77,8%) – поражение нижних конечностей. Сacroилеит был диагностирован в 1 (1,8%) случае, пяточные шпоры – в 1 (1,8%). Функциональные нарушения суставов I степени определялись у 31 (55,4%) пациента с РеА, а II степень – у 25 (44,6%).

Сопутствующие заболевания были установлены у 33 (58,9%) пациентов с РеА и у 82 (82%) пациентов с РА.

При выполнении ФГДС у 62% пациентов с РА были выявлены заболевания органов желудочно-кишечного тракта, что достоверно выше, чем у 6 (20%) пациентов с РеА. В структуре патологии пищевари-

тельного тракта при РА у 36% пациентов установлена НПВС-гастропатия, у 17% пациентов - гастрит, у 6% пациентов – язва желудка, у 2% пациентов – язва 12 перстной кишки и у 1% – дуоденит. В структуре кардиоваскулярной патологии при РА выявлена у 58% пациентов артериальная гипертензия, у 14% пациентов установлена стабильная стенокардия, у 10% пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда. Патология щитовидной железы была выявлена у 75% пациентов с РА, среди которых доминировал узловой зоб – 65%.

Ведущее место в структуре сопутствующей патологии при РеА занимали заболевания мочеполового тракта – 23 (41%) пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта – 16 (29%) пациентов (НПВС-гастропатия). Среди заболеваний мочеполового тракта наиболее часто встречались цервицит – у 8 (61,5%) женщин, уретрит – у 5 (38,5%) мужчин. Патология щитовидной железы при РеА не установлена.

**Выводы.** Проведя анализ полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. При РА наиболее часто встречалось поражение щитовидной железы, пищеварительного тракта и сердечно-сосудистой системы.

2. У пациентов с РА заболевания щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы выявлялись достоверно чаще, чем у пациентов с РеА.

3. При РА достоверно чаще была выявлена НПВС-гастропатия, чем другие виды поражения пищеварительного тракта.

4. Артериальная гипертензия в структуре кардио-васкулярной патологии при РА встречалась достоверно чаще, чем стенокардия.

5. Узловой зоб при РА встречался достоверно чаще, чем другая патология щитовидной железы.

6. Поражение мочеполового тракта встречалось достоверно чаще при РеА.

## СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ

**Сиротко О.В., Сиротко В.В.**

Витебский государственный ордена  
Дружбы народов медицинский университет,  
Витебск, Беларусь

**Введение.** Определяющее влияние на возникновение переломов костей оказывает системный остеопороз (ОП), а также наличие сопутствующих хронических заболеваний. Среди всех повреждений при



остеопорозе лидируют переломы проксимальных отделов бедренной и плечевой костей, компрессионные переломы тел позвонков, дистального отдела лучевой кости, которые приводят к снижению качества жизни пациентов, инвалидизации и смерти.

**Цель исследования.** Проведение комплексного анализа частоты встречаемости факторов риска остеопороза и хронических заболеваний, у пациентов с переломами костей.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ 5516 пациентов, пролеченных в травматологическом отделении УЗ «ВГКБСМП» за 3 года: собран анамнез жизни, выполнено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование, рассчитан индекс массы тела (ИМТ). Статистический анализ выполнен с использованием программного пакета Статистика 10.0.

**Результаты исследования.** Было установлено, что из 5516 человек 597 (10,8%) пациентов имели остеопоротические переломы, при этом у лиц женского пола были выявлены в 329 (55,1%) случаях, а мужского пола – в 268 (44,9%) случаях.

Пациенты с переломами шейки бедра составили 424 (71,0%) человека, при этом мужчин – 157 (37,1%) человек, женщин – 267 (62,9%) человек. Средний возраст у мужчин составил 64,9 года, у женщин – 78,1 лет.

Пациенты с компрессионными переломами тел позвонков составили 142 (23,8%) человека, среди них мужчин – 95 (66,9%) человек, средний возраст – 42,6 лет; женщин – 47 (33,1%) человек, средний возраст последних – 49,3 года.

Пациенты с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости составили 31 (5,2%) человек, из них мужчин – 13 (41,9%) человек, средний возраст – 52,8 года; женщин – 18 (58,1%) человек, средний возраст 53,2 года.

Среди 597 пациентов у 129 (21,6%) человек ИМТ составил больше 25, а у 38 (6,4%) человек – меньше 18.

Из 597 пациентов у 97 (16,2%) человек установлено злоупотребление алкоголем по данным опроса.

Хронические заболевания, на фоне которых повышается риск развития остеопороза, были выявлены у 203 (34%) исследуемых пациентов:

- сахарный диабет (СД) 2 типа у 46 (22,6%) пациентов;

- заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 79 (38,9%) пациентов (атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь 12-перстной кишки, состояние после резекции желудка);

- ревматологические заболевания у 6 (2,6%) пациентов;

- эндокринные заболевания (кроме СД) у 26 (12,9%) пациентов (патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, состояние после тиреоидэктомии), состояние после удаления матки и придатков, водянка гипофиза);

- заболевания легких у 46 (22,6%) пациентов (хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких);

- нарушения функций почек у 12 (5,2%) пациентов.

**Выводы.** На основании проведенного нами анализа было установлено, что:

- среди остеопоротических переломов костей достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялся перелом шейки бедра, чем остальные виды переломов;

- перелом шейки бедренной кости встречался достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) у женщин с остеопоротическими переломами костей, чем у мужчин;

- средний возраст женщин с переломами шейки бедренной кости был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у мужчин;

- 34% пациентов с остеопоротическими переломами имели хронические заболевания, которые повышали риск развития остеопороза;

- в структуре хронических заболеваний у пациентов с остеопоротическими переломами костей доминировали заболевания ЖКТ, эндокринной системы и заболевания легких;

- у 28% пациентов с остеопоротическими переломами ИМТ имел отклонения от нормы (достоверно большее ( $p < 0,05$ ) число пациентов имело ИМТ выше 25, чем ИМТ ниже 18);

- у 16,2% пациентов с остеопоротическими переломами костей установлено злоупотребление алкоголем.

## ПРОТЕКТОРНАЯ РОЛЬ ИНКРЕТИНОВ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 2

Смирнов В.В., Платонова А.А., Матвеева Н.Н.

Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург

**Аннотация.** Сахарный диабет тип 2, остается одной из крупнейших проблем эндокринологии. Около 90% пациентов с СД 2 имеют избыточный вес или ожирение, а ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смертности этих больных. Мы рассмотрели возможность применения инкретинотерапии в первичной профилактике ССЗ. Исследования последнего времени заставляют нас задуматься о том, что лечение СД 2 требует изменения стратегии – отказа от глюкозоцентричной концепции в пользу органопротективной. В последние годы появились новые группы препаратов в т.ч. инкретиномиметики, предоставляющие возможность улучшения СС исходов у пациентов, что стало основанием к разработке принципиально новых подходов к терапии СД 2-го типа.

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность современных инкретиновых препаратов ИДПП-4, АГПП-1, их воздействие на ИР и СС факторы

риска, в сравнении с традиционной терапией метформином, изучить возможность их применения в первичной, профилактике ССЗ при СД 2-го типа.

**Материалы и методы.** В течение 3-х месяцев в динамике обследованы 3 группы пациенток женского пола с избыточной массой тела и ожирением 1 ст. (ИМТ 25-35) в возрасте от 40 до 60 лет с впервые выявленным СД тип 2, не имеющих манифестных сердечно-сосудистых АС-ассоциированных заболеваний или риска тяжелой гипогликемии, (целевой показатель гликемического контроля <7,0%). Оценивались показатели С-пептида, инсулина натощак. ЛПНП, ТГ, динамика изменения ИМТ.

1 группу (n=22) составили пациентки получающие терапию семаглутидом в дозе 14 мг/сут; 2 группу (n=30); пациентки получающие терапию метформином 3000 мг сутки; 3 группу (n=24) составили пациентки получающие терапию линаглиптином 5 мг сутки.

**Результаты.** В первой группе средний уровень инсулина натощак составил 13,03±1,4 ммоль/л. Повторно 7,34±0,6 p<0,01; С-пептид 5,03±0,4 повторно 3,82±0,4 ЛПНП 5,08±0,4 и 2,82±0,4; ТГ 3,91±0,4 повторно 1,88±0,1; Средний показатель ИМТ снизился с 32,28±0,4 до 26,48±0,2 p<0,01).

Во второй группе средний уровень инсулина натощак составил 10,18±0,6 ммоль/л, повторно 6,83±1,0 ммоль/л; С пептид 4,99±0,5 повторно 2,89±0,4 (p<0,01). Снижения уровня атерогенных фракций холестерина не произошло (ЛПНП 4,78±0,2 и 4,04±0,4, ТГ 3,97±0,4 и 3,32±0,2 (p>0,05). Средний показатель ИМТ снизился с 33,23±0,4 до 25,14±0,4 p<0,01).

В третьей группе средний уровень инсулина натощак составил 10,51±0,5 ммоль/л и 8,56±0,6 ммоль/л; С пептид 4,13±0,5 и 3,17±0,4 (p<0,05) ЛПНП 4,28±0,2 повторно 3,86±0,2. Триглицеридов 2,7±0,4 повторно 2,32±0,2 (p>0,05). Средний показатель ИМТ достоверно не изменился хотя и показал тенденцию к снижению с 30,53±0,9 и 28,39±0,6 (p>0,05). При этом пациентки всех трех групп достигли целевых значений HbA1c.

**Выводы.** 1. Семаглутид показал свою эффективность в снижении массы тела, снижении инсулинорезистентности, снижении уровня атерогенных фракций липидов, что позволяет расценивать его, в том числе как средство первичной профилактики АССЗ. 2. Метформин показал сопоставимую эффективность в снижении массы тела, что позволяет по прежнему рассматривать его наряду с семаглутидом как эффективное средство для снижения массы тела, но при этом метформин в отличие от семаглутида не влияет на снижение уровня атерогенных липидов. 3. Линаглиптин показал не меньшую эффективность в снижении уровня гликемии чем семаглутид и метформин, но практически не влиял на ИР, снижению массы тела и уровень атерогенных фракций липидограммы.

**Заключение.** Современный же подход к лечению СД персонализирован, на место главной терапевтической цели кроме показателей гликемического контроля ставится снижение индекса массы тела,

снижение сердечно-сосудистого риска (1) Всех этих целей позволяет достичь назначение АГПП-1, которые благотворно влияют на функционирование в-клеток поджелудочной железы, снижают синтез базального инсулина, повышают чувствительность к инсулину периферических тканей. АГПП – эффективно снижают массу тела, уменьшают чувство голода, липогенез и липотоксичность, а также вызывают стойкое снижение систолического артериального давления. Перспективно назначение АГПП-1 в качестве моно или комбинированной терапии сахарного диабета тип 2 в плане коррекции ассоциированных клинических состояний, таких как, ожирение, ССЗ (3).

## МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ И МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЯИЧНИКОВОЙ АНДРОГЕНИИ У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Смирнов В.В., Иванов С.Н.,  
Шаповалова А.Б., Матвеева Н.Н.  
Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург

Встречается у 6-20% населения. Частота СПЯ среди спортсменов, достигает 37% случаев. Андрогения при СПЯ имеет большое значение в спортивной деятельности женщин, так как эта предрасположенность определяет потенциал спортсменов к тренировкам и соревновательным нагрузкам.

**Цель исследования.** Изучение влияния гиперандрогении при СПКЯ на метаболизм костной ткани у профессиональных спортсменов.

**Материалы и методы.** На базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ и клиники МЭДИС было проведено обследование двух групп пациенток. Первую группу (n=21) составили бывшие спортсменки, принимающие терапию антиандрогенами (флутамид). (34,7±5,6 лет). Вторую составили бывшие спортсменки с диагнозом СПКЯ, не получающие терапию антиандрогенами и КОК (n=24).(36±6,1лет.) Всем пациенткам выполнена двухфотонная рентгеновская денситометрия в поясничном отделе позвоночника. Оценивались результаты по Т-критерию.

**Результаты.** Уровни А4 и (ДГТ) оказались ниже у пациенток, первой группы (6,0±1,0 и 12,7±0,6 нг/мл и 209,08±34,4 и 611,01±107,0 пг/мл при p<0,01). В первой группе был отмечен один случай остеопороза поясничного отдела позвоночника (T>2.4 SD). Во второй группе зафиксирован один случай остеопении (T>1,7 SD). Среднее отклонение по Т-критерию в первой группе 1,42±0,2 SD. Во второй группе – 1,02±0,2 SD при p<0,05.

Исследованы маркеры резорбции (Б-кросслапс) и ресинтеза (остеокальцин) костной ткани. В первой группе средний уровень Бета-кросслапс составил:  $0,37 \pm 0,01$  нг/мл и в одном случае был выше уровня  $0,573$  нг/мл. Во второй группе, средний уровень маркеров костной резорбции достоверно ниже  $-0,21 \pm 0,01$  нг/мл при  $p < 0,01$ . Во второй группе достоверно выше средний уровень остеокальцина  $20,23 \pm 2,0$  нг/мл и  $23,87 \pm 1,87$  нг/мл  $p < 0,05$ .

Андрогены вызывают гипертрофию мышечных волокон, путем увеличения мышечной массы миокарда и улучшения его сократительной функции способствуют увеличению у спортсменов аэробной активности – максимального потребления кислорода. Часто для занятий спортом выбирают таких спортсменов, у которых наблюдается повышение уровня андрогенов. Этот факт является основой для более выраженного метаболизма, роста мышечной массы и повышения производительности. Соответственно, у этих женщин выше шансы на высокие спортивные результаты.

**Выводы.** 1. Повышенный уровень андрогенов при СПЯ оказывает протективное воздействие на структуру костной ткани. 2. Назначение антиандрогенной терапии способствует нивелированию негативных метаболических эффектов, но способствует деминерализации костной ткани, развитию остеопении и остеопороза. 3. Назначение антиандрогенной терапии может способствовать снижению спортивных результатов у спортсменов.

## ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Смирнова М.П., Чижов П.А.  
Ярославский государственный  
медицинский университет,  
Ярославль

**Введение.** Распространенным коморбидным состоянием у пациентов с хронической сердечной недостаточностью является дефицит железа (ДЖ). ДЖ оказывает негативное влияние на физическую активность и качество жизни больных ХСН, увеличивает количество госпитализаций и ухудшает прогноз. Важность своевременной диагностики и коррекции различных коморбидных состояний, в том числе ДЖ, у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса отражена в европейских и российских рекомендациях по лечению ХСН. Работы, посвященные исследованиям распространен-

ности ДЖ, а также методам его коррекции, в том числе у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСН-сФВ), малочисленны.

**Цель работы.** Исследовать динамику клинических характеристик у пациентов с ХСН-сФВ 2-3 функционального класса (ФК) на фоне коррекции ДЖ с использованием железа (III) гидроксид сахарозного комплекса.

**Материалы и методы.** Были обследованы 55 пациентов терапевтического отделения ГБУЗ ЦГБ г. Ярославля с ИБС и/или гипертонической болезнью, осложненной ХСН-сФВ 2-3 ФК (NYHA) на фоне дефицита железа (14 мужчин и 41 женщина), средний возраст  $71,9 \pm 6,9$  лет. Всем пациентам для оценки ФК ХСН проводили тест 6-минутной ходьбы (Т6М) и использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС). Для оценки психического статуса использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и субъективную шкалу оценки астении MFI-20. С помощью гематологического анализатора определяли уровень гемоглобина (HGB) в г/л, уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TR) в г/л в сыворотке крови. Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле:  $\text{КНТЖ} = \text{Fe сыворотки, мкмоль/л} \times 398 / \text{TR, мг/дл}$ , в %. Наличие дефицита железа определяли в соответствии с рекомендациями ESC и Российскими клиническими рекомендациями: уровень FER в крови менее 100 мкг/л или концентрация FER в диапазоне 100-299 мкг/л при КНТЖ  $< 20\%$ . Обследуемые были разделены на две группы, при формировании групп была обеспечена структурная репрезентативность. Пациенты контрольной группы получали только традиционную терапию ХСН. Пациентам основной группы, 30 человек, помимо стандартной терапии, вводили внутривенно капельно железа (III) гидроксид сахарозный комплекс 200 мг железа через день, курсовая дозировка определялась по формуле Ганзони с учетом исходного уровня HGB. Длительность лечения составила 1-2 недели. Суммарная доза железа в зависимости от исходного состояния составляла от 600 до 1000 мг.

**Результаты.** Пациенты основной и контрольной группы до начала лечения не имели достоверных отличий по всем исследуемым клиническим характеристикам и лабораторным показателям, в том числе по дистанции Т6М, оценке по ШОКС, выраженности астении, тревоги и депрессии, уровню Fe, FER, КНТЖ и HGB.

К моменту завершения лечения в основной группе на фоне коррекции ДЖ наблюдалось достоверное улучшение дистанции Т6М, что сопровождалось достоверным снижением баллов ШОКС с 4 до 2. Кроме того, после окончания лечения в основной группе достоверно уменьшилась выраженность тревоги, депрессии и астении по всем шкалам. В контрольной группе к моменту окончания лечения также отмечалось улучшение дистанции Т6М, достоверной динамики проявлений астении, тревоги и депрессии не выявлено. При



сравнении дистанции Т6М и ШОКС в подгруппах после окончания лечения показатели в основной группе достоверно превосходили аналогичные в контрольной.

При оценке клинических характеристик через два месяца после лечения в основной группе все исследованные показатели не отличались от таковых, полученных к моменту окончания лечения и были достоверно лучше, чем до начала лечения. В контрольной группе при оценке через 2 месяца после лечения не отмечалось динамики показателей астении, тревоги и депрессии, результаты Т6М были достоверно ниже, чем после окончания лечения, а клинические проявления по ШОКС – достоверно выше.

**Выводы.** На фоне коррекции ДЖ с использованием железа (III) гидроксид сахарозного комплекса в дополнение к традиционной терапии ХСН у пациентов с ХСН-сФВ и ДЖ отмечается достоверное улучшение клинических характеристик, что повышает уровень физической активности и качество жизни этих больных.

## КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛО- ГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

**Соколова М.Г.**

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

Клинико-неврологическое, нейрофизиологическое и нейропсихологическое обследование 50 пациентов в возрасте 50-65 лет, перенесших новую коронавирусную инфекцию Ковид-19, от 3-ех до 6 месяцев давности, выявило у больных патологические изменения со стороны ЦНС в виде церебральных и вегетативных нарушений, двигательных расстройств, симптомов вестибулопатии, которые встречались в разнообразных комбинациях, облигатным синдромом являлся астено-вегетативный. Когнитивные нарушения были выявлены у 26% пациентов, показатель психической утомляемости –  $1,055 \pm 0,124$ , отмечен высокий уровень ситуативной тревожности у 35% пациентов и высокий уровень личностной тревожности у 50% больных перенесших ковид-19. Исследование биопотенциалов головного мозга выявило умеренные диффузные изменения (18%) и ирритативные нарушения со стороны гипоталамических (69%) и диэнцефальных структур (20%). Все выше перечисленное может свидетельствовать, что вне зависимости от того, в какой форме коронавирусная инфекция протекала у человека: скрытой, легкой, средней или тяжелой одной из мишеней патологического влияния вируса ковид-19 являются срединные структуры головного мозга, отвечающие за вегетативные и когнитивные функции. В тоже время

эти нарушения связаны по-нашему мнению не с прямым патологическим воздействием, а опосредованы в основном нарушениями кровообращения в микроциркуляторном русле за счет поражения эндотелия и носят скорее функциональный характер расстройств со стороны ЦНС.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

**Соловьева М.В., Болдуева С.А.**

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

**Цель.** Оценить влияние предсуществующей фибрилляции предсердий (ФП) на течение инфаркта миокарда (ИМ) 1 типа и прогноз.

**Материал и методы.** Из 1660 больных с ИМ, госпитализированных в кардиологическое отделение СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2013-2018 гг., были выделена основная группа исследования – 100 пациентов с ИМ 1 типа и предсуществующей ФП. Методом «парного подбора» была создана контрольная группа – 200 больных с ИМ 1 типа без ФП, соответствующих по полу, возрасту и дате поступления основной группе. Выполнено сравнение госпитального и отдаленного прогноза в основной и контрольной группах исследования, в основной группе – в зависимости от приверженности АК. На финальном этапе проведена псевдорандомизация, позволившая максимально сбалансировать группы по прогностически значимым факторам, с дальнейшей оценкой влияния ФП на конечные точки в течение всего периода наблюдения.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с ИМ 1 типа и предсуществующей ФП исходно более коморбидны, имеют низкую фракцию выброса. У них чаще, чем у пациентов без ФП, в ходе госпитализации развивались тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (9,0% против 1,0%,  $p=0,0011$ ), комбинированная конечная точка (сердечно-сосудистая смертность + ТЭЛА + инсульт) (19,0% против 10,5%,  $p=0,0415$ ), малые кровотечения (21,0% против 9,5%,  $p=0,0057$ ). В отдаленном периоде у пациентов с ФП чаще имели место малые кровотечения (ОШ 10,77 (95% ДИ=2,36-49,24),  $p=0,0022$ ), эпизоды декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) (отношение шансов (ОШ) 2,47 (95% ДИ=1,20-5,08),  $p=0,0137$ ). После коррекции по всем прогностически значимым факторам

риски развития ХСН III-IV функционального класса к моменту выписки из стационара (ОШ 4,9 (95% ДИ=1,2–20,4),  $p=0,0147$ ), общей (ОШ 5,0 (95% ДИ=1,5–17,1),  $p=0,0072$ ) и сердечно-сосудистой смертности (ОШ 4,1 (95% ДИ=1,1–14,9) за весь период наблюдения были достоверно выше у пациентов с ИМ I типа и предсуществующей ФП по сравнению с больными без ФП.

**Выводы.** У пациентов с ИМ I типа и предсуществующей ФП прогноз хуже, чем у больных без ФП, как в ходе госпитализации, так и в отдаленном периоде. Предсуществующая ФП у данных пациентов – независимый предиктор сердечно-сосудистой смертности и общей смертности за весь период наблюдения, тяжелой ХСН при выписке из стационара.

## ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА

**Сонина Е.В.**

Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,  
Луганск

Сердечно-сосудистая патология (ССП) является важной проблемой, обуславливая высокую заболеваемость и смертность, а у больных с сахарным диабетом (СД) 2-го типа сердечно-сосудистые катастрофы служат причиной смерти в 60% случаев. В настоящее время отмечается микст-патология, включая и сочетание СД 2-го типа или нарушение толерантности к глюкозе с ишемической болезнью сердца (ИБС).

В основе ИБС лежит нарушение коронарного кровообращения, причиной которого в большинстве случаев является стенозирующий коронарный атеросклероз, а главным в патофизиологическом механизме является разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки, тромбоз, спазм коронарных артерий на фоне органического их поражения атеросклеротическим процессом. Сахарный диабет 2 типа считается одним из основных факторов риска развития ИБС, повышая смертность от осложнений более чем на 20%, а СД и атеросклероз – следствие общего патологического процесса. Раннее и прогрессирующее развитие атеросклероза сосудов лежит в основе патогенеза микро и макроангиопатий и обуславливает рост частоты ИБС и прогрессирования стенокардии у больных с СД 2-го типа.

Потребность миокарда в кислороде зависит от гемодинамической нагрузки сердечно-сосудистой системы (ССС), размеров сердца и интенсивности метаболизма в кардиомиоцитах. Кроме того, метаболические изменения в миокарде прогрессивно усиливаются на фоне атеросклеротических нарушений, артериальной гипертензии с активным повреждением сосудов почек, глазного дна и нижних конечностей. Прогрессирование стенокардии происходит и на фоне изменения

обмена веществ, процессов образования энергии, приводя к дистрофии миокарда, недостаточности сократительной и других функций сердца. Состояние сосудов эластично-мышечного типа имеет важное значение в отношении функции ССС и гемодинамического обеспечения органов и тканей.

**Цель работы.** Изучение особенностей метаболических процессов у больных с ИБС, прогрессирующей стенокардией, сочетанной с СД 2-го типа.

**Материалы и методы.** Дана оценка факторов риска, их значимость, уточнены патогенетические механизмы формирования сочетанной патологии. Приведены особенности клинических проявлений ИБС у больных с инсулиннезависимым СД и современные концепции лечения.

**Результаты.** Клинические проявления прогрессирующей стенокардии у больных с СД отличаются частой атипичностью болевого синдрома с локализацией в области сердца, непостоянной иррадиацией, по характеру ноющие или колющие, слабой интенсивности, возникающие не всегда при физической нагрузке, но, как правило, связаны с декомпенсацией СД. При этом выявлено превалирование у больных симпатикотонии, что связывают с развитием кардиальной формы диабетической нейропатии.

Нарушения липидного спектра у больных СД 2 типа развиваются на этапе до диабета и сочетаются с абдоминальным ожирением и инсулинорезистентностью, артериальной гипертонией, курением, малоподвижным образом жизни. Липидный спектр больных СД – это совокупность в количественном плане самых атерогенных нарушений.

Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, наиболее выражены у больных с абдоминальным ожирением, что создает условия не только для нарушения утилизации глюкозы с гипергликемией, но и для возникновения атерогенных дислипидемий, реализующихся в развитии ИБС и прогрессировании стенокардии.

Помимо этого, к специфическим механизмам атерогенеза для СД следует отнести эндотелиальную дисфункцию и нарушения коагуляционных свойств крови.

В связи с отягощающим влиянием СД на течение и исход ИБС в лечении больных с указанной сочетанной патологией следует проводить, в первую очередь, терапию диабетической ангиопатии. Основными принципами лечения являются: 1. воздействие на артериальную гипертонию, дислипидемию, курение, ожирение; 2. антитромботическая терапия; 3. блокада системной нейрогуморальной активации; 4. метаболическая терапия.

Комплекс лечебных мероприятий включает применение сахароснижающих препаратов, дезагрегантов, антикоагулянтов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, в-адреноблокаторов, статинов, антиоксидантной терапии, назначение гепатопротекторов. Приоритетным направлением может быть и использование метаболической терапии.

**Выводы.** Таким образом, в формировании сочетанной патологии – СД 2 типа и ИБС, прогрессирующая стенокардия – имеются специфические и неспецифические факторы риска, в основе развития лежат взаимосвязанные метаболические, морфологические и функциональные нарушения, имеются отличительные проявления прогрессирующей стенокардии на фоне СД 2 типа. Течение заболеваний сопровождается взаимоотношающим влиянием, что требует эффективного комплексного лечения

## АУТОАНТИТЕЛА К СТРУКТУРНЫМ БЕЛКАМ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ КОЖНО-СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Спицина С.С.<sup>1,2</sup>, Бедина С.А.<sup>1,2</sup>,  
Трофименко А.С.<sup>2</sup>, Мозговая Е.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

**Введение.** Системная красная волчанка (СКВ) является диффузным аутоиммунным заболеванием, при котором вырабатываются аутоантитела и развивается иммунокомплексное поражение соединительной ткани и ее производных. Основным компонентом эластических волокон соединительной ткани является фибриллярный белок эластин. Эластаза представляет собой активную протеазу, осуществляющую распад эластина. Синтез аутоантител к системе эластин-эластаза приводит к полиорганному поражению, преимущественно кожи и суставно-мышечной системы, так как в межклеточном матриксе этих тканей содержится в большем количестве.

**Цель исследования.** Изучить концентрацию аутоантител к эластину и эластазе в сыворотке крови больных СКВ с преимущественным поражением кожи и опорно-двигательного аппарата.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено на базе ревматологического отделения ГУЗ «ГКБ СМП №25». В исследование включили 65 больных с диагнозом «СКВ», установленный согласно критериям ACR 1997 г.: 60 (92,3%) женщин и 5 (7,7%) мужчин. Средний возраст больных составил 42,5±12,1 года; средняя продолжительность заболевания – 8,4±6,7 лет. Для оценки активности СКВ использовался индекс SLEDAI: I степень активности была выявлена у 18 (27,7%) больных СКВ, II – у 40 (61,5%), III – у 7 (10,8%). Острое течение заболевания было у 7 (10,8%) пациентов, подострое – у 47 (72,3%), хроническое – у

11 (16,9%). Уровень аутоантител к эластину и эластазе определяли путем иммуноферментного анализа с использованием иммобилизованных гранулированных препаратов с магнитными свойствами. Статистическая обработка проводилась с использованием программ «IBM SPSS Statistics 20». Внутри- и межгрупповые различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Кожные проявления были самыми распространенными проявлениями среди больных СКВ: у 53 (81,5%) пациентов отмечены эритематозные высыпания, у 31 (47,7%) – дискоидные очаги, у 9 (13,8%) – фотосенсибилизация, у 27 (41,5%) – поражения слизистых полости рта. Также, часто встречались симптомы поражения опорно-двигательной системы: суставной синдром был у 17 (26%) больных, миалгии – у 53 (81,5%), миозиты – у 38 (58,5%), тендиниты – у 3 (4,6%). Средний уровень антител к эластину в общей группе больных СКВ составил  $0,050 \pm 0,027$  е.о.п., у больных с поражением кожи –  $0,152 \pm 0,082$  е.о.п., с артритами –  $0,133 \pm 0,071$  е.о.п., с поражением мышц –  $0,130 \pm 0,061$  е.о.п.. Средняя концентрация антител к эластазе в общей группе больных СКВ составила  $0,095 \pm 0,009$  е.о.п., среди пациентов с кожными проявлениями –  $0,179 \pm 0,102$  е.о.п., с суставным синдромом –  $0,175 \pm 0,077$  е.о.п., с миалгиями и миозитами  $0,162 \pm 0,091$  е.о.п.. Различия уровней аутоантител в группах пациентов с наличием данных проявлений и без них были достоверно значимы.

**Выводы.** Наличие проявлений СКВ со стороны кожи, слизистых оболочек, мышц, суставов и сухожилий ассоциировано с повышенным синтезом аутоантител как к эластину, так и к эластазе, что может быть биомаркером повреждения соединительной ткани.

## АУТОАНТИТЕЛА К БЕЛКАМ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Спицина С.С.<sup>1,2</sup>, Бедина С.А.<sup>1,2</sup>, Емельянова О.И.<sup>2</sup>,  
Мозговая Е.Э.<sup>2</sup>, Трофименко А.С.<sup>2</sup>, Мамус М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

**Введение.** Системная склеродермия (ССД) – полиорганное заболевание, вызванное иммунными и вазоспастическими нарушениями и сопровождающееся активацией фиброобразования. Для ССД характерны полиартралгии, нередко полиартрит, а также теносиновиты и поражение других периартикулярных тканей. Эластин – основной белок эластических волокон, ко-



торые в больших количествах содержатся в межклеточном веществе таких тканей, как кожа, связки, легкие. Катаболизм эластина происходит при участии эластазы, выделяющейся во внеклеточное пространство нейтрофилами. Нарушение обмена эластина активирует аутоиммунитет.

**Цель исследования.** Изучить концентрацию аутоантител к эластину и эластазе в сыворотке крови больных ССД с преимущественным поражением костно-мышечной системы.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 50 больных с установленным диагнозом «ССД» согласно классификационным критериям EULAR/ACR2013 г.: 38 (76%) женщин и 12 (24%) мужчин. Средний возраст больных составил  $43,2 \pm 14,6$  года; средняя продолжительность заболевания –  $10,6 \pm 8,2$  лет. Пациенты преимущественно имели подострое (18 (36%) человек) и хроническое (29 (58%) человек) течение, остальные (3 пациента (6%)) – острое. Были выделены две клинические формы ССД: диффузная – у 21 (42%) пациентов, и лимитированная – у 29 (58%). В зависимости от особенностей клинической симптоматики и лабораторных тестов были установлены степени активности ССД: I степень активности была выявлена у 18 (36%) больных, II – у 27 (54%), III – у 5 (10%). С целью определения аутоантител к эластину и эластазе применяли метод иммуноферментного анализа с использованием иммобилизованных гранулированных препаратов с магнитными свойствами. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «IBM SPSS Statistics 20».

**Результаты и обсуждение.** Поражения скелетно-мышечной системы были представлены артритами, тендинитами, синовиитами в 48% случаев, миалгиями и миозитами – в 36%. Средний уровень антител к эластину в общей группе больных ССД составил  $0,128 \pm 0,071$  е.о.п., у больных с клиническими проявлениями суставно-мышечного синдрома –  $0,159 \pm 0,064$  е.о.п., а у больных ССД без поражения опорно-двигательного аппарата –  $0,114 \pm 0,072$  е.о.п. Различия уровней аутоантител в группах пациентов с наличием данных проявлений и без них были достоверно значимы ( $p \leq 0,005$ ). Средний уровень антител к эластазе в общей группе больных ССД составил  $0,145 \pm 0,052$  е.о.п., у больных с клиническими проявлениями суставно-мышечного синдрома –  $0,146 \pm 0,062$  е.о.п., а у больных ССД без поражения опорно-двигательного аппарата –  $0,145 \pm 0,073$  е.о.п. При анализе статистически значимая взаимосвязь между суставно-мышечным синдромом и концентрацией антител к эластазе не была выявлена.

**Выводы.** Таким образом, концентрация антител к эластину статистически выше у больных ССД с суставно-мышечным синдромом по сравнению с группой больных ССД без него. Ассоциация антител к эластину с поражением скелетно-мышечной системы при ССД может быть использована для прогнозирования клинических проявлений заболевания.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ОСТЕОАРТРИТ: ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г.,  
Шарапова Е.П., Савушкина Н.М., Михайлов К.М.,  
Алексеева Л.И., Лиля А.М.

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

**Цель исследования.** Остеоартрит (ОА) представляет собой гетерогенное заболевание с определенными фенотипами, на развитие и прогрессирование которого влияет множество факторов – возраст, травма, наследственность, ожирение и метаболический синдром (МС). ОА, связанный с МС или метаболический ОА развивается в результате ассоциации ОА и таких патологических состояний, как: ожирение, сахарный СД и инсулинорезистентность, дислипидемия, АГ, которые являются важными компонентами МС. Компоненты МС, а также накопление количества компонентов МС может влиять на клиническую картину ОА. Целью настоящего исследования стало оценить влияние количества компонентов МС на клинические проявления ОА.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование в течение 2020-2022 гг. включено 176 пациентов 40-75 лет с ОА коленных суставов (ACR) I-III рентгенологической стадией по Kellgren-Lawrence, подписавшие информированное согласие. Пациенты были распределены на 2 группы по наличию ( $n=100$ ) или отсутствию ( $n=76$ ) МС (ВНОК, 2013). На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя клинико-anamnestические данные, результаты клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, показатели WOMAC, сопутствующие заболевания. Пациентам проводилось лабораторное обследование (биохимическое исследование крови: глюкоза, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения STATISTICA 12.0.

**Результаты и обсуждение.** Женщины с МС по сравнению с лицами без МС были старше ( $60,5$  [52; 67] лет против  $49$  [90; 106] лет соответственно,  $p < 0,05$ ) и имели больший вес ( $85$  [75; 96] кг против  $69$  [60; 77] кг соответственно,  $p < 0,05$ ). У больных МС определялись более тяжелые клинические симптомы ОА: выше значения боли по ВАШ ( $51,5$  [41,5; 69] мм против  $25$  [7; 48] мм соответственно,  $p < 0,05$ ) и суммарного WOMAC ( $970$  [555; 1280] мм против  $337,5$  [100; 792] мм соот-

ветственно,  $p < 0,05$ ). Проведен сравнительный анализ основных клинических характеристик пациентов с ОА коленных суставов в зависимости от количества компонентов МС. При накоплении двух и более компонентов МС наблюдается длительный, более 5 лет анамнез заболевания ОА. Так, медиана длительности заболевания ОА у пациентов с 2 и более компонентами МС составила 7,3 года (6,0-8,0) по сравнению с больными с 1 компонентом МС, у которых продолжительность ОА составила 5,4 года (2,0-11,0),  $p < 0,05$ . При накоплении 2-х компонентов МС наблюдается более тяжелая клиническая картина ОА: интенсивнее боль в коленном суставе по ВАШ (51,5 [41,5; 69] мм против 20,0 [5,0; 40,0] мм, соответственно  $p < 0,05$  и хуже показатели WOMAC (970 [555; 1280] мм против 530 [210; 870] мм соответственно,  $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ по Спирмену показал значимые взаимосвязи между количеством компонентов МС и длительностью ОА ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ), возрастом ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,05$ ), ИМТ ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ), интенсивностью боли по ВАШ ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,05$ ), показателями индекса WOMAC ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В нашей работе продемонстрировано, что накопление 2-х и более компонентов МС ассоциировано с более тяжелыми клиническими проявлениями ОА коленных суставов.

## ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СКЛЕРОЗА ГИППОКАМПА, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Султанова Д.А., Азизова Р.Б., Парпибаева Д.А.,  
Мусаева М.А., Ботирова Н.А.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Определение МРТ-критериев для склероза гиппокампа и анализ клинических проявлений данного нарушения.

**Материалы и методы исследования.** Методы, использованные в работе – визуализационный и клиничко-анамнестический. Статистическая обработка проводилась в программе MS Excel 13. Также изучена неврологический статус, анамнез жизни, жалобы и наличия или отсутствия приступов в анамнезе. МРТ-исследования проводились на аппарате «Discovery MR750w3.0T» с напряженностью магнитного поля 3.0 Тесла. Исследуемую группу составили 18 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет. Половой состав: 7 человек – мужской пол, 11 человек – женский пол.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Анамнез жизни пациентов показал: в 3 случаях перенесенная нейроинфекция в анамнезе, в 1 случае энцефалитическая реакция на прививку АКДС, 1 пациент

с наследственной отягощенностью, остальные 13 – без патологии. У пациентов со склерозом гиппокампа у одного пациента – отсутствие жалоб на момент осмотра (медремиссия в течение года). Во всех остальных случаях – жалобы на очаговые приступы нескольких типов: 1. в виде чувства страха, нехватки воздуха, жажды, которые сменяются фиксацией взгляда и напряжением конечностей; 2. в виде тонического напряжения конечностей, запрокидывания головы, выгибания назад с потерей сознания. Преобладает первый тип – 13 пациентов. У 3 пациентов отмечалось появление вторично-генерализованных приступов на фоне приема противосудорожной терапии, что можно расценить как прогрессирование процесса. МРТ-критериями установления склероза гиппокампа являются: 1) гиппокамп уменьшен в размерах, гиперинтенсивного сигнала на FLAIR-режиме; 2) нижний рог бокового желудочка на стороне поражения расширен; 3) атрофия свода головного мозга на стороне поражения (не является обязательным критерием)

**Выводы.** 1. В настоящее время стандарт диагностики морфологических изменений гиппокампа – проведение исследования на высокопольном магнитно-резонансном томографе. 2. Установленные МРТ-признаки склероз гиппокампа наблюдались у 100% обследованных пациентов. 3. Большинство пациентов с наличием эпилептических приступов в анамнезе предъявляли жалобы на наличие вегетативных и когнитивных симптомов во время приступа.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Суджаева О.А., Карпова И.С.,  
Кошлатая О.В., Колядко М.Г.

Республиканский научно-практический центр  
«Кардиология»,  
Минск, Беларусь

**Актуальность.** COVID-19 – острое респираторное заболевание с первичным поражением верхних и нижних дыхательных путей разной степени выраженности. Вирус SARS-CoV2 атакует разные органы и системы организма, приводя к развитию сердечно-сосудистых, гемостазиологических, почечных, гастроинтестинальных, печеночных, метаболических, двигательных, нейрокогнитивных и психических расстройств. Между сердечно-сосудистыми заболеваниями и COVID-19 существует двунаправленная связь, однако механизмы взаимного влияния вышеуказанных состояний в настоящий момент не установлены. Также не ясно, являются ли кардиальные последствия пере-

несенной COVID-19 обратимыми, и если да, то в какие сроки это реализуется.

**Цель.** Выявить особенности течения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19.

**Методы.** В исследование включено 103 пациента с ХИБС, имеющих постинфарктный кардиосклероз различной давности. Включенные в исследование были разделены на 2 группы: I группа (67 человек) – перенесшие коронавирусную инфекцию, II группа (36 человек) – не болевшие COVID-19. I тест проводился в доковидный период, II тест – в течение 1–3 месяцев после документированного COVID-19. У всех проведено комплексное обследование: эхокардиография (ЭхоКГ) – с помощью ультразвукового сканера «Vivid-7», компьютерная томографическая ангиография (КТА) коронарных артерий (КА) на аппарате Siemens Somatom Force, магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца – на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magneto Aera. Лабораторное обследование включало общий анализ крови, определение С-реактивного белка (СРБ), сердечного тропонина и коагулограмму. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 7.0.

**Результаты.** По данным ЭхоКГ у пациентов I группы после перенесенного COVID-19 повысилась постсистолическая волна PSm, систолическое давление в легочной артерии ( $p=0,04$ ), увеличился объем правого предсердия ( $p=0,017$ ), значительно ухудшилась диастолическая функция правого желудочка в сравнении с доковидным уровнем. Во II группе отрицательной динамики показателей ЭхоКГ не выявлено. В I группе на всех этапах выявлено меньше сегментоядерных нейтрофилов и тромбоцитов, более высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ), более высокий уровень сердечного тропонина и СРБ в сравнении со II группой. Динамика показателей системы гемостаза была неоднозначной, что требует продолжения исследований. Количественная оценка степени поражения по данным КТА КА свидетельствует о значительно большем увеличении степени коронарного атеросклероза у пациентов с ХИБС после коронавирусной инфекции в сравнении с не болевшими. По данным МРТ в I группе при II тесте отмечалось ухудшение систолической и диастолической функции левого желудочка в сравнении с исходным уровнем. Признаков миокардита выявлено ни у одного из обследованных через 3 месяца после перенесенного COVID-19 по не отмечалось.

**Выводы.** Факторами, влияющими на прогрессирование ХИБС у лиц с постинфарктным кардиосклерозом после COVID-19, являлись: сохраняющиеся повышенными >1 месяца уровни СРБ, сердечного тропонина и Д-димера. Перенесенная коронавирусная инфекция повлияла на увеличение ЛЖ и правых отделов сердца, ухудшение систоло-диастолической функции обоих желудочков, повышение давления в легочной артерии, прогрессирование атеросклероза КА по данным КТА. Продолжение динамического наблюдения

за включенными в исследование пациентами с ХИБС позволит оценить обратимость и длительность сохранения выявленных изменений, что будет являться предметом дальнейших исследований.

## ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ ПОСЛЕ COVID-19

Сужаева Л.В., Войтенкова Е.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

Кишечная микробиота играет важнейшую роль в поддержании здоровья человека. При инфекции SARS-CoV-2 больные часто отмечают различные патологические проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это связано с тем, что клеточный рецептор вируса (ангиотензинпревращающий фермент-2) активно экспрессируется клетками кишечного эпителия. Размножение вируса в энтероцитах оказывает повреждающее действие на ЖКТ, вызывает иммунологические реакции и может приводить к нарушению баланса кишечной микробиоты. Исследования показывают, что изменения в ее составе могут свидетельствовать о тяжелом течении Covid-19. Применение antimicrobных препаратов при лечении инфекции SARS-CoV-2 и ее последствий тоже может отрицательным образом влиять на состояние микробиоты кишечника.

**Цель.** Сравнить качественный и количественный состав облигатных и факультативных представителей микробиоты кишечника у взрослых пациентов, болевших и не болевших Covid-19.

**Материалы и методы.** Классическим бактериологическим методом количественного посева с использованием отечественных селективных и дифференциально-диагностических питательных сред исследованы пробы испражнений 162 жителей Санкт-Петербурга в возрасте от 17 до 75 лет. Первую группу составляли 96 человек, у которых была клиническая форма подтвержденной коронавирусной инфекции. Вторую группу составляли 66 человек, которые не болели Covid-19. Состав сравниваемых групп по возрасту и полу статистически значимо не различался. Видовую идентификацию микроорганизмов проводили с использованием рутинных биохимических тестов. Полученные результаты оценивали согласно федеральным клиническим рекомендациям «Определение дисбиотических изменений желудочно-кишечного тракта по маркерам содержимого кишечника», 2015.

**Результаты.** Доли проб, имеющие лабораторные показатели микробиологических нарушений различной степени, составили 90,5% и 92,3% у пациентов, которые болели и не болели Covid-19 соответ-



ственно, и статистически значимо не отличались. Однако, степень этих нарушений была различной. Доли проб, имеющие отклонения первой степени (легкие) составили 14,0% и 33,3%, второй степени (средней тяжести) – 80,2% и 61,7%, третьей степени (тяжелые) – 5,8% и 5,0% у Covid-19(+) и Covid-19(-) пациентов соответственно и имели статистически значимые отличия ( $\chi^2=8,878$ ;  $p=0,012$ ).

Детальный анализ количественного состава облигатных представителей микробиоты показал, что у Covid-19(+) пациентов доли проб, содержащие соответствующее нормативным показателям количество *Bifidobacterium* spp., *Lactobacillus* spp., *Enterococcus* spp., *Escherichia coli* составляли 45,3%, 24,2%, 84,4% и 87,5% соответственно и значимо не отличались от долей в группе сравнения. Значительное снижение количества *Bifidobacterium* spp. (до 107 КОЕ/г) чаще выявляли у Covid-19(+) пациентов (42,3%) по сравнению с контрольной группой (20,6%) ( $\chi^2=6,528$ ;  $p=0,038$ ).

Анализ качественного и количественного состава факультативных представителей микробиоты показал, что количество бактерий рода *Clostridium* spp., соответствующее нормативным показателям было выявлено в 75,8% и 80,0% проб от Covid-19(+) и Covid-19(-) пациентов соответственно. Значительное повышение их количества (до 108 КОЕ/г) значимо чаще выявляли у Covid-19(-) пациентов (69,2%) по сравнению с Covid-19(+) пациентами (34,8%) ( $\chi^2=3,955$ ;  $p=0,047$ ). *Staphylococcus aureus* был выявлен в 28,1% проб от перенесших Covid-19 участников исследования. Его количество в пробах варьировало от 102 до 104 КОЕ/г. Грибы рода *Candida* обнаружены у 11,5% переболевших пациентов.

Условно-патогенные энтеробактерии и их ассоциации были выявлены в 40,6% и 31,8% проб от Covid-19(+) и Covid-19(-) пациентов соответственно. Частота выявления *Klebsiella* spp. составила 29,2% и 24,2%, *Enterobacter* spp. – 9,4% и 3,0%, *Citrobacter* spp. – 5,2% и 6,1%, *Proteus* spp. – 2,1% и 1,5%, *Morganella morganii* – 3,1% и 3,0%, *Pseudomonas* spp. – 4,2% и 1,5% и значимо не отличалась в сравниваемых группах. В пробах со сниженным количеством *Lactobacillus* spp. частота выявления *Enterobacter* spp. была статистически значимо выше у Covid-19(+) пациентов (8,3%) по сравнению с контрольной группой (0%) ( $\chi^2=3,867$ ;  $p=0,049$ ). Почти в половине случаев у Covid-19(+) пациентов его количество в пробах достигало 107-108 КОЕ/г, в отличие от группы сравнения, где его количество не превышало 106 КОЕ/г фекалий.

**Выводы.** Исследование качественного и количественного состава микробиоты кишечника показало, что у взрослых жителей Санкт-Петербурга после перенесенного Covid-19 статистически значимо увеличилась доля дисбиотических нарушений средней тяжести до 80%, которые были обусловлены, главным образом, значительным снижением количества *Bifidobacterium* spp. и увеличением количества *Enterobacter* spp. у пациентов со сниженным количеством лактобактерий.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Хидоятова М.Р.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Введение.** Известно, что COVID-19 оказывает неблагоприятное влияние на различные органы и системы организма человека. В доступной литературе имеются единичные сообщения, касающиеся развития остеонекроза после перенесенного COVID-19.

**Цель.** Представить собственные наблюдения развития АВН костей у пациентки, перенесшей COVID-19. Материалы и методы. Клинический случай. Пациентка 62 года с остеоартрозом в октябре 2020 г. перенесла коронавирусную инфекцию, характеризовавшуюся тяжелой двусторонней вирусной пневмонией с поражением 70-80% легочной паренхимы по данным КТ. Лечение включало метипред 32 мг в сутки с последующей отменой, циклофосфан 200 мг, антикоагулянты. Через 6 месяцев пациентка отметила боль и скованность в обеих тазобедренных суставах. Пациентке было сразу проведено магнитно-резонансная томография (МРТ) выявлена картина обширных зон инфаркта костного мозга в метадиафизах бедренной и большеберцовой костей. Спустя месяц присоединились боли в обоих коленных суставах и ограничение движения тазобедренных суставов. Началось лечение антикоагулянтами (ривароксабан, затем аспирин), нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), осталон, препаратами витамина D и кальция. Спустя 12 месяцев после COVID-19 по данным МРТ выявлены множественные изменения в костях, включая картину АВН головок бедренных костей 2-3-й стадии по Ficat-Arlet [16], АВН головки плечевой кости 3-й стадии инфаркта костного мозга левой бедренной и большеберцовой костей, остеоита плечевой кости. Уровень С-реактивного белка (СРБ) – 45 мг/л. По данным иммунологического обследования исключены ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА) системные васкулиты, антифосфолипидный синдром. Диагностирован ПКС. Назначена александрановая кислота, продолжено лечение ривароксабаном 15 мг в сутки, препаратами витамина D и кальция. Планируется эндопротезирование обоих тазобедренных суставов, левого коленного сустава.

**Результаты и обсуждение.** Таким образом, у пациентов, перенесших COVID-19, возможно развитие АВН костей различной локализации, в том числе

с множественным поражением. Поскольку латентный период может достигать 24 месяцев, требуется длительный мониторинг пациентов, наиболее тщательный у тех, кто перенес COVID-19 тяжелого течения с назначением высоких доз ГК. Для диагностики ранней стадии АВН более чувствительными методами являются МРТ и КТ, в отличие от рентгенографии. При кумулятивной дозе метипреда более 2000 мг предложено проводить плановое обследование пациентов каждые 2-6 месяцев после COVID-19, при дозе менее 2000 мг – через 3, 12 и 24 месяца. Пациенты, не получавшие ГК для лечения COVID-19, в случае появления у них артралгий должны быть обследованы для исключения АВН.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Султанова М.Х.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение клинико-лабораторных показателей у больных с достоверной и вероятной СКВ.

**Материал и методы.** Проведено проспективное когортное исследование, включавшее 64 больных (43 – с достоверным диагнозом СКВ и 21 – с вероятной СКВ). Все пациенты с достоверной СКВ соответствовали классификационным критериям SLICC 2012 г. Пациентам с титром антинуклеарного фактора (АНФ)  $\geq 1:160$  и неспецифической клинической картиной, обратившимся врачу с подозрением на СКВ, но имевшим только два-три критерия SLICC, ставили диагноз вероятной СКВ и назначали плаквенил в дозе 400 мг/сут. Общеклиническое обследование пациентов включало объективный осмотр, оценку гематологических и иммунологических показателей [титра АНФ, уровня антител к двуспиральной ДНК (анти-дсДНК), подсчет критериев SLICC и оценку активности СКВ по индексу SLEDAI-2K. Определение титра АНФ проводилось с помощью метода непрямой иммунофлюоресценции.

**Результаты и обсуждение.** Наибольший интерес представляли группы с ранней и вероятной СКВ, в которых пациенты до включения в исследование патогенетической терапии не получали. Установлено, что у пациентов с ранней СКВ количество критериев SLICC было больше, отдельные клинические и иммунологические критерии регистрировались достоверно чаще ( $p < 0,0001$ ), а возраст появления пер-

вых симптомов был несколько меньше, чем в группе вероятной СКВ (соответственно  $32,1 \pm 9,1$  и  $36,1 \pm 10,3$  года). Низкая активность заболевания по SLEDAI-2K при вероятной СКВ встречалась чаще, чем при ранней, – у 34 (52,6%) и 20 (19,4%) больных ( $p = 0,00077$ ); частота средней активности СКВ (индекс SLEDAI-2K 6-10 баллов) была сопоставима (42,1 и 48,4% соответственно), в то время как высокая активность заболевания встречалась только при ранней СКВ – у 15 (29%) пациентов. В целом, у больных ранней СКВ активность заболевания была выше, чем у пациентов с вероятной СКВ (SLEDAI-2K  $9,0 \pm 5,3$  и  $4,3 \pm 2,4$  соответственно;  $p < 0,0001$ ), что также является одним из факторов, затрудняющих раннюю верификацию диагноза у больных второй группы. У всех пациентов исследуемых групп титр АНФ равнялся или был выше 1:160, что соответствовало критериям включения в исследование. Вместе с тем другие иммунологические тесты в группе ранней СКВ были положительными чаще, чем при вероятной СКВ: достоверные различия зафиксированы по частоте выявления анти-дсДНК (71 и 21%;  $p < 0,0001$ ).

**Выводы и заключение.** Таким образом, недостаточно характерные результаты иммунологических исследований и «стертая» клиническая картина при вероятной СКВ могут вызывать объективные диагностические трудности, что требует поиска новых дополнительных методов диагностики.

## ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Супрун О.Е.<sup>1</sup>, Багрий А.Э.<sup>2</sup>, Михайличенко Е.С.<sup>2</sup>,  
Ефременко В.А.<sup>2</sup>, Пылаева Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Дорожная клиническая больница станции Донецк,  
<sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького,  
Донецк

**Введение.** Среди ассоциированных с сахарным диабетом (СД) 2 типа нарушений функциональные изменения со стороны кишечника (синдром раздраженного кишечника – СРК) являются недостаточно изученными.

**Цель.** Изучить демографические и клинико-лабораторные особенности больных СРК в сочетании с СД 2 типа.

**Материал и методы исследования.** В основную группу вошли 107 больных с СРК и СД 2 типа в возрасте  $48,9 \pm 9,4$  лет. Контрольные группы составили 52 больных с СРК без диабета и 50 практически здоро-

вых лиц. Выделяли: СРК с диареей, с запорами, недифференцированный и смешанный. Степень выраженности клинических проявлений СРК устанавливали по опроснику GSRS. Всем лицам выполняли стандартные общеклинические и биохимические исследования, в т.ч. оценивали уровни индекса массы тела, гликированного гемоглобина, содержание в сыворотке крови фруктозамина, С-пептида, инсулина, глюкагоно-подобного пептида-1, оценивали индексы НОМА-IR и НОМА-B. Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

**Результаты.** Средние величины возраста и распределение обследованных по полу между изучавшимися группами больных существенно не различались,  $p > 0,05$ . В группе больных с СРК с СД 2 типа достоверно выше, чем у лиц с СРК без диабета, а также чем у здоровых, оказались средние величины индекса массы тела (соответственно  $32,5 \pm 2,3$  против  $29,6 \pm 2,1$  и  $27,4 \pm 1,7$  кг/м<sup>2</sup>), гликированного гемоглобина ( $7,86 \pm 0,49$  против  $6,32 \pm 0,34$  и  $6,34 \pm 0,29\%$ ), фруктозамина ( $374,3 \pm 83,2$  против  $241,3 \pm 35,2$  и  $237,5 \pm 29,4$  мкмоль/л), инсулина ( $19,6 \pm 8,3$  против  $5,9 \pm 1,3$  и  $4,8 \pm 2,5$  мкЕд/мл), С-пептида ( $4,9 \pm 2,1$  против  $2,6 \pm 0,5$  и  $2,2 \pm 0,6$  нг/мл) и индекса НОМА-IR ( $3,89 \pm 0,61$  против  $2,43 \pm 0,23$  и  $2,33 \pm 0,17$ ), но статистически значимо ниже уровни глюкагоно-подобного пептида-1 ( $5,31 \pm 2,14$  против  $7,60 \pm 1,81$  и  $7,52 \pm 1,63$  пг/мл) и индекса НОМА-B ( $61,2 \pm 17,3$  против  $84,5 \pm 27,1$  и  $87,6 \pm 35,9$ ), все  $p < 0,05$ . Выявлена более значительная выраженность клинических проявлений СРК у больных с СД 2 типа в сравнении с лицами без диабета. Так, у тех, кто имел сочетание СРК и СД 2 типа, статистически значимо выше, чем у имевших СРК без диабета, оказались как величины суммарного балла по шкале GSRS ( $39,87 \pm 7,92$  против  $32,31 \pm 5,09$ ), так и выраженность таких ведущих проявлений СРК, как абдоминальная боль ( $4,37 \pm 0,56$  против  $3,21 \pm 0,51$ ), диарея ( $4,08 \pm 0,53$  против  $3,27 \pm 0,38$ ), запор ( $3,89 \pm 0,43$  против  $3,14 \pm 0,23$ ) и диспепсия ( $3,65 \pm 0,39$  против  $2,53 \pm 0,31$ ), все  $p < 0,05$ . Частота выявляемости макро- и микрососудистых нарушений в группе больных с СД 2 типа была значительно выше, чем в контрольных ( $67,6\%$  против  $11,2\%$  в группе с СРК без диабета и  $9,6\%$  у практически здоровых лиц), ретинопатия разной степени выраженности по данным офтальмоскопии выявлялась в 8 раз чаще у лиц с СРК и СД 2 типа в сравнении с контрольными группами, все  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Полученные данные о более значительной выраженности клинических проявлений СРК у лиц с СД 2 типа в сравнении с больными СРК без диабета отражают возможные неблагоприятные эффекты ассоциированных с диабетом метаболических нарушений на проявление функциональных нарушений кишечника. Выявленные связи отдельных проявлений СРК с демографическими и клинико-лабораторными особенностями больных могут быть использованы для прогнозирования течения СРК у лиц с СД 2 типа.

## ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Сушинский В.Э., Сенецкий С.В.

Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Беларусь

Хроническая болезнь почек (ХБП) – является широко распространенным синдромом, оказывающим влияние на течение многих заболеваний, определение тактики их ведения, частоту осложнений.

Для выявления ХБП важнейшее значение имеет определение функции почек, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Для определения СКФ наиболее часто используются формулы Коккрофт-Голт, СКD-EPI, MDRD, каждая из которых имеет преимущества у различных категорий пациентов. Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) являются наиболее частыми причинами развития ХБП, а для определения СКФ у таких пациентов предложено использовать разные методы ее определения. Еще более важным представляется учитывать при определении СКФ возрастное снижение функции почек.

**Цель исследования.** Изучить показатели СКФ, определенных по формулам Коккрофт-Голта, СКD-EPI, MDRD у пациентов различных возрастных групп.

**Материалы и методы.** В исследование показателей СКФ включены 203 пациента, в том числе 129 женщин (63,5%) и 74 мужчин (36,5%). Средний возраст обследуемых составлял 68 лет. Все обследуемые пациенты имели множественную патологию, наиболее часто представленную различными формами ишемической болезни сердца, у 181 пациента выявлена АГ, у 49 – сахарный диабет.

Обследованные были разделены на 3 возрастные группы. Лица младше 60 лет – 40 человек (средний возраст – 50 лет); лица 60-74 года 130 человека (средний возраст – 68,4 лет); лица старше 75 лет – 33 пациента (средний возраст – 79,9 лет).

**Результаты.** В группе лиц младше 60 лет, СКФ определенная по формуле Коккрофт-Голт, составила – 93,5 млмин; по формуле СКD-EPI – 77,9 млмин 1,73 кв.м; по формуле MDRD – 75,7 млмин 1,73 кв.м.

В категории лиц в возрасте 60 – 74 года СКФ по формуле Коккрофт-Голт составила – 77,9 млмин; по формуле СКD-EPI – 68,7 млмин 1,73 кв.м; по формуле MDRD – 71,2 млмин 1,73 кв.м.

У лиц старше 75 лет СКФ по формуле Коккрофт-Голт составила – 62,3 млмин; по формуле СКD-EPI – 63,5 млмин 1,73 кв.м; по формуле MDRD – 68,6 млмин 1,73 кв.м.



**Выводы.** Снижение СКФ при старении продемонстрировано при ее определении при помощи различных методик. С возрастом наибольшим изменениям подвержены результаты СКФ, получаемые при их расчете по формуле Коккрофт-Голт, а наименьшие при расчете по формуле MDRD. У пациентов с множественной сопутствующей патологией, в том числе у пациентов с АГ и СД для раннего выявления ХБП необходима комплексная оценка показателей СКФ.

## РОЛЬ АЛЛЕЛЬНЫХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕГУЛЯТОРА АНГИОГЕНЕЗА C634G-VEGFA (RS2010963) В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА

Тагаева М.Х., Салаева М.С., Исмаилова Ф.Р.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить распространенность и роль аллельного варианта гена VEGFA (G634C) в патогенезе хронического неатрофического гастрита (ХНГ), хронического эрозивного гастрита (ХЭГ) и язвенной болезни желудка (ЯБЖ).

**Материал и методы исследования.** Проведена детекция аллельного варианта C634G-VEGFA (Vascular Endothelial Growth Factor) гена у больных основной группы: с ХНГ (n=18); ХЭГ (n=23); язвенной болезни желудка (n=55) и контрольной группы – здоровых лиц (n=88) методом SNP-ПЦР. Объект исследования – периферическая венозная кровь исследуемых.

**Результаты.** Показано, что распределение генотипов в исследованных группах соответствует равно-весию Харди-Вайнберга ( $p > 0,05$ ).

Распределение аллельных и генотипических вариантов по полиморфному гену VEGFA (G634C) в исследованных группах больных с ХНГ, ХЭГ и ЯБЖ по сравнению со здоровыми лицами весьма отличались.

Выявленные отличия между группами показывают плейотропное действие полиморфного гена регулятора ангиогенеза VEGFA (G634C) в отношении формирования воспалительно-язвенных заболеваний желудка.

Более выраженная тенденция прослежена и отношении повышения частот мажорного генотипа G/G среди больных с ХНГ почти в три раза ( $\chi^2=3,1$ ;  $P=0,1$ ) и среди больных с ХЭГ в 2,4 раза ( $\chi^2=2,5$ ;  $P=0,2$ ).

**Выводы.** Результаты показывают наличие возможного вклада мажорного аллеля G и генотипа G/G по полиморфному гену регулятора ангиогенеза VEGFA (G634C) в патогенетические механизмы, способствующие началу неатрофического гастрита и хронического эрозивного гастрита.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тагаева М.Х., Салаева М.С., Исмаилова Ф.Р.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить клинико-эндоскопические особенности поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы исследования.** Нами обследовано 75 больных БА различной степени тяжести со стажем болезни от 1 до 20 лет. Средний возраст пациентов составил  $45,5 \pm 8,5$  лет. Включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы: I группа: 25 больных средне тяжелой степенью БА. II группа: 20 больных тяжелой БА. III контрольная группа: 30 пациентов БА легким персистирующим течением. Контрольную группу составили 20 здоровых пациентов. Всем больным проведено комплексное обследование, которое включало клинико лабораторные исследования, эзофагогастроуденоскопию (ЭФГДС) со взятием биоптата слизистой желудка на исследование хеликобактер пилори (НР).

**Результаты.** Патология ВОПТ эндоскопически выявлены у 66,0% больных БА, при этом поражения пищевода – у 42,3% больных БА, желудка – 25,3% и 12-перстной кишки – у 2% пациентов. Катаральные формы поражения ВОПТ определены в 44,7% случаев (в основном пищевода), эрозивно-язвенные (в основном желудка) – в 21,3% случаев. Частота эрозивно-язвенных поражений ВОПТ у больных БА коррелирует с тяжестью течения заболевания, приемом глюкокортикостероидной терапии и наличием НР, при этом необходимо более углубленное медико генетическое исследование.

**Выводы.** Развитие патологии ВОПТ у больного бронхиальной астмой способствует ухудшению течения БА и требует разработать тактические подходы к персонализированной терапии как гастродуоденальной патологии, так и БА.

## АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ PON1, CYP2C19 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р., Калимбетова А.Б.  
Медицинский университет Караганды,  
Караганда, Казахстан

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь полиморфизма генов PON1, CYP2C19 с риском развития рестеноза коронарных артерий.

**Материалы и методы исследования.** Данное исследование является клинико-генетическим исследованием, дизайн исследования: случай-контроль. Всего обследовано 257 человек, из них 149 мужчин и 108 женщин.

Обследуемые относились к коренному населению казахской национальности обоих полов в возрасте 45-80 лет, госпитализированные в клиники городского уровня.

Генотипирование проводилось по технологии TaqMan (аллель-специфичная полимеразная цепная реакция с флуоресцентной детекцией результата в реальном времени) с использованием системы для проведения полимеразной цепной реакции VIIATM 7 Real-Time PCR System (Life Technologies) в соответствии с инструкциями производителя. Оценка влияния генетического полиморфизма у пациентов с развитием рестеноза в коронарных артериях определялось соотношением шансов (OR) с доверительным интервалом 95%, что совпало с равенством Харди-Вайнберга. Если OR превышает 95% доверительного интервала на 1, то предполагается, что перенос полиморфных аллелей  $p < 0,05$  вносит свой вклад в развитие рестеноза. И наоборот, считается, что носители альтернативного аллеля ниже 1 ассоциируются с более низкой частотой развития патологического состояния.

Статистический анализ генетических ассоциаций проводился с использованием программы SNPStats. Для сравнения выявленных и ожидаемых частот генотипов рассчитывалось равновесие Харди-Вайнберга по критерию хи-квадрат с одной степенью свободы. Для оценки риска, связанного с тем или иным аллелем или генотипом, рассчитывалось отношение шансов (ОШ) и 95% ДИ. Расчет ОШ проводился в соответствии с пятью известными моделями наследственности (кодоминантная, доминантная, рецессивная, сверхдоминантная и лог-аддитивная). Выбор наиболее вероятной модели проводился в соответствии с информационным критерием Акаике (AIC);

**Результаты исследования.** Традиционные факторы риска атеросклероза и ИБС, как дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, повышенный индекс массы тела, не всегда вносят существенный вклад в развитие сердечно-сосудистых осложнений после ЧКВ

у пациентов с ИБС, что согласуется с данными ряда авторов, проводивших аналогичные исследования.

При генотипировании на одноядерном полиморфизме все SNP соответствовали закону Харди-Вайнберга.

Установлено, что SNP (rs4986893) имел статистическую ценность  $p=0,03$  у пациентов с рестенозом коронарных артерий, тогда как SNP (rs662) имел статистическую ценность  $p=0,01$  у пациентов со стентированием.

При определении взаимосвязи полиморфизма гена при развитии рестеноза коронарных артерий выявлена прямая сильная корреляция с полиморфной формой гена CYP2C19\*3 ( $r=2,774$ ). А между другими полиморфизмами генов обнаружены прямые средние отношения.

Оценка полиморфизма генов PON1, CYP2C19 выявила три модели наследования (доминантная, рецессивная и лог-аддитивная) генетического полиморфизма в риске развития рестеноза коронарных артерий: доминантная модель по генотипу T/C-C/C (rs12248560) ОШ 95% ДИ - 0,52 [0,24-1,12],  $p \leq 0,09$ ; лог-аддитивная модель с тремя генотипами (rs12248560) OR 95% CI-0,54 [0,29-0,99],  $p \leq 0,03$ ; рецессивная модель для генотипа A/A (rs4986893) ОШ 95% ДИ - 0,31 [0,08-1,14],  $P \leq 0,05$ ; генотип рецессивная модель G/G-A/G (rs4244285) ОШ 95% ДИ - 0,32 [0,09-1,15],  $P \leq 0,05$ ; доминантная модель по генотипу C/T-C/C (rs662) ОШ 95% ДИ - 0,45 [0,17-1,2]  $p \leq 0,09$ .

**Выводы.** Полиморфизмы генов PON1, CYP2C19 чаще обнаружались у мужчин с проведенным стентированием коронарных артерий и при развитии рестеноза коронарных артерий после установки стента, что определяет важность проведения генетического скрининга этой категории пациентов. Оценка генетического полиморфизма у пациентов с рестенозом коронарных артерий и у их родственников первой линии родства относится к важным компонентам персонализированной медицины, позволяющая разработать профилактические мероприятия в более раннем периоде.

## ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПРОГНОЗ ПРИ РЕСТЕНОЗЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р.Б., Калимбетова А.Б.  
Медицинский университет Караганда,  
Караганда, Казахстан

**Цель работы.** Изучить распространенность артериальной гипертензии и оценить ее влияние на отдаленный прогноз у пациентов рестенозом коронарных артерий.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 46 пациентов с клинико-ангиографическим признаком рестеноза коронарных артерий. Дизайн исследования - проспективное наблюдательное аналитическое по типу «случай-контроль». В основную группу были включены 95 пациент со стентированием коронарных артерий в возрасте от 41 до 75 лет ( $M \pm \sigma 58,5 \pm 7,8$  года). В контрольную группу были включены 46 с рестенозом коронарных артерий, средний возраст которых составил  $55,4 \pm 4,9$  ( $M \pm \sigma$ ) (от 43 до 67 лет) года. При отборе пациентов в исследование учитывали критерии включения, исключения и подписание ими информированного согласия, также соответствие требованиям этического комитета медицинского университета Караганды.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ: Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США). Качественные значения представлены в абсолютных и относительных величинах ( $n$  (%)). Сравнение выживаемости в двух различных группах производилось по методу Каплана-Мейера. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Различие считалось статистически значимым при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования.** Установлено, что 95,3% ( $n=43$ ) пациентов с клинико-ангиографическим рестенозом коронарных артерий страдали гипертонической болезнью. При этом 4,7% из них имели достигнутые целевые значения артериального давления (АД). Следует отметить, что почти у половины больных (49,8%) данной группы встречались 2-3 степени артериальной гипертензии. При гендерном сравнении было выявлено, что у женщин со стентированием коронарных артерий, в анамнезе часто были указания на артериальную гипертензию (АГ). Кроме того, в женской когорте АГ 3 степени регистрировалась значительно выше, чем в мужской (58,1% против 42%,  $p=0,001$ ). В анамнезе у пациентов, страдающих АГ, чаще имело место хроническая сердечная недостаточность (60,6% против 23,4%,  $p<0,0001$ ). Острый инфаркт миокарда при ассоциации с АГ чаще манифестировал атипичной симптоматикой (21,6% против 14,1%,  $p=0,047$ ). Установлено также, что у пациентов с АГ постинфарктный период протекал менее благоприятно (45,7% против 20,4%,  $p=0,009$ ), увеличивая шанс развития повторного инфаркта миокарда в течение года после индексного события более, чем в 3 раза (ОШ 3,28; 95%-й ДИ 1,33-8,1;  $p=0,009$ ) и летального исхода в 2 раза (64,1% против 51,7%; ОШ 1,7; 95%-й ДИ 1,09-2,56;  $p=0,016$ ).

**Выводы.** Превалирующая часть пациентов с рестенозом коронарных артерий страдали гипертонической болезнью. При этом практический у половины из них имело место АГ 2-3 степени, что относится к важным факторам риска развития сердечно-сосудистых осложнений и увеличивает шансы на летальный исход в ближайшем постинфарктном периоде почти в 2 раза (ОШ 1,7; 95%-й ДИ 1,09-2,56;  $p=0,016$ ). При этом существенным явился тот факт, что у 81% пациентов с

гипертонической болезнью не были достигнуты целевые значения АД, что свидетельствует о низкой эффективности лечения у данной категории пациентов.

## ИЗУЧЕНИЕ СЕЗОННЫХ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

**Танрыбердиева Т.О.**

Государственный медицинский университет  
Туркменистана имени М. Каррыева,  
Ашхабад, Туркмения

**Цель исследования.** Изучение сезонных изменений гемодинамики при гипертонических кризах (ГК).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 92 больных (33 мужчин и 59 женщин) АГ II стадии во время ГК в летний и зимний периоды. Колебания давления были в пределах 250/120-160/100 мм рт. ст. Средний возраст больных  $59,78 \pm 1,17$  лет. Длительность заболевания составила  $11,41 \pm 1,23$  года. Исследование центральной гемодинамики проводилось с помощью эхокардиографии. Тип кровообращения выделялся по данным сердечного индекса (СИ). Эукинетический тип определялся при СИ 2,5-4,2 л/мин<sup>2</sup>м<sup>2</sup>, при гипокинетическом ГК величины СИ были ниже, гиперкинетическом – выше этих показателей.

**Результаты исследования.** У больных во время ГК встречались все три типа кровообращения: гиперкинетический (13%), гипокинетический (31%) и в более половине случаев эукинетический тип (56%). При гипокинетическом кризе по сравнению с гиперкинетическим ГК общее периферическое сосудистое сопротивление было в 2,8 раза ( $p<0,05$ ), конечный систолический объем – в 5 раз ( $p<0,05$ ) выше, а диастолический объем был в 3 раза ( $p<0,01$ ) ниже. Фракция выброса уменьшалась на 27% ( $p<0,05$ ). Зимой у мужчин часто отмечались эукинетический (71,4%) и гиперкинетический (28,6%) кризы. У женщин наблюдались чаще ГК с эукинетическим (50%) и гипокинетическим (42,9%) типом кровообращения. В летние месяцы у мужчин кризы протекали преимущественно по эукинетическому (62,5%) и гипокинетическому (37,5%) типам гемодинамики. Для больных АГ женщин были характерны эукинетический (50%) и гиперкинетический (30%) ГК.

**Выводы.** Климатические условия Туркменистана с высокой внешней температурой летом бесспорно оказывают существенное влияние на патофизиологические механизмы во время ГК. Происходит одновременное наложение двух экстремальных факторов внешнего климатического и внутренних патологических условий, что создает благоприятную возможность для исследования компенсаторной деятельности сердца, проявляющейся в изменениях ряда гемодинамических характеристик.



## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОАРТРИТА

Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,  
Савушкина Н.М., Шарапова Е.П.,  
Михайлов К.М., Алексеева Л.И., Лила А.М.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель.** Изучить ассоциации лептина с клинико-лабораторными показателями при остеоартрите (ОА) коленных суставов.

**Методы.** В исследование включено 116 пациентов в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J), подписавших информированное согласие. Средний возраст составил 55,4±10,6 лет (от 40 до 75), длительность заболевания 5,5 (1-11) лет. Средние значения ИМТ соответствовали ожирению (30,3±6,5 кг/м<sup>2</sup>), объем талии (ОТ) – 91,9±13,4 см. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

**Результаты.** Повышение уровня лептина (более 27,6 нг/мл) диагностировано у 65 пациенток (56%). По наличию или отсутствию гиперлептинемии больные были распределены в 2 группы. Лица обеих групп были сопоставимы по возрасту: 58 (50-67) против 53 (45-61) лет,  $p=0,06$ , но значимо различались по длительности заболевания: 7 (3-15) против 2 (1-9) лет,  $p=0,002$ , ИМТ: 33,9±6,04 против 25,8±3,8 кг/м<sup>2</sup>,  $p<0,0001$ , ОТ: 97,4±14,1 против 85,6±9,7 см,  $p=0,0004$  (с преобладанием в группе с высокими значениями лептина). При гиперлептинемии отмечено более тяжелое течение ОА коленных суставов: выше значения боли по ВАШ: 50 (28-69) против 39 (3-50) мм,  $p=0,0002$ ; ОСЗП: 50 (30-65) против 30 (10-46) мм,  $p=0,0005$ ; суммарного WOMAC: 968 (469-1347,5) против 530 (101-1035) мм,  $p=0,004$ ; боли по WOMAC – 217,5 (132,5-260) против 125 (30-170) мм,  $p=0,0007$ ; функциональной недостаточности по WOMAC – 675,5 (330,5-980) против 345 (69-663) мм,  $p=0,006$ ; DN4: 2 (1-4) против 1 (0-2) баллов,  $p=0,02$ ; хуже показатели суммарного KOOS: 44,5 (33-73) против 70,5 (56,5-86) баллов,  $p<0,0001$ ; статистически чаще регистрировались ОА тазобедренных суставов: 66,7 против 37,5%,  $p=0,01$  и синовит при осмотре: 63,6 против 20,5%,  $p=0,0004$ . Значимо чаще встречались гиперурикемия: 38,9 против 15,9%,  $p=0,0002$ , артериальная гипертензия (АГ): 67,4 против 32,5%,  $p<0,0001$  и метаболический синдром: 68,9 против 25%,  $p=0,009$ .

Анализ корреляций по Спирмену показал, что лептин взаимосвязан с длительностью ОА ( $r=0,27$ ,

$p=0,005$ ), болью в коленном суставе при ходьбе по ровной поверхности по ВАШ ( $r=0,4$ ,  $p=0,0002$ ), суммарным индексом WOMAC ( $r=0,33$ ,  $p=0,002$ ), болью ( $r=0,4$ ,  $p=0,0002$ ) и ФН по WOMAC ( $r=0,32$ ,  $p=0,003$ ), KOOS ( $r=0,35$ ,  $p=0,002$ ), ОСЗП ( $r=0,34$ ,  $p=0,002$ ), синовитом ( $r=0,43$ ,  $p<0,0001$ ) и ОА тазобедренных суставов ( $r=0,29$ ,  $p=0,007$ ). Кроме того, выявлены связи между лептином и ИМТ ( $r=0,8$ ,  $p<0,0001$ ), ОТ ( $r=0,58$ ,  $p<0,0001$ ), гиперурикемией ( $r=0,27$ ,  $p=0,006$ ), АГ ( $r=0,35$ ,  $p=0,001$ ) и метаболическим синдромом ( $r=0,44$ ,  $p<0,0001$ ).

**Заключение.** Гиперлептинемия является усугубляющим предиктором не только таких ассоциированных с метаболическим синдромом заболеваний, как АГ, ожирение, дислипидемия, инсулинорезистентность, но и ОА. При высоких значениях лептина отмечаются большие значения боли по ВАШ, по индексу WOMAC (суммарному и его составляющим), худшие показатели ОСЗП, DN4 и KOOS, чаще выявляется синовит и ОА тазобедренных суставов. Возможно, лечебные интервенции, направленные на снижение уровня лептина, улучшат течение ОА коленных суставов.

## ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА

Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,  
Алексеева Л.И., Тельшев К.А., Михайлов К.М.,  
Шарапова Е.П., Савушкина Н.М., Лила А.М.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель.** Оценить влияние артериальной гипертензии (АГ) на клинические проявления остеоартрита (ОА) коленных суставов

**Методы.** В исследование включено 535 пациентов в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I-III стадии (Kellgren J. – Lawrence J), подписавших информированное согласие. Средний возраст составил 58,6±9,0 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 30,7±6,1 кг/м<sup>2</sup>, длительность заболевания 6 (3-12) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS, DN4, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

**Результаты.** Артериальная гипертензия выявлена у 356 лиц (66,5%). По наличию или отсутствию ( $n=179$ ) АГ пациенты были распределены в 2 группы. Лица с АГ были старше: 61 (56-67) против 53 (46-61) лет,  $p<0,0001$ ; имели больший ИМТ: 31,6 (28,2-35,7) против 27 (23,6-

30,1) кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,0001$ ; объем талии (ОТ): 93 (88-104) против 85 (78-90) см,  $p < 0,0001$  и объем бедер (ОБ): 112,5 (104-118) против 102 (98-110) см,  $p < 0,0001$ . При АГ было отмечено более тяжелое течение ОА: выше значения боли по ВАШ: 50 (40-65) против 22,5 (7-48) мм,  $p < 0,0001$ ; ОСЗП: 46 (37-59) против 25,5 (10-45) мм,  $p < 0,0001$ ; суммарного WOMAC: 817 (465-1140) против 380 (105-876) мм,  $p < 0,0001$  и всех его составляющих: Боль по WOMAC – 160 (110-250) против 85 (30-160) мм,  $p < 0,0001$ , Скованность по WOMAC – 70 (35-100) против 40 (10-70) мм,  $p < 0,0001$ , ФН по WOMAC – 580 (310-810) против 260 (60-663) м,  $p < 0,0001$ ; DN4: 2 (1-3) против 1 (0-2) б,  $p = 0,01$ , хуже показатели суммарного KOOS: 0,47 (0,36-0,58) против 0,72 (0,56-0,86) б,  $p < 0,0001$ ; чаще регистрировались ОА суставов кистей (ОР=1,56, 95% ДИ 1,26-1,93,  $p < 0,0001$ ) и тазобедренных суставов (ОР=1,6, 95% ДИ 1,29-1,99,  $p < 0,0001$ ). Чаще диагностировались: ожирение (ОР=2,0, 95% ДИ 1,6-2,5,  $p < 0,0001$ ), СД (ОР=3,3, 95% ДИ 1,6-6,8,  $p = 0,0004$ ) и гиперурикемия (ОР=1,74, 95% ДИ 1,04-2,9,  $p = 0,03$ ). Все выявленные различия сохранились и после поправки на возраст. В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены положительные связи ( $p < 0,05$ ) между АГ и болью по ВАШ ( $r = 0,45$ ), суммарным WOMAC ( $r = 0,31$ ) и всеми его составляющими (боль  $r = 0,32$ , скованность  $r = 0,26$ , ФН  $r = 0,3$ ), DN4 ( $r = 0,2$ ), ОСЗП ( $r = 0,45$ ), длительностью заболевания ( $r = 0,42$ ), генерализованной формой ( $r = 0,21$ ), ОА другой локализации ( $r = 0,22$ ); отрицательные – с KOOS ( $r = -0,54$ ). Рассматривая другие параметры, в том числе традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, подтверждены положительные взаимосвязи ( $p < 0,05$ ) между АГ и возрастом ( $r = 0,4$ ), длительностью менопаузы ( $r = 0,22$ ), ОТ ( $r = 0,42$ ), ОБ ( $r = 0,4$ ), ожирением ( $r = 0,33$ ), гиперурикемией ( $r = 0,2$ ), СД ( $r = 0,16$ ) и ИБС ( $r = 0,23$ ).

**Заключение.** При наличии АГ отмечается более тяжелое клиническое течение ОА (в том числе после поправки на возраст). Полученные результаты требуют дальнейшего изучения, и, возможно, профилактические мероприятия, направленные на снижение традиционных факторов риска развития АГ, а также корректная лекарственная терапия будут способствовать более благоприятному клиническому течению ОА.

## ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Ташмухамедова М.К.**

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Несмотря на определенные успехи в разработке новых подходов к лечению и профилактике бронхиальной астмы, прогнозы о распространенности этой патологии неутешительные, ожидается ее рост, что связа-

но с отрицательным влиянием на организм человека поллютантов и промышленных аллергенов. Поэтому изучение инвалидности вследствие профессиональной бронхиальной астмы в социально – гигиеническом аспекте приобретает особую актуальность.

**Цель работы.** Изучение особенностей течения и развития инвалидности вследствие профессиональной бронхиальной астмы.

**Материалы и методы исследования.** В клинике профессиональных заболеваний проведено динамическое наблюдение за состоянием 86 больных с профессиональной бронхиальной астмой. Изучены данные профессионального и аллергологического анамнезов, динамики заболевания, клинического обследования и результаты освидетельствования территориальными подразделениями медицинской социальной экспертной комиссии (МСЭК).

**Результаты и обсуждение.** Больные распределены по возрасту: до 30 лет – 9,6%, 31-40 лет – 24,4%, 41-50 лет – 28,8%, 51 и старше – 34%, т.е. заболевание выявлено в наиболее активном возрасте от 30 до 50 лет (66%). По профессиональному стажу выделены 5 групп: менее 5 лет – 9,6%, 6-10 лет – 19,2%, 11-15 лет – 28,8%, 16-20 лет – 28,8%, 21 год и более – 14,6%, как видно бронхиальная астма чаще была установлена при стаже работы от 10 до 20 лет (59,4%), то есть в развитии сенсibilизации существенную роль играла продолжительность контакта с аллергеном. По профессиональному составу наибольшее число случаев бронхиальной астмы приходится на работников пылевых производств (32,4%), химических предприятий (17,2%) и медицинских учреждений (13,6%). Согласно клинко-патогенетической классификации форм и стадий бронхиальной астмы, больные были разделены на 3 группы: с легким течением заболевания (13 больных), со средней тяжестью (50 больных) и с тяжелым течением (23 больных). Более тяжело протекала смешанная форма бронхиальной астмы, вероятно это связано с тем, что имеет место развитие инфекционно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Анализ анамнестических данных, результатов функциональных методов исследования показал, что заболевание имело постепенное начало и развитие, по характеру течения выявлена тенденция к прогрессированию заболевания у 72% больных и развитие признаков полиаллергизации, реакция на физическую нагрузку.

При прохождении МСЭК 71 больных (82,6%) были признаны инвалидами II и 15 больных (17,4%) III группы инвалидности. Распределение инвалидов по возрасту показало, что роль профессиональной бронхиальной астмы в инвалидизации населения начинает проявляться с 30-летнего возраста. Наиболее высокий удельный все инвалидов II группы наблюдался среди больных молодого возраста (до 40 лет) и в возрасте 55-59 лет (от 68,4% до 79,2%) что, вероятно обусловлено трудностью рационального трудоустройства в молодом возрасте и более тяжелым течением профессиональной бронхиальной астмы у лиц пожилого возраста. Результаты переосвидетельствования инвалидов, характери-

зующие динамику инвалидности, эффективность реабилитационных мероприятий показывают, что та же группа была подтверждена у 79,4% освидетельствованных, у 2,8% установлена более легкая группа, а у 17,8% более тяжелая группа инвалидности.

**Выводы.** Из представленных данных следует, что инвалидизация больных вследствие профессиональной бронхиальной астмы наблюдается в наиболее творчески активном возрасте. Присоединение полиаллергизации даже при полном прекращении производственного контакта с аллергенами способствует утяжелению течения заболевания и снижению трудоспособности больных. Одной из многих причин наступления стойкой утраты трудоспособности больных с профессиональной бронхиальной астмой, наряду с особенностями течения, является трудность рационального трудоустройства больных и инвалидов.

## ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.,  
Абдуразакова Д.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить особенности клинического течения и диагностики раннего РА.

**Материал и методы.** В исследование включены 82 больных в возрасте от 18 до 71 лет с достоверным диагнозом РА (соответствующий критериям EULAR/ACR, 2010 г.) с длительностью заболевания до 1 года, проходивших стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии и ревматологии I клиники ТМА за период 2019-2020 гг. По полу больные распределились следующим образом: 73 женщины и 9 мужчин. Средняя продолжительность заболевания составляла в среднем  $7,9 \pm 1,5$  месяца. Лабораторное обследование включало общий клинический и биохимический анализ крови. Диагностика панелей аутоантител включала количественное определение РФ методом Ваалера-Розе, а также АЦЦП и 14-3-3η белка методом иммуноферментного анализа. Также проводились рентгенография и МРТ кистей рук. Рентгенологическая стадия РА определялась по модифицированному методу Steinbrocker и МРТ.

**Результаты и обсуждения.** Анализ характера суставного синдрома у больных РА показал, что полиартрит, как критерий РА, определялся у 57,4% пациентов, у 42,6% обследованных выявлялся моно-олигоартикулярный характер поражения суставов. Приведенные данные свидетельствуют о наибольшем проценте (72%) поражения суставов кистей рук у больных

РА, независимо от длительности его течения. В начальном периоде РА в патологический процесс чаще вовлекались суставы кистей (72%), реже – коленные (13,2%). У 9 больных (13,2%), наблюдалось одновременное поражение практически всех суставов. При длительности заболевания до одного года серопозитивными по РФ были 43%, а серонегативными – 57% больных. В группе больных с длительностью течения РА менее 3-х месяцев РФ выявлялся у 27%, и с увеличением продолжительности болезни его показатель возрос до 62%, АЦЦП определялся у 80% обследованных больных при длительности заболевания до 3-х месяцев, к 12 месяцам болезни в среднем у 90,6% больных этот показатель оказался положительным. 14-3-3 η белок определялся у всех (96%) обследованных больных независимо от длительности заболевания. 14-3-3 η белок определялся у всех (96%) обследованных больных независимо от длительности заболевания. На рентгенограммах суставов кистей у больных РА с длительностью заболевания <3-х месяцев остеопороз наблюдался лишь у 4 (26,6%) больных из 15, у пациентов до 6 месяцев заболевания этот признак выявлен уже у 47,6% (10 больных). В группе больных с длительностью РА менее 3-х месяцев по данным МРТ кистей обнаружены: выпот в суставы – у 12 (80%) больных, тендосиновит – у 11 (73,3%), у 9 (60%) больных определялся отек костного мозга, у 6 (40%) – эрозии. При длительности заболевания до 6 месяцев у 17 больных (80,9%) обнаружен выпот в полости сустава, у 18 (85,7%) – тендосиновит, 11 (52,3%) – отек костного мозга и у 10 (47,6%) пациентов – эрозии.

**Выводы.** Отсутствие полиартрита и поражения суставов кистей рук, а также несимметричное поражение суставов, не исключают диагноза РА. У больных РА на ранних стадиях 14-3-3 η белок в крови определяется значительно чаще, чем АЦЦП и РФ, что свидетельствует о высокой значимости данного иммунологического метода диагностики раннего РА. МРТ по сравнению с РГ является высокоэффективным методом диагностики РА, который в комплексе с другими методами исследования помогает установить диагноз заболевания на ранней стадии, что способствует своевременному назначению адекватного базисного лечения.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ташпулатова М.М., Алиева К.К.,  
Нурмухамедова Н.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель работы.** Изучить эффективности комбинированной базисной фармакотерапии раннего РА.



**Материалы и методы.** В процессе настоящего исследования нами сравнивалась комбинация МТ (10 мг/нед.) и ПЛ (200 мг/сут.) с монотерапией МТ (10 мг/нед.), ПЛ (200 мг/сут.), ЛФ (20 мг/сут.) в 12-месячном исследовании. Наш выбор препаратов для комбинации основывался на известной относительно низкой токсичности МТ и ПЛ в лечении РА и доступности этих препаратов для больных. В проведенной работе представлены результаты комплексного обследования 70 больных РА с длительностью заболевания до 1 года. В зависимости от назначения базисной терапии больные были разделены на 4 группы: I группа (17 пациентов) в качестве базисной терапии получала ПЛ (200 мг/сут. per os), II группа (17 больных) – получала МТ (10 мг/нед. per os) и фолиевую кислоту (1-2 мг/сут, 1 день/нед. per os), III группа (17 пациентов) получала ЛФ (100 мг/сут. 3 дня, затем по 20 мг/сут. per os), в IV группу (19 пациентов) были включены больные, получившие МТ (10 мг/нед. per os), ПЛ (200 мг/сут. per os) и фолиевую кислоту (1-2 мг/сут, 1 день/нед. per os). Для сравнительной оценки влияния различных схем применения базисных препаратов (ПЛ, МТ, ЛФ и комбинация МТ с ПЛ) на клиническое течение РА, проведено изучение динамики клинических и лабораторных параметров, а также показателей рентгенологического прогрессирования через 12 месяцев динамического наблюдения за больными.

**Результаты и обсуждения.** По результатам DAS28 видно, что с начала до конца терапии активность РА достоверно снизилась во всех группах по сравнению со значением первичного осмотра ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ). Пациенты, принимавшие ПЛ (I группа), сохранили эту динамику до конца года ( $P<0,001$ ). II и III группы показали идентичное достоверное снижение активности по сравнению с показателем I группы ( $P<0,01$ ;  $P<0,01$ ), в то же время у больных IV группы наблюдалось более достоверное уменьшение активности заболевания по DAS28 ( $P<0,001$ ;  $P<0,01$ ,  $P<0,01$ ). Анализ результатов показывает, что на 12 месяце у пациентов, принимавших ЛФ (III группа) выявлено достоверное уменьшение активности РА по DAS28 по сравнению со значениями в I и II группах ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ); у больных, применявших МТ (II группа) отмечалось достоверное снижение активности только по сравнению с показателем I группы ( $P<0,001$ ). Наиболее достоверное снижение было выявлено в IV группе, что отразилось на уменьшении DAS28 с  $5,31\pm 0,49$  до  $2,0\pm 0,1$ , а это свидетельствует о наступлении ремиссии заболевания по интерпретации результатов ( $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ;  $P<0,001$ ). При оценке влияния различных схем лечения на показатели рентгенологического прогрессирования в суставах у больных РА было установлено, что через 12 месяцев лечения во всех группах наблюдалась следующая динамика деструктивных изменений костей. В I группе остеопороз отмечался у 14 (87,5%) больных, мелкие кистовидные просветления – у 6 (37,5%),

эрозии – у 10 (62,5%) больных. Во II группе остеопороз выявлен у 14 (82,3%) больных, мелкие кистовидные просветления – у 3 (17,6%) и эрозии – у 4 (23,5%) больных. На фоне лечения ЛФ (III группа) остеопороз обнаружен у 14 (87,5%) больных, мелкие кистовидные просветления у 6 (35,2%), эрозии – у 5 (31,2%) больных. По результатам РГ у больных, получавших комплексную терапию (IV группа) остеопороз отмечен у 14 (73,6%) больных, мелкие кистовидные просветления у 8 (42,1%), эрозии – у 5 (26,3%) больных. Следует отметить, что в группе больных, получавших комбинированную терапию, отмечено наименьшее увеличение рентгенологического прогрессирования через 12 месяцев лечения по сравнению с остальными группами.

**Выводы.** Полученные результаты исследования дают основание полагать, что комбинированная терапия МТ и ПЛ оказывает более значимое влияние на улучшение клинико-лабораторных показателей больных РА, чем монотерапия ПЛ, МТ и ЛФ и, следовательно, способствует замедлению прогрессирования данного заболевания.

## ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Частота нарушений кишечной микробиоты у больных хроническим панкреатитом (ХП) чрезвычайно высока и может достигать 97%. Синдром бактериального разрастания (СБР) и синдром повышенной эпителиальной проницаемости (СПЕП), развивающиеся на фоне экскреторной недостаточности поджелудочной железы, влияют на тяжесть клинической картины заболевания, снижают эффективность ферментозаместительной терапии.

**Цель исследования.** Определить состояние микробиоценоза тонкой кишки у больных хроническим панкреатитом для оптимизации диагностики и обоснования рациональной лечебной тактики.

**Материалы и методы.** Мы обследовали 14 пациентов с ХП, используя водородный дыхательный тест с лактулозой для выявления СИБР, нерассасывающегося углевода, на результаты которого не влияет наличие экзокринной недостаточности. Основными симптомами и признаками были вздутие живота у 9 (64%), периодические боли в животе у 8 (57%), периодическая диарея у 5 (36%) и стеаторея у 5 (36%). В то же время мы изучали здоровую контрольную группу, разделенную по возрасту и полу.

**Результаты.** СИБР присутствовал у 13 из 14 пациентов с ХП (92%) и у 1 из 14 контрольных ( $p < 0,001$ ). Единственный пациент с ХП и без СИБР был недавно диагностирован и имел минимальные морфологические изменения при компьютерной томографии и эндоскопической панкреатографии.

Лечение, обычно антибиотиками, направлено на облегчение симптомов путем уничтожения бактерий в тонком кишечнике. Ограниченное число контролируемых исследований показало эффективность системных антибиотиков (норфлоксацина и метронидазола). Однако 15 исследований показали, что рифаксимин, несистемный антибиотик, эффективен и хорошо переносится. Благодаря повышению осведомленности и научной строгости ландшафт СИБР готов к трансформации.

**Заключение.** Распространенность СИБР при ХП, осложненном ЭНПЖ, до сих пор остается невыясненной, однако регистрируется намного чаще, чем у здоровых лиц.

Основная составляющая лечения СИБР – использование антимикробных препаратов для элиминации избыточного количества микроорганизмов из тонкой кишки без грубых изменений микроэкологии толстого кишечника. В идеале выбор подобных средств должен быть основан на выявленных отклонениях в бактериальном составе кишечника, особенностях чувствительности доминирующих бактерий к антибиотикам. Для этого необходимы высокоточные методики диагностики СИБР, из которых приоритетным считается посев аспирата тонкого кишечника.

## МИКРОБИОТА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Микробиота кишечника – важнейший элемент баланса между здоровьем человека и болезнями. Его нарушение, определяемое как дисбактериоз (дисбиоз), связано с гастроэнтерологическими и системными заболеваниями. Секреция поджелудочной железы участвует в составе и изменениях микробиоты кишечника, и микробиота кишечника может колонизировать паренхиму поджелудочной железы и быть связана с возникновением заболеваний. Микробиота кишечника и поджелудочная железа влияют друг на друга, образуя «ось микробиота кишечника – поджелудочная железа».

**Цель исследования.** Изучать состав кишечной микробиоты у пациентов с хроническим панкреатитом и ее изменения на разных стадиях заболевания.

**Материалы и методы.** Мы изучили изменения микробиоты кишечника 30 пациентов с ХП (16 без диабета и 14 с диабетом) и 10 здоровых людей из контрольной группы.

**Результаты.** Снижение количества *Faecalibacterium prausnitzii* у пациентов с ХП, особенно у пациентов с диабетом 3с типа. Обилие *Faecalibacterium prausnitzii* показало отрицательную корреляцию с уровнем глюкозы в крови натощак и постпрандиальным уровнем глюкозы в крови, тогда как положительная корреляция была обнаружена с уровнями инсулина в плазме. У пациентов с диабетом типа 3с и экзокринной недостаточностью поджелудочной железы (ЭкНПЖ) уровень *Bifidobacterium* был ниже, чем у пациентов без ЭкНПЖ.

**Заключение.** Роль кишечной микробиоты в физиологии и патологии поджелудочной железы широко изучена. Однако изменение баланса между кишечной микробиотой и панкреатическими барьерами может привести к условно-патогенной колонизации паренхимы поджелудочной железы. Роль микробиоты кишечника при хроническом панкреатите изучалась с точки зрения этиологии, симптоматики и лечения. Нарушение микробиоты кишечника – частая находка при хроническом панкреатите со снижением количества Firmicutes и Actinobacteria и увеличением типа Proteobacteria. Интересно, что различные изменения микробиоты кишечника были описаны при различных типах генетического хронического панкреатита, что свидетельствует о специфическом взаимодействии между поджелудочной железой и микробиотой кишечника.

## НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Тинаева Р.Ш.<sup>1</sup>, Рыкунова Д.Ю.<sup>1</sup>, Ансаров Х.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский областной клинический  
онкологический диспансер,

<sup>2</sup>Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
Волгоград

**Цель исследования.** Изучить особенности течения нейropsихических расстройств при БА у жителей Волгоградской области.

**Материалы и методы.** Проведено анонимное анкетирование среди 76 пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение ГУЗ «ГКБСМП №25», ГБУЗ «ВОКБ №1» и ГУЗ «КБСМП №15», всем исследуемым было проведено клинико-функциональное обследование и лечение согласно стандартам оказания помощи пациентам при БА.

Оценка нейropsихологических расстройств проводилась при помощи следующих шкал: анкета

качества сна (Я.И. Левин, 1998), оценка тяжести депрессивного настроения и тревоги HADS, нарушения когнитивных функций MMSE-test, оценка качества жизни, оценка симптомов по шкалам MRS и CAT, оценка неврологического статуса, лабораторно-инструментальное исследование, а также анализ медицинской документации. Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Объектом исследования стали 76 больных БА (50% мужчин, 50% женщин).

В результате комплексного обследования выделено три группы больных: группа больных, страдающих БА (легкой персистирующей степени тяжести) в течение 15 лет – 5 человек (3 женщины, 2 мужчин) со средним возрастом  $35,3 \pm 1,29$  года; группа больных, страдающих БА (средней персистирующей степени тяжести), в течение 20 лет – 33 человека (11 женщин, 20 мужчин) и 20 человек (9 женщин, 11 мужчин) имеют в анамнезе сопутствующие патологии ССС: артериальная гипертензия, вредные привычки: курение) со средним возрастом  $56,4 \pm 1,27$  года; группа больных страдающих БА (тяжелой персистирующей степени тяжести) в течение 25 лет – 18 человек (7 женщины, 11 мужчин) со средним возрастом  $62,7 \pm 1,38$  года, имеющие в анамнезе сопутствующие патологии ССС: артериальная гипертензия, патологии ЖКТ, метаболические нарушения (ожирение).

Из них 70% респондентов (53 человека) страдают БА средней степени тяжести, 24% респондентов (18 человек) имеют тяжелую степень тяжести, 6% респондентов (5 человек) – легкую степень тяжести. Результаты были получены с помощью опросника по контролю симптомов астмы ACQ-5.

В итоге проведенного анкетирования пациентами расценены следующие нарушения сна: 30% респондентов (23 человека) испытывали трудности при засыпании, 56% респондентов (43 человека) – частые пробуждения, 5% (3 человека) – бессонницу, 7% респондентов (5 человек) испытывали страх при засыпании.

24% пациентов (18 человек) испытывали незапное чувство паники, 15% респондентов (11 человек) – страх смерти, 33% респондентов (25 человек) – неусидчивость, 41% респондентов (31 человек) – внутреннее напряжение или дрожь. У 58% респондентов (44 человека) возникали беспокойные мысли. При оценке уровня тревоги по данным опросника HADS у 70% опрошенных был выявлен средний уровень тревоги, 10% имеют низкий уровень тревоги, а у 20% – высокий.

При оценке уровня депрессии по данным опросника у 35% опрошенных (27 человек) не было выявлено признаков депрессии. У 55% респондентов (42 человека) имеется субклинически выраженная депрессия. У 10% респондентов (7 человек) клинически выраженная депрессия.

По данным опросника MMSE-test 15% пациентов (11 человек) отмечают, что им сложнее стало пони-

мать и анализировать прочитанное. 68% респондентов (52 человека) испытывают трудности при концентрации внимания, 6% респондентов (5 человек) не могут запомнить новую информацию, 11% респондентов (8 человек) не могут вспомнить некоторые события.

**Выводы.** Общие результаты настоящего исследования указывают на то, что пациенты с БА имеют ряд психоэмоциональных и когнитивных нарушений, что ограничивает ответ на терапию. Дефицит когнитивных функций у таких пациентов коррелирует с тяжестью основных клинических характеристик болезни. Выявленные психоэмоциональные особенности у больных БА могут определять прогноз заболевания и обосновывать целесообразность дополнительных диагностических и лечебно-психотерапевтических мероприятий.

Полученные данные имеют особое клиническое значение, поскольку когнитивные дисфункции у пациентов с астмой часто остаются незамеченными и не лечатся в повседневной клинической практике. Это может быть связано с тем, что инструменты скрининга когнитивных дисфункций обычно не используются и что, с другой стороны, пациенты часто склонны отрицать, что они страдают от этих состояний из-за стигматизации, связанной с ними.

Наши результаты обеспечивают новые стратегии и понимание для вмешательства взаимосвязи между астмой и когнитивными нарушениями. Более того, исследование когнитивных нарушений у пациентов с астмой может стать терапевтической целью для улучшения качества жизни пациентов.

## ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И ПИЩЕВАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ОБЩЕСТВА

Тихонова Г.А.<sup>1</sup>, Гончарова А.Г.<sup>2</sup>, Гончаров И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственный научный центр,

<sup>2</sup>Медицинский центр династии Гончаровых,  
Москва

Широкое распространение пищевой аллергии (ПА) и пищевой непереносимости (ПН) является актуальной проблемой современной медицины. Изменение рациона питания среди всего населения планеты обусловлено взаимным проникновением различных культур и изменением набора продуктов. Этот фактор, наряду с трансформацией технологий обработки продуктов, а также изменение свойств компонентов пищи обусловили появление новых триггеров и привели к формированию большого пула различных патологических состояний, связанных с ПА и ПН.

Сложность патогенеза и полиморфизм клинической картины обуславливают серьезные проблемы в классификации и диагностике данных состояний.



Использование различных методов аллергологического тестирования (чаще всего, комбинация различных тестов) существенно повышают диагностическую точность. Вместе с тем, совершенно очевидно, что многие из них устарели и требуется ускоренное внедрение тестов с повышенной чувствительностью и большим диапазоном исследуемых маркеров, но безопасных и имеющих относительно невысокую стоимость.

Наиболее привлекательно в этой связи выглядят методы молекулярной диагностики (МА), позволяющие идентифицировать идиопатическую анафилаксию, дифференцировать истинную сенсibilизацию и сенсibilизацию вследствие перекрестной реактивности при поливалентной аллергии, выявляя аллергены-индукторы, оценить риск возникновения тяжелых реакций системного характера при ПА, не прибегая к провокационным тестам, а также прогнозировать вероятности формирования толерантности или трансформацию аллергии в персистирующую форму. Методы МА весьма эффективны при подборе препарата, мониторинговании результатов и прогнозировании эффективности аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ).

Следует отметить, что именно интерпретация результатов обследования различных тестов в совокупности с детальной оценкой аллергологического анамнеза и клинической картины могут быть залогом правильной диагностики ПА и ПН.

В практике работы специалистов ГНЦ РФ – ИМБП РАН при отборе участников добровольцев-испытателей в модельные наземные исследования придается особое значение этим патологическим состояниям и традиционно анализируются все возможные механизмы патологического ответа организма с привлечением наиболее современных методов диагностики. Большой опыт проведения длительных экспериментов (например, серия экспериментов «МАРС-500») свидетельствуют об успешности разработки диагностических алгоритмов, что является гарантом безопасности здоровья привлеченных добровольцев-испытателей.

В части разработки концепции пищевой безопасности в целом, большое значение имеют элиминационная диета; социальные образовательные ресурсы, направленные на обучение населения; введение общей для всех стран маркировки потенциально опасных пищевых агентов (аллергенов).

Создание совокупных механизмов медицинской и социальной защиты, совершенствование нормативно-правовой базы в области пищевой промышленности и сельского хозяйства сможет создать эффективную систему контроля за качеством и безопасностью пищевых продуктов, обусловив очевидный экономический эффект в условиях снижения риска развития ПА и ПН у скомпроментированных лиц, а также профилактики развития тяжелых форм заболеваний и опасных для жизни осложнений.

## ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тополянская С.В.<sup>1</sup>, Колонтай Т.М.<sup>2</sup>, Елисеева Т.А.<sup>2</sup>,  
Турна О.И.<sup>2</sup>, Вакуленко О.Н.<sup>2</sup>, Романова М.А.<sup>2</sup>,  
Бубман Л.И.<sup>2</sup>, Новик В.П.<sup>2</sup>, Лыткина К.А.<sup>2</sup>,  
Мелконян Г.Г.<sup>2</sup>, Рачина С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
Москва

**Цель исследования.** Определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (Т3) и свободного тироксина (Т4) у долгожителей с ишемической болезнью сердца (ИБС) и анализ взаимосвязей тиреоидных гормонов с различными клиническими и лабораторными параметрами.

**Материалы и методы.** Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование, проведенное на базе Госпиталя для ветеранов войн №3. В исследование было включено 262 пациента (195 (74,4%) женщин и 67 (25,6%) мужчин) в возрасте от 90 до 101 года (средний возраст 92,9±2,5 лет), госпитализированных с диагнозом ИБС. Определяли концентрацию тиреотропного гормона (норма 0,27-4,2 мкМЕ/мл), уровень свободного Т4 (12-22 пмоль/л) и свободного Т3 (3,1-6,8 пмоль/л) в крови.

**Результаты.** Средний уровень ТТГ составил 3,1±3,1 мкМЕ/мл (с колебаниями от 0,005 до 108 мкМЕ/мл), свободного Т3 – 3,7±0,65 пмоль/л (от 1,9 до 5,3 пмоль/л), свободного Т4 – 14,1±5,5 пмоль/л (от 4,1 до 32 пмоль/л). У 18,9% пациентов уровень ТТГ был повышен, у 3,9% – снижен, у оставшихся 77,2% больных – в норме. Концентрация свободного Т4 была снижена у 37,7% пациентов, повышена – у 5,8% и соответствовала нормальным показателям – у 56,5%. Гендерных различий по содержанию ТТГ, Т3 и Т4 не обнаружено. Различий по концентрации тиреоидных гормонов в крови у больных с инфарктом миокарда или инсультом в анамнезе, с фибрилляцией предсердий, с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, ожирением и у пациентов без данных патологических состояний не установлено. При проведении корреляционного анализа зарегистрирована достоверная обратная взаимосвязь между уровнем ТТГ в крови и функциональной активностью в повседневной жизни, оцененной с помощью индекса Бартел ( $r=-0,17$ ;  $p=0,03$ ), а также содержанием триглицеридов ( $r=-0,32$ ;  $p=0,02$ ). Концентрация свободного Т3 в крови достоверно коррелировала лишь с уровнем витамина D в крови ( $r=0,45$ ;  $p=0,01$ ) и СОЭ ( $r=0,39$ ;  $p=0,03$ ). Наибольшее число различных взаимосвязей было зафиксировано в отношении концентрации свободного Т4: для мочевой кислоты –  $r=0,28$ ,  $p=0,05$ ; для холестерина –  $r=0,35$ ,  $p=0,01$ ; для триглице-

ридов  $r=0,37$ ,  $p=0,08$ ; для гемоглобина –  $r=0,23$ ,  $p=0,07$ ; для шкалы падений Морсе –  $r=0,34$ ,  $p=0,05$ . У больных с повышенным уровнем креатинина наблюдались более высокие показатели Т4, по сравнению с пациентами без азотемии –  $15,7+5,2$  и  $12,2+4,5$   $\mu\text{моль/л}$ , соответственно ( $p=0,009$ ). У пациентов с субклиническим гипотиреозом отмечена более низкая функциональная активность, оцененная с помощью индекса Бартел ( $66,9+23,0$  по сравнению с  $75,0+16,4$  баллами у пациентов с нормальным ТТГ,  $p=0,02$ ) и шкалы IADL инструментальной активности ( $3,46+2,3$  и  $4,6+2,0$  баллов, соответственно,  $p=0,006$ ). В группе пациентов с гипотиреозом зарегистрированы более низкие показатели гемоглобина ( $111,3+18,2$  и  $116,9+15,9$  г/л, соответственно,  $p=0,06$ ) и триглицеридов ( $0,99+0,4$  и  $1,3+0,4$  ммоль/л, соответственно,  $p=0,01$ ). Установлены достоверные обратные корреляции между концентрацией свободного Т4 в крови и абсолютными показателями минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника ( $r=-0,36$ ;  $p=0,03$ ), в проксимальном отделе левой ( $r=-0,44$ ;  $p=0,006$ ) и правой ( $r=-0,43$ ;  $p=0,009$ ) бедренной кости. В группе больных с низкой концентрацией Т4 зарегистрированы более высокие показатели минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника ( $1094,6+184,6$  и  $709,3+540,9$ ,  $p=0,004$ ), в проксимальном отделе левого ( $859,6+166,2$  и  $513,3+369,9$ ,  $p<0,0001$ ) и правого бедра ( $817,7+160,3$  и  $505,2+376,8$ ,  $p=0,001$ ). У пациентов с низким Т4 наблюдались более низкие уровни гемоглобина ( $106,8+22,2$  и  $116,9+12,5$  г/л, соответственно,  $p=0,03$ ), холестерина ( $4,4+1,1$  и  $5,2+1,0$ ,  $p=0,02$ ) и триглицеридов ( $0,88+0,3$  и  $1,5+0,7$  ммоль/л, соответственно,  $p=0,009$ ).

**Выводы.** Результаты исследования демонстрируют взаимосвязи между концентрацией тиреоидных гормонов и различными клиническими и лабораторными параметрами у долгожителей с ишемической болезнью сердца.

## ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ – ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Тополянская С.В.<sup>1</sup>, Елисеева Т.А.<sup>2</sup>, Турна О.И.<sup>2</sup>,  
Вакуленко О.Н.<sup>2</sup>, Романова М.А.<sup>2</sup>, Бубман Л.И.<sup>2</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>2</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный  
медицинский университет имени И.М. Сеченова,

<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
Москва

**Цель.** Изучить возможность использования лейкоцитарных индексов в качестве маркеров субклинического воспаления у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 127 больных; 91 пациента страдали ИБС и составили основную группу, 36 без ИБС – группу сравнения. Средний возраст включенных в исследование больных достигал  $88,2+5,3$  года (76-98 лет); 48,8% были старше 90 лет. Определяли отношение числа нейтрофилов к лимфоцитам (НЛО), нейтрофилов к моноцитам (НМО), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО) и произведение нейтрофильно-лимфоцитарного отношения и числа тромбоцитов (системный иммуновоспалительный индекс, СИВИ). Наряду с этим у всех больных методом иммуноферментного анализа определяли интерлейкин-6 (ИЛ-6), у 49 больных – фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ).

**Результаты.** Среднее содержание лейкоцитов составило  $5,9+1,5 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилов –  $3,7+1,3 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоцитов –  $1,6+0,5 \times 10^9/\text{л}$ , моноцитов –  $0,4+0,2 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитов –  $224+78 \times 10^9/\text{л}$ . НЛО достигало  $2,7+1,2$ , НМО –  $14,5+16,3$ , ТЛО –  $158,3+82,2$ , СИВИ –  $591+374$ . У больных ИБС среднее содержание лейкоцитов было достоверно выше, чем в группе сравнения ( $6,1+1,5$  и  $5,4+1,5 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,02$ ), а тромбоцитов – ниже ( $212+60$  и  $243+78 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,02$ ). ТЛО ( $139+54$  и  $185+87$ ;  $p=0,001$ ) и НМО ( $12,4+13,4$  и  $20,8+22,0$ ;  $p=0,04$ ) у больных ИБС было меньше. В группе пациентов с ИБС системный иммуновоспалительный индекс также был меньше ( $554+345$  и  $762+616$ ;  $p=0,02$ ). При наличии ХСН выявлено достоверно более высокое содержание лейкоцитов ( $6,5+1,7$  и  $5,7+1,4 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,009$ ); наряду с этим обнаружена тенденция к более высокому содержанию нейтрофилов ( $4,1+1,4$  и  $3,6+1,2 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,06$ ), лимфоцитов ( $1,7+0,6$  и  $1,5+0,5 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,08$ ) и моноцитов ( $0,5+0,2$  и  $0,4+0,2 \times 10^9/\text{л}$ ;  $p=0,09$ ). В общей группе больных установлена прямая корреляция между НЛО и концентрацией ИЛ-6 ( $r=0,26$ ;  $p=0,003$ ) и обратная – с ФНО- $\alpha$  ( $r=-0,3$ ;  $p=0,03$ ). Зарегистрирована обратная взаимосвязь между НЛО и функциональными способностями больных, оцененными с помощью индекса Бартел ( $r=-0,35$ ;  $p<0,0001$ ) и шкалы IADL ( $r=-0,34$ ;  $p<0,0001$ ). Отмечена прямая корреляция между НЛО и риском падений по шкале Морсе ( $r=0,38$ ;  $p=0,001$ ), а также тенденция к обратной корреляции с содержанием витамина D ( $r=-0,22$ ;  $p=0,05$ ). Наблюдалась прямая взаимосвязь между ТЛО и уровнем ИЛ-6 ( $r=0,18$ ;  $p=0,04$ ), СОЭ ( $r=0,20$ ;  $p=0,02$ ) и значениями шкалы падений Морсе ( $r=0,43$ ;  $p<0,0001$ ). Зарегистрирована обратная корреляция между ТЛО и ФНО- $\alpha$  ( $r=-0,43$ ;  $p=0,002$ ), индексом Бартел ( $r=-0,20$ ;  $p=0,02$ ), шкалой IADL ( $r=-0,21$ ;  $p=0,01$ ), гемоглобином ( $r=-0,29$ ;  $p=0,001$ ), показателями минеральной плотности костной ткани в проксимальных отделах бедра ( $r=-0,2$ ;  $p=0,03$ ). Для нейтрофильно-моноцитарного отношения никаких значимых взаимосвязей не обнаружено, за исключением обратной корреляции с СОЭ ( $r=-0,21$ ;  $p=0,02$ ). В отношении СИВИ зарегистрирована прямая корреляция этого показателя с ИЛ-6 ( $r=0,39$ ;  $p<0,0001$ ) и значениями шкалы падений Морсе ( $r=0,45$ ;  $p<0,0001$ ), а также обратная взаимосвязь с ФНО- $\alpha$  ( $r=-$

0,35;  $p=0,01$ ), индексом Бартел ( $r=-0,2$ ;  $p=0,02$ ) и шкалой IADL ( $r=-0,27$ ;  $p=0,002$ ),

**Заключение.** Результаты исследования позволяют говорить о том, что различные лейкоцитарные индексы могут быть использованы в качестве маркеров субклинического воспаления у больных ИБС в старческом возрасте и у долгожителей.

## ЛЕПТИН У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС

Тополянская С.В.<sup>1</sup>, Елисеева Т.А.<sup>2</sup>, Турна О.И.<sup>2</sup>,  
Вакуленко О.Н.<sup>2</sup>, Романова М.А.<sup>2</sup>, Бубман Л.И.<sup>2</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>2</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
Москва

**Цель исследования.** Определение концентрации лептина и оценка взаимосвязи этого адипокина с ожирением и рядом других патологических состояний у больных ИБС в старческом возрасте и долгожителей.

**Материал и методы.** Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование. В исследование было включено 110 больных старческого возраста и долгожителей; 90 пациентов страдали ИБС и составили основную группу, 20 без ИБС – группу контроля. Средний возраст включенных в исследование больных достигал 88,5±4,5 лет; 48,2% были в возрасте 90 лет и старше. Концентрацию лептина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Нормальные значения лептина для женщин составили 2,6-11,1 нг/мл, для мужчин – 2,0-5,6 нг/мл. Содержание жировой ткани в организме оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

**Результаты.** Повышенное содержание лептина в сыворотке крови найдено у 58,2% больных, низкое – у 16,4%, нормальное – у 25,4% пациентов. Повышение концентрации лептина обнаружено у 67,1% женщин и у 40,5% мужчин ( $p=0,007$ ). У больных ИБС средняя концентрация лептина достигала 16,7 нг/мл, в группе пациентов без ИБС – 15,3 нг/мл ( $p=0,6$ ). У больных с хронической сердечной недостаточностью вероятность обнаружения низкой концентрации лептина повышалась в 3,2 раза, по сравнению с соответствующими показателями у больных без ХСН (ОШ=3,2; 95% ДИ=1,1-9,9;  $p=0,03$ ). У больных с ожирением средние показатели лептина составляли 28,5 нг/мл, тогда как у лиц без ожирения – 12,2 нг/мл ( $p=0,00002$ ). Обнаружена высоко достоверная корреляция между содержанием лептина и индексом массы тела больных ( $p<0,000001$ ). Зарегистрирована достоверная позитивная корреляция

между уровнем лептина в сыворотке крови и содержанием жировой ткани ( $p=0,000001$ ). Уровень лептина позитивно коррелировал с концентрацией общего холестерина ( $p=0,02$ ) и триглицеридов в сыворотке крови ( $p=0,003$ ). У больных сахарным диабетом наблюдались более высокие значения лептина (26,3 нг/мл по сравнению с 13,5 нг/мл в группе пациентов без диабета;  $p=0,0003$ ); обнаружена достоверная прямая корреляция между содержанием лептина и глюкозы в сыворотке крови ( $p=0,0003$ ). В группе пациентов с низкой концентрацией лептина отмечены более низкие показатели минеральной плотности костной ткани ( $p=0,0003$ ).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о большой распространенности патологии лептина у больных старческого возраста и долгожителей, как с ИБС, так и без ИБС. Более высокие уровни лептина ассоциируются с различными метаболическими нарушениями (ожирением, дислипидемией и сахарным диабетом). Низкое содержание лептина характерно для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

## ФАКТОР РОСТА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тополянская С.В.<sup>1</sup>, Романова М.А.<sup>2</sup>, Елисеева Т.А.<sup>2</sup>,  
Турна О.И.<sup>2</sup>, Вакуленко О.Н.<sup>2</sup>, Бубман Л.И.<sup>2</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>2</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
Москва

**Цель.** Определить концентрацию фактора роста соединительной ткани и оценить взаимосвязь этого показателя с рядом патологических состояний у больных старческого возраста с ИБС.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие больные старше 75 лет с диагнозом «ИБС». Было включено 50 человек; большинство из них (71%) составили женщины. Возраст пациентов варьировал от 75 до 96 лет (ср. - 87,8 года). Концентрацию фактора роста соединительной ткани (ФРСТ) в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** В группе больных ИБС средняя концентрация ФРСТ составила 357,2 пг/мл, у здоровых лиц молодого возраста – 1076,7 пг/мл ( $p=0,07$ ). Лишь у 7,9% пациентов с ИБС уровень ФРСТ превышал 1000 пг/мл, тогда как у молодых лиц содержание ФРСТ превышало 1000 пг/мл в 25% случаев. У пациентов с клинически значимой хронической сердечной недостаточностью концентрация ФРСТ была достоверно выше, чем у больных без ХСН ( $p=0,001$ ). Зарегистрирована отрицательная корреляция между уровнем ФРСТ и



величиной систолического ( $r=-0,25$ ;  $p=0,1$ ) и диастолического ( $r=-0,36$ ;  $p=0,02$ ) артериального давления. В подгруппе больных с пневмосклерозом медиана концентрации ФРСТ достигала 190,7 пг/мл, без него – 34,7 пг/мл ( $p=0,03$ ). Установлена обратная корреляция между концентрациями ФРСТ и глюкозы ( $r=-0,34$ ;  $p=0,03$ ), общего холестерина ( $r=-0,49$ ;  $p=0,002$ ), холестерина ЛНП ( $r=-0,40$ ;  $p=0,01$ ).

**Выводы.** В рамках данного пилотного исследования установлено значимое влияние ФРСТ на эхокардиографические параметры и течение ХСН, а также более высокое содержание ФРСТ у больных с пневмосклерозом. Однако небольшая выборка больных и крайне вариабельные значения ФРСТ не позволяют в настоящий момент делать однозначные выводы о роли этого фактора при различных коморбидных состояниях. Необходимы дальнейшие исследования по установлению клинического значения фактора роста соединительной ткани.

## ГИПОТИРЕОЗ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ: БЛАГО ИЛИ ВРЕД?

Тополянская С.В.<sup>1</sup>, Колонтай Т.М.<sup>2</sup>,  
Вакуленко О.Н.<sup>2</sup>, Романова М.А.<sup>2</sup>, Бубман Л.И.<sup>2</sup>,  
Лыткина К.А.<sup>2</sup>, Мелконян Г.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,

<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн №3,  
Москва

Тиреоидные гормоны играют важную роль в процессах старения, а повышенный уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови ассоциируется с увеличением продолжительности жизни. Установлено, что содержание ТТГ в крови постепенно повышается по мере старения человека, что связано с возрастным снижением функции щитовидной железы. Однако, несмотря на множество исследований, клиническая значимость небольшого повышения ТТГ у людей очень преклонного возраста остается не до конца понятной: оказывает ли ТТГ неблагоприятное влияние на здоровье или, напротив, способствует увеличению продолжительности жизни и успешному старению? Возможно, что снижение функции щитовидной железы и скорости метаболизма по мере старения могут быть адаптивными механизмами для предотвращения катаболизма и уменьшения повреждения ДНК посредством активных форм кислорода. Несмотря на все уже имеющиеся данные, предположение о том, что физиологическое снижение активности щитовидной железы может оказывать благоприятное влияние на людей очень преклонного возраста, включая долгожителей, остается скорее гипотетическим.

**Цель исследования.** Определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (Т3) и свободного тироксина (Т4) у долгожи-

телей с ишемической болезнью сердца (ИБС) и анализ взаимосвязей тиреоидных гормонов с различными клиническими и лабораторными параметрами.

**Материалы и методы.** Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 262 пациента (195 (74,4%) женщин и 67 (25,6%) мужчин) в возрасте от 90 до 101 года (средний возраст 92,9±2,5 лет), госпитализированных с диагнозом ИБС. Определяли концентрацию тиреотропного гормона (норма 0,27-4,2 мкМЕ/мл), уровень свободного Т4 (12-22 пмоль/л) и свободного Т3 (3,1-6,8 пмоль/л) в крови.

**Результаты.** Средний уровень ТТГ составил 3,1±3,1 мкМЕ/мл (0,005-108 мкМЕ/мл), свободного Т3 – 3,7±0,65 пмоль/л (1,9-5,3 пмоль/л), свободного Т4 – 14,1±5,5 пмоль/л (4,1-32 пмоль/л). У 18,9% пациентов уровень ТТГ был повышен, у 3,9% – снижен, у оставшихся 77,2% больных – в норме. Концентрация свободного Т4 была снижена у 37,7% пациентов, повышена – у 5,8% и соответствовала нормальным показателям – у 56,5%. Гендерных различий по содержанию ТТГ, Т3 и Т4 не обнаружено. Различий по концентрации тиреоидных гормонов в крови у больных с инфарктом миокарда или инсультом в анамнезе, с фибрилляцией предсердий, с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, ожирением и у пациентов без данных патологических состояний не установлено. При проведении корреляционного анализа зарегистрирована достоверная обратная взаимосвязь между уровнем ТТГ в крови и функциональной активностью в повседневной жизни, оцененной с помощью индекса Бартел ( $r=-0,17$ ;  $p=0,03$ ), а также содержанием триглицеридов ( $r=-0,32$ ;  $p=0,02$ ). Концентрация свободного Т3 в крови достоверно коррелировала лишь с уровнем витамина D в крови ( $r=0,45$ ;  $p=0,01$ ) и СОЭ ( $r=0,39$ ;  $p=0,03$ ). Наибольшее число различных взаимосвязей было зафиксировано в отношении концентрации свободного Т4: для мочевины –  $r=0,28$ ,  $p=0,05$ ; для холестерина –  $r=0,35$ ,  $p=0,01$ ; для триглицеридов –  $r=0,37$ ,  $p=0,08$ ; для гемоглобина –  $r=0,23$ ,  $p=0,07$ ; для шкалы падений Морсе –  $r=0,34$ ,  $p=0,05$ . У больных с повышенным уровнем креатинина наблюдались более высокие показатели Т4, по сравнению с пациентами без азотемии – 15,7±5,2 и 12,2±4,5 пмоль/л, соответственно ( $p=0,009$ ). У пациентов с субклиническим гипотиреозом отмечена более низкая функциональная активность, оцененная с помощью индекса Бартел (66,9±23,0 по сравнению с 75,0±16,4 баллами у пациентов с нормальным ТТГ,  $p=0,02$ ) и шкалы IADL инструментальной активности (3,46±2,3 и 4,6±2,0 баллов, соответственно,  $p=0,006$ ). В группе пациентов с гипотиреозом зарегистрированы более низкие показатели гемоглобина (111,3±18,2 и 116,9±15,9 г/л, соответственно,  $p=0,06$ ) и триглицеридов (0,99±0,4 и 1,3±0,4 ммоль/л, соответственно,  $p=0,01$ ). Установлены достоверные обратные корреляции между концентрацией свободного Т4 в крови и абсолютными показателями минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника ( $r=-0,36$ ;  $p=0,03$ ), в проксимальном отделе левой ( $r=-0,44$ ;  $p=0,006$ ) и правой ( $r=-0,43$ ;  $p=0,009$ ) бедренной кости. В группе больных с

низкой концентрацией Т4 зарегистрированы более высокие показатели минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника (1094,6+184,6 и 709,3+540,9,  $p=0,004$ ), в проксимальном отделе левого (859,6+166,2 и 513,3+369,9,  $p<0,0001$ ) и правого бедра (817,7+160,3 и 505,2+376,8,  $p=0,001$ ). У пациентов с низким Т4 наблюдались более низкие уровни гемоглобина (106,8+22,2 и 116,9+12,5 г/л, соответственно,  $p=0,03$ ), холестерина (4,4+1,1 и 5,2+1,0,  $p=0,02$ ) и триглицеридов (0,88+0,3 и 1,5+0,7 ммоль/л, соответственно,  $p=0,009$ ).

**Выводы.** Результаты исследования демонстрируют взаимосвязи между концентрацией тиреоидных гормонов и различными клиническими и лабораторными параметрами у долгожителей с ишемической болезнью сердца.

## ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

**Торопчин В.И., Полякова Ю.К.**

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святого Луки,  
Луганск

**Цель.** Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии: периндоприл, индапамид, амлодипин на показатели метаболизма у больных артериальной гипертензией (АГ) и абдоминальным ожирением (АО).

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных с АГ II степени (77%) и АО (34,8+2,6) – 19 женщин и 21 мужчина в возрасте 45-71 год (средний возраст 65,6+1,2) с длительностью заболевания (10,2+0,5) года. Группа сравнения составила 20 человек с АГ без АО. Исходное обследование проводили на 4-е сутки после отмены препаратов, повторное через 3 мес. терапии. Всем больным проведено общеклиническое исследование: измерение офисного АД; определили показатели: общий холестерин (ХС), липопротеиды низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП) и высокой (ЛПВП) плотности, свободные жирные кислоты (СЖК); рассчитывали коэффициент атерогенности (КА). Для контроля углеводного обмена в крови определяли содержание глюкозы, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), наличие инсулинорезистентности оценивали с помощью индекса НОМА. После регистрации исходных данных больным назначали комбинацию периндоприл 4 мг, индапамид 0,625 мг и амлодипин 5 мг.

**Результаты.** Через 3 мес. лечения больных с АО и АГ комбинацией периндоприла, индапамида и амлодипина наблюдалось достоверное снижение АД. При этом це-

левого уровня АД достигли 93, 6%. Высокие цифры АД у лиц с АО выявлялись не изолировано, а в сочетании с выраженными нарушениями катаболизма. Наблюдалось повышение в крови тиреотропного гормона (ТТГ), и ХС ЛПНП, ЛПОНП в основной группе по сравнению с группой сравнения (на 31,2%), в сочетании со снижением уровня ХС ЛПНП (на 19,7%). КА в группе сравнения был увеличен на 11,6% по сравнению с контрольной группой. Содержание СЖК в крови у больных в основной группе было выше чем в группе сравнения на 21,7%. Отмечена прямая зависимость между содержанием СЖК и уровнем САД ( $p<0,001$ ). Терапия комбинацией препаратов сопровождалась положительным изменением липидного спектра. Через 3 мес. лечения отмечалось уменьшение атерогенности плазмы крови: уровень общего ХС снизился на 12,6%, ХС ЛПНП – на 16,2%, ХС ЛПОНП – на 9,2%. Проатерогенные изменения обмена липопротеидов крови сочетались с нарушением метаболизма углеводов. После проведенного корреляционного анализа установлена достоверная зависимость между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем инсулина ( $p<0,01$ ), HbA1c ( $p<0,001$ ) и индексом НОМА ( $p<0,01$ ). Содержание триглицеридов (ТГ) и СЖК прямо зависимо от HbA1c ( $p<0,01$  и  $p<0,001$  соответственно). Через 3 мес. Лечение отмечалось достоверное снижение уровней инсулина и глюкозы ( $p<0,001$ ). Индекс НОМА на фоне лечения уменьшился на 17,2% ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** Результаты нашего исследования свидетельствуют и подтверждают результаты других авторов, что АГ у больных АО взаимосвязана с развитием проатерогенного спектра и нарушением метаболизма углеводов. На фоне лечения комбинацией препаратов: периндоприла, индапамида и амлодипина отмечалось достоверное улучшение липидного и углеводного обменов крови.

## ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ БЕЗЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

**Тремаскина П.О., Глухова С.И., Воробьева Л.Д.**  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель исследования.** Оценить частоту достижения и факторы, ассоциированные с безлекарственной ремиссией у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

**Материалы и методы.** В исследование вошло 53 пациента (28 женщин, 25 мужчин) с диагнозом ПсА, соответствующих критериям CASPAR 2006 г. Средний возраст на момент исследования составил 45,7±12 лет, Me длительности ПсА 90 [72; 99] месяца (мес.), длительность псориаза 132 [96; 180] мес., длительность наблюдения за больными – 81 [61; 91] мес. Пациенты наблюда-

лись на ранней стадии ПсА (до 2х лет) согласно стратегии Т2Т в течение 24 мес. Спустя более 5 лет наблюдения все пациенты прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование, включая оценку активности ПсА по индексу DAPSA. Оценивали количество пациентов (в %), достигших минимальной активности заболевания (МАБ). Результаты представлены в виде:  $M \pm SD$ ,  $Me [Q25; Q75]$ ,  $Me (Min-Max)$ , тест Манна-Уитни. Значения  $p < 0,05$  принимались за статистически значимые.

**Результаты.** Градация активности пациентов: в статусе ремиссии находятся – 15 (28,3%) пациентов (пац.), в низкой активности (НАБ) 16 (30,2%) пац., в умеренной активности (УАБ) – 13 (24,5%) пац. и высокая активность ПсА выявляется у 9 (17%). МАБ в ходе текущего исследования выявлена у 26 (49%) из 53 исследуемых. Безлекарственная ремиссия выявлялась в течение всего заболевания у 14 (26,4%) из 53 пац. Из 14 пац., достигавших безлекарственной ремиссии, 13 в настоящее время находятся в статусе ремиссии/НАБ, 1 пациент имеет высокую активность заболевания,  $p = 0,002$ . По результатам анализа достижение безлекарственной ремиссии ассоциировано с достижением МАБ в течение первого года лечения ПсА,  $p = 0,05$ , а также со статусом активности по DAPSA,  $p = 0,01$ .

**Выводы.** В группе больных ПсА безлекарственная ремиссия достигалась у ¼ исследуемых. Достижение МАБ на ранней стадии ПсА, ассоциировано с достижением безлекарственной ремиссии у пациентов. Таким образом, лечение и наблюдение по принципам стратегии Т2Т на ранней стадии ПсА, показало возможность достижения безлекарственной ремиссии при многолетнем наблюдении.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДОСТИЖЕНИЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Тремаскина П.О., Глухова С.И., Коротаева Т.В.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

**Цель исследования.** Оценить факторы, ассоциирующиеся с достижением удовлетворительного качества жизни у пациентов с ПсА при многолетнем наблюдении.

**Материалы и методы.** 53 пациента (28 женщин, 25 мужчин) с диагнозом ПсА, соответствующих критериям CASPAR (ClaASification criteria for Psoriatic Arthritis) 2006 г. Средний возраст составил  $45,7 \pm 12$  лет,  $Me$  длительности ПсА 90 [72;99] месяца (мес.), длительность наблюдения за больными – 81 [61; 91] мес. Все больные на ранней стадии ПсА лечились в течение 24 мес. согласно принципам стратегии Т2Т («Лечение до достижения цели», «treat-to-target»). После 2-летнего наблюдения па-

циенты перешли к стандартной ревматологической помощи. Спустя более 5 лет наблюдения всем пациентам проводилось стандартное ревматологическое обследование. Активность ПсА рассчитывалась по индексу DAPSA. Оценивали количество пациентов (в %), достигших минимальной активности болезни (МАБ). Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника оценки качества жизни больных ПсА – PsAID-12. PsAID-12  $\leq 4$  показывает, что исследуемый находится в приемлемом для пациента состоянии “patient-acceptable status symptoms” (PASS). Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США). Результаты представлены в виде:  $M \pm SD$ ,  $Me [Q25; Q75]$ ,  $Me (Min-Max)$ , тест Манна-Уитни. Проведен анализ логистической регрессии факторов. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Удовлетворительное для пациента состояние (PASS) выявлено у 38 из 53 (71,7%) исследуемых.  $Me$  PsAID-12 2,1 [0,95; 4,6]. С достижением удовлетворительного качества жизни у пациентов с ПсА ассоциировано: отсутствие поражения ногтей псориазом (ОШ 5,262; 95% ДИ 1,041-26,595), легкая тяжесть распространенности псориаза кожи (BSA менее 3%) (ОШ 5,625; 95% ДИ 1,542-20,523), низкая лабораторная активность (СРБ менее 5 мг/л) (ОШ 9,000; 95% ДИ 2,098-38,616), низкий уровень функциональной активности HAQ (ОШ 20,222; 95% ДИ 3,817-107,146). Достижение МАБ в течение первых 12 мес. лечения ПсА, также ассоциировано с удовлетворительным качеством жизни в отдаленной перспективе (ОШ 5,600; 95% ДИ 1,536-20,420).

**Выводы.** Спустя более 5 лет течения ПсА более 70% пац., лечившиеся на ранней стадии заболевания с применением Т2Т достигли PASS. Низкая лабораторная активность, легкая степень тяжести псориаза кожи, достижение минимальной активности в течение первого года терапии, ассоциированы с удовлетворительным качеством жизни у пациентов с ПсА.

## ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРЕНИНГА В ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Труханова И.Г.<sup>1</sup>, Бобова А.В.<sup>2</sup>, Мазанкина Е.В.<sup>1</sup>,  
Чаплыгин С.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Самарский государственный медицинский  
университет,

<sup>2</sup>Клиника Доктора Бобовой,  
Самара

**Цель исследования.** Изучить влияние дыхательного тренинга в дополненной реальности, разработанного для стабилизации эмоционального состояния



и релаксации, на примере психоэмоциональной реабилитации пациентов с постковидным синдромом.

**Материалы и методы.** На базе Института инновационного развития ФБОУ ВО СамГМУ Минздрава России разработан программно-аппаратный комплекс для проведения дыхательного тренинга релаксации и стабилизации психоэмоционального состояния при помощи дополненной реальности с использованием метода биологической обратной связи (БОС-тренинг). Поданы документы на получение патента на изобретение, получена приоритетная справка от 26.10.2022 регистрационный № 2022127828.

Исследование проводилось на базе клиники, в нем приняли участие 27 пациентов (20 женщин, 7 мужчин), в возрасте от 22 до 49 лет (средний возраст 34 года) перенесшие новую коронавирусную инфекцию амбулаторно в легкой форме. Все исследуемые были с установленным диагнозом U09.9 (Состояние после COVID-19) с общими жалобами на эмоциональную лабильность, фобии, приступы панических состояний. Перечисленные симптомы развились у отобранных для исследования пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции спустя 3 и более месяца после выздоровления.

Для проведения исследования использовалась гарнитура виртуальной реальности Oculus Rift S (Oculus VR, LLC). Биологическая обратная связь была реализована с помощью датчика носо-орального дыхания TRSens и полиграфического цифрового усилителя постоянного тока KARDi2-NP (ООО «Медицинские Компьютерные Системы», Москва).

Помощь в обращении с гарнитурой виртуальной реальности и датчиком дыхания оказывал ассистент. В процессе прохождения дыхательного тренинга ассистент находился рядом с участником, но не оказывал вмешательства. Все участники ранее не имели опыта пребывания в среде виртуальной реальности и не практиковали техники релаксации или контроля дыхания.

Для исследования психоэмоционального состояния испытуемых была применена шкала тревожности Спилбергера-Ханина, которая использовалась перед первым и после пятого тренинга.

Для оценки значимости изменения уровня личностной и ситуативной тревожности был использован критерий знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок. Выявлены значимые различия между уровнем ситуативной тревожности (0,001 при  $p < 0,05$ ) перед первым и пятым тренингом. Также выявлено значимое изменение у показателя личностной тревожности (0,001 при  $p < 0,05$ ). Оба показателя изменились в сторону снижения уровня тревожности. Средний показатель ситуативной тревожности до первого тренинга – 47, после пятого тренинга – 42. Средний показатель личностной тревожности до первого тренинга – 48, после пятого тренинга – 45.

**Выводы.** Сеансы тренинга положительно влияют на изменение психоэмоционального состояния пациентов с постковидным синдромом. Установлена тенденция к снижению личностной тревожности, что

повышает адаптационные возможности пациента. Бостренинг является перспективным методом в программе реабилитации пациентов с постковидным синдромом.

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Трухин Г.Д.<sup>1</sup>, Один В.И.<sup>1</sup>, Ивченко Ю.С.<sup>2</sup>,  
Евдощенко Е.А.<sup>1</sup>, Черкашина А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
<sup>2</sup>Госпиталь для ветеранов войн,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить влияние нарушений углеводного обмена на исход пациентов с новой коронавирусной инфекцией

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучены результаты стационарного лечения 2153 пациентов с COVID-19 легкой, средней и тяжелой стадии (подтвержденным ПЦР, определенном при заборе мазка из носоглотки) на базе СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» в период с 2021 по 2022 год. На момент госпитализации участники исследования получали стационарное лечение согласно соответствующим стандартам МЗ РФ.

В ходе исследования все пациенты были разделены в зависимости от типа нарушений углеводного обмена (НУО) и клинического исхода. В первую группу включены пациенты, прошедшие лечение согласно соответствующим методическим временным рекомендациям лечения новой коронавирусной инфекции и выписанные под амбулаторное наблюдение. Вторую группу составили пациенты с летальным исходом (ЛИ). Внутри каждой группы пациенты разделены на 5 подгрупп в зависимости от типа нарушения углеводного обмена. В первую подгруппу вошли пациенты, имеющие сахарный диабет 2 типа (СД). Во вторую подгруппу вошли пациенты с впервые выявленным сахарным диабетом (ВВСД). В третью подгруппу вошли пациенты с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ). В четвертую подгруппу вошли пациенты со стрессовой гипергликемией (СГ). В пятую подгруппу вошли пациенты с любым из перечисленных нарушений углеводного обмена. Группу контроля составили пациенты без НУО.

Тип НУО фиксировался согласно диагнозу в истории болезни. Наличие сахарного диабета 2 типа определялось согласно медицинской документации. Диагнозы ВВСД и НТГ устанавливались согласно соответствующим алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. В виду отсутствия общепринятых критериев определения, СГ определялась, как однократное повышение глюкозы натощак более 6,5 ммоль/л.

Выполнен сравнительный анализ двух групп на предмет клинического исхода в зависимости от типа нарушения углеводного обмена. Полученные результаты обработаны в программе STATISTICA 10. Использовались непараметрические методы статистики. Анализ частот проводился с помощью критерия хи-квадрат. Определены абсолютный и относительный риски наступления летального исхода в зависимости от типа нарушения углеводного обмена. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Исследована информация по 2153 пациентам с COVID-19 легкой, средней и тяжелой стадии получивших лечение на базе СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». Первую группу составили 1551 выживших пациентов, вторую – 601 умерших пациента. Всего в обследуемой выборке были 1481 пациент с НУО, 395 пациентов с СД, 31 пациент с ВВ СД, 7 пациентов с НТГ, 1052 пациента с СГ, 672 пациента без НУО (группа контроля).

В первой группе было 965 пациентов с НУО, 246 пациентов с СД 2 типа, 13 пациентов с ВВСД, 4 пациента с НТГ, 707 пациентов с СГ. Во второй группе определялось 516 пациентов с НУО, 149 пациентов с СД 2 типа, 18 пациентов с ВВСД, 3 пациента с НТГ, 345 пациентов с СГ.

Установлено процентное соотношение типов НУО по двум рассмотренным группам (см. таблица 1). НУО в первой группе – 965 (65,15%) пациентов, во второй – 516 (34,85%). СД в первой группе 246 (62,27%), во второй – 149 (37,73%). ВВ СД в первой группе – 13 (41,93%), во второй группе – 18 (58,07%). НТГ в первой группе – 4 (57,14%), во второй группе – 3 (42,86%). СГ в первой группе – 707 (67,2%), во второй группе – 345 (32,8%).

Определена структура общегоспитальных исходов в виде частоты встречаемости НУО внутри каждой группы (см. таблица 2). В первой группе НУО отмечаются в 62,01%, во второй в 85,85% случаев. СД – 15,80% и 24,79% соответственно, ВВСД – 0,83% и 2,99% соответственно, НТГ – 0,25% и 0,49% соответственно, СГ – 45,43% и 57,40% соответственно.

В результате использования критерия хи-квадрат в структуре общегоспитальных исходов установлено достоверно значимое отличие между первой и второй группами у пациентов с СД (22,87;  $p < 0,001$ ), НУО (130,01;  $p < 0,001$ ) ВВ СД (16,75;  $p < 0,001$ ), СГ (23,86;  $p < 0,001$ ). У пациентов с НТГ (0,77;  $p = 0,37$ ) достоверно значимых отличий не выявлено.

Проведена количественная оценка абсолютного (АР) и относительного (ОР) рисков летального исхода (см. таблица 3). У пациентов с НУО они составили (АР=0,348; ОР=2,722), у пациентов с СД (АР=0,377; ОР=1,463), у пациентов с ВВ СД (АР=0,593; ОР=2,16), у пациентов с НТГ (АР=0,428; ОР=1,535), у пациентов с СГ (АР=0,327; ОР=1,404)

**Выводы.** Нарушения углеводного обмена обуславливают более высокую смертность у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Наиболее часто

встречаемым типом нарушения углеводного обмена является стрессовая гипергликемия. Впервые выявленный сахарный диабет является главным предиктором летальности у пациентов с новой коронавирусной инфекцией среди всех типов нарушения углеводного обмена.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турсунова М.У., Абдуллаев У.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Острый коронарный синдром (ОКС) на сегодняшний день остается одной из основных причин инвалидизации и смертности трудоспособного населения всего мира. Эффективная терапия пациентов, перенесших ОКС, в первичном звене здравоохранения обеспечивает способна обеспечить стабилизацию состояния больных и улучшить качество жизни последних.

**Цель исследования.** Провести анализ терапии пациентов, перенесших острый коронарный синдром в условиях первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 118 пациентов, мужчин и женщин, перенесших ОКС с элевацией или без элевации сегмента ST с трансформацией в стабильную стенокардию. Исследование проводилось на базе семейной поликлиники №16 г. Ташкента. Средний возраст больных составил  $54,8 \pm 6,2$  лет. Пациентам первой группы (1 группа), которую составили 58 человек, назначали на фоне базисной терапии бисопролол (в дозе 5-10 мг/сут) и периндоприл (5-10 мг/сут), пациентам 2 группы - метопролол (в дозе 50-200 мг/сут) и эналаприл (в дозе 5-10 мг/сут). Проводился анализ частоты приступов стенокардии (ЧПС), частоты сердечных сокращений (ЧСС), наличие нарушений проводимости, необходимость в госпитализации. Длительность наблюдения составила 1 год.

**Результаты исследования.** Анализ частоты приступов стенокардии показал, что у пациентов 1 группы ЧПС была ниже, а интенсивность приступов стенокардии была менее выражена по сравнению с пациентами 2 группы, однако достоверных межгрупповых различий указанных показателей не обнаружено ( $p > 0,05$ ). Оценивая ЧСС необходимо отметить, что в 1 группе ЧСС менее 80 наблюдалась у 79,8% обследованных, а от 80 до 100 ударов в минуту – у 15,2% пациентов; во 2 группе – соответственно у 32,5% и у 52,2% обследованных. Пациентов с ЧСС более 100 ударов в минуту в первой группе составило 2,1%, а во 2 группе – 8,6%. В процессе наблюдения отмечалось

достоверное снижение ЧСС в обеих группах, при этом в 1 группе таких пациентов было достоверно больше ( $p < 0,05$ ). На начальном этапе наблюдения как у пациентов 1 группы, так и у пациентов 2 группы наблюдались различные нарушения ритма: в 1 группе – у 15,7%, во 2 группе – у 13,3%. В процессе наблюдения отмечалось снижение нарушений ритма в обеих группах, при этом достоверных различий между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Необходимо отметить, что у 2,3% пациентов 1 группы и у 5,8% пациентов 2 группы в процессе терапии зарегистрированы нарушения проводимости, которые потребовали снижения дозы бета-адреноблокаторов.

За период наблюдения в госпитализации по причине прогрессирования сердечной недостаточности, тяжелых нарушений ритма, учащения ЧПС нуждались 24,7% пациентов 1 группы и 48,1% пациентов 2 группы. 8,2% пациентов 2 группы были госпитализированы с гипертоническим кризом.

**Заключение.** Комплексное лечение с включением периндоприла и бисопролола пациентов, перенесших острый коронарный синдром, является наиболее оправданным и эффективным в условиях первичного звена здравоохранения.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Турсунова М.У., Абдуллаев У.С.,  
Рахматуллаева Г.К., Тагаева М.Х., Салаева М.С.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Одной из актуальных проблем современной диабетологии являются психосоциальные аспекты сахарного диабета. У женщин, больных сахарным диабетом типа 2, широко распространены тревожно-депрессивные состояния, которые нарастают с увеличением длительности заболевания, его возможной декомпенсации, при наличии выраженной диабетической периферической соматической и автономной нейропатий. Вероятно, эти психологические изменения могут быть как следствием, так и причиной неэффективного лечения и тяжелого течения СД.

**Цель.** Изучить психоэмоциональные особенности у пациентов сахарным диабетом типа 2.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 20 пациентов эндокринологического отделения (женщины, средний возраст – 53,5 лет, длительность заболевания в среднем составила 8,8 лет). У всех обследуемых была выявлена диабетическая кардиальная нейропатия по данным исследования вариабельности сердечного ритма, диабетическая полинейропатия

нижних конечностей установлена на основании неврологического обследования. Сопутствующая патология: абдоминальное ожирение, гипертоническая болезнь 2-3 стадии, сердечная недостаточность I-II функционального класса по тесту с 6-минутной ходьбой.

Психоэмоциональный статус оценивался нами по госпитальной шкале тревоги и депрессии, шкале самооценки психосоциального стресса Ридера, а также с помощью опросника DS-14 на установление личности типа D («distressed» – страдающий).

**Результаты.** В группе обследуемых нами пациентов были выявлены тревога и депрессия различной степени выраженности (от легкой в 37% случаев до среднетяжелой в 63%), уровень психосоциального стресса находился на низком (66% обследуемых) или среднем (34%) уровне. В 79% случаев был установлен тип личности D, который характеризуется негативной аффективностью и социальным подавлением, является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Заключение.** Психоэмоциональный статус является важным аспектом полноценной жизни пациентов. В последнее время наблюдается «омоложение» сахарного диабета типа 2 (снизился возраст пациентов с впервые выявленным диабетом типа 2 с 56,1 до 51,4 года) и рост средней продолжительности жизни в этой группе больных. Поэтому выявление возможных нарушений психоэмоциональной сферы и их адекватная коррекция становятся обязательными компонентами комплексного лечения пациентов с сахарным диабетом типа 2, позволяющими повысить качество их жизни.

## ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ О ФАКТОРАХ РИСКА И ОСЛОЖНЕНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Турсунова М.У., Абдуллаев У.С.,  
Рахматуллаева Г.К., Салаева М.С., Тагаева М.Х.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на сегодняшний день остаются одной из основных причин смертности населения во всем мире. Высокий уровень смертности в первую очередь обусловлен отсутствием мер по первичной и вторичной профилактике ССЗ путем снижения влияния факторов риска и предупреждения их возникновения.



**Цель.** Изучить оценку пациентами состояния своего здоровья в отношении наличия у них факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и знаний об их осложнениях.

**Методы исследования.** В исследование были включены случайно отобранные 156 пациентов с артериальной гипертонией (АГ), из которых 33 (51,5%) страдали ишемической болезнью сердца (ИБС). Возраст больных варьировал от 35 до 72 лет. Исследование проводилось в семейных поликлиниках №16 и №18 г. Ташкента с участием 5 врачей общей практики (ВОП) и 5 патронажных медсестер. Информированность пациентов по ФР развития ССЗ выявлялась путем задавания открытых вопросов – пациенты самостоятельно формулировали ФР развития АГ и ИБС.

**Результаты.** В ходе исследования выявлено, что 78% пациентов считали ФР ССЗ стресс, 56,4% – наследственную отягощенность по ССЗ, 28% – избыточную массу тела и ожирение (но только 11,5% знали свой вес и окружность талии), 21,8% – курение, 17,2% – потребление алкоголя, 23% отметили низкую физическую активность, 34% – нерациональное питание (избыточное употребление поваренной соли, животных жиров, легкоусвояемых углеводов), 23,4% – указали метеорологические и экологические факторы. Лишь 7,8% отметили гиперхолестеринемию и дислипидемию. Никто из них не знал, что АГ является ФР ИБС, а сахарный диабет 2 типа является одним из распространенных ФР ССЗ. Что касается осложнений, то более 79% больных знают, что осложнением АГ является мозговой инсульт, 58,9% знают, что может развиваться инфаркт миокарда. 9,6% в совокупности отметили такие осложнения АГ, как гипертонический криз, нарушения зрения, нарушения функции почек. Также мы интересовались у пациентов, как они контролируют свой уровень артериального давления (АД) и в результате установили, что только 22,4% имеют домашний тонометр. При этом ежедневно измеряют АД только 18,5% и при плохом самочувствии измеряют более 60%. 23% пациентов знают о том, что повышенным считается уровень систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст. и диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст.

**Заключение.** По полученным данным можно сделать вывод о низкой информированности пациентов с АГ и АГ+ИБС по ФР ССЗ, что в свою очередь приводит к неправильной оценке состояния своего здоровья и низкой приверженности к лечению, не соблюдению рекомендаций врача по изменению образа жизни, которое является основной частью вторичной профилактики ССЗ. ВОП и средний медицинский персонал должны быть основным источником информации для пациентов по ФР и осложнениям ССЗ, обучать больных контролировать АД и вести пропаганду здорового образа жизни.

## ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОТРОПИЗМА ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Улюкин И.М., Сечин А.А., Орлова Е.С.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Анализ вопросов особенностей нейротропизма возбудителя инфекции COVID-19.

**Материалы и методы.** Обзор литературы по вопросу нейротропизма у пораженных инфекцией COVID-19, содержащейся в открытых отечественных и зарубежных базах данных.

**Результаты и обсуждение.** Известно, что заболевание, названное «инфекция COVID-19» возникло в результате заражения новым коронавирусом, который был впервые выявлен в Китае после первоначальной вспышки в 2019 году, и в настоящее время сохраняет характер пандемии.

Разными авторами установлено, что вирус SARS-CoV-2 проникает в клетку после связывания с ферментом ACE2 плазмалеммы с последующей эндоцитарной интернализацией. Вирусное поражение головного мозга (ГМ) может иметь множественные неврологические и психиатрические последствия, способствуя как острой фазе заболевания, так и его отдаленным последствиям. Нейротропизм хорошо задокументирован для других коронавирусов, включая SARS-CoV-1, MERS-CoV, HEV 67N.

Возможно, основной путь передачи вируса SARS-CoV-2 связан с экспрессией ACE2 в нейронах и нейроглии. Существенным здесь является ранее показанный факт, что, хотя все эти области и участвуют в регуляции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, они слабо защищены гематоэнцефалическим барьером, и это делает их уязвимыми при различной патологии.

Кроме того, вероятно, клетки микроглии находятся в состоянии хронической активации в попытке ограничить проникновение циркулирующих нейротоксических молекул (иных инвазивных агентов) в паренхиму и сохранить церебральный гомеостаз, так как было показано, что интраназальная инфекция родственными вирусами SARS-CoV-1 или MERS-CoV приводит к быстрому распространению вирусных частиц в мозг, возможно, через обонятельную луковицу ретроградным аксональным путем; есть мнение, что вирус транспортируется через аксоны нейронов обонятельной луковицы с последующим инфицированием специфического типа нейроглии поддерживающих клеток обонятельной луковицы, подтверждая концепцию внутреннего нейротропизма коронавирусов).

Вирус также может проникать в ГМ через инфицирование эндотелиальных клеток, выстилающих его сосуды (вирусные частицы SARS-COV-2 были выявле-

ны в эндотелии с некоторыми признаками транзита вируса в нейропиль), и через периваскулярные пространства лимфатической системы.

Кроме того, по разным данным, вирусы могут проникать в мозг через другие нервы, например, через тройничный нерв, который проецирует ноцицептивные окончания в носовые полости. Другой путь поражения могут представлять чувствительные волокна блуждающего нерва, иннервирующие дыхательные пути.

Кроме того, факты нейроинфекции, вызванной SARS-CoV-2, отека и дегенерации нейронов были подтверждены присутствием вируса в спинномозговой жидкости больных. Посмертно были выявлены вирусные частицы SARS-CoV-2 в обонятельном нерве, в прямой извилине и в стволе ГМ с признаками глубокого повреждения всех элементов ткани, включая глиальные клетки, нейроны, их аксоны и миелин.

Таким образом, полагают, что вирус SARS-CoV-2, подобно вирусам SARSCoV-1 и MERS-CoV, поражает ствол ГМ, поэтому у больных инфекцией COVID-19 дыхательная недостаточность проявляется снижением частоты дыхания с гипоксией и гиперкапнией (многие из этих пациентов остаются в коме в течение нескольких дней, несмотря на и отсутствие явных метаболических изменений, указывающих на вирусный энцефалит). Учитывая вирусную нагрузку в стволе ГМ, последующее снижение экспрессии ACE2, связанное с гибелью нейронов, может привести к изменению функции барорецепторов, связанному с повышением симпатического тонуса и серьезным, опасным для жизни повышением артериального давления.

Вместе с тем, по разным данным, энцефалит, описанный как осложнение коронавирусной инфекции, неизменно поражает не только ствол ГМ, но также таламус и белое вещество, однако повреждение ствола ГМ, как и других его структур, может быть и результатом системного воспаления, называемого синдромом системной воспалительной реакции.

**Выводы.** Важно подчеркнуть, что ГМ при инфекции COVID-19 является мишенью и для инфекционно-токсической энцефалопатии, связанной с системной токсемией, которая может вызывать неврологические и психиатрические проявления и даже отек ГМ. Кроме того, системная инфекция и высокие уровни циркулирующих цитокинов часто нарушают микроциркуляцию, вызывая отек и тромбоз; цитокины активируют вегетативную нервную систему и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, которые влияют на кровяное давление – и все эти факторы в совокупности обуславливают ишемическое поражение ГМ (что приводит к возникновению инсультов, еще больше увеличивая смертность больных инфекцией COVID-19). Поэтому в плане медико-психологического сопровождения таких больных необходимо постоянно уточнять патофизиологические механизмы острой фазы заболевания и отдаленные его результаты.

## СВЯЗЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ СУСТАВНОГО И ЭНТЕЗЕАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С АКТИВНОСТЬЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р.,  
Абдулганиева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет,  
Республиканская клиническая больница,  
Казань

**Цель исследования.** Изучить связь индекса активности псориатического артрита (ПсА) с ультразвуковыми (УЗ) признаками суставного и энтезального воспаления.

**Материалы и методы.** Пациентам с ПсА (n=92) от 18 до 59 лет проводилось стандартное обследование; активность ПсА оценивалась с помощью индекса Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis (DAPSA), клиническое обследование включало оценку числа болезненных и припухших суставов. УЗ исследование проводилось двумя независимыми врачами-ревматологами, специализирующимися на УЗ диагностике, и включало оценку числа синовитов и энтезитов по данным серой шкалы и с применением энергетического доплера (ЭД). Лабораторный анализ включал оценку уровня скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ).

Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА – 7 (2; 11,8) лет, DAPSA – 15,2 (10,2; 21,4), PASI – 3,8 (1,2; 9,6), индекс массы тела 26,4 (23,7; 30,4) кг/м<sup>2</sup>.

Статистический анализ включал методы описательной статистики, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Значения  $p < 0,05$  считались статистически значимыми.

Пациенты также были разделены на группы по уровню DAPSA: 1 группа (n=40) включала пациентов в ремиссии и низкой активностью, 2 группа (n=52) – с умеренной и высокой. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, продолжительности псориаза и ИМТ ( $p > 0,05$ ). Сравнение в группах проводилось с расчетом U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** Связь между DAPSA и числом синовитов и энтезитов (как по данным серой шкалы, так и с применением ЭД) не была обнаружена ( $p > 0,05$ ). Эти данные согласуются с результатами ранее проводимых исследований, подтверждая мнение о том, что DAPSA и УЗ исследование оценивают различные аспекты активности ПсА.

При сравнении в группах было обнаружено, что пациенты в ремиссии и низкой активностью имели меньшую продолжительность ПсА и более низкие уровни СОЭ ( $p < 0,05$ ). При этом число энтезитов по данным

серой шкалы, в том числе васкуляризованных, в группах не различалось ( $p > 0,05$ ), как и число синоцитов по данным серой шкалы, однако число васкуляризованных синоцитов было достоверно выше в группе пациентов с умеренной и высокой активностью ПсА ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** DAPSA и УЗ исследование суставов и энтезисов, вероятно, оценивают различные аспекты активности ПсА ввиду отсутствия связи между данными показателями. Тем не менее, число васкуляризованных синоцитов крупных суставов по данным УЗ исследования было достоверно выше в группе пациентов с умеренной и высокой активностью ПсА, несмотря на отсутствие корреляционной связи с DAPSA.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА

**Федуличев П.Н.**

Симферопольская клиническая больница  
скорой медицинской помощи №6,  
Севастополь

Остеоартрит (ОА) представляет собой сложное и многофакторное заболевание всего сустава и характеризуется широким и повсеместным распространением. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, во всем мире 9,6% мужчин и 18,0% женщин старше 60 лет страдают вышеуказанной патологией. Установлено, что ОА является одной из основных причин инвалидности и социально-экономических потерь. Медикаментозное лечение, госпитализация и операции на суставах, связанные с лечением ОА, ежегодно обходятся системе здравоохранения в миллиарды долларов. Среди широкого перечня факторов, участвующих в этиопатогенезе ОА, одним из важнейших является генетический. Учитывая наследственную природу заболевания, в настоящее время ведется поиск генетических маркеров, использование которых в клинической практике может позволить с высокой долей вероятности предсказывать развитие патологии сустава.

**Цель работы.** Исследовать частоту генотипов полиморфизмов BsmI и FokI гена VDR у женщин постменопаузального возраста с остеоартритом коленных суставов.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 288 женщин в постменопаузе. Из них 82 пациента с диагнозом ОА коленных суставов составили основную группу. В контрольную группу были отобраны 206 женщин аналогичного возраста без заболеваний суставов. Детекцию полиморфизмов BsmI (rs1544410) и FokI (rs10735810) гена VDR осуществляли методом ПЦР в режиме реального времени. Сравнительную оценку частоты генетических маркеров в группах вы-

полняли с помощью  $\chi^2$ . Статистически значимыми отличия считались при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что генотипы GG, AG AA полиморфизма BsmI в группе женщин с ОА регистрировались соответственно у 40 (48,8%), 33 (40,2%) и 9 (11,0%) лиц. Генотипы же GG, AG AA полиморфизма FokI были выявлены в 38 (24,2%), 75 (47,8%) и 44 (28,0%) случаях соответственно. Частоты генотипов полиморфизма FokI гена VDR в основной группе существенно не отличались от аналогичных показателей контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Однако была выявлена неравномерность распределения генотипов полиморфизма BsmI гена VDR среди женщин двух сравниваемых групп. Так, регистрация генотипа GG полиморфизма rs1544410 была значительно чаще при ОА, чем среди здоровых женщин (48,8% против 36,9%;  $p = 0,036$ ). Наличие генотипа GG полиморфизма rs1544410 повышало риск развития ОА в 1,8 раза (95% CI: 1,07–3,01;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, исследование частоты полиморфных вариантов гена VDR показало ассоциацию генотипа GG полиморфизма rs1544410 (BsmI) с развитием остеоартрита коленных суставов у женщин в постменопаузальный период ( $p = 0,036$ ). Роли другого полиморфизма гена VDR в развитии патологии суставов не установлено ( $p > 0,05$ ). Полученные данные могут быть использованы для выявления предрасположенности к развитию остеоартрита у женщин и повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

## ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗВУКОВ КАШЛЯ БОЛЬНЫХ COVID-19

**Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.**

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

**Цель исследования.** Выявить отличительные особенности спектральных характеристик звуков кашля при COVID-19, используя метод спектральной тусофонобарографии (СТФБГ).

**Материалы и методы.** В основную группу было включено 218 записей звуков кашля пациентов с подтвержденным ОТ-ПЦР COVID-19 среднетяжелого течения и повреждением легочной паренхимы менее 25% по данным КТ органов грудной клетки. В группе сравнения было 60 записей здоровых лиц с отрицательным ПЦР-тестом на SARS-CoV-2. Важным критерием включения в исследование считалось отсутствие у испытуемых сопутствующей респираторной патологии, что оценивалось по данным анамнеза, медицинской документации и рутинных исследований.



Спектральный анализ проводился при помощи метода спектральной туссофонобарографии (СТФБГ), при котором предварительно обученный пациент кашлял в микрофон, расположенный на расстоянии 15-20 см от лица испытуемого (регулировка осуществлялась при помощи кронштейна), после чего полученные записи подвергались цифровой обработке в компьютерной программе Sound Forge 15 (MAGIX Software GmbH, Германия). Каждый кашлевой акт был разделен на 3 фазы, соответствующие кашлевому маневру, – инспираторная, компрессионная, экспираторная. Далее записи подвергались быстрому преобразованию Фурье. В результате были получены следующие спектральные характеристики звука: продолжительность, отношение энергии низких и средних частот к энергии высоких частот, частота максимальной энергии звука. Данные параметры оценивались не только у кашлевого акта в целом, но и у каждой фазы по отдельности. Важно отметить, что у основной группы записывался спонтанный кашель, а в группе сравнения кашель провоцировался ингаляцией паров лимонной кислоты в концентрации 20 г/л через небулайзер.

Полученные выборки сравнивались между собой при помощи методов непараметрической статистики, а именно рангового критерия U-теста Манна–Уитни, так как распределение не соответствовало нормальному. Различия считались статистически достоверными, если значение показателя  $p$  было менее 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Было выявлено, что кашель больных COVID-19 отличается меньшей продолжительностью и преобладанием более высоких частот по сравнению с индуцированным кашлем здоровых лиц. Обоснование данного феномена с точки зрения патанатомических и патофизиологических механизмов требует дальнейшего изучения. Однако, ранее нами было обнаружено, что высокая частота звука кашля характерна для астматического кашля, поэтому, возможно, при COVID-19 имеется бронхообструктивный компонент, но данный вопрос все равно требует уточнения. В дальнейшем планируется сравнить звуки кашля COVID-19 со звуками кашля больных БА и ХОБЛ.

Спектральный анализ звуков кашля при различных нозологиях является перспективным методом диагностики и контроля терапии респираторной, а также нереспираторной патологии. По всему миру ведутся исследования, направленные на изучение особенностей звуков кашля, в том числе с использованием машинного обучения.

**Выводы.** Звук кашля больных COVID-19 имеет статистически значимые отличия от кашля здоровых лиц. С учетом того, что диагностика данного заболевания не всегда является своевременной, что может приводить к развитию тяжелых осложнений вплоть до летального исхода, метод СТФБГ может зарекомендовать себя как эффективный вспомогательный метод диагностики COVID-19. Метод достаточно прост в применении и не требует дорогостоящего оборудования.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВОДРОПРОПИЗИНА В ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ

**Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.**  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения леводропропизина в терапии сухого кашля.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 100 пациентов возрастом от 18 до 75 лет с активными жалобами на сухой кашель после перенесенного ОРВИ, согласившихся на проведение исследования. В группу сравнения вошло 34 пациента с такими же жалобами, но отказавшихся от терапии, либо имеющих противопоказания к применению леводропропизина. Основными противопоказаниями являются: повышенная чувствительность к препарату, беременность, лактация, возраст до 2 лет, продуктивный кашель.

Первой группе был назначен периферический противокашлевой препарат леводропропизин по 10 мл перорально 3 раза в день с промежутками не менее 6 часов в течение 7 дней. Испытуемые трижды посещали лечащего врача – на 1-й, 4-й и 8-й день исследования. Перед началом терапии и на каждом визите оценивалась интенсивность дневного и ночного кашля по 6-балльной шкале, интенсивность кашля по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), а также наличие побочных эффектов (возникновение новых жалоб, изменения объективного статуса и т.д.).

В 6-балльной шкале количество баллов означало следующие степени интенсивности дневного кашля: 0 баллов – отсутствие кашля; 1 балл – единичный кашель; 2 балла – редкий кашель; 3 балла – частый кашель, не мешающий повседневной деятельности; 4 балла – частый кашель, мешающий повседневной деятельности; 5 баллов – сильный кашель, делающим невозможным выполнение повседневной деятельности. В отношении ночного кашля были следующие степени интенсивности: 0 баллов – отсутствие кашля; 1 балл – кашель, не нарушающий сон; 2 балла – нарушение сна из-за кашля 2 или менее раз за ночь; 3 балла – нарушение сна из-за кашля более 2 раз за ночь; 4 балла – частый кашель, мешающий уснуть; 5 баллов – невозможность уснуть из-за постоянного кашля. ВАШ – это шкала длиной 10 см, где отмечалась интенсивность кашля от 1 до 10, где каждый балл соответствовал 1 см. Чем больше было расстояние от 0 до отметки, тем тяжелее пациент переносил кашель. Испытуемые отмечали значения по вышеуказанным шкалам в заранее выданных дневниках.

**Результаты и обсуждение.** Было выявлено достоверное снижение интенсивности кашля в ночное и дневное время по 6-балльной шкале, а также по шкале ВАШ в основной группе испытуемых. В группе сравнения была некая тенденция к снижению выраженности кашлевого синдрома, однако статистически значимых различий выявлено не было.

На 4-м визите интенсивность дневного кашля в основной группе достоверно снизилась. Полного разрешения дневного кашля не было, количество оценок в 1 балл увеличилось с 13% до 22%, в 2 балла – с 27% до 50%. Количество оценок в 3 балла, наоборот, снизилось с 50% до 28%, в 4 балла – с 10% до 0%. Полное разрешение ночного кашля отмечалось у 54%. Также снизилось количество пациентов, оценивающих интенсивность ночного кашля в 2 и 3 балла – с 27% до 10% и с 5 до 0% соответственно.

Полное разрешение дневного кашля в основной группе к 8 дню было у 37% пациентов, ночного – у 92% пациентов. В основной группе интенсивность дневного кашля в 1 балл оценили 35%, в 2 балла – 27% и в 3 балла – всего 1%. В группе сравнения разрешение и дневного, и ночного кашля на 8-й день было всего у 4% пациентов, что можно объяснить естественной инволюцией данного симптома, связанной с терапией основного заболевания и саногенезом. Важно отметить, что ни у одного испытуемого не наблюдалось нежелательных побочных реакций.

**Выводы.** Длительный сухой кашель является актуальной медицинской проблемой, так как он является патологическим и не выполняет в полной мере свою защитную функцию. Более того, он провоцирует развитие опасных осложнений. Терапия сухого кашля осуществляется при помощи противокашлевых препаратов. Они противопоказаны пациентам с продуктивным кашлем, так как ухудшают выведение мокроты и способствуют ее застою. Из противокашлевых средств стоит отдавать предпочтение центральному ненаркотическим (глюацин, бутамират) и периферическим (преноксдиазин, леводропропизин), что связано с их эффективностью и относительной безопасностью. Леводропропизин является представителем периферических противокашлевых средств. Его механизм действия связан с подавлением высвобождения гистамина и нейропептидов внутри С-волокон, а также неким бронхолитическим действием. Данный препарат можно считать достаточно эффективным и безопасным, исходя из результатов исследования.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОКАШЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19

**Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С.**  
Воронежский государственный медицинский  
университет имени Н.Н. Бурденко,  
Воронеж

**Цель исследования.** Оценка клинической эффективности противокашлевой терапии у амбулаторных пациентов с подтвержденным COVID-19.

**Материалы и методы.** Основными критериями включения в исследование являлись: подтвержденный ОТ-ПЦР COVID-19, легкое и среднетяжелое течение заболевания, возраст от 20 до 70 лет, наличие непродуктивного кашля, отсутствие изменений легочной паренхимы на КТ органов грудной клетки. Основную группу составили 98 пациентов, согласившихся на противокашлевую терапию. Группу сравнения составили 29 пациентов, добровольно отказавшихся от противокашлевой терапии или имевших противопоказания к применению препарата. В качестве противокашлевого средства был выбран леводропропизин (Левопронт, Dompre Farmaceutici, S.p.A., Италия), оказывающий свое действие в отношении периферических кашлевых рецепторов, а именно подавление афферентного компонента кашлевого рефлекса.

Основной группе был назначен Левопронт в форме сиропа. Назначение препарата осуществлялось строго по инструкции, по 10 мл 3 раза в день внутрь с промежутками между приемом не менее 6 часов.

Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в течение 8 дней и предполагало 3 визита к участковому терапевту. На каждом визите врач осуществлял измерение температуры тела, а также проверял отметки пациента на 6-балльной шкале оценки интенсивности дневного и ночного кашля в заранее выданном дневнике. Испытуемый должен был оценить тяжесть своего кашля по шкале от 0 до 5, где 0 означал полное отсутствие кашля, а 5 – постоянный кашель, не позволяющий заниматься повседневными делами. Обязательно оценивались параметры ЧДД, SpO<sub>2</sub>, ЧСС, САД, ДАД.

**Результаты и обсуждение.** В основной группе, принимавшей Левопронт, было достоверное снижение выраженности кашля, в отличие от группы сравнения. По параметрам ЧДД, SpO<sub>2</sub>, ЧСС, САД, ДАД у обеих групп не было выявлено статистически значимых различий. Однако, было отмечено достоверное снижение температуры тела до нормальных значений у всех пациентов к 8-му дню.

Полное разрешение дневного кашля наблюдалось только на 8-й день исследования: у основной группы – 41%, в группе сравнения – 6%. Полное разрешение ночного кашля на 4-й день отмечалось только у 58% пациентов основной группы, в группе сравнения данный показатель соответствовал 0%. На 8-й день ночной кашель перестал беспокоить почти всех пациентов основной группы, а именно 94%, в то время как в группе сравнения данный показатель составил всего 6%.

Учитывая вышеизложенные данные, противокашлевая терапия значительно ускоряет инволюцию кашля у больных COVID-19.

**Выводы.** Больные COVID-19 очень часто обращаются к врачам первичного звена с жалобами на длительный непродуктивный кашель, являющийся одним из основных симптомов данного заболевания. Кашель доставляет не только значительный физический дискомфорт, но и социальный, так как окружающие вос-

принимают кашляющего человека как «заразного», способного передать инфекцию воздушно-капельным путем, и начинают сторониться. Именно поэтому необходимо осуществлять терапию непродуктивного кашля, и препаратами выбора являются периферические противокашлевые средства, обладающие выраженной эффективностью и безопасностью. Одним из представителей данной группы является леводропропизин (Левопропт), применявшийся в исследовании.

## АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА: АНАЛИЗ НОВОГО ОПЫТА ОФОРМЛЕНИЯ ФОРМЫ №088/У С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ

**Филипченко Е.М., Якименко Д.В., Кутепова А.М.**  
Кубанский государственный  
медицинский университет,  
Краснодар

**Цель исследования.** Изучить новый опыт врачей-терапевтов участковых по оформлению направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) (формы № 088/у) с помощью современных цифровых технологий.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 35 врачей-терапевтов участковых со стажем работы от 3 месяцев до 36 лет (средний стаж – 6,7 лет). Методом анонимного добровольного электронного анкетирования изучался опыт врачей по оформлению формы № 088/у с помощью новых технологических инструментов – электронных систем, внедренных в лечебных учреждениях. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel 10.

**Результаты и обсуждения.** Проведенное исследование показало, что внедрение в поликлиниках новые цифровые технологии для оформления медицинской документации (формы № 088/у) в электронном формате не всеми специалистами оценивались положительно. Лишь менее половины респондентов (48,6±8,7%; n=17) были удовлетворены использованием этих электронных систем; но 51,4±8,7% (n=18) врачей указали, что такие технологии «иногда помогают, а иногда, наоборот, затрудняют выполнение работы». Тем не менее, на вопрос «В какой форме Вам удобнее заполнять направление на МСЭ – электронной или бумажной?» подавляющее число терапевтов (82,9±6,6%; n=29) предпочли электронную форму заполнения, но 17,1±6,6% (n=6) врачей все-таки свое предпочтение отдавали старому бумажному варианту оформления документа. Сколько же времени врачи затрачивали на оформление формы № 088/у используя новые цифровые инструменты? Оказалось, что на полный процесс заполнения документа в среднем затрачивалось 2,3 часа, но это в том случае, когда по решению врачебной

комиссии врачи-терапевты являлись основными специалистами, направляющими пациентов на МСЭ. Но если они не были основными специалистами, то в этом случае вся работа по оформлению направления выполнялась в среднем за 13 минут. Достаточно ли было врачам своего рабочего времени для оформления направления на МСЭ? Выяснено, что лишь 5,7±4,0% (n=2) терапевтов заполняли форму № 088/у в свое рабочее время, подавляющему же числу специалистов (94,3±4,0%; n=33) приходилось оформлять этот документ вне своего рабочего времени. Так, 91,4±4,9% (n=32) терапевтов заполняли форму после работы, а один врач (2,9±2,9%) указал, что заполнял направление не только после работы, но и в выходные дни и во время отпуска.

**Выводы.** Предполагалось, что использование электронного формата при оформлении направления на МСЭ (формы № 088/у) сможет облегчить, рационализировать работу врачей, направляющих пациентов на МСЭ, а также высвободит больше времени для более качественного проведения особенно важной работы специалистов – лечебно-профилактической, но проведенное исследование продемонстрировало, что в настоящее время применение новых электронных инструментов при заполнении этого документа еще далеко от своего совершенства. И несмотря на имеющиеся очевидные преимущества использования цифровых технологий в амбулаторной практике, следует изучать и устранять причины и факторы, приводящие к различным сложностям, в том числе – работе врачей вне их рабочего времени, что абсолютно не должно быть допустимым.

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Хамидов Д.А., Алейник В.А.**  
Андижанский государственный  
медицинский институт,  
Андижан, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить и оценить вклад полиморфизма Asp919Gly, в гене MTHFR, в риске развития инфаркта миокарда (ИМ) у больных с вирусной инфекцией COVID-19 в анамнезе и у больных, не имеющих в анамнезе перенесенного COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** В специализированном центре, для лечения больных инфицированных COVID-19, города Андижан, в Андижанском филиале Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Кардиологии, в отделении «Кардиологии» Андижанского Областного Многопрофильного Центра и в Андижанском филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи был произведен сбор



клинических и лабораторных материалов у больных, лечащихся от сердечно-сосудистой патологии. Всего, в исследовании, было вовлечено 94 больных с инфарктом миокарда, старше 18 лет. Обследованные пациенты были разделены на две группы: пациенты с инфарктом миокарда, имевшие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19 и пациенты с инфарктом миокарда, не имевшие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19.

**Результаты.** При анализе расчетов распределения аллелей Asp и Gly полиморфного маркера Asp919Gly гена MTR у больных с ИМ без перенесенного COVID-19 в анамнезе и в группе контроля, выявлены статистически незначимые различия в частоте встречаемости нормального аллеля Asp (78,0% и 85,0% соответственно, при  $\chi^2=1,9$ ;  $P=0,2$ ;  $OR=0,6$ ; 95%CI: 0,32-1,21.). Выявлена слабая тенденция к увеличению частоты мутантного аллеля Gly среди больных по сравнению с группой контроля (22,0% и 15,0% соответственно). Это говорит о том, что при выявлении Gly аллеля риск развития ИМ, без перенесенного COVID-19 в анамнезе, увеличивается в 1,6 раза ( $\chi^2=1,9$ ;  $P=0,2$ ;  $OR=1,6$ ; 95%CI: 0,82-3,08).

**Выводы.** Рассчитанный относительный риск развития COVID-19 ассоциированного ИМ, возрастал при обнаружении мутантного аллеля Gly и генотипа Asp/Gly. У больных с ИМ без COVID-19 в анамнезе, риск развития данной патологии увеличился при наличии мутантного аллеля Gly и связанного с ним неблагоприятного генотипов Asp/Gly и Gly/Gly по отношению к группе контроля.

## ВЛИЯНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С.,  
Артюшкова Е.Б., Елисеева Р.С.  
Курский государственный  
медицинский университет,  
Курск

**Цель исследования.** Оценить гемодинамические параметры кардиотоксичности таргетной терапии местно-распространенного и метастатического рака молочной железы (РМЖ) препаратами человеческих рекомбинированных моноклональных антител.

**Материалы и методы.** В исследование включено 68 пациенток HER-негативным РМЖ в возрасте от 29 до 66 лет, которые находились на лечении в Курском областном клиническом онкологическом диспансере (средний возраст – 49,5±7,5 лет), состояние по шкале ECOG – 0-1. Все больные имели морфологическую (гистологическую) верификацию диагноза по 8-ой редакции TNM-классификации (UICC, 2017). Исследуемая группа при-

нимала бевацизумаб в дополнение к комбинированной химиотерапии. 12 (17,6%) больным был диагностирован местно-распространенный (ШВ ст. – 6; ПС ст. – 6) и 56 (82,4%) – метастатический РМЖ. У большинства пациенток – 42 (61,8%) – опухоль была положительная по рецепторы эстрогенов/рецепторы прогестеронов (РЭ/РП), у 26 (38,2%) – имела тройной-негативный фенотип. Из 68 пациенток с анамнезом рака молочной железы до начала химиотерапии ранее диагностировалась патология кардиологического профиля у 92,8%, в структуре которой на артериальную гипертензию (АГ) приходилось 56,4% от общего количества заболеваний. У большего количества пациентов (58,5%) была зафиксирована II степень АГ с сочетанной гипертрофией миокарда левого желудочка, I степень АГ отмечалась у 41,5% исследуемых. У 16,5% больных отмечена коморбидность АГ с фибрилляцией предсердий (ФП), 27,2% – с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Оценены гемодинамические параметры деятельности сердечно-сосудистой системы: систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД) методом Н.И. Короткова и частота сердечных сокращений (ЧСС) по основным контрольным точкам: до применения химиотерапии, через 1, 3 и 6 месяцев от ее начала. Указанные временные точки согласовывались с клиническими рекомендациями по обнаружению нарушений функций кардиологического профиля, информации в официальной инструкции по медицинскому применению бевацизумаба и рекомендациям Европейского общества кардиологов 2022. Проведена оценка принадлежности рассматриваемых показателей к нормальному распределению путем вычисления эксцесса и асимметрии. Изучаемые параметры были описаны с вычислением среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Количественные показатели подвергнуты оценке критерием t-Стьюдента для зависимых переменных. Статистически значимыми различиями считались между показателями при  $p<0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Анализируемые параметры вышли за пределы нормальных значений, принятых European Society of Cardiology (ESC), на фоне приема стандартной антигипертензивной терапии и схем полихимиотерапии (ПХТ), и соответствовали I-III степени АГ по шкале Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Отмечается достоверное максимальное изменение на 3 месяце проводимого лечения вне зависимости от рецепторного статуса при местно-распространенном РМЖ САД (РЭ/РП – 162±4,8 мм рт. ст., тройной-негативный фенотип – 166±3,2 мм рт. ст.) ( $p<0,05$ ); ДАД – (РЭ/РП – 107±3,6 мм рт. ст., тройной-негативный фенотип – 104±2,9 мм рт. ст.) ( $p<0,05$ ). При метастатическом РМЖ сохраняется тенденция максимальных значений гипертензивного эффекта к 3 месяцу проводимой терапии: САД (РЭ/РП – 164±4,7 мм рт. ст., тройной-негативный фенотип – 168±5,3 мм рт. ст.) ( $p<0,05$ ); ДАД – (РЭ/РП – 103±5,1 мм рт. ст., тройной-негативный фенотип – 106±4,9 мм рт. ст.) ( $p<0,05$ ). Хронотропный эффект сохранил достоверную тенденцию к возрастанию, как и показатели артериального

давления (АД), к 3 месяцу фармакологической коррекции РМЖ (РЭ/РП –  $104 \pm 3,1$  уд./мин, тройной-негативный фенотип –  $105 \pm 4,2$  уд./мин) ( $p < 0,05$ ).

Уровни САД, ДАД и ЧСС снизились к 6 месяцу фармакокоррекции онкопатологии, при этом достигь величин рассматриваемых показателей до стартовых значений удалось не во всех рандомизированных группах пациентов. САД пришло к значениям до химиотерапии у больных с рецепторным статусом по РЭ/РП при местно-распространенном РМЖ ( $135 \pm 3,6$ ;  $135 \pm 4,1$  мм рт. ст.), ДАД – у больных с тройным-негативным фенотипом при метастатическом РМЖ ( $90 \pm 4,2$ ;  $90 \pm 5,4$  мм рт. ст.) ( $p < 0,05$ ). Хронотропность сохранила повышенные значения в сравнении до проведения химиотерапии при рецепторном статусе по РЭ/РП –  $78 \pm 6,4$ ;  $88 \pm 4,1$  уд./мин, при тройном-негативном фенотипе –  $80 \pm 4,1$ ;  $86 \pm 3,5$  уд./мин) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При лечебном применении ПХТ+ бевацизумаб у исследуемых были зарегистрированы проявления кардиотоксичности по типу бевацизумаб-индуцированной АГ I-III степени по шкале СТСАЕ и I-II степени АГ по шкале ESC. Проводимое комплексное антигипертензивное лечение не позволило избежать проявлений кардиотоксичности. Представляет интерес разработка схем лечения бевацизумаб-индуцированной АГ с целью снижения кардиотоксичности терапии человеческими рекомбинированными моноклональными антителами.

## АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ

Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л., Кадырова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Согласно результатам эпидемиологических исследований, ожирение считается фактором риска развития тромбоза. Высокая метаболическая активность жира внутренних органов является причиной перекисного окисления липидов и развития дислипидемии, возникновения эндотелиальной дисфункции, а также последующей быстрой эскалации процессов тромбообразования. Нарушения функциональной активности тромбоцитов у пациентов с избыточной массой тела могут быть связаны с выраженным окислительным стрессом, резистентностью к инсулину и гиперинсулинемией у них.

**Цель исследования.** Определение агрегации тромбоцитов у пациентов ишемической болезнью сердца с ожирением.

**Материалы и методы.** Обследовано 116 больных страдающих ИБС. Средний возраст больных составил  $64,9 \pm 0,9$  года, среди больных было 55,1% (64 пациента)

мужчин, 44,8% (52 пациента) женщин. Определяли агрегацию тромбоцитов крови оптическим методом Борна и О'Брайена в двухканальном лазерном анализаторе Алат – 2 Биола (БИОЛА НПФ, Россия) с последующим компьютерной обработкой по программе AGGR. Антропометрические исследования проводились следующим образом:  $ИМТ = \text{вес, кг} / \text{рост, м}^2 \cdot 100$ . Статистическую обработку результатов исследования проведен с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде: медиана (25-75-й процентиль). Значение вероятности (p) менее 0,05 (двухсторонняя проверка значимости) демонстрировало статистическую достоверность.

**Результаты.** Полученные результаты показали, что у больных ИБС ССН II-III ФК, страдающих ожирением, наблюдалась значительно более высокая спонтанная агрегация тромбоцитов и АДФ-индуцированная агрегация. Стоит отметить, что показатели спонтанной агрегации (соответственно  $1,71 \pm 0,09$  и  $1,48 \pm 0,07$ ,  $p < 0,05$ ) и 5,0 мкмоль АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов была статистически достоверно высокой, у больных с ожирением по сравнению с лицами без выявленного ожирения (соответственно  $63,13 \pm 3,25$  и  $43,47 \pm 2,5$ ,  $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ, проведенный в группе больных с избыточной массой тела показал, что существует достоверно слабо положительная корреляция между спонтанной агрегацией и индексом массы тела ( $r = 0,249$ ,  $p < 0,05$ ), а также средняя положительная корреляция с 5,0 мкмоль АДФ индуцированной агрегацией тромбоцитов и индексом массы тела ( $r = 0,433$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Отмечается влияние некоторых факторов сердечно-сосудистого риска у больных ИБС на агрегационную способность тромбоцитов. При наличии ожирения наблюдалось повышение спонтанной агрегации и 5,0 мкм АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. Показатели гиперагрегации тромбоцитов имеют положительную корреляцию с индексом массы тела. Учитывая, что избыточная масса тела связана с другими сердечно-сосудистыми факторами риска, можно будет предположить, что увеличение агрегации тромбоцитов связано с метаболическими нарушениями, сопровождающимися ожирением.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМИ МЕДПОМОЩИ

Хоманов К.Э., Аргюхов И.В., Нагорняк Д.А.,  
Неволин А.О., Серебровская О.Л.,  
Тарноружская А.В.

ООО «Медицинские информационные решения»,  
Москва

**Цель.** Изучить уровень удовлетворенности врачей медицинской помощью, которую они оказывают населению.

**Методы.** В опросе, проведенном в мобильном приложении «Справочник врача» с 11 по 19 июля 2022 года, приняли участие 1882 человека. Респонденты отвечали на вопросы, связанные с их работой, и оценивали степень удовлетворенности от ее результатов.

**Результаты и обсуждение.** На вопрос, удовлетворены ли врачи качеством медицинской помощи, которую оказывают пациентам, ответы распределились так: да – 15%, нет – 28,8%, скорее удовлетворены – 38,6%, скорее не удовлетворены – 17,6%. Главными показателями удовлетворенности медицинской помощью специалисты называли: наглядный эффект от назначений и процедур (86,7%), уверенность в своей квалификации и навыках (51,1%), отсутствие жалоб от пациентов (40,2%), желание пациентов попасть на прием только к конкретному врачу (38,9%), достаточный уровень материально-технической оснащенности, оборудования (27,6%), укомплектованный штат узких специалистов, позволяющий проконсультироваться (17,3%). Главные причины неудовлетворенности врачей: нагрузка, не позволяющая уделять должное внимание пациентам (69,3%), проблемы с оборудованием (68,5%), избыточная бюрократизация рабочего процесса (67,9%), отсутствие возможности проконсультироваться с узким специалистом ввиду дефицита кадров (58,9%), низкая зарплата (52,3%), невыполнимые или трудновыполнимые должностные инструкции (49,1%), неадекватное количество проверок от надзорных органов (38,6%), постоянные жалобы пациентов и конфликты с ними (21,5%), неуверенность в своей квалификации, отсутствие времени на самообразование (11,6%). Среди тех врачей, которые удовлетворены своими назначениями пациентам, 5,3% твердо заявили о намерении уйти из профессии, 16,3% находятся в поисках другого места работы, 6,1% – просто переходят в другое медицинское учреждение, 27,2% заявили, что, несмотря на отсутствие претензий к себе как к специалисту, они недовольны условиями труда, но «уходить просто некуда», 54,9% всем довольны. Среди недовольных собой докторов процент покидающих либо желающих покинуть медицину оказался выше: покидают врачебное дело 7,1%, переходят в другое медучреждение 9,9%, в поиске другого места работы – 25,3%. Еще 49,5% врачей заявили о том, что их не устраивают условия работы, но им некуда идти. И только 8,2% отметили, что их все устраивает. Более комфортной работу могут сделать повышение зарплаты (34,5%), снижение бюрократической нагрузки (21%), укомплектованный штат (15%), инициативы государства по улучшению условий труда (8,5%) и оснащение больниц современным медицинским оборудованием (7%). Выяснено, что 17% респондентов не предпринимают самостоятельных шагов для повышения удовлетворенности работой – «не видят перспектив». Среди тех, кто пытается улучшить условия труда (вопрос с множественным вариантом ответа): 58,6% – повышают уровень знаний и квалификации за свой счет, а 22,3% – за счет работодателя. 38,6% выстраивают баланс между работой и жизнью и доста-

точно отдыхают, 26,4% знают свои права и не боятся их отстаивать перед начальством и пациентами. Кроме того, 5,4% опрошенных врачей работают с психологом.

**Выводы.** По результатам опроса полностью довольны качеством оказываемой медицинской помощи только 15% российских врачей. Более комфортной, по мнению участников, работу может сделать повышение зарплаты, снижение бюрократической нагрузки и укомплектованность штата, а также государственные меры поддержки врачей.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Хорькова О.В.**

Институт медицинского образования,  
Национальный медицинский исследовательский центр  
имени В.А. Алмазова,  
Санкт-Петербург

В настоящее время развитие междисциплинарных подходов привлекает большое внимание специалистов занятых в сфере здравоохранения. Междисциплинарное взаимодействие рассматривается, как один из способов повышения эффективности лечения.

**Цель исследования.** Изучение нуждемости лиц пожилого и старческого возраста страдающих коморбидной патологией, в медико-социальной помощи (услугах).

**Материалы и методы.** В опросе приняли участие 50 человек в возрасте 55-85 лет, с установленными диагнозами АГ, ИБС, ЦВБ обратившиеся в КДЦ ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, в связи с заболеванием и с профилактической целью. Был разработан оценочный инструментальный анкета «Изучение нуждемости лиц пожилого возраста страдающих коморбидной патологией, в социальной помощи», на основе которой оценивалась активность с точки зрения возможности пожилого человека самостоятельно выполнять действия, с достижением желаемого результата. Оценивалась физическая и когнитивная степень активности, возможность удовлетворять основные жизненные потребности (самостоятельно готовить, принимать пищу и лекарства, убирать квартиру, передвигаться вне жилища, пользоваться транспортом) управлять собственными финансами, использовать средства связи и компьютер. Полученные данные обработаны с использованием программы «Microsoft Excel». Разницу считали достоверной при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Пациенты пожилого и старческого возраста составляют преобладающую долю амбулаторного приема в медицинских учреждениях и лидируют по числу госпитализаций. Для данной



возрастной категории пациентов характерна высокая коморбидность, распространенность которой достигает 62% среди людей 60-74 лет и 85% среди 85 лет и старше. Проведен комплексный анализ самостоятельного функционирования лиц пожилого возраста. В опросе приняли участие лица с диагнозами БСК: ГБ I10 – I13, ИБС I20 – I25.4. Коморбидная патология: I 60 – I 69, I 70, G 45.0, G 93.4, F 07.8, H 25, H 40, H 90, H 93, N11. Среди респондентов женщины – 54,0% от общего числа опрошенных, мужчины – 46,0%. Лица в возрасте от 55 до 59 лет составили 10,8%, в возрасте от 60 до 69 лет – 38,5%, в возрасте от 70 до 80 лет – 36,2%, в возрасте 80 лет и более 14,5%. Анализ семейного статуса показал, что лица проживающие одиноко составили 28,9% от общего числа опрошенных. Удельный вес, проживающих с одним членом семьи 26,1%, двумя членами семьи 25,5%, имели трех членов семьи и более 19,5%. Продолжали профессиональный труд 37,3%. Состояние своего здоровья оценили, как «удовлетворительное» 45,8%, как «плохое» 42,7%, как «очень плохое» 8,5%, «хорошее» оценили 3,0%. 52,1% отметили наличие группы инвалидности. Среди лиц с инвалидностью 15,3% отмечали постоянную потребность в посторонней помощи.

Коморбидные состояния у пожилых людей могут быть сложными и трудными для лечения из-за взаимодействия множества физических, физиологических, социальных факторов. Так имели место ограничения жизнедеятельности (ОЖД) в категориях: самообслуживания 78,1%; передвижения 53,5%; трудовой деятельности 75%; ориентации в пространстве 5,7%; контроль за своим поведением 2,5%; общения 3,4%. Важно, что ОЖД отмечаются в различных сочетаниях и разной степени выраженности, от необходимости дробности и увеличения времени на выполнение обычных бытовых действий, до зависимости от посторонней помощи. Выраженные ОЖД определяли необходимость в постороннем уходе у 68,7%, (5,6% имели высокую потерю автономности и нуждались в постоянной помощи других лиц), 10,5% нуждались в медико-социальных, социально-бытовых услугах, 30,1% в социальном патронаже. 35,5% не владеют навыками электронной записи к врачу, что сказывалось на возможности своевременного получения медицинской помощи, особенно среди пациентов испытывающих трудности с передвижением. Установлено, что значимыми и востребованными, являлись услуги в целях повышения коммуникативного потенциала, в которых нуждались 60,5% лиц из исследуемой группы.

Среди опрошенных лиц, ожидания от лечения были даны в виде комментариев: 90% «остановить прогрессирование заболеваний»; 10% «вылечить заболевание»; 64,1% «сохранить возможность самостоятельного проживания»; 20,5% хотели бы «продолжать трудовую деятельность»; 7,2% «возможность жить активной жизнью»; 4,5% возможности «самостоятельно выходить из дома»; 3,7% «избавиться от боли». Все участники отмечали, что социальные факторы могут усложнить лечение сопутствующих заболеваний у пожилых людей.

**Вывод.** Результаты исследования показывают рациональность междисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи. Качество жизни пожилых людей определяется не только наличием хронических заболеваний, но и возможностью компенсации ОЖД. Пациент-ориентированный подход предполагает ориентацию на конкретные проблемы пожилых лиц, организацию их взаимодействия с внешней средой и повышения качества их жизни.

## УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Худайбергана Н.Х., Рахматуллаева Г.К.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Повышение качества жизни и эффективность обучения пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) путем обучения «школах гипертоников» в семейной поликлинике (СП).

**Материалы и методы.** Анкетировано и обследовано 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ в СП. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под нашим наблюдением в течение 2-х лет с последующим повторным осмотром и обследованием.

**Результаты.** Обучение пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в условиях СП позволяет достичь стойкого снижения поведенческих факторов риска, в частности обусловленных привычками питания, двигательной активностью, курением. По сравнению с группой пациентов, не прошедших обучение, у больных включенных в образовательную программу выявлены повышение информированности о наличии у них АГ (с 54,0% до 99,1%,  $p < 0,001$ ) и уровня осведомленности (с 45,9% до 99,1%,  $p < 0,001$ ) об основных факторах риска ГБ. В результате обучения повысилась приверженность пациентов к выполнению комплексных врачебных рекомендаций и приему антигипертензивных препаратов (с 71,3% до 98,3%,  $p < 0,001$ ). Обучение сопровождалось увеличением числа больных, достигших целевого уровня артериального давления (АД) 82,7% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Полученные данные нашего исследования являются основанием для рекомендации более широкого внедрения образовательной технологии многофакторной профилактики АГ в практику здравоохранения, что позволит улучшить прогноз и качество жизни больных, увеличивая продолжительность жизни населения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕРЛАТУМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Худайбергана Н.Х.  
Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучение динамики уровней гемоглобина и сывороточного железа в течение месяца применения препарата ферлатум для лечения анемии у женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения г. Ташкента.

**Материалы и методы.** Обследованы 45 женщин в возрасте от 20 до 43 лет с признаками железодефицитной анемии (ЖДА) в семейной поликлинике г. Ташкента. Из них 30 беременных (66%), 15 – с гинекологическими заболеваниями (миома матки, хронический сальпингоофарит, дисфункциональные маточные кровотечения) (34%). Лабораторная диагностика анемии основывалась на определении содержания гемоглобина (Hb), эритроцитов, цветного показателя крови. Всем больным было проведено лечение препаратом ферлатум по одному флакону (800 мг – эквивалент 40 мг Fe<sup>3+</sup>) два раза в сутки в течение одного месяца. Антианемический эффект его применения оценивался по клиническому состоянию больных и результатом лабораторного исследования крови еженедельно.

**Результаты.** У 17 пациентов (37,7%) отмечены различные экстрагенитальные заболевания: хронический тонзиллит – 6 (13,3%), хронические бронхолегочные заболевания – 4 (8,8%), артериальная гипертензия – 2 (4,4%), сахарный диабет – 2 (4,4%). Средний уровень Hb у больных до лечения составил 90,8±5,6 г/л, сывороточного железа – 10,6±1,8 ммоль/л. Анемия I степени отмечены у 26 (57,7%) больных, II степени – у 22 (48,8%), III степени – у 2 (4,4%). Различные клинические проявления анемии (бледность кожи и слизистых оболочек, тахикардия, слабость, снижение работоспособности, головокружение, парестезии нижних конечностей) имели место в 29 (64,4%) случаях. Через 4 недели приема ферлатума самочувствие больных улучшилось: исчезли жалобы на слабость, головокружение, парестезии, частота сердечных сокращений и окраска кожных покровов пришла в норму у 42 пациентов (93,3%), среднее увеличение Hb за неделю составило 7,1 г/л. К концу 4 недели приема ферлатума у пациентов в крови уровень Hb повысился на 28,7%, сывороточное железо в 2 раза. В дальнейшем пациентам проводилась поддерживающая терапия ферлатума в дозе один флакон (800 мг в сутки 1,5 месяца. У больных на фоне его применения побочных эффектов не было отмечено ни в одном случае.

**Выводы.** Доступность, простота использования, хорошая переносимость, высокий антианемический

эффект позволяет рекомендовать ферлатум для широкого применения в лечении анемии в условиях первичного звена здравоохранения.

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Цинзерлинг А.Ю.<sup>1</sup>, Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Мазуров В.И.<sup>1</sup>,  
Инамова О.В.<sup>2</sup>, Петрова М.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,  
<sup>2</sup>Клиническая ревматологическая больница №25,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучить влияние гиперурикемии на течение ревматоидного артрита и коморбидную патологию.

**Материалы и методы.** На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга (01.01.2011-31.12.2021) сформированы две сопоставимые по возрасту группы больных: группа больных РА с ГУ (n=90), и группа больных РА без ГУ (n=90), прослеженные на протяжении года. ГУ регистрировали при уровне мочевой кислоты (МК) в крови  $\geq 360$  мкмоль/л в  $\geq 2$  тестах с интервалом  $\geq 1$  месяц при отсутствии подагрического артрита. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4.

**Результаты.** Пациенты с ГУ и без ГУ были сопоставимы по возрасту (60,23±11,79 и 57,36±12,49), длительности, клинико-иммунологическим проявлениям заболевания, активности заболевания и проводимой терапии. СОЭ, СРБ и DAS28 были взаимосвязаны (взаимосвязь с атерогенным профилем обратная, а с неатерогенным – прямая) с липидным профилем не зависимо от наличия ГУ (p<0,05). Отсутствие корреляционных связей между показателями активности заболевания и МК и большая частота рентгенологического прогрессирования у пациентов с ГУ (55,26 и 23,23 %; p<0,05) позволяет предположить независимое влияние ГУ на течение РА. С прогрессированием сужения суставной щели и эрозирования суставов кистей и стоп в обеих группах помимо закономерных связей с активностью и длительностью заболевания, выявлены взаимосвязи с возрастом, уровнем МК (только для кистей), углеводным и липидным обменом (только для сужения суставной щели) и функцией почек (независимо от ГУ). Связь с уромодулином сыворотки и мочи (УМ С и М) была выявлена только для сужения суставных щелей кистей и присутствовала только у пациентов с ГУ. Практически все взаимосвязи для эрозирования суставов кистей выявлены только у пациентов с ГУ (p<0,05). Показателем, связанным с обменом МК (причем независимо от уровня

МК) оказался цистатин С сыворотки и мочи (ЦисС С и М). ЦисС С и М связаны и с уровнем воспаления при РА (в основном у пациентов без ГУ;  $p < 0,05$ ). Корреляция показателей обмена МК (уровня в крови, моче и клиренса МК) с уровнем холестерина (ХС) была выявлена только в группе ГУ (а с уровнем глюкозы (Гл) – только в целом по группе), а корреляция показателей углеводного и липидного обмена – только в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), что вероятно указывает на вмешательство ГУ в эти виды обмена, нарушая их привычные взаимосвязи. Были выявлены слабые корреляционные связи между уровнем ХС и возрастом ( $p < 0,05$ ), и отсутствие таковых – с уровнем Гл. Корреляция креатинина (Кр) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с возрастом пациентов, между собой (выявлена в обеих группах) и с уровнем ХС и МК закономерна и выявлена в целом по группе и в группе ГУ ( $p < 0,05$ ). Взаимосвязи ТАГ с Кр и СКФ выявлены только в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), что подтверждает взаимосвязи с ХС и свидетельствует об отсутствии участия МК в этом взаимодействии. Частота артериальной гипертензии (85,56 и 62,22%), фибрилляции предсердий (6,67 и %), других нарушений ритма и проводимости (52,22 и 36,66%), преддиабета (27,78 и 13,33%), сахарного диабета 2 типа (23,91 и 13,22%), ожирения (30 и 14,44%), язвенной болезни (17,78 и 5,56%), желчнокаменной болезни (22,22 и 11,11%), хронического холецистита (12,22 и 3,33%), неалкогольной жировой болезни печени (48,88 и 15,56%) и хронической болезни почек (ХБП; 68,89 и 35,56%) была выше у пациентов с ГУ ( $p < 0,05$ ). Число случаев верификации диагноза после (или одновременно) выявления ГУ возрастало от сердечно-сосудистых заболеваний (единичные случаи) к ХБП (треть случаев) и метаболическим нарушениям (около половины случаев). УМ С и М отражал состояние почек практически исключительно у пациентов с ГУ ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 1. Гиперурикемия повышает частоту рентгенологического прогрессирования ревматоидного артрита независимо от активности заболевания, влияя как на сужение суставной щели, так и эрозирование суставной поверхности преимущественно в суставах кистей. 2. Влияние гиперурикемии на рентгенологическое прогрессирование вероятно не зависит от других факторов. 3. Гиперурикемия повышает частоту рентгенологического прогрессирования ревматоидного артрита независимо от активности заболевания. 4. Определение уровня цистатина С сыворотки и мочи может уточнить качество обмена мочевой кислоты и уровень воспаления у пациентов с ревматоидным артритом. 5. Гиперурикемия оказывает негативное влияние на липидный и углеводный обмен и способствует повышению частоты сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных заболеваний, метаболических нарушений и хронической болезни почек у пациентов с ревматоидным артритом. 6. Определение уровня уромодулина сыворотки и мочи может уточнить состояние почек у пациентов с ревматоидным артритом и гиперурикемией.

## ПЛЕОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Цинзерлинг А.Ю.<sup>1</sup>, Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Мазуров В.И.<sup>1</sup>,  
Петрова М.С.<sup>2</sup>, Инамова О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Оценить эффекты уратснижающей терапии (УСТ) у пациентов ревматоидным артритом (РА) и гиперурикемией (ГУ).

**Материалы и методы.** На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга (01.01.2011-31.12.2021) из 1500 пациентов с РА (по критериям EULAR 2010) с известным уровнем мочевой кислоты (МК) отобрано 967 пациентов. Из них 232 пациента (23,99 %) имели ГУ. Сформированы две сопоставимые по возрасту группы больных: группа больных РА с ГУ ( $n=90$ ), и группа больных РА без ГУ ( $n=90$ ), прослеженные на протяжении года. ГУ регистрировали при уровне МК в сыворотке крови  $\geq 360$  мкмоль/л в  $\geq 2$  тестах с интервалом минимум 1 месяц при отсутствии подагрического артрита. Пациенты со вторичной ГУ исключены. Активность РА измеряли с помощью DAS28-СРБ. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4.

**Результаты.** Пациенты с ГУ и без ГУ были сопоставимы по возрасту ( $60,23 \pm 11,79$  и  $57,36 \pm 12,49$ ), длительности заболевания, частоте позитивности по РФ и АЦЦП, системных проявлений, исходной активности заболевания и проводимой терапии. Диетотерапию (ДТ) получали 100 % пациентов, ДТ+коррекцию терапии коморбидной патологии (КТКП) – 22,22%, ДТ+УСТ – 24,44%, ДТ+КТКП+УСТ – 10%. Пациенты, получавшие различные варианты терапии не различались ни по одному изучаемому показателю. Несмотря на возрастающую частоту эффективности коррекции ГУ от монотерапии в виде ДТ (46,67%) и КТКП (50%) к комбинированной (в виде добавления УСТ – 58,06%), различия были статистически незначимыми ( $p > 0,05$ ), что вероятно связано с достоверно большим уровнем МК у пациентов, которым назначалась УСТ, КТКП и ДТ ( $501,93 \pm 97,07$ ,  $467,85 \pm 91,58$  и  $448,41 \pm 71,98$  мкмоль/л соответственно;  $p < 0,05$ ). У 13,33% на фоне коррекции зафиксирован рецидив ГУ, причинами которого были: отсутствие коррекции дозы УСТ (35,48%), прекращение УСТ (16,13%), неназначение УСТ (48,39%). У пациентов с эффективной коррекцией ГУ статистически значимой ( $p < 0,05$ ) оказалась динамика индекс DAS28 ( $1,35 \pm 0,79$  и  $0,91 \pm 0,49$ ) на фоне терапии, улучшалась функция почек (креатинин:  $78,19 \pm 14,04$  и  $86,43 \pm 14,21$  мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации:  $79,53 \pm 17,96$  и  $69,78 \pm 18,02$  мл/мин) и наметилась тенденция ( $p > 0,05$ ) к уменьшению уровней скорости оседания эритроцитов



(17,29±9,05 и 20,55±13,62 мм/ч), С-реактивного белка (16,37±16,06 и 18,87±15,11 мг/л) на фоне лечения и снижению уровня глюкозы (5,66±0,88 и 5,83±1,09 ммоль/л) и холестерина (5,46±1,06 и 5,69±1,01 ммоль/л).

**Выводы.** 1. Эффективность всех видов коррекции гиперурикемии сопоставима и составляет около 50%. 2. Эффективная коррекция гиперурикемии способствует лучшему снижению активности ревматоидного артрита и улучшает функцию почек.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Черёмушкина Е.В.

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

**Цели.** Сравнить интенсивность боли в коленных суставах и уровень жизни у пациентов с асимптоматической гиперурикемией (АГУ) и подагрой (П) в зависимости от УЗИ-признаков депонирования кристаллов моноурата натрия (МУН).

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты с гиперурикемией (ГУ) (уровень мочевой кислоты (МК) сыворотки крови >360 мкмоль/л). Всем пациентам проводились определение урикемии, УЗИ и рентгенография коленных суставов с целью поиска признаков отложения кристаллов МК, что необходимо для подтверждения диагноза П. Диагноз П устанавливался на основании критериев ACR/EULAR 2015 года; пациентам, не соответствующим данным критериям устанавливался диагноз АГУ. Пациенты с острым подагрическим артритом в исследование не включались. Все пациенты прошли анкетирование: оценка боли по ВАШ, опросник HAQ, EQ-5D, WOMAC, M. LEQUESNE для оценки функциональности и уровня боли в коленных суставах. Статистический анализ полученных данных – с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0, Биостатистика (StatSoft Inc., США).

**Результаты.** Включено 95 пациентов: 46 (48,4%) пациентов верифицирован диагноз П, у 49 (51,6%) пациентов – АГУ. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. По данным УЗИ кристаллы были обнаружены у 11 (22,4%) пациентов с АГУ и 10 (21,7%) пациентов с П. В группе АГУ с кристаллами значения индексов соответствовали худшему качеству жизни и более высокому уровню боли в сравнении с пациентами в АГУ без кристаллов: ВАШ 64,20 vs. 50,30, WOMAC 22,00 [2,00; 30,00] vs. 5,00 [0,00; 17,00], HAQ 0,30 [0,00; 1,130] vs. 0,130 [0,00; 0,50], M.Lequesne 8,00 [0,00; 10,00] vs. 3,00

[0,00; 7,50], EQ-5D 0,48 [0,05; 1,00] соответственно. Схожий результат получен в группе пациентов с П с кристаллами в сравнении с пациентами с П без кристаллов: ВАШ 64,45 vs. 59,20, WOMAC 11,00 [5,00; 23,00] vs. 5,00 [0,00; 18,00], HAQ 0,07 [0,00; 0,50] vs. 0,00 [0,00; 0,13], M.Lequesne 2,20 [0,00; 11,00] vs. 2,00 [0,00; 4,00], EQ-5D 0,72 [0,60; 1,00] vs. 0,78 [0,69; 1,00].

**Вывод.** Пациенты из группы с АГУ с кристаллами демонстрируют наиболее низкое качество жизни и наиболее высокий уровень боль по сравнению с пациентами с АГУ без кристаллов и П.

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И РАННИХ СТАДИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРИТА ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Черникова А.А., Каратеев А.Е., Макаров М.А., Нестеренко В.А., Бялик В.Е.

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

**Актуальность.** Хроническая боль и посттравматический артрит – частые осложнения травм, вызывающие страдание, утрату функции и трудоспособности. До настоящего времени не выявлены четкие предикторы развития данных осложнений.

**Цель.** Определить клинические и иммунологические факторы, связанные с развитием хронической боли и ранних стадий посттравматического остеоартрита после повреждения коленного сустава.

**Материалы и методы.** С августа 2022 по январь 2023 года в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой было обследовано 50 человек, из них 25 женщин и 23 мужчины в среднем возрасте от 26,95±11,64 года, имеющие ИМТ в среднем 26,95±4,99, перенесших травму коленного сустава с сохраняющейся болью на протяжении месяца и более. Все пациенты были согласны на исследование, что подтверждают информированные добровольные согласия. Пациентам проводился клинический осмотр, были выполнены лабораторные методы исследования (ОАК, высокочувствительный СРБ). Проведено анкетирование по шкалам ЧРШ, KOOS, HAQ, CSI, VPI, Pain DETECT, FACIT-F, FIRST, HADS, а также выполнено MPT исследование на аппарате Philips, MULTIVA 1,5T).

**Результаты.** По результатам проведенного исследования было выявлено, что боль при движении по ЧРШ составляла в среднем 5,21±1,30), боль в покое по ЧРШ составляла в среднем 1,72±1,74), ночная боль

по ЧРШ составила в среднем  $1,55 \pm 1,84$ ). Нарушение функции по ЧРШ составило  $4,44 \pm 1,79$ ).

Оценка функции коленного сустава: KOOS общий составил 52,02 (13; 87), KOOS симптомы 62,26 (4; 56), KOOS боль 60,58 (25; 92), KOOS активность 68,97 (22; 100), KOOS спорт 28,92 (0; 95), KOOS качество жизни 41,02 (0; 100).

Значение по шкале Pain DETECT, по которой оценивается наличие признаков невропатической боли составило в среднем  $6,26 \pm 4,79$ . По опроснику FIRST показатели от 0-5 (в среднем от  $0,93 \pm 1,26$ ), что говорит о наличии сопутствующей фибромиалгии у некоторых пациентов. По опросникам CSI средние значения составили  $23,55 \pm 13,38$ . По шкале катастрофизации  $13,54 \pm 11,20$ .

По шкалам HADS, оценивающими уровень депрессии и тревоги значения составили  $4,37 \pm 4,01$  – депрессии и HADS тревога со значениями в среднем  $5,42 \pm 4$ ).

По данным лабораторных методов исследования значения гемоглобина составили в среднем  $116 \pm 179$  г/л. Уровень вчСРБ составил  $0,2 \pm 15,3$  мг/л, а уровень СОЭ  $2 \pm 23$ .

**Заключение.** Многие пациенты, перенесшие травму коленного сустава, в сроке более чем 1 месяц назад, испытывают выраженную боль и имеют нарушение функции сустава. У ряда пациентов (15 из 50) отмечаются признаки невропатической боли, центральной сенситизации, психоэмоциональных нарушений и фибромиалгии, что отягощает течение посттравматического периода. Пациенты с хронической болью после перенесенной травмы нуждаются в дальнейшем наблюдения для четкого выявления предикторов возникновения данного состояния для прогнозирования возникновения посттравматического остеоартрита и формирования правильной тактики лечения.

## ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ – ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СТРАДАНИЕ, УТРАТУ ФУНКЦИИ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ. ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ НЕ ВЫЯВЛЕНЫ ЧЕТКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Черникова А.А., Каратеев А.Е.**

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

**Актуальность.** Хроническая боль и посттравматический артрит – частые осложнения травм, вызыва-

ющие страдание, утрату функции и трудоспособности. До настоящего времени не выявлены четкие предикторы развития данных осложнений.

**Цель.** Определить клинические и иммунологические факторы, связанные с развитием хронической боли и ранних стадий посттравматического остеоартрита после повреждения коленного сустава.

**Материалы и методы.** С августа 2022 по январь 2023 года в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой было обследовано 50 человек, из них 25 женщин и 23 мужчины в среднем возрасте от  $26,95 \pm 11,64$  года, имеющие ИМТ в среднем  $26,95 \pm 4,99$ , перенесших травму коленного сустава с сохраняющейся болью на протяжении месяца и более. Все пациенты были согласны на исследование, что подтверждают информированные добровольные согласия. Пациентам проводился клинический осмотр, были выполнены лабораторные методы исследования (ОАК, высокочувствительный СРБ). Проведено анкетирование по шкалам ЧРШ, KOOS, HAQ, CSI, BPI, Pain DETECT, FACIT-F, FIRST, HADS, а также выполнено МРТ исследование на аппарате Philips, MULTIVA 1,5Т).

**Результаты.** По результатам проведенного исследования было выявлено, что боль при движении по ЧРШ составляла в среднем  $5,21 \pm 1,30$ , боль в покое по ЧРШ составляла в среднем  $1,72 \pm 1,74$ , ночная боль по ЧРШ составила в среднем  $1,55 \pm 1,84$ ). Нарушение функции по ЧРШ составило  $4,44 \pm 1,79$ ).

Оценка функции коленного сустава: KOOS общий составил 52,02(13;87), KOOS симптомы 62,26(4;56), KOOS боль 60,58(25;92), KOOS активность 68,97(22;100), KOOS спорт 28,92(0;95), KOOS качество жизни 41,02(0;100).

Значение по шкале Pain DETECT, по которой оценивается наличие признаков невропатической боли составило в среднем  $6,26 \pm 4,79$ . По опроснику FIRST показатели от 0-5 (в среднем от  $0,93 \pm 1,26$ ), что говорит о наличии сопутствующей фибромиалгии у некоторых пациентов. По опросникам CSI средние значения составили  $23,55 \pm 13,38$ . По шкале катастрофизации  $13,54 \pm 11,20$ .

По шкалам HADS, оценивающими уровень депрессии и тревоги значения составили  $4,37 \pm 4,01$  – депрессии и HADS тревога со значениями в среднем  $5,42 \pm 4$ ).

По данным лабораторных методов исследования значения гемоглобина составили в среднем  $116 \pm 179$  г/л. Уровень вчСРБ составил  $0,2 \pm 15,3$  мг/л, а уровень СОЭ  $2 \pm 23$ .

**Заключение.** Многие пациенты, перенесшие травму коленного сустава, в сроке более чем 1 месяц назад, испытывают выраженную боль и имеют нарушение функции сустава. У ряда пациентов (15 из 50) отмечаются признаки невропатической боли, центральной сенситизации, психоэмоциональных нарушений и фибромиалгии, что отягощает течение посттравматического периода. Пациенты с хронической болью после перенесенной травмы нуждаются в дальнейшем

наблюдения для четкого выявления предикторов возникновения данного состояния для прогнозирования возникновения посттравматического остеоартрита и формирования правильной тактики лечения.

## АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ТОФАЦИТИНИБОМ

Четина Е.В., Сатыбалдыев А.М., Маркова Г.А.  
Научно-исследовательский институт ревматологии  
имени В.А. Насоновой,  
Москва

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, которое характеризуется эрозивным артритом (синовитом) и системным воспалением.

Известно, что системное воспаление, наблюдаемое при РА, связано с метаболическими изменениями, вторичными по отношению к нарушениям энергопродукции в клетках различных тканей. Янус-киназа (JAK) является сигнальным преобразователем и активатором транскрипционного (STAT) сигнального пути, который является критическим патогенным компонентом РА и ключевым медиатором провоспалительных путей, которые действуют при аутоиммунных заболеваниях, поскольку путь JAK/STAT активируется несколькими цитокинами, такими как интерфероны, интерлейкин (ИЛ)-2 и ИЛ-6, которые контролируют жизнеспособность, пролиферацию и дифференцировку различных типов клеток. Более того, при воспалении в гипоксической среде STAT-3 способствует активации фактора, индуцируемого гипоксией (HIF)-1 $\alpha$ , который взаимодействует с изоформой пируваткиназы M2 (PKM2, ключевым ферментом, участвующим в гликолизе) в некоторых типах клеток.

Тофацитиниб (ТОФА) является ингибитором JAK1/3, который конкурентно ингибирует АТФ-связывающий сайт активного карбокситерминального домена протеинкиназы (JH1) JAK и используется для монотерапии больных РА. Результаты терапии ТОФА превосходят лечение метотрексатом в случае наивных пациентов с РА и пациентов с неадекватным ответом на биологические DMARD. Недавние исследования показали, что ТОФА снижает продукцию активных форм кислорода и регулирует экспрессию ключевых митохондриальных генов, повышает окислительное фосфорилирование и продукцию АТФ в эксплантатах синовиальной ткани больных РА, что сопровождается

снижением гликолитической активности (оцениваемой по активности гексокиназы 2, гликогенсинтазыкиназы 3 $\alpha$ , лактатдегидрогеназы А и HIF-1 $\alpha$ ).

Вместе с тем, терапия ТОФА эффективна не для всех больных РА, поэтому идентификация пациентов, чувствительных к ТОФА до лечения, может значительно улучшить результаты терапии. Однако в настоящее время невозможно предсказать эффективность ТОФА у каждого пациента, в то время как у некоторых пациентов отсутствие реакции на препарат, может привести к побочным эффектам. Предполагается, что эффективность ТОФА у больных РА связана с изменениями в биоэнергетике, митохондриальной функции и продукции АТФ. Поэтому мы предположили, что исходный метаболический статус пациентов с РА до введения препарата может предсказать терапевтический результат.

**Цель исследования.** Изучить роль базальной экспрессии генов, участвующих в продукции энергии у пациентов с РА, которые могут служить прогностическими биомаркерами ответа на терапию тофацитинибом.

**Методы.** Была обследована периферическая кровь 28 больных РА в возрасте 52,2 $\pm$ 15,6 лет, средняя длительность заболевания 3,5 года (диапазон 0,6-19) перед лечением ТОФА (5-10 мг два раза в день) в течение трех месяцев и 26 здоровых лиц того же возраста. Клинический ответ оценивали по активности заболевания (DAS28-COЭ), уровню антител к АЦЦП в сыворотке крови, ревматоидному фактору (РФ), С-реактивному белку (СРБ) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Клиническую ремиссию оценивали по критериям ACR и DAS28 (DAS28<2,6). Суммарная РНК была выделена и использовалась в исследованиях по экспрессии генов с помощью количественной ОТ-ПЦР в реальном времени.

**Результаты.** В начале исследования все пациенты имели рентгенологическую стадию по Штейнброкеру II-III. У большинства больных наблюдался эрозивный артрит (у 23 из 28), АЦЦП- (у 25 из 28) и РФ- (у 24 из 28) положительный. Лечение ТОФА значительно снижало активность заболевания по DAS28. В конце исследования у большинства пациентов наблюдалась умеренная активность заболевания (3,2<DAS28<5,1), у четырех пациентов сохранялась высокая активность заболевания, у 8 – достигнута ремиссия (DAS28<2,6). Это сопровождалось значительным снижением уровня СРБ и количества опухших и болезненных суставов. Значения СОЭ существенно не изменялись. Анализ экспрессии генов показал, что пациенты с РА, достигшие клинической ремиссии после лечения ТОФА, имели значительно более низкую исходную экспрессию генов, связанных с гликолизом (пируваткиназа) и окислительным фосфорилированием (сукцинатдегидрогеназа) по сравнению с другими обследованными пациентами с РА и контрольной группой. Более того, экспрессия этих генов увеличивалась у пациентов с РА, достигших клинической ремиссии в ходе наблюдения,



в то время как экспрессия этих генов имела тенденцию к снижению у остальных обследованных пациентов.

**Заключение.** Достижение клинической ремиссии у пациентов с РА, получавших тофацитиниб, связано с более низкой базальной экспрессией генов, ответственных за пути выработки энергии (пируваткиназы и сукцинатдегидрогеназы) по сравнению с другими обследованными лицами.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ КОЖНОЙ ПОРФИРИИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Чехута Е.С.<sup>1</sup>, Мельниченко Н.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Амурский областной

кожно-венерологический диспансер,

<sup>2</sup>Амурская государственная медицинская академия,  
Благовещенск

Порфирия – гетерогенная группа генетически детерминированных дерматозов, обусловленных нарушениями порфиринового обмена, проявляющихся биохимически увеличением содержания порфиринов, а клинически повышенной чувствительностью к свету, поражением кожи (фотодерматозом); гемолитическими кризами, желудочно-кишечными нервно-психическими расстройствами. Поздняя кожная порфирия (ПКП) – наиболее распространенная форма порфирии, обусловленная нарушением синтеза гемов печени, сопровождающаяся повышенным образованием и выделением уропорфирина и копропорфирина мочой и задержкой их в коже. ПКП – заболевание с хроническим рецидивирующим течением, у 90-95% больных рецидивы наступают в весенне-летний период. Количество случаев ПКП в разных странах от 1:5000 до 1:70000. Обычно болезнь возникает в возрасте 35-50 лет, поэтому называется поздней.

В патогенезе ПКП важную роль играет образование ингибитора уропорфириногендекарбоксилазы. Этот процесс требует присутствия высокого уровня железа, активности CYP-4501A2 и эстрогенов. Перегрузка железом и длительный прием эстрогенов являются дополнительными факторами, вызывающими манифестацию латентной ПКП по неизвестным механизмам. Об этом свидетельствуют данные о том, что больше половины пациентов имеют гемосидероз и повышенный уровень ферритина. Удаление железа из организма возвращает активность фермента в нормальный уровень в спорадической форме болезни. Факторами риска ПКП являются чрезмерное потребление алкоголя, курение, перегрузка железом, вирус гепатита С, ВИЧ и прием эстрогенов. Генетическая предрасположенность является важным фактором, но она сама по себе недостаточна для развития ПКП, необходимы и другие факторы.

Клинические проявления ПКП появляются на открытых участках кожи (тыл кистей, лицо, шея, ушные раковины) и характеризуются пигментацией, пузырьными элементами с серозным содержимым, эрозий, которые покрываются корками, иногда серозно-гнойного характера. Пузырные элементы возникают в местах травмирования кожи или воздействия солнечных лучей. Пигментация может быть единственным симптомом болезни, но обычно ассоциируется с другими.

Клинический случай. Пациент А., 48 лет, считает себя больным около 2-х лет, когда впервые отметил появление пигментных пятен на лице, волосистой части головы. Около 1 месяца отмечает появление пузырей после посещения активного солнца на лице, ушах, верхних конечностях, связывал с приемом алкоголя. Самостоятельно вскрывал пузыри, тушировал спиртовыми растворами, без эффекта. Явился на прием к дерматологу впервые в августе 2020 г.

В анамнезе: Вирусный гепатит Соколо 3 лет, у инфекциониста не наблюдается, противовирусную терапию не получает. Злоупотребляет алкоголем около 5 лет, у нарколога не наблюдается, употребляет около 0,5-1 л в день алкогольсодержащих напитков. Курение с 1995 г., 1 пачка сигарет в день.

Локальный статус: Патологический процесс ограниченного характера, симметричный, локализуется на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, шеи, верхних конечностях, преимущественно на тыльной поверхности кистей. Процесс представлен везикулами, пузырями с серозным, серозно-геморрагическим содержимым, покрывка напряжена, легко травмируется. На месте вскрывающихся везикул – эрозии ярко-красного цвета, серозно-геморрагические и серозно-гнойные корки. Кожа в местах поражения утолщена, обилие гиперпигментированных пятен до 0,6 см. В местах заживших дефектов отмечаются очаги дисхромии с нечеткими границами и атрофические рубцы неправильных очертаний.

Дополнительные методы исследования: Моча в свете лампы Вуда имеет оранжево-красное свечение. В б/х анализах крови: АСТ 155, АЛТ 231, билирубин 28,3-6,8-21,5, ЩФ 180, Общий анализ крови: СОЭ – 32 мм/ч, остальные показатели крови в пределах нормы. Мазок-отпечаток на клетки Тцанка и эозинофилы – отрицательный. Кал на гельминты и простейшие – не обнаружены. Уропорфирины в моче – повышено (+++), копропорфирин – реактива нет. Порфирины в кале не определялись. РМП-отрицательный.

Лечение (амбулаторно): Sol. Calciigluconatis 10%-10,0 в/в №10, Tab. Cetirizini 0,01 № 10, внутрь по 1 таб. 1 раз в день; Sol. Fucorcinum 10 ml, наружно 2-4 раза в сутки; Ung. Betamethasoni+Gentamycini 30,0, наружно на очаги поражения 2 раза в сутки, крем с SPF 50. Терапию получил в полном объеме, без побочных эффектов. Состояние улучшилось. Высыпания на всех участках пораженной кожи частично разрешились, некоторые перешли в стадию регресса. Прогноз благо-

приятный. Рекомендована консультация инфекциониста, нарколога, терапевта.

Данный случай показывает необходимость комплексной коррекции состояния организма у больных с нарушением порфиринового обмена. Отягощенный анамнез по вирусным гепатитам и злоупотреблением алкоголем нередки для больных с поздней кожной порфирией. Поэтому для стабилизации состояния организма пациента необходимо исключить алкоголь и получить терапию против ВГС.

## ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Чуменко О.Г.**

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, Луганск

**Введение.** Длительное течение бронхиальной астмы (БА) часто обуславливает ее сочетание с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в частности с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Данная коморбидность негативно влияет на течение БА и способствует развитию оксидантного стресса. Одним из препаратов, обладающих антиоксидантными свойствами является препарат Тиотриазолин (Тн). Способностью выводить токсические вещества из организма человека обладает препарат Атоксил (Ат). Однако, возможность использования данных препаратов для снижения оксидантного стресса у больных БА в сочетании с ХНХ изучены недостаточно.

**Цель работы.** Изучить влияние лечения с применением Тн и Ат на уровень метаболитов оксида азота (NOx) у больных БА в сочетании с ХНХ.

**Материалы и методы исследования.** Обследован 61 больной БА среднетяжелого течения в возрасте от 20 до 64 лет. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы – основную и сравнения. Все больные БА получали базисное лечение. Пациенты основной группы дополнительно получали Тн в дозе 2,0 мл 2,5% раствора внутримышечно 2 раза в сутки на протяжении 10 дней, и Ат по 1 чайной ложке 3 раза в сутки. Уровень NOx в сыворотке крови определялся по методике Gress L.C. et al. (1982).

**Результаты и обсуждение.** У больных обеих групп в начале лечения показатель NOx, превышал таковой у здоровых лиц в 3,3 раза. После терапии базисными средствами концентрация NOx в сыворотке крови больных группы сравнения достоверно снижалась, не достигая уровня здоровых лиц. Показатель NOx у пациентов основной группы после комплексного лечения снижался, достигая уровня показателей здоровых лиц.

Таким образом, у больных БА при сочетании с ХНХ отмечались существенное повышение содержания NOx в сыворотке крови, которое не устранялось назначением только базисных средств. Комплексное лечение способствовало восстановлению показателей NOx.

## ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

**Шакурова Д.З., Маннанова Л.И.,  
Гизатуллина Э.Д., Шакирова Г.Р.**  
Казанский государственный  
медицинский университет,  
Казань

**Цель.** Анализ больных муковисцидозом, находящихся под наблюдением в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 39 больных старше 18 лет с диагнозом муковисцидоз, состоящих под наблюдением в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ. Для статистической обработки использована программа SPSS23.

**Результаты.** Диагноз установлен на основании положительной потовой пробы (потовая проба была проведена всем пациентам) и/или генетического исследования. Мужчин было – 54%, женщин – 46%. Средний возраст пациентов составил 26,7±1,0 лет (от 18 до 39 лет).

Возраст установления диагноза: до года 36%, до 10 лет 41%, до 18 лет 18%, старше 18 лет 5%. Структура сопутствующей патологии: бронхоэктазы – 100%, хроническая панкреатическая недостаточность – 71,8%, белково-энергетическая недостаточность – 30,8%, синусит – 64,1%, сахарный диабет – 7,7%, бронхиальная астма – 12,8%, гастростома – 1 пациент (2,6%), потребность в кислородной поддержке – 4 пациента (10,3%).

Среднее значение потовой пробы 97,8±3,1 ммоль/л.

Генетический анализ проведен в 91,7% случаев. Частота генетических вариантов гена CFTR: F508del – 75%, 3849+10kbc->T – 22,2%, E92k – 13,9%, CFTRdele2,3 – 8,3%.

По данным бактериологического исследования у больных муковисцидозом выделены: *Ps.aeruginosa* – 72%, *St.aureus* – 35,9%, *Achromobacter xylosoxidans* – 12,8%, виды *Acinetobacter* – 2,6%, *Aspergillus fumigatus* – 2,6%, *Burkholderia cepacia* – 2,6%.

По данным спирометрии: ФЖЕЛ < 80% от д.в. выявлена у 72,7% пациентов, ОФВ1 <80% от д.в. – у 78,8% пациентов.

**Выводы.** Среди больных муковисцидозом старше 18 лет, состоящих под наблюдением в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ мутация F508del встречается наиболее часто,

отмечена большая частота инфицирования *P.aeruginosa* среди взрослых пациентов с муковисцидозом. У большинства пациентов имеет место снижение респираторной функции (в 78,8% случаев)

## ТЕЛЕМЕДИЦИНА – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шамсудинов Р.Ш.<sup>1</sup>, Макарова Е.А.<sup>2</sup>,  
Морозова Е.В.<sup>1</sup>, Панюхина Ю.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Самарская городская больница №6,

<sup>2</sup>Самарская городская поликлиника №15,  
Самара

**Введение.** В настоящее время медицинские организации Самарской области активно используют единую медицинскую информационно-аналитическую систему, в том числе для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Несмотря на это, организация на новых территориях РФ дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций (ТМК) в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований является новым направлением деятельности ГБУЗ СО «СГБ №6». На основе принципов дружбы, сотрудничества и взаимной помощи Самарская область осуществляет «шефство» над городом Снежным Донецкой Народной Республики, в том числе содействует развитию регионального здравоохранения.

**Цель работы.** Организация процесса оказания медицинской помощи в дистанционном формате по принципу «врач-врач» с новым регионом России – г. Снежное ДНР.

**Материал и методы.** Проведена оценка дистанционного взаимодействия в качестве консультирующей медицинской организации ГБУЗ СО «СГБ №6» путем формирования показателей для статистического наблюдения. За основу брался количественный показатель проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований по итогу которых, лечащим врачом проведена госпитализация пациента, осуществлен перевод пациента в другую медицинскую организацию или изменена тактика ведения пациента на амбулаторном этапе.

**Результаты.** С целью получения экспертного мнения особое внимание уделялось организации работы по двойному чтению компьютерных томограмм, а также помощи в интерпретации результатов исследований (компьютерной томографии). В 2022

году выполнено 256 ТМК, из которых преобладали телемедицинские консультации по заболеваниям опорно-двигательного аппарата (36%), органов брюшной полости (24%) и органов грудной клетки (22%), а также консультации пациентов эндокринологического профиля (8%). После проведенной телемедицинской консультации медицинские работники ГБУЗ СО «СГБ №6» оформляли заключение врача-консультанта с обязательным отражением в протоколе телемедицинской консультации и доведением протокола до лечащего врача в городе Снежном. Из 256 пациентов, которым проведены консультации с применением телемедицинских технологий, 32 пациента госпитализированы, 3 пациента переведены в другую медицинскую организацию, 184 пациентам изменена тактика ведения пациента на амбулаторном этапе. По инициативе ГБУЗ СО «СГБ №6» по итогам работы за 2022 год с медицинскими работниками новой территории РФ проведена конференция посредством телеконференции-связи с разбором сложных клинических случаев, спорных или сомнительных результатов исследований.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о необходимости и востребованности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций в новом регионе России. Благодаря развитию этого перспективного направления взаимодействия медицинских работников между собой реализуются права граждан в получении медицинской помощи должного объема и надлежащего качества в условиях оптимального использования кадровых ресурсов и материально-технического оснащения.

## ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОДЫШКОЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Шестерина Ю.Б., Черкащенко С.О.

Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Определить нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пациентов, предъявляющих жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке в постковидном периоде, с использованием биомаркера – NT-proBNP, а также трансторакальной эхокардиографии и спирометрии.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 64 (100%) пациента спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 в нетяжелой форме. Все обследуемые были поделены на две группы. Первая группа включала 30 человек (46,9%), которые спустя



3 месяца не предъявляли жалоб, а вторая группа – 34 пациента (53,1%), которые предъявляли жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке в постковидном периоде (спустя 13 недель после выздоровления). Средний возраст между группами обследуемых статистически значимо не отличался и составил в первой группе – 59,5 лет [48; 69] против 62,5 лет [55; 75] во второй группе ( $p=0,167$ ). У всех пациентов определяли уровень NT-proBNP, проводили трансторакальную эхокардиографию с последующим измерением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по методу Симпсона и общей продольной деформации ЛЖ (GLS), а также спирометрию для оценки форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ. Критерием исключения были пациенты с известными заболеваниями дыхательной системы, а также с сердечной недостаточностью III-IV ФК. Анализ данных проводился с использованием стандартной описательной статистики. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее значение,  $SD$  – среднеквадратичное отклонение. Для оценки достоверности различий между показателями использован  $t$ -критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с симптомами спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 имели более высокие уровни NT-proBNP по сравнению с пациентами без симптомов ( $140,4 \pm 32,1$  против  $75,7 \pm 16,8$  соответственно;  $p < 0,001$ ). Также у симптомных пациентов ФВ ЛЖ составила  $59,4 \pm 5,2\%$  против  $64,2 \pm 4,5\%$  у бессимптомных лиц, что соответствовало норме в обеих когортах, однако разница между группами оказалась статистически значимой ( $p = 0,0001$ ). А вот GLS во второй группе оказалась ниже как нормальных значений, так и по сравнению с показателями среди лиц первой группы, не предъявляющих жалоб ( $18,6 \pm 3,4\%$  против  $19,9 \pm 2,6\%$  соответственно,  $p < 0,001$ ). При том отмечалось снижение ФЖЕЛ у симптомных лиц –  $2,9 \pm 0,8$  л против  $3,6 \pm 0,9$  л у бессимптомных ( $p = 0,0025$ ). Тогда как показатели ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ не отличались между группами: ОФВ1 в первой группе составил  $3,0 \pm 1,3$  л против  $2,7 \pm 1,1$  л второй группы ( $p = 0,32$ ), ОФВ1/ФЖЕЛ составил  $85 \pm 13\%$  против  $81 \pm 10\%$  соответственно ( $p = 0,17$ ).

**Выводы.** Таким образом, у лиц, предъявляющих жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 в нетяжелой форме, отмечается снижение показателей, отражающих систолическую функцию ЛЖ, а также имеется тенденция к развитию сердечной недостаточности. При этом нарушение легочной вентиляции, регистрирующееся у симптомных лиц, вероятно, происходит по рестриктивному типу, однако для окончательного вердикта необходимо дальнейшее обследование дыхательной системы.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Шаповалова А.Б., Титова Д.О.

Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Изучить особенности некоторых показателей сердечно-сосудистого риска у мужчин среднего возраста (ВОЗ), с метаболическим синдромом (МС) при впервые выявленном сахарном диабете (СД), госпитализированных впервые в жизни по неотложным показаниям.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 16 мужчин в возрасте от 43 до 53 лет (ср. возраст  $49,06 \pm 0,64$  лет). Все мужчины были госпитализированы в терапевтическое отделение многопрофильного стационара Санкт-Петербурга впервые в жизни по неотложным показаниям (впервые выявленный СД 2 типа, гипертонический криз). Все больные при поступлении были обследованы: объективный осмотр, антропометрия, комплексное лабораторно-инструментальное обследование. Полученные данные проанализированы и обработаны с применением методов вариационной статистики в программе «Statistica 10».

**Результаты и обсуждение.** Все обследуемые имели избыточную массу тела (ср. индекс массы тела ИМТ –  $33,4 \pm 0,42$  кг/м кв.), из них 2 чел. имели повышенное питание, 10 чел. – ожирение (Ож) 1 ст., 3 чел. – Ож 2 ст., 1 чел. – Ож 3 ст. (ВОЗ). Средний показатель окружности талии (ОТ) –  $113,8 \pm 1,44$  см, во всех случаях ОТ была более 100 см, у 9 больных (56%) превышала 110 см. У большинства больных (68,7%) выявлены повышенные уровни АД (ср. САД –  $146 \pm 4,49$ , ср. ДАД –  $92,53 \pm 2,03$  мм рт.ст.), при этом в трети случаев зафиксированы уровни АД, соответствующие 3 ст. артериальной гипертензии (АГ). Во всех случаях при поступлении отмечены высокие уровни гликемии (ср. показатель глюкозы плазмы –  $16,22 \pm 0,71$  ммоль/л). Уровень общего холестерина составил в среднем  $5,8 \pm 0,13$  ммоль/л, ЛПНП –  $3,7 \pm 0,13$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,08 \pm 0,03$  ммоль/л, триглицериды –  $3,28 \pm 0,27$ , коэффициент атерогенности –  $5,02 \pm 0,16$ , что указывает на выраженную дислипидемию. 50% обследуемых имели поздние осложнения СД (диабетическая ретинопатия, нефропатия, полинейропатия, аниопатия нижних конечностей). Почти в 40% случаев подтвержден стеатогепатоз. Более половины обследуемых оказались курильщиками (56,25%), треть больных часто употребляет алкоголь. При оценке сердечно-сосудистого риска (ESC, EASD, 2019) у всех впервые госпитализированных подтвержден очень высокий риск (риск фатального исхода в течение 10 лет более 10%).

**Выводы.** С учетом общеизвестного факта средней длительности течения СД 2 типа на момент манифестации около 5-7 лет диагностика СД 2 типа у мужчин трудоспособного возраста является поздней. К моменту выявления заболевания отмечается прогрессирующее течение всех компонентов МС и наличие поздних осложнений СД, что приводит к формированию очень высокого сердечно-сосудистого риска уже при первичном стационарном обследовании, которое в большинстве случаев соответствует первичному обращению за квалифицированной медицинской помощью. Таким образом, проблема имеет острое социальное значение, что требует разработки эффективных мер по ранней профилактике сердечно-сосудистого риска у мужчин с МС молодого и среднего возраста.

## БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ЕГО СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Шапорева К.Р.<sup>1</sup>, Гараева А.Р.<sup>1</sup>, Абдракипов Р.З.<sup>2</sup>,  
Габдуллина З.Н.<sup>2</sup>, Заманова Э.С.<sup>2</sup>,  
Сухорукова Е.В.<sup>2</sup>, Лапшина С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный  
медицинский университет,

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница,  
Казань

Современный взгляд на проблему болевого синдрома (БС) предполагает, что хроническая боль при ревматоидном артрите (РА) имеет полимодальную природу. Среди пациентов с РА до 90% считают контроль боли одним из главных приоритетов в результатах лечения их болезни.

**Цель исследования.** Оценить особенности болевого синдрома у пациентов с РА и их взаимосвязь с клиническими характеристиками.

**Материалы и методы.** Обследовано 58 пациентов с верифицированным РА, из них 10,3% – мужчин, 89,7% – женщин. Средний возраст 56 [48,5; 64,0] лет. Активность заболевания оценивалась по шкале DAS28, в среднем составила 4,66±1,55, медиана 5,0 [3,43; 5,8]. Распределение по функциональной недостаточности (ФН) было следующим: 3,6% – 4 степени, 24,1% – 3 степени, 48,2% – 2 степени, 24,1% – 1 степени. Средняя длительность заболевания 189,31±127,9, медиана 168 [114; 240] месяцев. Для оценки многокомпонентности хронического болевого синдрома использовались: опросник по нейропатической боли (НБ) – Pain Detect (PD), шкала Central Sensitization Inventory (CSI) для оценки связи БС с центральной сенситизацией (ЦС), опросник EQ-5D для оценки качества жизни. Полученные данные обрабатывались с помощью программы

IBM SPSS Statistic 23.0. Статистическое изучение связи между показателями проводилось с помощью непараметрического метода – коэффициента ранговой корреляции Спирмена, различия показателей считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Явные признаки ЦС определялись у 62,1% пациентов. При этом признаки НБ (вероятные: 13-18 баллов, определенные:  $\geq 18$  баллов) были отмечены у 20,6% и 58,6% соответственно. У 55,2% пациентов отмечено сочетание НБ и ЦС. Умеренную и высокую активность заболевания по DAS28 имели 93,3% пациентов с сочетанием НБ и ЦС. Средняя длительность заболевания при сочетании НБ и ЦС составила 184,75±126,02, медиана 162 [120; 240]. В исследованной группе пациентов выявлена прямая корреляционная связь индекса PD с активностью заболевания по DAS28 ( $r_{\text{СП}}=0,431$ ;  $p=0,019$ ), с числом сопутствующих заболеваний ( $r_{\text{СП}}=0,381$ ;  $p=0,038$ ), с интенсивностью боли по ВАШ ( $r_{\text{СП}}=0,519$ ;  $p=0,004$ ), числом припухших суставов ( $r_{\text{СП}}=0,449$ ,  $p=0,015$ ). Шкала CSI имела прямую умеренную корреляционную связь с числом сопутствующих заболеваний ( $r_{\text{СП}}=0,370$ ;  $p=0,048$ ), с уровнем систолического артериального давления ( $r_{\text{СП}}=0,402$ ;  $p=0,031$ ), слабую корреляционную связь с ИМТ ( $r_{\text{СП}}=0,278$ ,  $p=0,034$ ) и уровнем гемоглобина ( $r_{\text{СП}}=0,279$ ,  $p=0,034$ ), обратную умеренную корреляционную связь с индексом EQ-5D ( $r_{\text{СП}}=-0,436$ ;  $p=0,018$ ). Также выявлена обратная умеренная корреляционная связь индекса EQ-5D с лабораторными показателями иммунного ответа и воспаления – циркулирующими иммунными комплексами ( $r_{\text{СП}}=-0,385$ ;  $p=0,039$ ), СОЭ и СРБ ( $r_{\text{СП}}=-0,493$ ;  $p=0,007$ ), с числом болезненных суставов ( $r_{\text{СП}}=-0,502$ ,  $p=0,006$ ), недельной дозой НПВП в процентах ( $r_{\text{СП}}=-0,429$ ,  $p=0,029$ ). Недельная доза НПВП достоверно зависела от DAS28 ( $r_{\text{СП}}=0,528$ ,  $p=0,006$ ). Все пациенты имели сопутствующую патологию: артериальная гипертензия (АГ) – 62,1%, анемия – 51,7%, остеопороз – 58,6% пациентов. В среднем число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 5 [2,5;6]. При этом уровень гемоглобина имел обратную умеренную корреляционную связь с DAS28 ( $r_{\text{СП}}=-0,430$ ,  $p=0,02$ ), маркерами воспаления СОЭ ( $r_{\text{СП}}=-0,624$ ,  $p=0,007$ ) и СРБ ( $r_{\text{СП}}=-0,568$ ,  $p=0,001$ ), прямую умеренную корреляционную связь с уровнем систолического артериального давления ( $r_{\text{СП}}=0,374$ ,  $p=0,046$ ). Наличие остеопороза напрямую коррелировало с более высокими показателями НБ и ЦС, по сравнению с пациентами без остеопороза. У пациентов с серопозитивным РА НБ носила более выраженный характер, чем у пациентов с серонегативным РА.

**Выводы.** У большинства пациентов (86,2%) с РА хронический болевой синдром носит многокомпонентный характер, наряду с воспалительным компонентом боли у пациентов отмечалась НБ и боль, связанная с ЦС. Пациенты с НБ и ЦС ожидаемо имели более высокую интенсивность болевого синдрома по ВАШ и низкое качество жизни по опроснику EQ-5D. Выраженность НБ и ЦС напрямую коррелирует с числом сопутствующих заболеваний, активностью, длительностью заболевания,

позитивностью по ревматоидному фактору. Длительно существующий иммуновоспалительный процесс приводит к хронизации боли, нарастанию ее интенсивности и появлению элементов ноцицептивной дисфункции. В связи с этим, пациентам с РА необходим дифференцированный подход к диагностике БС и аналгетической терапии.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА

Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Определить возможность оптимизации ингаляционной терапии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) к моменту выписки из стационара на основе пикового инспираторного потока (ПИП).

**Материалы и методы.** Обследовано 76 человек. 1 группа – 32 пациента с обострением ХОБЛ, 18 из них были повторно обследованы на 10-ые сутки пребывания в стационаре перед выпиской. Через 3 месяца был проведен телефонный опрос для выяснения эффективности терапии. Группа 2 – 15 пациентов со стабильной ХОБЛ. Контроль составили 29 здоровых лиц. Все пациенты с ХОБЛ были мужского пола, сопоставимы по возрасту, ИМТ, стажу курения. Исследование ПИП проводилось с помощью прибора In-Check DIALTM G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания). Оценивался ПИП с имитацией сопротивления ингалятора на вдохе. Панель прибора учитывала ДАИ и Респимат (R0, без сопротивления) и 5 уровней сопротивления ПИ: R1 – низкое (Бризхалер, Аэролайзер), R2 – средне-низкое (Эллипта), R3 – среднее (Турбухалер), R4 – средне-высокое (Некстхалер), R5 – высокое (Хандихалер). Оптимальными значениями ПИП (оПИП) считались ПИП при R0 > 90 л/мин, R1-R4 > 60 л/мин, R5 > 30 л/мин. Меньшие значения расценивались как субоптимальные (сПИП). Спирометрия выполнялась на спирографе «Flowscreen II» фирмы «Jaeger» с оценкой общепринятых показателей. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Значимые различия между группами с учетом принципа Бонферрони соответствовали  $p < 0,005$ .

**Результаты и обсуждение.** При исследовании ПИП с помощью прибора In-Check DIALTM G16 у па-

циентов с обострением ХОБЛ при поступлении в стационар выявлено: 1) значимое снижение ПИП [(при R1 – 80 (70; 90); R2 – 68 (55; 80); R3 – 57 (45; 65); R4 – 52 (40; 55); R5 – 40 (30; 45) л/мин)] в сравнении с контролем и стабильной ХОБЛ; 2) сПИП в 6-75% случаев в зависимости от особенностей ингаляционного устройства. Значительная доля пациентов не могла создать необходимое инспираторное усилие при использовании Эллипты (R2 – 47% случаев), Турбухалера (R3 – 63%), Некстхалера (R4 – 75%) и Хандихалера (R5 – 31%). Повторное обследование 18 пациентов показало, что ограничение ПИП сохранялось у половины больных к моменту выписки из стационара в реальной клинической практике. Все пациенты в течение 3-х месяцев продолжали получать тройную терапию. 8 из них с оПИП ингалировали препараты в одной форме доставки (Респимат, ДАИ, Бризхалер) и не имели обострений. 10 пациентов с сПИП, которые не могли развить достаточного усилия для полноценной ингаляции препарата в назначенных (часто различных) средствах доставки, имели обострения за время наблюдения.

**Заключение.** При обострении ХОБЛ ограничение ПИП, определяемое при использовании прибора прибора In Check Dial G16, было выявлено в 6-75% случаев в зависимости от особенностей ингаляционного устройства, что обосновывает использование в этот период заболевания всеми пациентами небулайзерной техники, ДАИ, Респимата и ограниченное использование Бризхалера. Выявленное ограничение ПИП было относительно стабильным к моменту выписки пациентов из стационара и касалось использования Турбухалера, Некстхалера и Хандихалера. Оптимизация ингаляционной терапии при выписке пациентов с обострением ХОБЛ из стационара может включать: 1) выбор оптимального ингалятора с учетом непосредственного определения ПИП; 2) предпочтительное использование одного типа ингалятора, не зависящего от инспираторного усилия пациентов; 3) обучение пациентов ХОБЛ правильной технике ингаляции. Наблюдение за больными после выписки подтвердило, что соблюдение этих принципов способствует снижению риска обострений ХОБЛ в дальнейшем.

## ЗНАЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИСПИРАТОРНОГО ПОТОКА ДЛЯ ВЫБОРА ИНГАЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д.  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Определить значение пикового инспираторного потока (ПИП) для выбора оптимального ингалятора у пациентов с бронхиальной астмой (БА).



**Материалы и методы.** Обследовано 22 пациента с полным или частичным контролем и 12 – с обострением БА; 15 пациентов со стабильной и 32 с обострением ХОБЛ; 29 здоровых лиц для сравнения. Среди пациентов БА было 18 женщин, остальные мужчины. Исследование ПИП проводилось с помощью прибора In-Check DIALTM G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания). Оценивался ПИП с имитацией сопротивления ингалятора на вдохе. Панель прибора учитывала ДАИ и Респимат (R0, без сопротивления) и 5 уровней сопротивления ПИ на вдохе: R1 – низкое (Бризхалер, Аэролайзер), R2 – средне-низкое (Эллипта), R3 – среднее (Турбухалер), R4 – средне-высокое (Некстхалер), R5 – высокое (Хандихалер). Оптимальными значениями ПИП (сПИП) считались ПИП при  $R0 > 90$  л/мин,  $R1-R4 > 60$  л/мин,  $R5 > 30$  л/мин; меньшие значения – субоптимальными (сПИП). Спирометрия выполнялась на спирографе «Flowscreen II» фирмы «Jaeger» с оценкой общепринятых показателей. Исследование на аппарате Метатест (ПО «Медаппаратура», Украина) позволило уточнить значение пиковой скорости вдоха (ПСвд) без учета используемого ингалятора во время проведения стандартного бронходилатационного теста (сБДТ). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Значимые различия между группами с учетом принципа Бонферрони соответствовали  $p < 0,005$ .

**Результаты и обсуждение.** При исследовании ПИП с помощью прибора In-Check DIALTM G16 у пациентов с БА вне обострения отмечено значимое снижение ПИП в сравнении с контролем при использовании ПИ: R1 – 110 (90-12); R2 – 85 (80-95); R3 – 72,5 (60-80); R4 – 67,5 (40-80); R5 – 57,5 (40-66) л/мин ( $p < 0,001$ ). Значимых различий ПИП с ХОБЛ не отмечено. После сБДТ у пациентов с БА выявлено увеличение значений ПСвд, при этом параллельно увеличивались показатели ПИП при R0, R1, R3. сПИП определялся в зависимости от особенностей ингаляционного устройства: в 4,6 (Аэролайзер), 18,2 (Эллипта), 21,8 (Турбухалер), 40,9% (Некстхалер) случаев. Значения были незначимо выше, чем при ХОБЛ. При этом важно отметить, что 1/3 пациентов вне обострения БА не могла создать необходимое инспираторное усилие при использовании самого распространенного препарата и ингалятора при БА – будесонид/формотерол Турбухалер. Обострение БА проявлялось нарастанием ограничения ПИП; сПИП составил при R1 – 25, R2 – 58, R3 и R4 – 67, R5 – 42% случаев. Этот факт может объяснять увеличивающуюся потребность пациентов с обострением БА в объеме формотерола/будесонида Турбухалера в процессе проведения SMART – терапии при обострении заболевания. Основываясь на рекомендациях зарубежных и отечественных авторов (Архипов В.В., Авдеев С.Н. и др.), мы опробовали несколько вариантов оптимизации ингаляционной терапии при начале обострения БА: 1. у 3-х пациентов при легком обострении БА – замена того же препарата будесонид/формотерол Турбухалер со средним сопротивлением на ингалятор без сопротивле-

ния – Рапихалер с возвратом к исходной схеме лечения при стабилизации состояния пациента; 2. у 4 пациентов – смена Турбухалера на спиромакс дуоресп, ингаляция которого не зависит от уровня ПИП; при этом пациенты сразу отмечали облегчение дыхания при использовании этой формы доставки лекарства; 3. у 5 пациентов – ранний перевод пациента на небулайзерную терапию с принудительным потоком лекарственного препарата с использованием коротко действующих  $\beta$ -2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов. Все варианты терапии хорошо переносились пациентами и сопровождалась положительным эффектом.

**Заключение.** Непосредственное определение ПИП с помощью прибора In-Check DIALTM G16 Clement Clarke International Limited показало, что пациенты вне обострения БА имели ограничение ПИП в 6,4 – 40,9%, при обострении БА в 25-67% случаев (в том числе в 67% при использовании турбухалера). Выбор или смена ингалятора с учетом ПИП является важным условием полноценной ингаляционной терапии в различные периоды БА.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ И ЕГО ДЕЙСТВИЕ НА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

**Шатохина Я.П.**

Луганский государственный медицинский  
университет имени Святого Луки,  
Луганск

В последнее время у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) нередко наблюдается длительное течение, с частыми обострениями и недостаточной эффективностью общепринятого лечения, что связывают с наличием у таких больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Известно, что в патогенезе заболеваний гепатобилиарного тракта и гастроэзофагеальной зоны, кроме непосредственно влияния этиологических факторов и разветвления их механизмов в развитии болезни, лежат общепатологические процессы перекисидации клеток. В этой связи представляют интерес препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДКХ), L-аргинина – L-глутамат (Глутаргин, ГА) и антиоксидант кверцетин, рекомендованные к использованию при обострении ХНХ, сочетанным ГЭРБ, но в практической медицине назначаемые редко.

**Цель исследования.** Оценка эффективности лечения комбинацией гепатопротекторных препаратов и антиоксиданта в составе стандартной фармакотерапии больных ХНХ, сочетанным с ГЭРБ, а также влияние предлагаемой схемы лечения на клинико-биохимические показатели.

**Материалы и методы.** Из 173 больных с подтвержденным диагнозом ХНХ у 134 пациентов было выявлено сопутствующее заболевание ГЭРБ в возрасте 19-36 лет, которые являлись иностранными студентами ЛГМУ и временно проживали на территории г. Луганска. Это были представители стран Африки – 120 человек (69,4%) и стран Азии – 53 человек (30,6%). Студенты были разделены на группы, рандомизированные по возрасту, полу, расовой принадлежности, длительности заболевания и лечению: основную (68 лиц), сопоставления (66 пациентов) и контрольную (39 лиц). Больным, которые получали общепринятое лечение, в основной группе дополнительно был назначен комплекс лечебных препаратов: ГА по 0,75 г 3 раза в день в течение двух недель, затем по 0,5 г 3 раза в день в день; УДХК таблетки по 500 мг на ночь в течение 30-40 дней; кверцетин по 2 г 2-3 раза в день за 30 минут до приема пищи в течение 30-40 дней.

**Результаты и обсуждение.** Под влиянием лечения, которое включало дополнительное введение комбинации препаратов ГА, УДХК и кверцетина, сокращалась продолжительность сохранения общей слабости в отношении группы сопоставления, в среднем на  $13,6 \pm 1,2$  дней ( $p < 0,01$ ), периода ощутимого снижения физической и умственной работоспособности – на  $14,2 \pm 1,6$  ( $p < 0,05$ ) дней, существенных нарушений сна – на  $8,4 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ) дней, головной боли – на  $10,7 \pm 0,9$  ( $p < 0,05$ ) дней, ломоты во всем теле – на  $8,4 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ) и диффузной боли в мышцах – на  $9,1 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ) дней, что свидетельствовало о скорейшей ликвидации признаков токсикоза и эмоциональной нестабильности. Также в основной группе больных ускорялись относительно группы сопоставления сроки нормализации аппетита – в среднем на  $10,9 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ) дней, исчезновение горечи или металлического вкуса во рту – на  $6,5 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ) дней, тяжести в правом подреберье – на  $6,5 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ) дней. Зуд кожи уже на вторые – третьи сутки от начала лечения, тогда как в группе сопоставления он сохранялся в течение 7-10 дней. Также в основной группе больных существенно сокращались продолжительность сохранения субиктеричности склер, в среднем на  $5,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ) дней, гепатомегалии на  $10,4 \pm 0,8$  дней ( $p < 0,01$ ), ускорилось исчезновение чувствительности печеночного края при пальпации на  $4,4 \pm 0,25$  ( $p < 0,05$ ) дней и обложенности языка грязно-белым или желтоватым налетом на  $8,1 \pm 0,8$  дней ( $p < 0,01$ ).

Повторное обследование больных на 16-18 сутки лечения, позволило установить, что в основной группе отмечалась нормализация биохимических показателей, тогда как в группе сопоставления большинство показателей существенно отличались от нормы, а также от показателей основной группы.

Таким образом, включение комбинации препаратов ГА, УДХК и кверцетина в программу лечения

ХНХ на фоне ГЭРБ в большинстве случаев (у 62 из 68 больных, то есть в 91,2%) способствовало достижению стойкой полноценной клинико-биохимической ремиссии ХНХ и исчезновению симптоматики ГЭРБ. При лечении только с помощью общепринятых средств (группа сопоставления) клинико-биохимическая ремиссия была достигнута у 40 (60,6%) больных, то есть в 1,5 раза реже, чем в основной группе ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Повторное обследование после завершения курса лечения в амбулаторных условиях позволило установить, что в основной группе больных (которая дополнительно получала комбинацию препаратов аминокислот, гепатопротектора (УДХК) и антиоксиданта кверцетина), в большинстве случаев – у 62 больных (91,2%) достигнута устойчивая клиническая ремиссия, у 4 (5,9%) – значительное улучшение состояния здоровья, однако у 2 (2,9%) оставался умеренно выраженный астенический синдром. В группе сопоставления стойкая клиническая ремиссия была достигнута у 40 больных (60,6%), улучшение состояния здоровья с сохранением умеренно выраженного астенического синдрома – у 17 (25,8%) и у 9 пациентов (13,6%) не наблюдалось положительной динамики.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГНУТЫХ ПОВТОРНОМУ АНГИОГРАФИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Шахбазян А.В., Леонова И.А., Бажанова В.В.,  
Нурмаханбетова А.Ж.

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

Атеросклероз коронарных артерий – хроническое прогрессирующее заболевание, темпы его прогрессирования зависят от совокупности различных факторов. В настоящее время исследованы причины ранних и поздних тромбозов стентов, ре-стенозов в стенте, однако, вопросы, связанные с прогрессированием непосредственно атеросклеротического процесса в коронарных артериях, изучены недостаточно.

**Цель исследования.** Оценить характер и особенности особенности прогрессирования коронарного атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергнутых повторному ангиографическому исследованию

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 210 историй болезни пациен-

тов с острыми и хроническими формами ИБС, госпитализированных за 2020-2021 гг., которым коронарография производилась повторно в клинике СЗГМУ им. И. И. Мечникова. С учетом ангиографических изменений сформированы следующие группы: 1 – доказанное ангиографически прогрессирование КА: увеличение выражений имевшегося ранее гемодинамически незначимости стеноза до 50% и более; формирование «нового» стеноза более 50% в ранее интактном участке; 2 – критерии прогрессирования в сочетании с рестенозом в стенке; 3 – изолированный ре-стеноз в стенке/шунте. Включены пациенты, которым проводилась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда и аортокоронарное шунтирование.

**Результаты исследования.** Пациенты преимущественно мужского пола, 114 человек (54,3%). Средний возраст составил 64,6 лет ( $\pm 7,4$ ), возрастной диапазон от 38 до 90 лет.

Интервал между первичным и повторным ангиографическим исследованием составил от 3 месяцев до 15 лет, медиана – 4,1 года.

При сравнении динамики морфологических изменений коронарных артерий к первой группе отнесены 33,8% случаев, ко второй – 18,6%, к третьей – 47,6%.

Поводом для выполнения повторной КАГ в 47,6% случаев послужил острый коронарный синдром с последующим одномоментным стентированием, в 52,4% – рецидив клиники стенокардии. Данные КАГ сопоставлялись с данными нагрузочного тестирования и результатами оценки фракционного резерва кровотока (в 3,8% случаев).

Частота раннего прогрессирования в отобранных группах (до 12 мес.) составила 9,2%, 23,7%, 27,6% соответственно. Частота позднего (более 12 мес.) прогрессирования в первой группе – 90,2% случаев, второй – 74,2%, третьей – 68,2%.

**Выводы.** При сравнении морфологической динамики по данным повторного ангиографического исследования преобладали пациенты с ре-стенозами в стенке и коронарном шунте в отдаленном периоде.

## ХРОНОМЕДИЦИНСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С БРАДИЭНТЕРИЕЙ

Шемеровский К.А.<sup>1</sup>, Селиверстов П.В.<sup>2</sup>,  
Кантемирова Р.К.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

<sup>3</sup>Федеральный научный центр  
реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта,  
Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Представить новый подход к терапии пациентов, страдающих синдромом брадиэн-

терии, на основе хрономедицинского понимания циркадианного биоритма функционирования эвакуаторной активности кишечника. Материалы и методы исследования. Обследовано более 2500 человек, в возрасте 24-75 лет (66% женщин). Также пролечено 90 пациентов молодого (около 25 лет), среднего (около 35 лет) и пожилого (около 70 лет) возраста, страдавших синдромом брадиэнтерии и получавших немедикаментозную терапию с помощью гидрокарбонатно-натриевой минеральной воды по 300 мл утром, днем и вечером в течение 7 дней одной недели. Выделяли три стадии синдрома брадиэнтерии: I – легкая (при частоте стула 5-6 раз/неделю), II – умеренная (3-4 раза/нд), III – тяжелая (1-2 раза/нд). Оценивали эффективность терапии по степени восстановления циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

**Результаты.** Исследование 2501 человека показало, что регулярный (ежедневный) ритм эвакуаторной функции кишечника (Эуэнтерия) был характерен для 56% из них, а нерегулярная частота (1-6 раз/нд) этого ритма (Брадиэнтерия) была диагностирована у 44% обследованных лиц. Легкая стадия синдрома брадиэнтерии выявлена у 61% пациентов, умеренная стадия – у 30% пациентов и тяжелая – у 9% обследованных больных. Эффективность гидратационной терапии с помощью приема почти 1 литра минеральной воды в течение 7 дней одной недели у пациентов молодого возраста, страдавших преимущественно легкой и умеренной стадией синдрома брадиэнтерии, составила 67%. Одна из пациенток молодого возраста сообщила, что через неделю после дополнительного приема минеральной воды ее масса тела уменьшилась на 1,5 кг, что сопровождалось уменьшением окружности ее талии.

Эффективность терапии с помощью минеральной воды пациентов среднего возраста, страдавших, главным образом, умеренной стадией синдрома брадиэнтерии, составила 47%. Эффективность гидратационной терапии минеральной водой у пациентов пожилого возраста, страдавших преимущественно умеренной и тяжелой стадией брадиэнтерии, составила 20%. Выявлен один побочный эффект в виде ночного недержания мочи у пациента в возрасте старше 70 лет. Высокий уровень эффективности у молодых пациентов, по-видимому, был связан с тем, что эти пациенты были осведомлены о необходимости соблюдения двух циркадианнных ритмов. Околосуточный ритм мозга им было рекомендовано соблюдать в виде своевременного (до 24:00) отхода ко сну, а околосуточный ритм кишечника – было рекомендовано соблюдать в виде облигатного своевременного (утреннего) акта дефекации. Пониженный уровень эффективности терапии с помощью минеральной воды у пациентов пожилого возраста, по-видимому, обусловлен более длительным периодом страдания синдромом брадиэнтерии. Большинство пациентов пожилого возраста предпочли продолжить прием минеральной воды, почувствовав приятный вкус этой воды и ее эффективность в виде перехода от брадиэнтерии к эуэнтерии.



**Выводы.** Эффективность терапии пациентов, страдающих брадиэнтерией, с помощью минеральной воды у молодых лиц составила 67%, у лиц среднего возраста 47%, у пожилых пациентов – 20%. Высокой эффективности терапии пациентов с брадиэнтерией минеральной водой способствовало соблюдение циркадианных ритмов мозга (засыпание до 24:00) и кишечника (своевременный – утренний – ритм дефекации).

## ЦИРКАДИАНЫЙ ДЕСИНХРОНОЗ МОЗГА И КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ МЕДИКОВ

Шемеровский К.А.<sup>1</sup>, Селиверстов П.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Проблема значимости десинхроноза для профилактики внутренних болезней является одной из ключевых проблем современной медицины, что обусловлено высокой встречаемостью нарушений режима сна и режима циркадианного ритма кишечника. Однако парциальный вклад этих нарушений в десинхроноз моторики кишечника остается мало исследованным.

**Цель исследования.** Сравнительное исследование парциального вклада нарушений двух циркадианных ритмов: режима «Сон-бодрствование» и режима «Питание-элиминация» в повышение риска возникновения синдрома Брадиэнтерии. Решались две задачи: сравнить время отхода ко сну (до или после полуночи) и сравнить наличие и отсутствие утренней акрофазы ритма кишечника у лиц с регулярным и нерегулярным ритмом дефекации (для оценки риска возникновения синдрома Брадиэнтерии).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 118 студентов-медиков в возрасте 20±2 года, 75% женщин. Использовали анкетированный метод «Хроноэнтерографии», позволяющий определять частоту и акрофазу циркадианного ритма кишечника, а также своевременность отхода ко сну. Выделяли три стадии синдрома Брадиэнтерии: 1 – Легкая – при частоте стула 5-6 раз/неделю, 2 – Умеренная – 3-4 раза/нд, 3 – Тяжелая – 1-2 раза/нд. Эуэнтерию характеризовали регулярной частотой стула 7 раз/нд. Также, у лиц с синдромом Брадиэнтерии выявляли склонность к приему слабительных.

**Результаты.** Число лиц с Эуэнтерией при регулярном ритме дефекации с частотой не ниже 7 раз в неделю составило 54 человека (46% обследованных). Синдром Брадиэнтерии с частотой дефекации 1-6 раз в неделю был диагностирован у 64 лиц (54% обследованных). Среди лиц с Эуэнтерией наличие утренней акрофазы ритма дефекации (30 лиц) встречалось в 1,25 раз

чаще, чем число лиц с отсутствием утренней акрофазы этой функции (24 человека). Легкая стадия синдрома Брадиэнтерии (5-6 раз/неделю) была диагностирована у 75% лиц с нерегулярным энтеральным ритмом. Умеренная стадия синдрома Брадиэнтерии (3-4 раза/нд) была выявлена у 23% обследованных лиц с нерегулярным ритмом дефекации. Тяжелая стадия синдрома Брадиэнтерии (1-2 раза/неделю) была определена у 2% лиц с Брадиэнтерией. Среди лиц с умеренной (3-4 раза/нд) и тяжелой стадией (1-2 раза/нд) синдрома Брадиэнтерии не встречалось ни одного человека с наличием утренней фазы ритма дефекации (абсолютный энтеральный десинхроноз).

Среди лиц с синдромом Брадиэнтерии (1-6 раз/нд) отсутствие физиологически оптимальной утренней акрофазы дефекации (у 51 человека) встречалось в 3,9 раза чаще, чем наличие этой фазы (у 13 лиц). Следовательно, отсутствие утренней акрофазы циркадианного ритма дефекации повышало риск возникновения синдрома Брадиэнтерии почти в 4 раза.

Среди 30 лиц с Эуэнтерией (7 раз/нд) и наличием утренней акрофазы ритма дефекации число лиц, засыпающих до 24:00 (17 человек) было в 1,3 раза больше, чем число лиц, засыпающих после полуночи (13 человек). Среди 15 лиц, страдающих умеренной стадией (3-4 раза/нд) синдрома Брадиэнтерии и полным отсутствием утренней акрофазы ритма дефекации, засыпающих до 24:00 было (5 человек) в 2 раза меньше, чем лиц, засыпающих после полуночи (10 человек). Следовательно, нарушение циркадианного ритма сон-бодрствование (в виде позднего отхода ко сну – после полуночи) приводило к повышению риска возникновения Синдрома Брадиэнтерии в 2 раза.

Среди лиц с Синдромом Брадиэнтерии и засыпающих после 24:00, число лиц, принимающих слабительные средства, составило 40%.

**Выводы.** 1. Большинство молодых медиков (54%) страдают Синдромом Брадиэнтерии (стул 1-6 раз/нд). 2. Отсутствие утренней фазы ритма дефекации повышало риск синдрома Брадиэнтерии в 4 раза. 3. Отсутствие своевременного отхода ко сну повышало риск синдрома Брадиэнтерии в 2 раза. 4. Для профилактики Синдрома Брадиэнтерии наличие утренней фазы ритма дефекации почти в 2 раза важнее, чем ранний отход ко сну, хотя оба вида нарушений естественных режимов кишечника и мозга являются существенными для возникновения самых ранних стадий Синдрома Брадиэнтерии.

**Заключение.** Следует учесть, что Синдром Брадиэнтерии и его третья стадия – Констипационный Синдром, являются доказанными факторами риска колоректального рака – лидера онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге (Беляев А.М. и др, 2016), а также повышают риск инфаркта миокарда и ишемического инсульта почти в 1,5 раза (Sundbell J et al, 2020). В связи с чем, ранняя диагностика и профилактика циркадианного десинхроноза мозга и кишечника должны стать неотъемлемой частью профилактики онкологической и кардиоваскулярной патологии.

## ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОДЫШКОЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Шестерина Ю.Б., Черкащенко С.О.

Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького,  
Донецк

**Цель исследования.** Определить нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пациентов, предъявляющих жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке в постковидном периоде, с использованием биомаркера – NT-proBNP, а также трансторакальной эхокардиографии и спирометрии.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 64 (100%) пациента спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 в нетяжелой форме. Все обследуемые были поделены на две группы. Первая группа включала 30 человек (46,9%), которые спустя 3 месяца не предъявляли жалоб, а вторая группа – 34 пациента (53,1%), которые предъявляли жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке в постковидном периоде (спустя 13 недель после выздоровления). Средний возраст между группами обследуемых статистически значимо не отличался и составил в первой группе – 59,5 лет [48; 69] против 62,5 лет [55; 75] во второй группе ( $p=0,167$ ). У всех пациентов определяли уровень NT-proBNP, проводили трансторакальную эхокардиографию с последующим измерением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по методу Симпсона и общей продольной деформации ЛЖ (GLS), а также спирометрию для оценки форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и соотношения ОФВ1/ ФЖЕЛ. Критерием исключения были пациенты с известными заболеваниями дыхательной системы, а также с сердечной недостаточностью III-IV ФК. Анализ данных проводился с использованием стандартной описательной статистики. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее значение,  $SD$  – среднее квадратичное отклонение. Для оценки достоверности различий между показателями использован  $t$ -критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с симптомами спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 имели более высокие уровни NT-proBNP по сравнению с пациентами без симптомов ( $140,4 \pm 32,1$  против  $75,7 \pm 16,8$  соответственно;  $p < 0,001$ ). Также у symptomatic пациентов ФВ ЛЖ составила  $59,4 \pm 5,2\%$  против  $64,2 \pm 4,5\%$  у бессимптомных лиц, что соответствовало норме в обеих когортах, однако разница между группами оказалась статистически значимой ( $p=0,0001$ ). А вот GLS во второй группе оказалась ниже как нормальных значений, так и по сравнению с показателями среди лиц

первой группы, не предъявляющих жалоб ( $18,6 \pm 3,4\%$  против  $19,9 \pm 2,6\%$  соответственно,  $p < 0,001$ ). При том отмечалось снижение ФЖЕЛ у симптомных лиц –  $2,9 \pm 0,8$  л против  $3,6 \pm 0,9$  л у бессимптомных ( $p=0,0025$ ). Тогда как показатели ОФВ1 и ОФВ1/ ФЖЕЛ не отличались между группами: ОФВ1 в первой группе составил  $3,0 \pm 1,3$  л против  $2,7 \pm 1,1$  л второй группы ( $p=0,32$ ), ОФВ1/ ФЖЕЛ составил  $85 \pm 13\%$  против  $81 \pm 10\%$  соответственно ( $p=0,17$ ).

**Выводы.** Таким образом, у лиц, предъявляющих жалобы на одышку и/или усталость при физической нагрузке спустя 13 недель после перенесенного COVID-19 в нетяжелой форме, отмечается снижение показателей, отражающих систолическую функцию ЛЖ, а также имеется тенденция к развитию сердечной недостаточности. При этом нарушение легочной вентилиции, регистрирующееся у симптомных лиц, вероятно, происходит по рестриктивному типу, однако для окончательного вердикта необходимо дальнейшее обследование дыхательной системы.

## ИНТЕРЛЕЙКИН-8 ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Шиповская А.А.<sup>1</sup>, Ларина Н.А.<sup>1</sup>, Курбатова И.В.<sup>2</sup>,  
Дуданова О.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Петрозаводский государственный университет,

<sup>2</sup>Институт биологии Карельского филиала

Российской академии наук,

Петрозаводск

**Цель исследования.** Оценка уровня интерлейкина-8 (ИЛ-8), являющегося главным хемоаттрактантным пептидом для нейтрофилов, при метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и связь его с маркерами печеночно-клеточного повреждения и воспаления.

**Материалы и методы.** Обследовано 82 больных МАЗБП на стадии стеатогепатита: мужчин – 50 (61,0%), женщин – 32 (39,0%) в возрасте  $48,3 \pm 8,6$  года. Диагноз устанавливался на основании традиционных клинических, ультразвуковых и гистологических данных. Методом иммуноферментного анализа в крови пациентов определялся уровень ИЛ-8 («Вектор-Бест», Россия). Контрольную группу составили 20 лиц в возрасте  $42,6 \pm 2,7$  года. Диагноз устанавливался на основании традиционных клинико-лабораторных, ультразвуковых и у части пациентов – гистологических данных. Исключались пациенты с вирусными, алкогольными, аутоиммунными поражениями печени. Методом иммуноферментного анализа в крови пациентов определялся уровень ИЛ-8 («Вектор-Бест», Россия) и уровень фрагментированного цитокератина-18 (ФЦК-18) (тест-

система «TPS ELISA», «Biotech», Швеция), являющегося маркером апоптотической гибели гепатоцитов. Оценивались традиционные печеночные тесты и индекс фиброза – NFS по формуле:  $-1,675+0,037 \times \text{возраст (годы)}+0,094 \times \text{ИМТ (кг/м}^2\text{)}+1,13 \times \text{натошцаковая гипергликемия/диабет (да=1, нет=0)}+0,99 \times \text{АСАТ/АЛАТ} - 0,013 \times \text{тромбоциты (} \times 10^9\text{/л)} - 0,66 \times \text{альбумин (г/дл)}$ . Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программного обеспечения «Statgraphics plus 5.0» с использованием теста Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена.  $P < 0,05$  принималось за статистически значимое.

**Результаты.** Уровень ИЛ-8 у пациентов НАСГ достоверно превышал таковой у здоровых лиц –  $16,9 \pm 5,8$  пг/мл против  $7,6 \pm 1,9$  пг/мл ( $p < 0,01$ ). Традиционные показатели печеночно-клеточного воспаления при НАСГ составили: АЛТ  $77,8 \pm 19,3$  Ед/л, АСТ –  $53,6 \pm 25,9$  Ед/л, билирубин –  $18,1 \pm 7,5$  мкмоль/л, щелочная фосфатаза –  $204,2 \pm 51,2$  Ед/л, холестерин –  $6,1 \pm 1,0$  ммоль/л, ЛПВП –  $1,2 \pm 0,2$  ммоль/л, ЛПНП –  $3,8 \pm 0,9$  ммоль/л, триглицериды (ТГ) –  $2,5 \pm 1,0$  ммоль/л, глюкоза –  $6,0 \pm 1,6$  ммоль/л, индекс фиброза –  $(-0,735 \pm 0,486)$ . Уровень лейкоцитов периферической крови при НАСГ не отличался достоверно от такового у здоровых лиц –  $6,2 \pm 0,3 \times 10^9$ /л против  $5,9 \pm 0,6 \times 10^9$ /л, в то время как количество палочкоядерных нейтрофилов при НАСГ достоверно превышало таковое у здоровых доноров –  $2,5 \pm 0,9 \times 10^9$ /л против  $1,3 \pm 0,5 \times 10^9$ /л ( $p < 0,05$ ). Уровень ИЛ-8 прямо коррелировал с уровнем палочкоядерных нейтрофилов –  $r = 0,49$  ( $p < 0,01$ ), триглицеридов –  $r = 0,79$  ( $p < 0,05$ ) и ФЦК-18 –  $r = 0,36$  ( $p < 0,05$ ), и обратно коррелировал с уровнем ЛПВП –  $r = -0,77$  ( $p < 0,05$ ). Мы не обнаружили взаимозависимости между ИЛ-8 и традиционными показателями печеночно-клеточного воспаления (аминотрансферазами) и индексом фиброза в отличие от результатов других авторов. Роль ИЛ-8 и нейтрофильных лейкоцитов при неалкогольном стеатогепатите обсуждается в литературе, но до конца не ясна. Известно, что нейтрофилы вызывают повреждение гепатоцитов и фиброз печени за счет продукции активных форм кислорода, протеаз и медиаторов воспаления и особенно выражено их негативное действие при алкогольном гепатите, отличающимся высокой активностью. НАСГ характеризуется слабовыраженным некротически-воспалительным процессом, поэтому, вероятно, и влияние нейтрофилов при нем менее выражено. В нашем исследовании миграция в печень лейкоцитов под влиянием ИЛ-8 была обусловлена избыточным накоплением триглицеридов в гепатоцитах, о чем свидетельствовала прямая связь его с ТГ, и преимущественно активировала апоптотическую гибель гепатоцитов, что подтверждалось прямой связью с ФЦК-18. Накопление ТГ и продуктов обмена жирных кислот приводит к повреждению митохондрий, стрессу эндоплазматического ретикулума, развитию инсулинорезистентности и гибели гепатоцитов. Кроме того, известны и позитивные эффекты нейтрофилов при хронических гепатитах, которые заключаются в фаго-

цитозе клеточного детрита, защите от бактериальной инфекции и стимуляции регенерации гепатоцитов. Возможно, позитивные механизмы ИЛ-8 при НАСГ конкурировали с негативными.

**Выводы.** Уровень интерлейкина-8 при НАСГ в 2 раза превышал таковой у здоровых лиц, коррелировал с уровнем триглицеридов, молодых форм лейкоцитов и маркером апоптоза гепатоцитов, но не был связан с традиционными маркерами печеночно-клеточного воспаления, что могло косвенно свидетельствовать о его двойной роли при НАСГ – воспалительной и защитной.

## ИЗМЕНЕНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МАССОЙ ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Широкова Л.Ю., Горохова В.А.,  
Шепеляева Л.С., Евгеньева А.В.  
Ярославский государственный  
медицинский университет,  
Ярославль

**Цель исследования.** В настоящее время не вызывает сомнения, что на увеличение встречаемости остеоартрита коленных суставов влияет пандемия ожирения, которое характеризуется не только нарушением обмена веществ, но и воспалительными процессами. Ожирение, повышая массу тела, активирует механорецепторы на поверхности хондроцитов, которые запускают внутриклеточные сигнальные каскады провоспалительных цитокинов, факторов роста и металлопротеиназ. Цитокины, связанные с жировой тканью, в том числе лептин, адипонектин и резистин, могут влиять на ход хрящевой дегенерации как самостоятельно, так и через индукцию местных провоспалительных агентов. Перед нами стояла цель исследования и анализа клинической значимости изменения субхондральной кости по присутствию и выраженности отека костного мозга у больных с I-III рентгенологическими стадиями по Kellgren-Lawrence остеоартрита коленных суставов при одновременном (односезонном) шестимесячном наблюдении в соотношении с динамикой массы тела пациентов.

**Материалы и методы.** После подписания информированного согласия в программу исследования было включено 72 пациента (64 женщины и 8 мужчин в возрасте  $59,0 \pm 8,8$  года) с достоверным (согласно критериям остеоартрита Американской коллегии ревматологов) диагнозом остеоартрита коленных суставов I-III рентгенологических стадий по Kellgren-Lawrence. Стандартное обследование включало оценку клинических параметров – рост, масса тела, индекс массы тела; лабораторных показателей – общий анализ крови,



глюкоза, мочевая кислота, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок. Суставной статус оценивали по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) и функциональному индексу WOMAC. Средний индекс массы тела составил  $30,8 \pm 4,5$  кг/м<sup>2</sup>. Нормальная масса тела отмечена в 7 (9,7%) случаях. Избыточная масса тела обнаружена у 26 (36,1%) больных. Ожирение I и II степени выявлено у 23 (31,9%) и 16 (22,2%) пациентов. I рентгенологическая стадия была у 25 (34,7%) больных, II – у 34 (47,2%), III – у 13 (18%). Клиническое и МРТ исследование проводили дважды с интервалом в 6 месяцев. Обследование проводилось одномоментно в осенне-зимне-весенний сезон. Все пациенты получали стандартную терапию остеоартрита с приемом нестероидных противовоспалительных средств по требованию (парацетамол 0,5 г в сутки или мелоксикам 15 мг в сутки внутрь) и медленнодействующих симптом-модифицирующих препаратов на основе хондроитина сульфата. Больным не рекомендовались специальные разгрузочные диеты из-за их возможного негативного влияния на обмен костной ткани. С интервалом в три месяца с пациентами проводились две индивидуальные беседы о пользе здорового образа жизни, снижения суточного калоража пищи за счет уменьшения потребления простых углеводов и умеренного увеличения физических нагрузок (30-ти минутная ходьба по ровной местности). Через 6 месяцев мониторинга все 72 (100%) пациента завершили участие в исследовании.

**Результаты и обсуждение.** Через 6 месяцев наблюдения пациенты распределились на три группы по анализу массы тела. В первую (стабильную) вошли лица с изменением массы тела не более 2 кг в любую сторону. Во вторую группу (снижения массы тела) включили пациентов с уменьшением массы тела более, чем на 2 кг. В третью группу вошли лица с набором веса более 2 кг. Через 6 месяцев в группе снижения массы тела наблюдалось достоверное ее уменьшение, а в группе увеличения – возрастание. При этом отмечены достоверные изменения динамики массы тела между группами, а вес в группе увеличения стал достоверно выше групп с нормальной и сниженной массой тела. Изначально отсутствие отека костного мозга было зафиксировано у 10 (25,6%) человек первой группы, у 3 (18,7%) второй и 3 (17,6%) третьей группы (всего 16 случаев). Через 6 месяцев отсутствие отека костного мозга было отмечено в 14 наблюдениях. В группе стабильной массы тела отек костного мозга отсутствовал у тех же 10 (25,6%) человек. В группе снижения массы тела таких наблюдений стало 4 (25%), а в группе повышения массы тела они полностью исчезли (0%). В итоге через 6 месяцев наблюдения число случаев отека костного мозга в группе нарастания массы тела стало максимально большим (100%) и достоверно отличалось не только от исходных значений, но и от показателей в группах со стабильным или сниженным весом.

**Выводы.** Проведенное динамическое шестимесячное наблюдение за пациентами с остеоартритом коленных суставов выявило, что из трех возможных

вариантов динамики массы тела, именно ее нарастание сопровождалось негативным воздействием на внутренние структуры коленного сустава, сопровождаемая изменениями субхондральной кости в виде нарастания отека костного мозга. С другой стороны, снижение массы тела не приводило к достоверным положительным изменениям при проведении МРТ-контроля зоны субхондральной кости по сравнению с группой с неизменной массой тела.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ДИАЛИЗ-ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Шишкин А.Н.**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург

Увеличение количества больных, получающих заместительную почечную терапию, совершенствование методов диализа, увеличение возраста и расширение показаний к проведению этих методов лечения, несомненно, диктуют новые подходы к ведению таких пациентов. Важнейшей проблемой диализных пациентов сегодня признаются риски различных осложнений, в том числе и со стороны внутренних органов. Это – нарушения в ходе сеанса диализа, в междиализный период, а также токсическое действие микроэлементов, амилоидоз, инфекционные, сердечно-сосудистые и костно-суставные осложнения, опухоли, психические и неврологические нарушения, дисфункция пищеварения, диализная гипотония. Сегодня все чаще мы говорим о кардио-ренальном синдроме – патофизиологическом расстройстве сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого. Среди пациентов с терминальной почечной дисфункцией (end stage of chronic renal disease – ESRD) величина кардиоваскулярной смертности почти в 500 раз выше, чем у лиц общей популяции с нормальной функцией почек. Значительное число осложнений, возникающих на фоне лечения гемодиализом, связаны с гипертензией, коррекция которой является существенным моментом в лечении больных с почечной недостаточностью. В большинстве случаев значительная роль в генезе гипертензии принадлежит задержке натрия и воды. Удаление на диализе избытка натрия и воды является эффективным средством коррекции гипертензии у этой категории больных. Использование гипонатриемической ультрафильтрации удалось уменьшить гипертензию у 70% наших больных, получавших регулярную диализную терапию. Не меньшей проблемой отмечено и появление диализной гипотонии. При изучении нами 182-х диализ-зависимых пациентов были отмечены корреляционные связи между интрадиализным систолическим АД и сывороточным уровнем альбу-

мина ( $rs = 0,515$ ;  $p = 0,041$ ), продолжительностью лечения гемодиализом ( $rs = -0,458$ ;  $p = 0,042$ ), а также междулинейной прибавкой массы тела ( $rs = -0,469$ ;  $p = 0,037$ ). Наличие эпизодов интрадиализной гипотонии было ассоциировано со сниженными уровнями гемоглобина и гематокрита. У всех больных обнаружено изменение геометрии левого желудочка, преимущественно по типу концентрической гипертрофии. Кальцификация сердца у пациентов на программном гемодиализе встречалась значительно чаще, чем в общей популяции и проявлялась главным образом кальцинозом коронарных артерий и клапанов, но может быть представлена и диффузной кальцификацией миокарда. У части пациентов отмечалось развитие хронического системного воспаления, с проявлением отдельных специфических признаков МІА-синдрома (malnutrition-inflammation-atherosclerosis syndrome). Другими факторами риска развития патологии внутренних органов были: снижение биологической активности анаболических гормонов, низкая физическая активность диализных пациентов, интеркуррентные заболевания (инфекции), депрессии, медикаментозные воздействия, кровопотеря, повышение в крови уровня потенциальных «уремических токсинов». Выявлена прямая взаимосвязь тяжести аффективных расстройств с высоким уровнем индекса коморбидности, тяжестью сердечной недостаточности, наличием онкологических заболеваний.

Проблемы патологии у пациентов, получающих лечение гемодиализом, это проблема не только кардиологов и нефрологов, для ее решения необходимо объединение усилий специалистов различного профиля, а также проведение больших, хорошо спланированных исследований, которые позволят лучше понять механизмы, оценить чувствительность и специфичность существующих методов ранней диагностики, а также разработать принципы эффективной профилактики и лечения этих тяжелых состояний.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 С УЧЕТОМ ВАКЦИНАЦИИ

**Шолкова М.В., Доценко Э.А., Захаренко Е.В.**  
Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Минск, Беларусь

С 2019 года в мире начал распространяться новый штамм коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. С конца 2020 года широко используется вакцинопрофилактика COVID-19. Ни одна из вакцин не дает абсолютной гарантии в защите от заражения, однако вакцинированные пациенты переносят инфекцию в более легкой форме.

В Республике Беларусь кампания по вакцинации населения развернулась с марта 2021 года. Вакцинация

проводилась двукомпонентными вакцинами Спутник V (РФ) и Vero Cell (КНР).

**Цель исследования.** Сравнить течение коронавирусной инфекции COVID-19 у не вакцинированных и вакцинированных пациентов

**Материалы и методы.** В исследование включено 146 пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение №2 УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минска с диагнозом «Коронавирусная инфекция COVID-19» за период 07.07.2021-08.01.2022.

Диагноз выставляли на основании идентификации в назофарингеальном мазке РНК вируса методом ПЦР или антигена вируса Sars-Cov-2 методом иммунохроматографии. Пациенты были разделены на три группы: не вакцинированные ( $n = 50$ ), вакцинированные препаратом Спутником V ( $n = 51$ ) и вакцинированные препаратом Vero Cell ( $n = 45$ ).

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациентов составил 58 [45; 67] года, причем пациенты, вакцинированные Спутником V, оказались старше, их возраст составил 62 [56; 69] года, тогда как не вакцинированные имели медиану возраста 53 [39; 61] года, пациенты в группе Vero Cell - 54 [44; 67] года. Статистически значимыми оказались различия при сравнении возраста вакцинированных и не вакцинированных пациентов ( $p < 0,001$ ), а также вакцинированных разными вакциной ( $p = 0,025$ ).

Большинство вакцинированных пациентов прошли полный курс вакцинации (2 дозы с интервалом 21 день): 46 (90,2%) в группе Спутника V и 38 (84,4%) в группе Vero Cell ( $p > 0,05$ ). Не имелось отличий в сроках развития заболевания после проведения последней вакцинации: 3,3 [1,1; 4,8] месяцев в группе Спутника V против 2,0 [0,9; 5,0] месяцев в группе Vero Cell ( $p > 0,05$ ).

Продолжительность госпитализации была выше у не вакцинированных пациентов, она составила 11 [9; 14] против 10 [8; 11] койко-дня у вакцинированных ( $p = 0,025$ ). В группе Спутника пациенты находились в стационаре несколько дольше - 10 [8; 12] дней против 8 [7; 11] дней в группе Vero Cell ( $p = 0,016$ ).

Среди вакцинированных пациентов не имелось различий в частоте сопутствующих заболеваний: ожирения, сахарного диабета, ХБП, ИБС, артериальной гипертензии ( $p > 0,05$ ).

При сравнении вакцинированных и не вакцинированных пациентов оказалось, что частота артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) была значимо выше у вакцинированных пациентов (АГ имели 54 (56,3%) против 17 (34,0%),  $p = 0,017$ , ИБС 47 (48,9%) против 9 (18,0%),  $p = 0,001$ , у вакцинированных и не вакцинированных пациентов, соответственно).

Тяжесть заболевания была сопоставима во всех группах (вакцинированных и не вакцинированных, вакцинированных разными вакцинами пациентов ( $p > 0,05$ )). Однако у вакцинированных пациентов не было отмечено ни одного случая тяжелого поражения легких (КТ 4), в группе не вакцинированных было 2 таких случая. В то же время 5 вакцинированных пациентов имели только симптомы ОРВИ, без поражения

легких по данным КТ ОГК. Неблагоприятный исход развился у двух не вакцинированных пациентов и у двух вакцинированных пациентов;

Показатели оксигенотерапии не имели статистически значимых различий у вакцинированных и не вакцинированных пациентов. ( $p > 0,05$ ). Лабораторные показатели, характеризующие тяжесть COVID-19, (С-реактивный белок, ферритин, лактатдегидрогеназа, крестинфосфокиназа) не имели статистически значимых различий между группами ( $p > 0,05$ ). Максимальный уровень ИЛ-6 статистически значимо не различался и составил 12,9 [5,3; 38,1] против 9,8 [3,1; 26,8] пг/мл у вакцинированных и невакцинированных пациентов, соответственно ( $p > 0,05$ ). Уровень антител к COVID-19 при госпитализации не имел различий в зависимости от используемой вакцины и составил при госпитализации 1123 [94; 5542] ВАУ/мл в группе Спутника V против 756 [66; 6740] ВАУ/мл в группе Vero Cell ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, хотя тяжесть заболевания была сопоставима, у вакцинированных пациентов средний возраст пациентов был больше, а продолжительность госпитализации меньше. Среди вакцинированных пациентов чаще встречались пациенты, страдающие АГ и различными формами ИБС (вероятно, пациенты, страдающие ИБС и АГ чаще наблюдались амбулаторной службой и более активно направлялись на вакцинацию). Показатели оксигенотерапии и лабораторные показатели не имели статистически значимых различий у вакцинированных и не вакцинированных пациентов.

## ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У РАЗНЫХ СУБТИПОВ ВИЧ-1

Щемелев А.Н., Останкова Ю.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, Санкт-Петербург

За период исследования произошло значимое увеличение встречаемости первичной устойчивости ВИЧ к АРП в СЗФО до значений, необходимых для исследования на наличие фармакорезистентности вируса перед началом лечения (6%). Наиболее характерными являются мутации устойчивости к ННИОТ, тем не менее, в единичных случаях встречается множественная лекарственная устойчивость, в том числе, к аналогам тимидина. Вследствие этого, на территории СЗФО за 2017 и 2018 годы произошло значимое увеличение доли случаев неэффективности первой линии АРТ (с 11% до 32%), кроме того, именно на 2017 и 2018 год пришлось 84% пациентов, не достигавших подавления вирусной нагрузки на первой линии АРТ.

Генетическое разнообразие ВИЧ в Гвинейской республике соотносится с тем, что обычно наблюдается в странах Западной Африки – в подавляющем большинстве случаев встречается CRF\_02AG. Интересно отметить, что более чем в половине случаев (58,06%) были встречены замены в двадцатой позиции. Наиболее частая из них – K20I – является полиморфным вариантом для субтипов CRF\_02AG и G, однако снижает чувствительность к нелфинавиру у субтипов В и С. Тем не менее, существуют сведения о том, что данная мутация может способствовать усилению репликации вируса у не – В субтипов. Также был обнаружен не полиморфный вариант K20V, который встречается редко, и его влияние на чувствительность ВИЧ к АРП недостаточно изучена. Кроме того, выявлены две мутации в десятой позиции, одна из которых, выявленная в одном случае, – L10LF – является минорной мутацией устойчивости к ИП, а другая, встреченная в 29,03% случаев, – L10I – увеличивает репликацию вирусов с другими мутациями устойчивости к ИП. Выявлены две редкие мутации: M46M\_M и N88NH, в позициях которых встречаются мутации резистентности к ингибиторам протеазы, однако данные варианты среди них не описаны. Среди мутаций, ассоциированных с устойчивостью ВИЧ к ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, показана относительно редкая непалиморфная мутация V179T, которая иногда проходит отбор у пациентов, получающих ННИОТ. Это связано с минимальным снижением чувствительности этравирину и рилпивирину. Также был встречен ряд замен в позиции 238: K238T, снижающая восприимчивость к невирапину и эфавирензу примерно в 5 раз; K238R, являющаяся распространенным полиморфизмом, который не снижает чувствительность к ННИОТ; K238E – редкая мутация в данной позиции, эффект которой недостаточно описан в литературе.

## ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ БИСФОСФОНАТОВ

Щербаков Г.И.

ООО «ХК Элигомед», Кемерово

Постменопаузальный остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, которые приводят к повышению хрупкости костей, являясь одной из социальных проблем в развитых странах мира. Частота заболеваемости увеличивается с возрастом, а связанные с ним осложнения растут с увеличением продолжительности жизни. Особенно остро эти проблемы актуальны для женщин и определяются его широкой распространенностью среди населения, многофакторной природой, высокой частотой инвалидизации, а в ряде случаев смертельными исходами.



С точки зрения доказательной медицины наиболее эффективными лекарственными средствами терапии постменопаузального остеопороза являются бисфосфонаты, которые существенно сокращают потерю костной массы, нормализуют показатели костного обмена с уменьшением болевого симптома в костях, снижают риск и улучшают качество жизни больных.

Любую терапию постменопаузального остеопороза необходимо проводить в сочетании с препаратами кальция и витамина D. Выбор формы витамина D определяется врачом индивидуально для каждого пациента. С учетом функциональных возможностей, скорости клубочковой фильтрации, возраста пациента, а также предыдущего лечения и его эффективности.

**Цель исследования.** Оценить факторы риска возникновения нежелательных реакций после внутривенного введения золендроновой и ибандроновой кислот женщин с постменопаузальным остеопорозом.

**Материалы и методы.** В 2021-2022 гг. обследовано 1854 женщины в возрасте от 50 до 76 лет (средний возраст 59,1,7±4,3). У 1332 (71,8%) женщин был диагностирован остеопороз (Т-критерий ≤-2,5 СО). Всем женщинам проведено исследование общего кальция крови и 25(ОН)D. Результаты содержания 25(ОН)D интерпретировались следующим образом: <10 нг/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 50-76 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 76 (5,7%) пациентов, у остальных соответствовало нормальным значениям.

Пациентам, у которых была выявлена остеопения и недостаточность витамина D, в качестве профилактики остеопороза был назначен активный витамин D3. Известно, что при низком уровне D3 прием препаратов кальция неэффективен. Пациентам, у которых выявлен остеопороз сопровождался назначением препаратов кальция, активный витамин D3 и бисфосфонаты. Прием любого бисфосфоната, должен сопровождаться поступлением адекватного количества кальция.

По данным центра неврологии и ортопедии в 2021-2022 гг. было проведено 82 инфузий золендроновой кислоты (6,2%) и введено 193 внутривенно болюсно ибандроновой кислоты (14,5%).

После введения золендроновой кислоты у 13 (15,9%) пациентов распространенными симптомами были повышение температуры тела, озноб или приливы жара. На втором месте по частоте развития отмечались боли в костях, мышцах.

После введения ибандроновой кислоты повышение температуры тела, озноб или приливы жара не отмечалось. Наблюдались нежелательные явления у 3 (1,6%) пациентов со стороны желудочно-кишечного тракта

(тошнота, рвота, диарея); у 5 (2,6%) пациентов зарегистрирована распространенная скелетно-мышечная боль.

Иридоциклиты, назофарингиты, отек суставов при введении золендроновой и ибандроновой кислот отмечено не было.

В одном случае при введении ибандроновой кислоты зарегистрирована фибрилляция предсердий.

Анализируя истории болезней, оказалось, что основными факторами риска возникновения нежелательных реакций являются молодой возраст, высокие значения индекса массы. Гораздо реже нежелательные реакции развивались у курильщиков, пациентов с сахарным диабетом, у людей, принимающих нестероидные противовоспалительные средства, статины.

Повышение температуры тела чаще наблюдали у женщин с уровнем витамина D менее 30 нг/мл. Относительный риск возникновения симптомов нежелательных реакций у женщин с дефицитом витамина D составил 4,9% и 1,7% для женщин с нормальными значениями витамина D.

**Выводы.** Витамин D так или иначе вовлечен в иммунологические механизмы развития нежелательных реакций после приема бисфосфонатов. Механизм действия азотсодержащих бисфосфонатов имеет сложный многонаправленный характер. Развитие нежелательных реакций в ответ на внутривенное введение бисфосфонатов доказывает вмешательство данных соединений в систему иммунологического ответа и требует проведения направленных исследований в этой области.

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И МИКРОБИОМ

Юлдашева У.Х., Хамраев А.А., Касимова М.Б.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** В последнее десятилетие наблюдается очень активное изучение огромного микробного сообщества, которое находится в кишечнике человека. Появилась концепция, объясняющая развитие и персистенцию симптомов при синдроме раздраженного кишечника (СРК) за счет нарушения кишечного микробного пейзажа. Манипулирование микрофлорой кишечника представляет новую стратегию для лечения этого полиэтиологического заболевания. Модулирование кишечной бактериальной композиции – при этом увеличиваются полезные (*Lactobacilli* и *Bifidobacteria*) и сокращаются патогенные бактерии (*Clostridium*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella* и *Pseudomonas*) – должно уменьшать симптомы синдрома раздраженного кишечника. В этой концептуальной основе пробиотики являются оптимальным вариантом с точки зрения эффективности и безопасности, а также особое внимание специалистов привлекают пребиотики, синбиотики, антибиотики и фекальная трансплантация.

**Цель исследования.** Осветить характер изменений кишечной микробиоты при синдроме раздраженного кишечника и представить патогенетическое обоснование лечебного воздействия на микробиом.

**Материалы и методы исследования.** В настоящую работу вошли результаты 6-х месячного наблюдения за пациентами, получающие стационарное лечение в отделении гастроэнтерологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Общее количество пациентов составило 52 человек, среди которых мужчин было 32, женщин – 20. Средний возраст обследованных составил  $56 \pm 5,19$  лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа, исследуемые пациенты с гипо-гипермоторным типами синдрома раздраженного кишечника, принимающие пробиотики, 2-я группа контроль, получающие плацебо. В работе использовались анамнез, истории болезней, данные лабораторных исследований, такие как общий анализ кала и кал на дисбактериоз.

**Результаты.** Из общего числа обследованных пациентов с гипермоторным типом СРК составило 21 (65,6%), остальные с гипомоторным типом СРК. Молочнокислые бактерии (МБ) – наиболее часто используемые бактерии в пробиотических препаратах, которые включают такие типичные и нетипичные виды, как *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* и *Streptococcus* были в составе пробиотических средств. Наряду с этим определен дизайн исследования с эффектом 18-80% в СРК группе и 5-50% – в группе контроля.

**Выводы.** Введение пробиотика влияло на общие симптомы значительно эффективнее, чем плацебо. К тому же пробиотики показали статистически значимый эффект в улучшении отдельных симптомов, таких как боль, метеоризм и вздутие живота. Также пробиотики оказали несколько положительных эффектов на качество жизни пациентов.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

**Якимович С.Е., Шаповалова И.А.**  
Луганский государственный медицинский  
университет имени Святителя Луки,  
Луганск

**Цель исследований.** Изучение влияния комбинации препаратов ремаксол и гепатосан на показатели процессов липопероксидации и систему антиоксидант-

ной защиты у больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), сочетанным с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ).

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 64 больных ХНХ, сочетанным с ХВГВ, возрастом от 25 до 49 лет, рандомизированных по возрасту, полу, длительности заболевания и частоте обострений хронического патологического процесса в печени за последний год. Было сформировано две группы – основная (32 пациента) и группа сравнения (32 пациента). Больные обеих групп получали стандартное лечение, включающее интерферонотерапию, антиоксиданты, энтеросорбенты, гепатопротекторы, при необходимости спазмолитики. Кроме того, пациенты основной группы дополнительно в комплексе терапии получали ремаксол по 400,0 мл ежедневно внутривенно капельно и гепатосан по 0,4 г (2 капсулы) 2 раза в день в течение двух недель.

У всех пациентов в сыворотке крови определялись маркеры инфицирования НВВ (НВsAg, аНВcor, IgM, НВeAg) методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также проводился качественный и количественный анализ для выявления ДНК НВВ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В объем исследования включали изучение функциональных проб печени унифицированными стандартными методами, УЗИ органов брюшной полости, а также проводили изучение концентрации продуктов ПОЛ в сыворотке крови: конечного – малонового диальдегида (МДА) и промежуточных – диеновых конъюгат (ДК), активности ферментов системы АОЗ – каталазы (КТ) и супероксиддисмутазы (СОД). Также подсчитывали коэффициент Ф, отражающий соотношение прооксидантных и антиоксидантных свойств крови.

**Результаты и их обсуждение.** До начала лечения у пациентов обеих групп отмечено наличие однотипных сдвигов биохимических показателей, характеризующих состояние ПОЛ и АОЗ: повышение содержания метаболитов липопероксидации – МДА и ДК в крови, снижение активности СОД и КТ. В целом концентрация конечного продукта ПОЛ – МДА в основной группе в среднем 2,22 раза выше нормы ( $P < 0,001$ ), в группе сравнения – в 2,17 раз ( $P < 0,001$ ). Содержание в крови больных основной группы промежуточных продуктов ПОЛ – ДК в среднем в 2 раза выше нормы ( $P < 0,001$ ), в группе сравнения – в 2,02 раза ( $P < 0,001$ ). Активность КТ у больных основной группы до начала лечения была в среднем в 1,3 раза ниже нормы ( $P < 0,001$ ), в группе сравнения – в 1,27 раз ( $P < 0,001$ ), СОД – соответственно в 1,7 и 1,81 раз ( $P < 0,001$ ).

Интегральный показатель Ф был снижен у больных основной группы в среднем в 5,12 раза относительно нормы ( $P < 0,001$ ), группы сопоставления – в 4,85 раз ( $P < 0,001$ ), что свидетельствует о существенном снижении антиоксидантных свойств крови. При повторном обследовании через 20 - 21 день с момента начала лечения было установлено, что почти у всех больных основной группы (которая получали комплекс препаратов ремаксол и гепатосан), концентрация продуктов ПОЛ – МДА и ДК нормализовалась, тогда как в группе срав-

нения, несмотря на положительную динамику данных показателей, их уровень оставался достоверно выше показателей нормы и основной группы, что свидетельствовало о сохранении повышенного уровня липопероксидации. Действительно, концентрация МДА в этот период была в среднем в 1,57 раз выше нормы ( $P < 0,01$ ) и в 1,47 раз выше, чем в основной группе ( $P < 0,05$ ). Уровень промежуточных продуктов липопероксидации – ДК в крови больных группы сравнения был в среднем в 1,49 раз выше нормы ( $P < 0,01$ ) и в 1,46 раз – выше концентрации ДК в крови больных основной группы ( $P < 0,05$ ). Показатель активности КТ у больных из группы сопоставления был в 1,19 раз ниже нормы ( $P < 0,05$ ) и в 1,17 раза ниже, чем в основной группе ( $P < 0,05$ ). Активность СОД у больных группы сравнения на 20 – 21 сутки от начала лечения была в среднем в 1,3 раза ниже нормы ( $P < 0,05$ ) и в 1,27 раз ниже, чем в основной группе ( $P < 0,05$ ). Показательно, что интегральный коэффициент Ф у больных группы сравнения был в 1,4 раза ниже, чем у больных основной группы ( $P < 0,01$ ), что свидетельствует о сохранении у больных из группы сравнения существенного дисбаланса в соотношении ПОЛ – АОЗ с преобладанием прооксидантных свойств.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные позволяют сделать заключение о положительном влиянии комбинации препаратов ремаксол и гепатосан на состояние метаболического гомеостаза, а именно способствует снижению выраженности ПОЛ и повышению активности ферментов системы АОЗ, что позволяет считать целесообразным и перспективным включение предложенной комбинации в комплекс средств патогенетической терапии у больных ХНХ, сочетанным с ХВГВ.

## ИНФАРКТ МИОКАРДА 3 ТИПА У БОЛЬНОЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ И МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ярмош И.В.<sup>1</sup>, Болдуева С.А.<sup>1</sup>, Гузева В.М.<sup>2</sup>,  
Негрей Я.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Ленинградская областная клиническая больница,  
Санкт-Петербург

Женщина Ж. 53 лет планово поступила в кардиологическое отделение клиники СЗГМУ им. И.И. Мечникова с диагнозом «ИБС. Стенокардия напряжения 2 ф.к. Гипертоническая болезнь II стадии». Предъявляла жалобы в течение 3 лет на давящие боли за грудиной, продолжительностью от 10 до 20 минут, возникавшие, как в покое, так и при физической нагрузке разной интенсивности, но сопровождавшиеся гиперсаливацией и тошнотой, быстро проходившие

после нитропрепаратов. Приступы беспокоили один – два раза в неделю, лечилась амбулаторно (нитропрепараты, дезагреганты – аспирин, бета-блокаторы, антагонисты рецептора ангиотензина II) без отчетливого положительного эффекта. Ухудшение состояния в течение 1 года до госпитализации: учащение приступов до ежедневных, в том числе – в предутренние часы. В последние 5 лет повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. Сохранный менструальный цикл. Курила в течение последних 3 лет. При объективном осмотре по системам органов без особенностей. Клинический анализ крови, общий анализ мочи: вариант нормы. Общий холестерин – 5,6 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 3,72 ммоль/л, холестерин ЛПВП – 1,11 ммоль/л, триглицериды – 1,58 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 63 в минуту. Синусовая аритмия. НБПНПГ. ЭхоКГ: Диастолическая дисфункция ЛЖ по ригидному типу. СМ-ЭКГ: неустойчивая желудочковая тахикардия – 1 эпизод за сутки в 5ч 40мин; паузы за счет синусовой аритмии – 241, длительностью до 1389 мс; эпизод элевации сегмента ST более 2 мм в отведениях aVR, V1, V2, а также эпизод горизонтальной депрессии сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V5, V6, развившиеся на фоне физической нагрузки, сопровождавшиеся типичным болевым синдромом, длительностью около 9 минут. Тредмил-тест: положительный по клиническим (ангинозная боль) и ЭКГ-критериям (депрессия сегмента ST в отведениях нижне-боковой стенки ЛЖ). Коронароангиография: (на введение коронарного проводника выраженный спазм ствола левой коронарной артерии, сопровождавшийся типичным болевым синдромом, гиперсаливацией, тошнотой) неизмененные коронарные артерии. ФГДС: обострение хронического геморрагического гастродуоденита, *Helicobacter pylori* +++. При рентгеноскопии пищевода и желудка с барием – эзофагоспазм, сопровождавшийся приступом ангинозной боли. В стационаре больная получала лечение: блокаторы кальциевых каналов, пролонгированные нитропрепараты, дезагреганты-клопидогрел, ингибиторы протонной помпы. На фоне подобранной терапии больная чувствовала себя хорошо, в течение недели не отмечала болевого синдрома. Была начата эрадикационная терапия. Однако, внезапно, во время госпитализации в ранние утренние часы у больной развилась потеря сознания. На ЭКГ регистрировалась элевация ST в отведениях I, aVL, V2-V6, рецидивирующая устойчивая желудочковая тахикардия. Реанимационные мероприятия оказались безуспешными. Посмертный диагноз: ИМ 3 типа на фоне неизмененных коронарных артерий.

**Заключение.** У женщины 53 лет имела место вазоспастическая в сочетании с микроваскулярной стенокардией, развившаяся на фоне неизмененных коронарных артерий и приведшая к фатальному исходу – внезапной кардиальной смерти. Особенностью случая является одновременное возникновение эзофагоспазма и спазма коронарных артерий.



## ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ВАЗОСПАСТИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ярмош И.В.<sup>1</sup>, Болдуева С.А.<sup>1</sup>, Гузева В.М.<sup>2</sup>,  
Негрей Я.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,

<sup>2</sup>Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург

Вазоспастическая стенокардия (ВС) играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС). С момента первого сообщения о «вариантной стенокардии» Prinzmetal et al. в 1959 году многое стало известно о патофизиологии, диагностике и лечении (ВС).

ВС возникает в покое или на фоне обычных для больного физических нагрузок, и причиной является спазм эпикардиальных артерий. Боль при ВС является более интенсивная и продолжительная, может возникать сериями из 2-5 приступов подряд с небольшими интервалами времени.

Важными диагностическими критериями ВС являются преходящий подъем сегмента ST ЭКГ в момент болевого приступа, визуализация коронароспазма при коронароангиографии спонтанно или при выполнении вазореактивного теста с ацетилхолином или эргоновином (JSC, 2013; COVADIS, 2013).

Частота встречаемости ВС среди хронических форм ИБС варьирует в разных популяциях. Так, в британском исследовании CorMica (Ford T.J. et al., 2018), где преобладали женщины (73,5%), ВС встречалась у 16,6% больных. В японском исследовании (Suda A. et al., 2019), где преобладали мужчины 60%, данный вид стенокардии – у 68,4% пациентов с хронической ИБС. Частота встречаемости ВС в России неизвестна.

Прогноз ВС довольно серьезен. В течение первого года после МАСЕ у больных ВС может развиваться рецидив стенокардии от 3,9% (Ong P., et al., 2011) до 18,6% (Ahn J.-M. Et al., 2016), ВСС до 10% (Bory M. Et al., 1996; Freedman S. B. Et al. 1986), аритмии 7% (Mizutani H. Et al. 2022), ИМ примерно у 20% (Ruisi M. Et al. 2013).

Развитие неблагоприятных кардиальных событий (инфаркта миокарда (ИМ), внезапной кардиальной смерти (ВСС), жизнеугрожающих нарушений ритма) при ВС чаще в первые 3-6 месяцев.

По некоторым данным вазоспастический генез ОКБ без обструкции коронарных артерий составляет 6-10% (33% STEMI), от 27% (Pasupathy S. at al., 2015) до 46% ИМБОКА (Tamis-Holland J.E. at al., 2019).

Выполнение внутрикоронарных методов визуализации (ВКУЗИ, ОСТ), а также интракоронарных вазореактивных тестов позволяет провести дифферен-

циальную диагностику ИМБОКА и подтвердить вазоспастический генез ИМ. Интракоронарные вазореактивные тесты в России не выполняются.

Интракоронарные вазореактивные тесты позволяют не только уточнить диагноз, но и прогноз у больного ВС. Сочетание ВС с микроваскулярной стенокардией ассоциируется с ухудшением прогноза.

Более благоприятное течение ВС отмечалось у пациентов с доказанным диагнозом и на фоне приема антагонистов кальция.

Точная диагностика и адекватно назначенное лечение способны улучшить прогноз при ВС.

## ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТЕОПОРОЗ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Яшина Е.М.<sup>1</sup>, Разакова Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского,

<sup>2</sup>Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

**Введение.** Остеопороз является чрезвычайно распространенным заболеванием, особенно среди женщин, вступивших в период постменопаузы. Данное заболевание затрагивает каждую третью женщину старше 50 лет, а связанные с ним переломы представляют собой серьезную проблему здравоохранения с последствиями, приводящими к повышенному уровню смертности и инвалидизации. Защита от переломов и выбор препарата для эффективной профилактики и лечения остеопороза должны быть своевременными и обоснованными. Однако особенностью остеопороза является отсутствие специфических клинических проявлений, частая манифестация заболевания с осложнений и, как следствие, поздняя диагностика и несвоевременное лечение.

**Цель работы.** Провести анализ данных, полученных от пациентов, обратившихся в ревматологический центр, страдающих осложненным остеопорозом, и ретроспективно оценить своевременность постановки диагноза и лечения у этих пациентов, а также оценить прогностическую значимость шкалы FRAX при отсутствии показателей денситометрии в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** Были проанализированы данные 23 пациентов, обратившихся по поводу осложненного остеопороза, из них 21 женщина и 2 мужчин. Средний возраст пациентов составлял 69±9 лет. Локализация низкоэнергетических переломов обративших-

ся пациентов: позвоночник – 15 пациентов, периферические суставы – 4 пациента, переломы позвоночника и периферических суставов – 4 пациента.

**Результаты.** 18 пациентов (78%) не знали о наличии остеопороза до возникновения переломов и соответственно не получали лечение. У 5 больных (22%) диагноз остеопороза был установлен до возникновения осложнений, при этом лишь один пациент из них получал лечение антирезорбтивными препаратами из группы бисфосфонаты. На момент обращения к ревматологу всем пациентам был выставлен диагноз тяжелого осложненного остеопороза. Однако, антирезорбтивную терапию в сочетании с препаратами кальция и витамином Д получали лишь 10 пациентов (43%) – 8 человек принимали бисфосфонаты и 2 пациента деносумаб; 5 пациентов (21%) получали только препараты кальция и витамин Д. 13 пациентов, не получающие антирезорбтивную терапию, имели давность низкоэнергетических переломов от 3 месяцев до 13 лет. У 11 пациентов была выполнена оценка 10-летней вероятности перелома по шкале FRAX на момент того времени, который предшествовал перелому. У 7 пациентов (30%) низкий риск основных остеопоротических переломов, в среднем 3,4%, риск перелома проксимального отдела бедра, в среднем 0,5%. У 4 пациентов (18%)

умеренный риск основных остеопоротических переломов, в среднем 14,8%, риск перелома проксимального отдела бедра, в среднем 5,1%. Ни у одного пациента не достигнута точка терапевтического вмешательства по шкале FRAX, что говорит о низкой прогностической ценности этого инструмента у данных пациентов.

**Выводы.** Высокий процент позднего выявления заболевания на стадии развития осложнений свидетельствует о важности более внимательного отношения к пациентам из группы риска – женщины с длительной менопаузой, пациенты старше 75 лет. Как выявлено из полученных данных, шкала FRAX не всегда позволяет адекватно спрогнозировать риск переломов, поэтому лишь получение результатов денситометрии позволяет своевременно установить диагноз и назначить лечение. Важно отметить необходимость комплексной терапии, а именно, сочетание антирезорбтивных препаратов, препаратов кальция и витамина Д для более эффективного результата. Необходимо доносить актуальность проблемы и значимость своевременной диагностики и лечения до врачей участковых терапевтов, врачей общей практики, узких специалистов, проводить школы пациентов с остеопорозом, а также более четко обозначить эту нозологию в программе внутренних болезней медицинских ВУЗов.

## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

<b>А</b>			
Абдиева Ю.А.	3	Афанасьева Л.Е.	
Абдракипов Р.З.	308	Ахвердян Ю.Р.	
Абдуазизова Н.Х.	4, 19	Ахиярова К.Э.	
Абдулганиева Д.И.	57, 137, 138, 174, 290	Ахмедова Н.А.	
Абдуллаев А.Х.	5, 17	Ахмедова Н.М.	
Абдуллаев У.С.	287, 288		
Абдураззакова Д.С.	6, 17, 156, 276	<b>Б</b>	
Абоян И.А.	117	Бабаева А.Р.	
Абрамкин А.А.	6	Бабак В.В.	
Авдеева А.С.	20, 86	Багрий А.Э.	
Аганов Д.С.	7, 8	Бадреева А.Д.	
Агафонова Е.М.	9	Бажанова В.В.	
Агзамова Г.С.	3	Байракова А.Л.	
Азизова Р.Б.	266	Байрамова С.С.	
Азимова С.У.	19	Баранова М.М.	
Айрапетян С.А.	213	Баранов В.Л.	
Акберов А.М.	75, 76, 77	Барышникова Н.В.	
Акберов М.	10	Бахтояров П.Д.	
Аксёнова К.И.	109	Бедина С.А.	
Акулинушкина Е.Ю.	10, 11		
Алейник В.А.	12, 294	Бейлина Н.И.	
Александрова Е.Н.	42	Бейсенбекова Ж.А.	
Александрова Л.А.	13	Бекенова Г.Т.	
Александр Ч.Ю.	12	Бекетова Т.В.	
Алексеева Е.С.	16	Бекмурзода С.Б.	
Алексеева Л.И.	235, 265, 274	Белая И.Е.	
Алексеева Н.Г.	14, 15	Белова Е.А.	
Алексеева О.Г.	43, 123	Белов Б.С.	
Алиахунова М.Ю.	5	Белокрылова Л.В.	
Алибеков Э.Р.	67	Бельская М.И.	
Алиева К.К.	6, 17, 25, 156, 176, 276	Бердиева Д.У.	
Алимухамедова Ю.А.	148	Бердовская А.Н.	
Аляви А.Л.	296	Бибик В.В.	
Аляви Б.А.	5, 17	Благинина И.И.	
Ананьева Л.П.	26, 61, 62, 127, 188, 189	Благодаренко А.Б.	
Ансарова А.А.	18	Бландов А.Н.	
Ансаров Х.Ш.	231, 278	Блудова Н.Г.	
Ануфриева Е.В.	19	Бобова А.В.	
Арипова М.М.	220	Бобылева И.В.	
Арипова Н.А.	4, 19, 59, 84	Бобылева Т.А.	
Арискина О.Б.	149	Богдалова Л.Р.	
Аристова М.В.	20, 21	Богданова Е.Ю.	
Аронова Е.С.	22, 42, 43, 70	Богданов А.Н.	
Артамонова О.Г.	23	Богданова О.М.	
Артюхов И.В.	296	Богулко К.А.	
Артюшкова Е.Б.	295	Бодаубай Р.	
Асташонок А.Н.	24	Бодаубай Р.Б.	
Атаманова Л.В.	198	Болдуева С.А.	
Афанасьева Е.Н.	112		
		Бондарева М.С.	
		Борисова М.А.	
		Боровицкий В.С.	
		Ботирова Н.А.	
		Брежнева Е.Б.	
		Бровко Ю.И.	
		Бруцкая-Стемпковская Е.В.	
		Бубман Л.И.	
		Будневская С.А.	
		Бурак О.М.	
		Бурдасова А.Ю.	
		Бутакова Н.А.	
		Бызова П.И.	
		Бялик В.Е.	
		<b>В</b>	
		Вакуленко О.Н.	
		Валижанова З.И.	
		Варавин Н.А.	
		Васильева В.А.	
		Васильева Л.В.	
		Васильева Ю.Ю.	
		Вахлевский В.В.	
		Вельтищев Д.Ю.	
		Вербах Т.Э.	
		Ветчинникова Т.А.	
		Видманова М.В.	
		Власенко Е.Н.	
		Власенко С.В.	
		Власенко Ф.С.	
		Власов Т.Д.	
		Войтенкова Е.В.	
		Волков А.Н.	
		Вологодина И.В.	
		Вологин А.И.	
		Волошина О.А.	
		Волошин Н.И.	
		Волошинова Е.В.	
		Волынец Г.В.	
		Воробьева А.А.	
		Воробьева Л.Д.	
		Вуймо Т.А.	
		<b>Г</b>	
		Габдуллина З.Н.	
		Гаврилова А.А.	
		Гадаев А.	
		Гадаев А.Г.	
		Газизов Р.М.	
		Гайдукова И.З.	
		Гайковая Л.Б.	



Гайнуллина Г.Р.	57	Дауренбекова А.Ш.	82	Железный А.В.	100
Галенко А.С.	58	Демидов В.В.	82	Жилинская Н.Т.	63
Гамбурцева Р.Н.	110	Демин Н.В.	87, 88	Жлоба А.А.	13
Ганиева Н.А.	4, 19, 59, 84	Десинова О.В.	26, 61, 62, 127, 188, 189	Журавлева Н.С.	177
Ганцева Х.Х.	235	Джеломанова Е.С.	83, 142, 150		
Гараева А.Р.	60, 308	Джураева Э.Р.	19, 82, 84, 85, 257	<b>З</b>	
Гараева Н.А.	10	Диатроптов М.Е.	21	Заводовский Б.В.	118, 196, 208, 250
Гарзанова Л.А.	26, 61, 62, 127, 187, 188, 189	Дибров Д.А.	86	Загороднева Е.А.	32, 118
Гашимова С.А.	63	Добровольская Л.М.	124, 166, 167	Заманова Э.С.	60, 308
Геворкян Р.Р.	64, 65, 222	Добровольская О.В.	87, 88	Зарипов Р.Ш.	234
Герасименко В.В.	198	Долгих А.О.	88, 89, 90	Захаренко Е.В.	317
Герасимова Е.В.	129	Долгова Л.Н.	132	Захарова О.В.	141
Гизатуллина Э.Д.	305	Долгов Н.В.	132	Захаров Ю.В.	101
Главатских Ю.О.	65, 66, 67, 88, 89, 90, 200, 201	Долгополова Е.В.	91	Зверева О.Н.	102, 103
Глухова С.И.	6, 42, 43, 136, 211, 284, 285	Долгополов И.С.	230, 231	Звоноренко М.С.	104, 105
Годзенко А.А.	169	Домрачева Д.В.	92	Звягина И.Н.	164
Голдобин В.В.	67	Домский Н.А.	19	Зияева Ф.К.	84, 85, 257
Голимбекова М.В.	164	Доценко Э.А.	317	Знахуренко А.А.	249
Голобокова Е.А.	41	Дробышева В.Р.	93	Зоткин Е.Г.	123
Головина Н.Б.	68	Дробышева Е.С.	93, 186	Зульхарьяева Н.Н.	110
Голубова Т.Ф.	156, 193	Дрощенко В.В.	94		
Голухова Е.З.	197	Дубовик А.В.	177	<b>И</b>	
Гончарова А.Г.	279	Дубоделова Т.Н.	239	Ибрахимов А.И.	175
Гончаров И.Н.	279	Дуданова О.П.	95, 223, 314	Иванова А.Д.	107, 108
Горбунова Ю.Н.	20, 21, 68, 129	Дыдыкина И.С.	123	Иванова Л.В.	10, 11
Гордеев А.В.	157	Дыдышко Ю.В.	96, 145	Иванова Л.Н.	82, 250
Гордеева О.В.	164			Иванова Н.В.	106
Гордиенко А.В.	163	<b>Е</b>		Иванов И.Г.	213
Горохова В.А.	315	Евгеньева А.В.	96, 315	Иванов С.Н.	260
Горских О.Г.	112	Евдокимов Д.С.	141	Ивченко Ю.С.	286
Горячева Л.Г.	185	Евдощенко Е.А.	286	Игонина М.	109
Грекова Т.И.	229	Евстратова Е.Ф.	50	Инамова О.В.	299, 300
Гречишников О.Г.	69	Евсютина Ю.В.	233	Ионова Е.Б.	110
Гречкин В.И.	186	Евтеева Д.А.	255	Исачкина А.Н.	126
Грешнякова В.А.	185	Евтюшкина С.Н.	97	Исецкая А.О.	58
Григорьева Е.В.	182	Елисеева Р.С.	295	Ислотов Р.И.	85
Гридин О.А.	112	Елисеева Т.А.	225, 280, 281, 282	Исмаилова Ф.Р.	271
Гриднева Г.И.	22, 70	Емельянова А.Л.	141		
Грицкова И.А.	70	Емельянов А.В.	249	<b>К</b>	
Гудков В.М.	116	Емельянова О.И.	33, 98, 264	Кабушка Я.С.	184
Гузева В.М.	321, 322	Емельянов Д.Н.	141	Каджинова Н.М.	164
Гулордава М.Д.	109	Есионова Е.В.	148	Кадырова А.Ш.	221
Гулямова Ш.С.	71, 72, 73, 77, 78	Ефанова Е.Н.	99, 180	Кадырова Ш.А.	296
Гулян К.С.	197	Ефременко В.А.	269	Казакова И.А.	225
Гусева В.Р.	183	Ефремова М.А.	96	Калимбетова А.Б.	272
Гусева И.А.	74	Ефремова Н.А.	185	Калимуллин Р.Ш.	225
Гусейнов Н.И.	10, 75, 76, 77			Калинина Е.В.	18, 105
		<b>Ж</b>		Кантемирова Р.К.	312
<b>Д</b>		Жамалов А.Ш.	115	Карамова А.Э.	23
Давыдов Д.А.	79	Жамолов А.Ш.	100	Каратеев А.Е.	301, 302
Давыдов С.И.	101				
Данилова А.Н.	81				
Данилов М.С.	80				

Карнаухова М.Т.	109	Кошлатая О.В.	266	<b>М</b>	
Карницкая О.Д.	110	Кошурников Д.С.	45	Мавлянова Ш.З.	148
Кароль Е.В.	110, 111, 112	Красивина И.Г.	96, 132	Магамадов И.С.	149
Карпенко О.А.	198	Красная Ю.В.	189	Мазанкина Е.В.	285
Карпова И.С.	266	Красненко С.О.	169	Мазуренко С.О.	213
Карпов В.В.	47	Красовская А.С.	240	Мазуров В.И.	299, 300
Карпов И.А.	96	Краюшкина Н.Г.	33	Майко О.Ю.	149
Карпович О.А.	112, 113	Криволап Н.В.	135	Майлян Э.А.	64, 65, 83, 142, 150, 222
Карпухина Е.П.	50	Крылов М.Ю.	74	Макаревич М.Д.	151
Касаткин Е.В.	114	Кудинский Д.М.	235	Макарова Е.А.	306
Касимова М.Б.	100, 115, 277, 278, 319	Кудлач А.И.	133, 134	Макарова О.В.	224
Катюхин В.Н.	115	Кузнецова Д.А.	79	Макаров М.А.	301
Качур А.С.	116	Кузьменкова Е.И.	96, 145	Малаева Е.Г.	152
Кашеварова Н.Г.	235, 265, 274	Кулемзина Т.В.	135	Малахова З.Л.	79
Квасова Е.В.	117	Куликов А.Н.	136	Маликова А.Г.	153
Квливидзе Т.З.	118	Купкенова Л.М.	60, 137, 138	Маль Г.С.	154, 295
Кдырбаева Ф.Р.	119	Курбанова Г.А.	219	Малюков Д.А.	50
Кириллова И.Г.	68	Курбатова И.В.	95, 223, 314	Мамедов С.С.	100
Кириллова Э.Р.	57, 290	Курганская И.Г.	120	Мамус М.А.	32, 170, 264
Киричук И.В.	119	Курмаева Д.Н.	17	Манищенкова Ю.А.	35
Киричук С.В.	119	Курманова Д.Р.	139	Маннанова Л.И.	305
Клименко Г.В.	210	Кутепова А.М.	294	Мановицкая Н.В.	155, 229
Ключарёва С.В.	120	Кухарчик Г.А.	179	Мансурова Н.Н.	257
Князева А.И.	122	Кучерова А.В.	44	Маркова Г.А.	303
Князева Л.А.	121			Мартынова О.Г.	206, 207
Князев И.С.	121, 159	<b>Л</b>		Марусич И.И.	156
Кобец Е.В.	170	Лазаренко Е.А.	111	Марченкова Л.А.	50, 51
Ковалева И.С.	250	Лапшина С.А.	60, 308	Марченко В.Н.	79, 233
Ковалев В.Б.	250	Ларина Д.С.	164	Матвеева Н.Н.	259, 260
Ковалевская О.Б.	6	Ларина Н.А.	314	Матжонов С.Х.	227
Коваленко П.С.	123	Лахтин В.М.	140	Матчанов С.Х.	6, 17, 82, 156, 257
Козин В.Г.	124, 166, 167	Лахтин М.В.	140	Матьянова Е.В.	123, 157
Козырева М.В.	87, 88, 125	Левина Д.С.	164	Матюсупова С.Г.	59
Колмакова Е.В.	126	Лекарева И.В.	141	Матюхин Н.А.	158
Колодяжная В.А.	240	Леонидова К.О.	214	Махмудзода Х.Р.	159
Колонтай Т.М.	280, 283	Леонова И.А.	41, 141, 311	Мацкевич С.А.	159
Колтакова А.Д.	26, 127, 188, 189	Лесниченко Д.А.	83, 142, 150	Мацынина М.А.	177
Колядко М.Г.	266	Лешенкова Е.В.	249	Мелконян Г.Г.	45, 46, 47, 164, 225, 280, 281, 282, 283
Комаров В.Т.	128	Лила А.М.	195, 211, 235, 265, 274	Мельник А.А.	126
Кондратьева Л.В.	68, 129	Линцов А.Е.	143, 144	Мельниченко Н.Е.	160, 161, 162, 304
Конева О.А.	26, 61, 62, 127, 187, 188, 189	Лисицына Т.А.	6	Меньшикова А.Н.	163
Корнеева Л.Л.	160, 161, 162	Литвинчук Д.В.	96	Меньшикова И.В.	163, 173, 215
Корнишева В.Г.	109	Лобашова В.Л.	96, 145	Метельская В.А.	69
Королева М.В.	41	Лозовая Т.А.	79	Мехтиев П.С.	10, 75, 76, 77
Корогаев А.С.	255	Ломакин Н.В.	247, 248	Миклаш Н.В.	36
Корогаева Т.В.	31, 285	Лукина Г.В.	42, 43	Милашенко Н.Ю.	164, 165
Корочкина Г.В.	168	Лукина О.В.	194	Милюк Н.С.	145
Корсакова Д.А.	130	Луцик Е.А.	146	Минаков А.А.	124, 166, 167
Коршунова М.А.	46, 164	Лысых Е.А.	146	Мирзоян В.Л.	109
Костенко В.А.	146, 149	Лыткина К.А.	45, 46, 47, 164, 225, 280, 281, 282, 283	Мирхамидов М.В.	227, 228
Кострюкова И.В.	105	Любимова Н.Е.	147	Михайличенко Е.С.	27, 269
Костюнин И.Н.	12	Лялина Л.В.	114, 216	Михайлов Е.В.	168
Котляров С.Н.	131	Лямин А.В.	51		
Коценко В.П.	131				
Коценко Ю.И.	131				
Кошкина И.А.	233				







Х	Ш	Щ
Хамидов Д.А. .... 12, 294	Шаймарданов К.Ш. .... 221	Щемелев А.Н. .... 318
Хамраев А.А. .... 25, 319	Шайхова У.Р. .... 217, 218,	Щербаков Г.И. .... 318
Хан С.О. .... 47	219, 220	Щукина Е.В. .... 27
Хелковская-Сергеева А.Н. .... 26, 61,	Шакирова Г.Р. .... 305	
62, 127, 187,	Шакурова Д.З. .... 305	Э
188, 189	Шалькевич Л.В. .... 133, 134	Эрдес Ш.Ф. .... 9, 244, 245
Хидоятова М.Р. .... 175, 268	Шамсудинов Р.Ш. .... 306	
Хичина Н.С. .... 128	Шамсутдинова Н.Г. .... 174	Ю
Хлямов С.В. .... 295	Шаповалова А.Б. .... 260, 307	Юлдашева У.Х. .... 319
Ходжанова Ш.И. .... 296	Шаповалова И.А. .... 320	Юренин Е.В. .... 96
Хоманов К.Э. .... 296	Шапорева К.Р. .... 60, 308	
Хорькова О.В. .... 297	Шарапова Е.П. .... 235, 265, 274	
Худайберганаева Н.Х. .... 220, 298,	Шарова Н.В. .... 309	
299	Шатохина Я.П. .... 310	
Ц	Шахбазян А.В. .... 311	
Цинзерлинг А.Ю. .... 299, 300	Шахраманова Е.Л. .... 123	Я
Цуканова И.В. .... 249	Шаяхметова Р.У. .... 26, 61, 62,	Якименко Д.В. .... 294
Цыганкова О.В. .... 28, 29	127, 187,	Якимович С.Е. .... 320
	188, 189	Яковлева М.В. .... 214
Ч	Шеламова Д.А. .... 255	Якубов А.В. .... 220
Чаплыгин С.С. .... 285	Шемеровский К.А. .... 312, 313	Якупова С.П. .... 10
Черёмушкина Е.В. .... 301	Шепелькевич А.П. .... 96, 145	Якупов Э.З. .... 10
Черепанцев Г.Р. .... 164, 165	Шепеляева Л.С. .... 315	Ярмош И.В. .... 321, 322
Черкасова М.В. .... 244	Шестерина Ю.Б. .... 306, 314	Ярцева С.В. .... 38
Черкашина А.Н. .... 286	Шибекко О.В. .... 170	Яценко Е.А. .... 146
Черкашин Д.В. .... 309	Шилина А.И. .... 215	Яценко Я.В. .... 192
Черкащенко С.О. .... 306, 314	Шилова Л.Н. .... 110	Яшина Е.М. .... 322
Черникова А.А. .... 301, 302	Шипилова Д.А. .... 124, 166, 167	
Черняев И.А. .... 92	Шиповская А.А. .... 314	В
Четина Е.В. .... 303	Ширанова Ш.А. .... 175	Boumbaly S. .... 191
Чехута Е.С. .... 304	Широкова Л.Ю. .... 96, 315	
Чижов П.А. .... 130, 261	Шишкин А.Н. .... 122, 316	
Чудинов А.Л. .... 107, 108	Шишко В.И. .... 112	
Чуменко О.Г. .... 305	Шишко О.Н. .... 96	Н
Чурилов Л.П. .... 233	Шодиев С.Б. .... 85	Huynh hoang K. .... 191
	Шолкова М.В. .... 317	
	Шорохова П.Б. .... 30	
	Шубина М.Э. .... 95, 223	
	Шукурджанова С.М. .... 172	
	Шумков В.А. .... 52	

## СОДЕРЖАНИЕ

<p>РОЛЬ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ Абдиева Ю.А., Агзамова Г.С. .... 3</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ С МРТ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф. 9</p>
<p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ ФНО-А У БОЛЬНЫХ СИЛИКОЗОМ Абдиева Ю.А. .... 3</p>	<p>АКСИАЛЬНЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ ИЛИ ПОДАГРА? ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф. .... 9</p>
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Абдуазизова Н.Х., Ганиева Н.А., Арипова Н.А. .... 4</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ Акберов М., Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М. .... 10</p>
<p>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Аляви Б.А. .... 5</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Акулинушкина Е.Ю., Гараева Н.А., Иванова Л.В., Якупова С.П<sup>2</sup>, Якупов Э.З. .... 10</p>
<p>КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х., Алиева К.К. .... 6</p>	<p>КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛИТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ Акулинушкина Е.Ю., Иванова Л.В. .... 11</p>
<p>ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ Абрамкин А.А., Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Глухова С.И., Насонов Е.Л. .... 6</p>	<p>АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА GLU429ALA ГЕНА MTHFR Алейник В.А., Хамидов Д.А., Мусашайхов У.Х. .... 12</p>
<p>МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ РЕГИОНОВ Аганов Д.С., Топорков М.М., Свинцицкая И.С., Вахлевский В.В. .... 7</p>	<p>МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Александр Ч.Ю., Костюнин И.Н. .... 12</p>
<p>ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН СЕВЕРА Аганов Д.С., Топорков М.М., Свинцицкая И.С. .... 8</p>	<p>СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ГЛУТАТИОНА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Александрова Л.А., Субботина Т.Ф., Жлоба А.А. .... 13</p>



ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С. .... 14	СЫВОРОТОЧНЫЙ ФЕРРИТИН, ИЛ-1В И РАСТВОРИМЫЙ РЕЦЕПТОР ИЛ-2 – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Аристова М.В., Панафилина Т.А., Горбунова Ю.Н., Диатроптов М.Е., Попкова Т.В. .... 21
ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Алексеева Н.Г., Овсянников Е.С. .... 15	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С., Борисова М.А. .... 22
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ Алексеева Е.С. .... 16	ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ COVID-19 У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С., Борисова М.А. .... 22
ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Алиева К.К., Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С. .... 17	СЕЛЕКТИВНЫЕ БЛОКАТОРЫ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА Артамонова О.Г., Карамова А.Э. .... 23
ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узиков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н. .... 17	РОЛЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ С ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ХАРАКТЕРОМ МОРФОГЕНЕЗА В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ТРАХЕО- И БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ Асташонок А.Н., Петрученя А.В., Полешук Н.Н. .... 24
ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ Ансарова А.А., Бабаева А.Р., Калинина Е.В. .... 18	МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ И КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ Ахиярова К.Э. .... 24
РАСПРОСТРАНЕНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЕМОКОНТАТНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С СРЕДИ ЛИЦ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ Ануфриева Е.В., Домский Н.А., Останкова Ю.В. .... 19	ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Хамраев А.А. .... 25
ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Арипова Н.А., Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Абдуазизова Н.Х., Азимова С.У. .... 19	РОЛЬ ИНДЕКСА SCLERODERMA CLINICAL TRIALS CONSORTIUM DAMAGE INDEX В ОЦЕНКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Бабак В.В., Колтакова А.Д., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. .... 26
УРОВНИ РЕЦЕПТОРОВ ФНО-А 1 И 2 ТИПА В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ СКВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Аристова М.В., Панафилина Т.А., Горбунова Ю.Н., Авдеева А.С., Попкова Т.В. .... 20	

<p>ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Багрий А.Э., Щукина Е.В., Никулин И.Ю., Михайличенко Е.С., Совпель Я.А. .... 27</p>	<p>ДИНАМИКА ОБРАЗОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ НА ФОНЕ РЕАКТИВНОГО СИНОВИТА Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Спицина С.С., Трофименко А.С., Мамус М.А., Загороднева Е.А. .... 32</p>
<p>УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СУСТАВОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ Багрий А.Э., Стефаненко Е.Р., Стефаненко А.В. .... 27</p>	<p>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: АНТИТЕЛА К КАТАЛАЗЕ КАК МАРКЕР АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА Бедина С.А., Емельянова О.И., Мозговая Е.Э., Спицина С.С., Трофименко А.С., Краюшкина Н.Г. .... 33</p>
<p>НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Байрамова С.С., Цыганкова О.В., Николаев К.Ю. .... 28</p>	<p>ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА Бейлина Н.И., Газизов Р.М. .... 34</p>
<p>НОВЫЙ ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НА ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И ПРИ ЕЕ ОТСУТСТВИИ Байрамова С.С., Цыганкова О.В., Николаев К.Ю. .... 29</p>	<p>АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ФОКУС НА ФЕРРИТИН Белая И.Е. .... 35</p>
<p>ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К МЕТФОРМИНУ В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Баранов В.Л., Шорохова П.Б. .... 30</p>	<p>ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Белая И.Е., Манищенкова Ю.А. .... 35</p>
<p>ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ (ПО ДАННЫМ ФГБНУ НИИР ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ) Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В. .... 31</p>	<p>СТРУКТУРА КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Бердовская А.Н., Миклаш Н.В. .... 36</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-ГЛУТАМИЛ-ТРИПТОФАНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Барышникова Н.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. .... 32</p>	<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА Благинина И.И., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д. .... 37</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФА-ГЛУТАМИЛ-ТРИПТОФАНА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Барышникова Н.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. .... 32</p>	<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Блудова Н.Г., Ярцева С.В., Реброва О.А., Благинина И.И., Благодаренко А.Б. .... 38</p>

<p><b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ</b> Бобылева Т.А., Ткаченко С.Б., Бобылева И.В., Сурыгина С.Е. .... 38</p>	<p><b>КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И ИХ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СОСТАВ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ</b> Бровко Ю.И., Соцкая Я.А. .... 45</p>
<p><b>ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> Богдалова Л.Р. .... 39</p>	<p><b>ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АМПУТИРОВАННЫМИ НИЖНИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b> Бубман Л.И., Тополянская С.В., Кошурников Д.С., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 45</p>
<p><b>БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ</b> Богданов А.Н. .... 40</p>	<p><b>ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ</b> Бубман Л.И., Тополянская С.В.<sup>2</sup>, Коршунова М.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 46</p>
<p><b>КОРРЕКЦИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ С ПОМОЩЬЮ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ</b> Богданова О.М. .... 40</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> Бубман Л.И., Нечаев А.И., Карпов В.В., Хан С.О., Тополянская С.В., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 47</p>
<p><b>НАЛИЧИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</b> Богулко К.А., Голобокова Е.А., Королева М.В. .... 41</p>	<p><b>ВОЗМОЖНОСТИ В ИЗМЕНЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИК</b> Бутакова Н.А. .... 48</p>
<p><b>ИНФАРКТ МИОКАРДА 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА</b> Болдуева С.А., Леонова И.А., Облавацкий Д.В. .... 41</p>	<p><b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</b> Бызова П.И., Тузмухаметова О.Х., Бадреева А.Д., Белокрылова Л.В., Оконечникова Н.С. .... 49</p>
<p><b>КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ В РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АБАТАЦЕПТОМ</b> Борисова М.А., Лукина Г.В., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. .... 42</p>	
<p><b>ВЛИЯНИЕ АБАТАЦЕПТА НА УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИНДЕКСЫ АКТИВНОСТИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОГРЕССИЮ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> Борисова М.А., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Волков А.Н., Северинова М.В., Сайковская Т.М., Алексеева О.Г., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л. .... 43</p>	
<p><b>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА Т У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ</b> Брежнева Е.Б., Кучерова А.В. .... 44</p>	



<p>РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ, (ОА) В РАМКАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Карпухина Е.П., Малюков Д.А., Сулова Е.Ю. .... 50</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ Воробьева А.А. .... 56</p>
<p>ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Васильева В.А., Марченкова Л.А. .... 50</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. .... 57</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Васильева В.А., Марченкова Л.А. .... 51</p>	<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЕЗНИ КРОНА С УРОВНЯМИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. .... 57</p>
<p>ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НА КОКЛЮШ Видманова М.В., Лямин А.В., Неняйкин С.С., Никишкова Е.Е. .... 51</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕГО НАРУШЕНИЯ РИТМА У ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Галенко А.С., Исецкая А.О., Ушаков В.А., Паршков Е.Е., Морозов А.Н. .... 58</p>
<p>КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА – ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И. .... 52</p>	<p>СОСТОЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Набиева Д.А., Арипова Н.А., Матюсупова С.Г. .... 59</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ Власенко Е.Н. .... 53</p>	<p>ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Бекенова Г.Т., Бердиева Д.У., Арипова Н.А. .... 59</p>
<p>КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ ОМАРОН ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Вологин А.И., Сидорова Н.Л. .... 54</p>	<p>МНОГОКОМПОНЕНТНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ЕГО СВЯЗЬ С ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Гараева А.Р., Шапорева К.Р., Купкенова Л.М., Габдуллина З.Н., Заманова Э.С., Лапшина С.А. .... 60</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПЕЧЕНИ Вольнец Г.В., Никитин А.В., Скворцова Т.А., Потапов А.С., Рябова А.П. .... 55</p>	<p>ДИНАМИКА ОСТРОФАЗОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ 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. .... 61</p>

<p><b>ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ВЛИЯНИЕ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ</b> 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. .... 61</p>	<p><b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</b> Главатских Ю.О., Перцев А.В. .... 66</p>
<p><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИТУКСИМАБА В СРАВНЕНИИ С ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ В ТЕРАПИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ФИБРОЗА КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ</b> Гарзанова Л.А., Конева О.А., Ананьева Л.П., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. .... 62</p>	<p><b>ПРЕИМУЩЕСТВА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ</b> Главатских Ю.О., Перцев А.В. .... 67</p>
<p><b>ПРИМЕНЕНИЕ PRF-ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПО ВОЗРАСТУ</b> Гашимова С.А., Жилинская Н.Т., Муста оглы Н.М., Бландов А.Н. .... 63</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ МИАСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ</b> Голдобин В.В., Алибеков Э.Р. .... 67</p>
<p><b>ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ</b> Геворкян Р.Р., Резниченко Н.А., Ткаченко К.Е. .... 64</p>	<p><b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</b> Головина Н.Б. .... 68</p>
<p><b>АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И МИОСТАТИНА ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b> Геворкян Р.Р., Майлян Э.А., Ткаченко К.Е. .... 64</p>	<p><b>МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ЕГО КОМПОНЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b> Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В., Кириллова И.Г. .... 68</p>
<p><b>УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ</b> Геворкян Р.Р., Резниченко Н.А., Майлян Э.А., Ткаченко К.Е. .... 65</p>	<p><b>ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ БАКТЕРИЙ-ОПОРТУНИСТОВ В МОЧЕ У ЛИЦ С ИММУНОСУПРЕССИЕЙ</b> Гречишникова О.Г., Метельская В.А. .... 69</p>
<p><b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАТОЛОГИЙ: САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ</b> Главатских Ю.О., Будневская С.А., Перцев А.В. .... 65</p>	<p><b>ПРОБЛЕМА РЕАКТИВАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</b> Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С. .... 70</p>
<p><b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РУБЦАМИ</b> Грицкова И.А., Пономаренко И.Г. .... 70</p>	<p><b>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С. .... 71</p>

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Гадаев А.Г. .... 72	ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Власов Т.Д., Кузнецова Д.А., Лозовая Т.А., Малахова З.Л. .... 79
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Гадаев А. .... 73	ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ СЕДАЦИИ В ОРИТ С ПОМОЩЬЮ VIS-МОНИТОРИНГА Данилов М.С., Симутис И.С., Салыгина Д.С. .... 80
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА SAA1 (RS12218) С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Гусева И.А., Сахарова К.В., Крылов М.Ю. .... 74	ИЗУЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИНОВИИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ Данилова А.Н. .... 81
ВЛИЯНИЕ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М. .... 75	ОСТЕОАРТРОЗ СУСТАВОВ КИСТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ Дауренбекова А.Ш., Джураева Э.Р., Магчанов С.Х., Нурмухамедова Н.С. .... 82
ЛЕЧЕНИЕ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М., Сулейманова Р.Т. .... 76	СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА Демидов В.В., Сидоренко Ю.В., Иванова Л.Н., Сысойкина Т.В., Сероухова С.Л. .... 82
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М. .... 76	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЖЕНЩИН В РАННЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ Джеломанова Е.С., Лесниченко Д.А., Майлян Э.А. .... 83
НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М. .... 77	ИЗУЧИТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Арипова Н.А., Ганиева Н.А., Нурмухамедова Н.С. .... 84
ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С. .... 77	
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Салаева М.С. .... 78	



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Исломов Р.И. .... 85	К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА Долгих А.О., Главатских Ю.О., Перцев А.В. .... 90
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Джураева Э.Р., Шодиев С.Б. .... 85	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ Долгополова Е.В., Соцкая Я.А. .... 91
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СУБТИПОВ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Дибров Д.А., Авдеева А.С. .... 86	ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Домрачева Д.В., Сахарова Ю.А., Паскарь Д.А., Черняев И.А., Ножкина Н.В. .... 92
МЫШЕЧНАЯ СИЛА, ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ИХ АССОЦИАЦИЯ С БОЛЬЮ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Феклистов А.Ю., Козырева М.В., Торопцова Н.В. .... 87	АССОЦИАЦИИ ВОЗРАСТА, ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА С РАЗВИТИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р. .... 93
ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Добровольская О.В., Сорокина А.О., Феклистов А.Ю., Демин Н.В., Торопцова Н.В. .... 87	ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Дробышева В.Р. .... 93
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С САРКОПЕНИЕЙ, У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Демин Н.В., Козырева М.В., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В. .... 88	СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ Дрощенко В.В., Рылатко Е.В. .... 94
К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА Долгих А.О., Главатских Ю.О., Перцев А.В. .... 88	КОЛЛАГЕНЫ РАЗНОГО ТИПА В ОЦЕНКЕ ФИБРОГЕНЕЗА И ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ Дуданова О.П., Родина А.С., Шубина М.Э., Курбатова И.В., Топчиева Л.В. .... 95
ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ В ОТНОШЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О. .... 89	
ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Долгих А.О., Перцев А.В., Главатских Ю.О. .... 90	

<p>ГОСПИТАЛЬНАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА COVID-19 Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П., Ефремова М.А., Карпов И.А., Литвинчук Д.В., Юренин Е.В., Шишко О.Н., Кузьменкова Е.И., Бруцкая-Стемпковская Е.В., Лобашова В.Л. .... 96</p>	<p>ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРА ХИМИКО-ЛЕСНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА Зверева О.Н. .... 102</p>
<p>РИСК РАЗВИТИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 70 ЛЕТ Евгеньева А.В., Носков С.М., Широкова Л.Ю., Красивина И.Г. .... 96</p>	<p>ПАРАПРОТЕИНОМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ЛЕСОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА Зверева О.Н. .... 103</p>
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОБУЧЕННЫМ ПАЦИЕНТОМ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ Евтюшкина С.Н., Собченко С.А. .... 97</p>	<p>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕЙКОЗАМИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АГРАРНОГО РЕГИОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зверева О.Н. .... 103</p>
<p>ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Емельянова О.И., Спицина С.С., Трофименко А.С., Русанова О.А. .... 98</p>	<p>АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Звоноренко М.С. .... 104</p>
<p>КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА СЕВЕРЕ РОССИИ Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В., Нишанбаева Э.А. .... 99</p>	<p>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 У ПАЦИЕНТА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Звоноренко М.С. .... 104</p>
<p>КОМОРБИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА Ефанова Е.Н., Нелидова Н.В. .... 99</p>	<p>ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ Звоноренко М.С., Калинина Е.В., Кострюкова И.В., Бабаева А.Р. .... 105</p>
<p>АНЕМИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Жамолов А.Ш., Касимова М.Б. .... 100</p>	<p>РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Иванова Н.В. .... 106</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ Железный А.В., Гаврилова А.А., Мамедов С.С. .... 100</p>	<p>ТРОМБОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ Иванова А.Д., Чудинов А.Л., Гайдукова И.З. .... 107</p>
<p>ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА Захаров Ю.В., Бабаева А.Р., Давыдов С.И. .... 101</p>	<p>РОЛЬ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ Иванова А.Д., Чудинов А.Л., Гайдукова И.З. .... 108</p>

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПЕНИТЕНЦИАРНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ Иголина М., Аксёнова К.И., Боровицкий В.С. ....	109	ГЕНДЕРНО-НЕЙТРАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА Касаткин Е.В., Лялина Л.В. ....	114
ПСОРИАЗ И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Карнаухова М.Т., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д., Мирзоян В.Л. ....	109	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Касимова М.Б., Жамалов А.Ш. ....	115
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Карницкая О.Д., Шилова Л.Н. ....	110	ДИССЕРТАЦИЯ СЕРГЕЯ ПЕТРОВИЧА БОТКИНА – ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ВЕКА! Катюхин В.Н. ....	115
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2022 ГОДУ Кароль Е.В., Зулхарьяева Н.Н., Попова В., Гамбурцева Р.Н., Ионова Е.Б. ....	110	ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST, ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Качур А.С., Гудков В.М., Овсянников Е.С. ....	116
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2020-2022 ГОДАХ Кароль Е.В., Попова Н.В., Стекольников О.А., Лазаренко Е.А., Назарова К.А. ....	111	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ВАРИАНТА СПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА Квасова Е.В., Волошина О.А., Румбешт В.В., Абоян И.А. ....	117
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2020-2022 ГОДАХ Кароль Е.В., Горских О.Г., Афанасьева Е.Н., Гридин О.А., Орлова В.Г. ....	112	ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОСПОЛИТЕЛЬНОЙ РОЛЬ НЕСФАТИНА-1 В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Квливидзе Т.З., Заводовский Б.В., Полякова Ю.В., Бедина С.А. <sup>3</sup> , Загороднева Е.А. ....	118
МЕЛАТОНИН ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ Карпович О.А., Шишко В.И. ....	112	ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА Кдырбаева Ф.Р. ....	119
ДИНАМИКА УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ Карпович О.А. ....	113	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ «ДОСТУПНАЯ СРЕДА» В ГОРОДЕ ОБНИНСКЕ Киричук С.В., Киричук И.В. ....	119



ЭФФЕКТИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФЕРМЕНТНОГО ГЕЛЯ Ключарёва С.В., Курганская И.Г., Белова Е.А., Нечаева О.С. .... 120	СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА, КАК РАСПОЗНАТЬ ВО ВРЕМЯ Колмакова Е.В., Поповская Я.Н., Мельник А.А., Полехина Е.В., Исачкина А.Н. .... 126
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕОТИДОМ И ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ГИАЛУРОНАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Князева Л.А., Князев И.С., Бекмурзод С.Б. .... 121	СРАВНЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМИТИРОВАННОЙ И ДИФFUЗНОЙ ФОРМАМИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРИ ПОМОЩИ ИНДЕКСА SCLERODERMA CLINICAL TRIALS CONSORTIUM DAMAGE INDEX Колтакова А.Д., Бабак В.В., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. .... 127
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Князева А.И., Шишкин А.Н. .... 122	РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ИСХОДЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА (НАА) Комаров В.Т., Хичина Н.С., Филатова М.А. .... 128
ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНОВИТА И ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Коваленко П.С., Алексеева О.Г., Дыдыкина И.С., Шахраманова Е.Л., Потапова А.С., Зоткин Е.Г. .... 123	ГИПЕРЛЕПТИНЕМИЯ КАК МАРКЕР РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ОЖИРЕНИЯ И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Панафидина Т.А., Герасимова Е.В., Попкова Т.В. .... 129
ЧАСТОТА ОСТЕОПОРОЗА И ПОТРЕБНОСТЬ В ЕГО ТЕРАПИИ СРЕДИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧЕННОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ Коваленко П.С., Матьянова Е.В. .... 123	ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Корсакова Д.А., Смирнова М.П., Чижов П.А. .... 130
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ОТВЕТ У ЛИЦ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Козин В.Г., Шипилова Д.А., Минаков А.А., Волошин Н.И., Добровольская Л.М. .... 124	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕСТЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ Котляров С.Н. .... 131
РЕЗУЛЬТАТ ОЦЕНКИ ТРАБЕКУЛЯРНОГО КОСТНОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Козырева М.В., Никитинская О.А., Торопцова Н.В. .... 125	КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 Коценко Ю.И., Коценко В.П., Полторак А.П. .... 131

НАРУШЕНИЯ УРАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПОЛИМОРБИДНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ Красивина И.Г., Долгов Н.В., Долгова Л.Н. ....	132	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ ОМИКРОН Купкенова Л.М., Абдулганиева Д.И. ....	138
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Стефанин А.Л., Редуто В.А. ....	133	АСПЕКТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Курманова Д.Р., Седов Д.С., Волошинова Е.В. ....	139
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Кудлач А.И., Шалькевич Л.В., Стефанин А.Л., Филипович Е.К. ....	134	КОНЦЕПЦИЯ ПАТОЛОГИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ НА ПЛАТФОРМЕ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ Лахтин В.М., Лахтин М.В., Байракова А.Л., Новикова Л.И. ....	140
ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ Кулемзина Т.В., Криволап Н.В. ....	135	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Лекарева И.В., Емельянова А.Л., Емельянов Д.Н. ....	141
ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНЫ ГАМ-КОВИД-ВАК (СПУТНИК V) У БОЛЬНЫХ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Глухова С.И. ....	136	ОСТРАЯ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ТАКОТЦУБО Леонова И.А., Болдуева С.А., Евдокимов Д.С., Захарова О.В. ....	141
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ ОМИКРОН Купкенова Л.М., Абдулганиева Д.И. ....	137	УРОВНИ ВИТАМИНА D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Лесниченко Д.А., Майлян Э.А., Джеломанова Е.С. ....	142
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЗК В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Купкенова Л.М., Абдулганиева Д.И. ....	137	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ПРОЦЕССЫ РЕПАРАЦИИ ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Линцов А.Е., Солиев А.К. ....	143

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ СТРУКТУРНЫХ ХРОСОМНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИНТЕНСИВНОСТИ РЕПАРАТИВНОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Линцов А.Е., Солиев А.К. .... 144	АССОЦИАЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА Майлян Э.А., Лесниченко Д.А., Джеломанова Е.С. .... 150
АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА Лобашова В.Л., Дыдышко Ю.В., Шепелькевич А.П., Кузьменкова Е.И., Патеюк И.В., Милюк Н.С., Навменова Я.Л. .... 145	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНЫХ ЭРИТРОЦИТОЗОВ Макаревич М.Д., Поляков А.С. .... 151
ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У РАННЕ СТЕНТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ Луцик Е.А., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Скородумова Е.Г., Сиверина А.В. .... 146	ЛАКТОФЕРРИН МОЧИ КАК МАРКЕР ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Малаева Е.Г. .... 152
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ Лысых Е.А., Овсянникова С.В., Яценко Е.А., Плохих А.Б. .... 146	МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ Маликова А.Г. .... 153
ЧАСТОТА ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ ТРЕС И КРЕС У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Любимова Н.Е. .... 147	УРОВЕНЬ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Маликова А.Г. .... 153
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ДЕСМОГЛЕИНА 1 И 3 У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПЕМФИГУСОМ Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В., Алимухамедова Ю.А. .... 148	СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ PCSK-9 Маль Г.С. .... 154
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ARG72PRO ГЕНА TP53 НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Магамадов И.С., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Сиверина А.В., Скородумова Е.Г. .... 149	ОЦЕНКА ЛЕГОЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ Мановицкая Н.В., Бурак О.М. .... 155
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ ПО ШКАЛЕ КОНСТАНТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ Майко О.Ю., Ткаченко И.В. .... 149	ДИНАМИКА ЛОКОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЗАНЯТИЙ В РОБОТИЗИРОВАННОМ КОМПЛЕКСЕ ЭКЗОСКЕЛЕТ Марусич И.И., Власенко С.В., Голубова Т.Ф., Османов Э.А., Власенко Ф.С. .... 156
	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА И АДАЛИМУМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С., Алиева К.К. .... 156



МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НЕ ПОДДАЮЩИМСЯ СТАНДАРТНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ Матьянова Е.В., Гордеев А.В. .... 157	К ВОПРОСУ О ПОИСКЕ ПРЕДИКТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА Меньшикова А.Н., Сотников А.В., Гордиенко А.В. .... 163
ВЛИЯНИЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СПА НА ЧАСТОТУ ВЕРХНИЕ ОТДЕЛЫ ЖКТ Матюхин Н.А. .... 158	ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ Милашенко Н.Ю., Черепанцев Г.Р., Тополянская С.В., Бубман Л.И., Васильева Ю.Ю., Коршунова М.А., Левина Д.С., Ларина Д.С., Голимбекова М.В., Гордеева О.В., Звягина И.Н., Бондарева М.С., Каджинова Н.М., Мухина Т.М., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 164
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН Махмудзода Х.Р., Князев И.С. .... 159	ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ Милашенко Н.Ю., Черепанцев Г.Р., Тополянская С.В., Бубман Л.И., Васильева Ю.Ю. .... 165
ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Мацкевич С.А., Бельская М.И. .... 159	ВЛИЯНИЕ СТАТУСА ПИТАНИЯ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Минаков А.А., Шипилова Д.А., Козин В.Г., Добровольская Л.М., Волошин Н.И. .... 166
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСТНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 311 НМ ТЕРАПИИ ПИТИРИАЗА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л. .... 160	ИНДЕКС ГЕНСЛЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ Минаков А.А., Шипилова Д.А., Добровольская Л.М., Козин В.Г., Волошин Н.И. .... 167
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л. .... 161	СОСТОЯНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Михайлов Е.В., Пасечник И.Н., Корочкина Г.В. .... 168
СЛУЧАЙ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.Л. .... 162	СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОЛИХОНДРИТА, СПРОВОЦИРОВАННОГО АДЪЮВАНТАМИ Мовсесян А.А., Красненко С.О., Урумова М.М., Годзенко А.А. .... 169
ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Меньшикова И.В., Пак Ю.В., Петрухнова М.Ф., Мочалова О.И. .... 163	

<p><b>АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ КРОВИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</b> Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С., Мамус М.А., Спицина С.С. .... 170</p>	<p><b>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА</b> Набиева Д.А., Пулатова Ш.Б., Алиева К.К. .... 176</p>
<p><b>ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА КОСТНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ</b> Морозик П.М., Руденко Э.В., Руденко Е.В., Самоховец О.Ю., Кобец Е.В., Шибeko О.В. .... 170</p>	<p><b>ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</b> Наиля А.С., Журавлева Н.С. .... 177</p>
<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДА КСЕРОСТОМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА</b> Мохначева С.Б. .... 171</p>	<p><b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОБИОТИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b> Налетов А.В., Свистунова Н.А., Дубовик А.В., Мацынина М.А. .... 177</p>
<p><b>ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИТАГЛИПТИН/МЕТФОРМИН ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> Мусаева М.А., Парпибаева Д.А., Салаева М.С., Шукурджанова С.М., Турбанова У.В., Султонова Д.А. .... 172</p>	<p><b>МНОЖЕСТВЕННЫЕ АСЕПТИЧЕСКИЕ НЕКРОЗЫ ГОЛОВОК ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРИПАРАТИДА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ</b> Насрулаева А.А. .... 178</p>
<p><b>КОМПРЕССИОННАЯ МИЕЛОПАТИЯ НА ФОНЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ</b> Мусаева Л.М., Прокофьева Ю.А., Пак Ю.В., Меньшикова И.В. .... 173</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ</b> Недбаева Д.Н., Воробьева А.А., Кухарчик Г.А. .... 179</p>
<p><b>FOLLOW-UP ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b> Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. .... 174</p>	<p><b>ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</b> Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н. .... 180</p>
<p><b>КОГНИТИВНЫЕ И АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> Мухамадиева В.Н., Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г. .... 174</p>	<p><b>ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b> Нелидова Н.В., Ефанова Е.Н. .... 180</p>
<p><b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ И НЕРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ</b> Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р., Ширанова Ш.А., Ибрахимов А.И. .... 175</p>	<p><b>ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</b> Нелидова Н.В., Богданова Е.Ю., Скворцова Е.С. .... 181</p>

<p>РАЗВИТИЕ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) Немоляева Е.К., Григорьева Е.В., Волошинова Е.В. .... 182</p>	<p>ЧАСТОТА КТ ПРИЗНАКОВ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Конева О.А., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н. .... 187</p>
<p>КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Никитина В.В., Гусева В.Р. .... 183</p>	<p>ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ У ПАЦИЕНТОВ ССД С РАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИЗЛ ЗА 5ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н., Колтакова А.Д., Ананьева Л.П. .... 188</p>
<p>МАТЕМАТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СТРАДАВШИХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ Никитина В.В. .... 184</p>	<p>ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ И СУММАРНОГО ИНДЕКСА ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ССД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОГО ТЕЧЕНИЯ ИЗЛ ЗА 5-ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Колтакова А.Д., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П. .... 189</p>
<p>ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТА И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ Никитина Т.А., Петунова Я.Г., Требунская Н.А., Кабушка Я.С. .... 184</p>	<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Одуд А.М., Торопчин В.И., Красная Ю.В., Бурдасова А.Ю. .... 189</p>
<p>НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМИРОВАНИЕМ ФИБРОЗА, У ДЕТЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Никифорова А.О., Грешнякова В.А., Ефремова Н.А., Горячева Л.Г. .... 185</p>	<p>ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА В ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ «ТИНАКИ» Орлов М.М., Петелина Е.В., Орлов М.А. .... 190</p>
<p>ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Дробышева Е.С. .... 186</p>	<p>ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СКРЫТОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В Останкова Ю.В., Серикова Е.Н. .... 191</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДИПОКИНОВОГО И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ Овсянников Е.С., Гречкин В.И. .... 186</p>	<p>ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОНОРОВ КРОВИ: HBSAG-НЕГАТИВНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В Останкова Ю.В., Huynh hoang K., Boumbaly S., Серикова Е.Н. .... 191</p>



<p>ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Остапчук Е.С., Яценко Я.В., Ткачук И.В., Вербах Т.Э. .... 192</p>	<p>ПНЕВМОТОРАКС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Первак М.Б., Атаманова Л.В., Герасименко В.В., Оборнев А.Л. .... 198</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ НА КОМПЛЕКСЕ ЭКЗОСКЕЛЕТ КИСТИ НА УРОВЕНЬ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Отинов М.Д., Голубова Т.Ф., Власенко С.В., Османов Э.А. .... 193</p>	<p>ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ Первак М.Б., Атаманова Л.В., Оборнев А.Л., Карпенко О.А. .... 198</p>
<p>АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГБО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 Е ПЕРЕНЕСЕННОГО Очколяс М.В., Очколяс В.Н. .... 193</p>	<p>УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРСИСТИРУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ Перфильева М.Ю., Соцкая Я.А. .... 199</p>
<p>ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА: КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Павлова А.С., Сорокина Л.Н., Лукина О.В. .... 194</p>	<p>ИЗУЧЕНИЕ АКТУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Перцев А.В., Главатских Ю.О. .... 200</p>
<p>ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Лиля А.М. .... 195</p>	<p>КОМОРБИДНЫЕ ПАЦИЕНТЫ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Перцев А.В., Главатских Ю.О. .... 201</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ ВИТАМИНА Д И СТХ-1 С ПОКАЗАТЕЛЕМ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППОЙ Папичев Е.В., Полякова Ю.В., Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р. .... 196</p>	<p>ВЛИЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Перцева М.В., Главатских Ю.О., Перцев А.В. .... 201</p>
<p>ВЛИЯНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА НА СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Пелех Д.М., Никитина Т.Г., Гулян К.С., Филиппкина Т.Ю., Голухова Е.З. .... 197</p>	<p>ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИССЕНС-МУТАЦИИ В ГЕНЕ MYOF НА РАЗВИТИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИООТЕКА Печникова Н.А., Останкова Ю.В. .... 202</p>
	<p>БИОИНФОРМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИССЕНС-МУТАЦИИ ГЕНА MYOF И ЕЕ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИООТЕКА Печникова Н.А., Останкова Ю.В. .... 203</p>

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕДКОЙ СИНОНИМИЧНОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KNG1 НА РАЗВИТИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИООТЕКА Печникова Н.А., Останкова Ю.В. .... 204	КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА Пономарева Е.В. .... 209
ИЛ-36 КАК НОВЫЙ ИНДИКАТОР В ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА Побежимова О.О. .... 205	ПОСТКОВИДНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Пономарева Е.В. .... 210
ВЛИЯНИЕ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Повасарис Н.С. .... 205	ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ И АБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Попов В.Н., Афанасьева Л.Е., Плотникова Н.В., Клименко Г.В. .... 210
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Полонская И.И., Мартынова О.Г., Туаршева С.М. .... 206	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЛИПОКАЛИНА И ФРАКТАЛКИНА (CX3CL1) У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИ-В КЛЕТОЧНУЮ ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ Попов И.Ю., Бекетова Т.В., Лиля А.М., Глухова С.И. .... 211
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ Полонская И.И., Мартынова О.Г., Туаршева С.М. .... 207	ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Порошина Е.Г., Вологодина И.В. .... 212
УЧАСТИЕ ПАРТНЕРА ПО ЖИЗНИ В ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДАГРЫ И ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. .... 208	ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 КАК ПРИЧИНЫ ПОВТОРНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР Потанина О.Н., Айрапетян С.А., Мазуренко С.О., Стрижелецкий В.В., Иванов И.Г. .... 213
ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ДОДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Пономарева Е.В. .... 209	ФАРМАКОБЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ АМЛОДИПИНОМ/ПЕРИНДОПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ ОКС НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 1-3 СТ. ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Прибылов В.С., Яковлева М.В., Прибылов С.А. .... 214

ОПЫТ УСПЕШНОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ МЕЖДУ ИНГИБИТОРАМИ РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 6 У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ Прокофьева Ю.А., Мусаева Л.М., Меньшикова И.В., Шилина А.И. ....	215	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭЗОМЕПРАЗОЛОМ И МУКОГЕНОМ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Рахматуллаева Г.К., Худайбергана Н.Х., Якубов А.В. ....	220
ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ CL. DIFFICILE НА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА Пургина Д.С., Лялина Л.В., Рассохин В.В. ....	216	КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА Рахматуллаева Г.К., Кадырова А.Ш., Шаймарданов К.Ш. ....	221
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА БЕЛКОВОГО ОБМЕНА И МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ДОНОРОВ Раимова А., Турсунова М.У., Саидов А.Б. ....	216	АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВИТАМИНА D И МИОСТАТИНА ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА Резниченко Н.А., Геворкян Р.Р., Майлян Э.А., Ткаченко К.Е. ....	222
РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Валижанова З.И., Умарова У.М., Солиев З.С., Нуритдинова М.Д. ....	217	УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВОЙ ФОРМОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Резниченко Н.А., Геворкян Р.Р., Ткаченко К.Е. ....	222
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ Расулова З.Д., Умарова У.М., Шайхова У.Р. ....	218	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФРАГМЕНТОВ ЦИТОКЕРАТИНА-18 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ Родина А.С., Дуданова О.П., Шубина М.Э., Курбатова И.В. ....	223
БИОМАРКЕРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРОГЕННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Курбанова Г.А., Умарова У.М., Валижанова З.И., Нуритдинова М.Д. ....	219	КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Родионова А.Ю., Столов С.В., Макарова О.В. ....	224
МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ОТРАЖАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Расулова З.Д., Шайхова У.Р., Розиходжаева Д.А., Солиев З.С., Мухамедиева Д.К., Арипова М.М. ....	220	ЛЕПТИН У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС Романова М.А., Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Турна О.И., Вакуленко О.Н., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. ....	225



ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ Руденко И.Б., Казакова И.А., Калимуллин Р.Ш., Немкова А.Г. .... 225	КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХОБЛ Рыкунова Д.Ю., Тинаева Р.Ш., Ансаров Х.Ш. .... 231
НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Русакова В.А., Волошинова Е.В., Петрова Н.Ю. .... 226	АНОМАЛИИ УРОВНЕЙ ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ И ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОМ COVID-19 Рябкова В.А., Полетаева А.А., Кошкина И.А., Евсютина Ю.В., Марченко В.Н., Трофимов В.И., Чурилов Л.П. .... 233
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Рустамов Р.Ш., Султанова М.Х., Матжонов С.Х., Мирхамидов М.В. .... 227	КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО СИНДРОМА «ЧУЖОЙ РУКИ» У ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Рябченко А.Ю., Михеева Т.А., Зарипов Р.Ш. .... 234
ИЗУЧЕНИЕ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА Рустамов Р.С., Султонова М.Х., Мирхамидов М.В., Нурмухамедова Н.С. .... 228	ПОРАЖЕНИЯ ХРЯЦА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Савушкина Н.М., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Шарапова Е.П., Кудинский Д.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М. .... 235
ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ Рыбина Т.М., Мановицкая Н.В., Грекова Т.И. .... 229	СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ COVID-19 Садретдинова Л.Д., Ганцева Х.Х., Тюрин А.В. .... 235
РЕГЕНЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ И БЕСКЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 230	ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ ТРЕС И КРЕС В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 Сайтгалина М.А. .... 236
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С «LONG-COVID-19» СИНДРОМОМ И МЕТОДЫ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИХ КОРРЕКЦИИ Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 230	КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛЕКУЛ ТРЕС И КРЕС В КРОВИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ Сайтгалина М.А. .... 237
ВРОЖДЕННЫЙ Т И НК-КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ С НАРУШЕНИЕМ В ЭКСПРЕССИИ БЕТА-ИНТЕГРИНА НА НЕЙТРОФИЛАХ У ПАЦИЕНТА С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ KMT2D: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 231	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ И ПОКАЗАТЕЛЯ УТОМЛЕНИЯ ДИАФРАГМЫ С ПАРАМЕТРАМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Салаева М.С., Тагаева М.Х., Мусаева М.А. .... 238

ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Саламех К.А., Дубоделова Т.Н. .... 239	ЧАСТОТА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СО ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф. .... 244
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА И ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКА В ОЦЕНКЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У РАНЕНЫХ Салухов В.В., Варавин Н.А., Колодяжная В.А., Красовская А.С. .... 240	РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОПЫТА ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АА АМИЛОИДОЗОМ Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф. .... 244
СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРА СКОРОСТИ РОСТА СГУСТКА ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКА С ПОКАЗАТЕЛЕМ АНТИ-ХА АКТИВНОСТИ У РАНЕНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ Салухов В.В., Варавин Н.А., Старцева О.Н., Вуймо Т.А., Красовская А.С. .... 240	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У HLA-B27 ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф. .... 245
СПОСОБЫ ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ Салыгина Д.С. .... 241	ОПТИМИЗАЦИЯ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА ТРЕТЬЕГО ТИПА Седых А.В., Останкова Ю.В. .... 246
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Самбет Ш.А., Тойынбекова Р.Ж., Бейсенбекова Ж.А. .... 242	ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ Селиверстов П.В. .... 247
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Сатимова Д.М., Рустамов Ж.У. .... 242	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Сеничкина А.А., Савина Н.М., Ломакин Н.В. .... 247
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА Сатимова Д.М. .... 243	ДЕКОМПЕНСАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У «ХРУПКИХ» ПАЦИЕНТОВ Сеничкина А.А., Савина Н.М., Ломакин Н.В. .... 248
ВТОРИЧНАЯ КОНТРАКТУРА И ДИСТОНИЯ МЫШЦ ЛИЦА КЛИНИКА И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Сатимова Д.М. .... 243	КОНТРОЛЬ И МАРКЕРЫ T2-ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Цуканова И.В., Знахуренко А.А. .... 249

<p>ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В. .... 250</p>	<p>КОНТРОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НКИ COVID-19 Симутис И.С., Сапегин А.А., Гайковая Л.Б., Евтеева Д.А., Шеламова Д.А., Коротаев А.С. .... 255</p>
<p>ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Сидоренко Ю.В., Ветчинникова Т.А., Иванова Л.Н., Бибик В.В., Ковалев В.Б., Ковалева И.С. .... 250</p>	<p>НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА МИОКАРДА Синяева А.С. .... 256</p>
<p>АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Сидорова Н.Л., Вологин А.И. .... 251</p>	<p>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ Сирлибоев И.А., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Матчанов С.Х., Мансурова Н.Н., Нурмухамедова Н.С. .... 257</p>
<p>ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ Симион А.Ю., Овсянников Е.С. .... 252</p>	<p>АНАЛИЗ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТАХ Сиротко О.В., Сиротко В.В. .... 257</p>
<p>УНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Симион А.Ю., Овсянников Е.С. .... 253</p>	<p>СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ Сиротко О.В., Сиротко В.В. .... 258</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА Симион А.Ю., Овсянников Е.С. .... 254</p>	<p>ПРОТЕКТОРНАЯ РОЛЬ ИНКРЕТИНОВ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИП 2 Смирнов В.В., Платонова А.А., Матвеева Н.Н. .... 259</p>
<p>ЧТО ПОМОЖЕТ АМБИЦИОЗНЫМ ЦЕЛЯМ ПЕРВОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ В ОРИТ Симутис И.С. .... 255</p>	<p>МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ И МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЯИЧНИКОВОЙ АНДРОГЕНИИ У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ Смирнов В.В., Иванов С.Н., Шаповалова А.Б., Матвеева Н.Н. .... 260</p>
	<p>ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА Смирнова М.П., Чижов П.А. .... 261</p>



КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛО- ГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ Соколова М.Г. ....	262	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Суджаева О.А., Карпова И.С., Кошлатая О.В., Колядко М.Г. ....	266
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ Соловьева М.В., Болдуева С.А. ....	262	ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ ПОСЛЕ COVID-19 Сужаева Л.В., Войтенкова Е.В. ....	267
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА Сонина Е.В. ....	263	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Султанова М.Х., Салимова Н.Д., Хидоятова М.Р. ....	268
АУТОАНТИТЕЛА К СТРУКТУРНЫМ БЕЛКАМ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ КОЖНО- СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Спицина С.С., Бедина С.А., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э. ....	264	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Султанова М.Х. ....	269
АУТОАНТИТЕЛА К БЕЛКАМ МЕЖКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Спицина С.С., Бедина С.А., Емельянова О.И., Мозговая Е.Э., Трофименко А.С., Мамус М.А. ....	264	ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Супрун О.Е., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Ефременко В.А., Пылаева Е.А. ....	269
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ОСТЕОАРТРИТ: ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Стребкова Е.А., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Шарапова Е.П., Савушкина Н.М., Михайлов К.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М. ....	265	ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Сушинский В.Э., Сенецкий С.В. ....	270
ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СКЛЕРОЗА ГИППОКАМПА, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Султанова Д.А., Азизова Р.Б., Парпибаева Д.А., Мусаева М.А., Ботирова Н.А. ....	266	РОЛЬ АЛЛЕЛЬНЫХ И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕГУЛЯТОРА АНГИОГЕНЕЗА C634G-VEGFA (RS2010963) В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА Тагаева М.Х., Салаева М.С., Исмаилова Ф.Р. ....	271
		СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Тагаева М.Х., Салаева М.С., Исмаилова Ф.Р. ....	271

<p>АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ PGN1, CYP2C19 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р., Калимбетова А.Б. .... 272</p>	<p>ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б. .... 277</p>
<p>ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПРОГНОЗ ПРИ РЕСТЕНОЗЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р.Б., Калимбетова А.Б. .... 272</p>	<p>МИКРОБИОТА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б. .... 278</p>
<p>ИЗУЧЕНИЕ СЕЗОННЫХ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ Танрыбердиева Т.О. .... 273</p>	<p>НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Тинаева Р.Ш., Рыкунова Д.Ю., Ансаров Х.Ш. .... 278</p>
<p>ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОАРТРИТА Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Савушкина Н.М., Шарапова Е.П., Михайлов К.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М. .... 274</p>	<p>ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И ПИЩЕВАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ОБЩЕСТВА Тихонова Г.А., Гончарова А.Г., Гончаров И.Н. .... 279</p>
<p>ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Тельшев К.А., Михайлов К.М., Шарапова Е.П., Савушкина Н.М., Лилля А.М. .... 274</p>	<p>ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Тополянская С.В., Колонтай Т.М., Елисеева Т.А., Турна О.И., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Бубман Л.И., Новик В.П., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г., Рачина С.А. .... 280</p>
<p>ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Ташмухамедова М.К. .... 275</p>	<p>ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ – ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Турна О.И., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 281</p>
<p>ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К., Абдураззакова Д.С. .... 276</p>	<p>ЛЕПТИН У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ С ИБС Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Турна О.И., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 282</p>
<p>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К., Нурмухамедова Н.С. .... 276</p>	

<p><b>ФАКТОР РОСТА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ</b> Тополянская С.В., Романова М.А., Елисеева Т.А., Турна О.И., Вакуленко О.Н., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 282</p>	<p><b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> Турсунова М.У., Абдуллаев У.С. .... 287</p>
<p><b>ГИПОТИРЕОЗ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ: БЛАГО ИЛИ ВРЕД?</b> Тополянская С.В., Колонтай Т.М., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г. .... 283</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА</b> Турсунова М.У., Абдуллаев У.С., Рахматуллаева Г.К., Тагаева М.Х., Салаева М.С. .... 288</p>
<p><b>ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ И УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ</b> Торопчин В.И., Полякова Ю.К. .... 284</p>	<p><b>ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ О ФАКТОРАХ РИСКА И ОСЛОЖНЕНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> Турсунова М.У., Абдуллаев У.С., Рахматуллаева Г.К., Салаева М.С., Тагаева М.Х. .... 288</p>
<p><b>ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ БЕЗЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</b> Тремаскина П.О., Глухова С.И., Воробьева Л.Д. .... 284</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОТРОПИЗМА ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19</b> Улюкин И.М., Сечин А.А., Орлова Е.С. .... 289</p>
<p><b>ПЕРСПЕКТИВЫ ДОСТИЖЕНИЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</b> Тремаскина П.О., Глухова С.И., Коротаева Т.В. .... 285</p>	<p><b>СВЯЗЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ СУСТАВНОГО И ЭНТЕЗЕАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С АКТИВНОСТЬЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</b> Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И. .... 290</p>
<p><b>ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРЕНИНГА В ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ</b> Труханова И.Г., Бобова А.В., Мазанкина Е.В., Чаплыгин С.С. .... 285</p>	<p><b>РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ОСТЕОАРТРИТА</b> Федуличев П.Н. .... 291</p>
<p><b>ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</b> Трухин Г.Д., Один В.И., Ивченко Ю.С., Евдощенко Е.А., Черкашина А.Н. .... 286</p>	<p><b>ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗВУКОВ КАШЛЯ БОЛЬНЫХ COVID-19</b> Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. .... 291</p>
	<p><b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВОДРОПРОПИЗИНА В ТЕРАПИИ СУХОГО КАШЛЯ</b> Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. .... 292</p>
	<p><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОКАШЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19</b> Фейгельман С.Н., Овсянников Е.С. .... 293</p>



АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА: АНАЛИЗ НОВОГО ОПЫТА ОФОРМЛЕНИЯ ФОРМЫ №088/У С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ Филипченко Е.М., Якименко Д.В., Кутепова А.М. .... 294	ПЛЕОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Петрова М.С., Инамова О.В. .... 300
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА Хамидов Д.А., Алейник В.А. .... 294	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ БОЛИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ У ПАЦИЕНТОВ С АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ПОДАГРОЙ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Черёмушкина Е.В. .... 301
ВЛИЯНИЕ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Хлямов С.В., Маль Г.С., Артюшкова Е.Б., Елисеева Р.С. .... 295	КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И РАННИХ СТАДИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРИТА ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА Черникова А.А., Каратеев А.Е., Макаров М.А., Нестеренко В.А., Бялик В.Е. .... 301
АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОЖИРЕНИЕМ Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л., Кадырова Ш.А. .... 296	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ – ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СТРАДАНИЕ, УТРАТУ ФУНКЦИИ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ. ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ НЕ ВЫЯВЛЕНЫ ЧЕТКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Черникова А.А., Каратеев А.Е. .... 302
ОЦЕНКА УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМИ МЕДПОМОЩИ Хоманов К.Э., Артюхов И.В., Нагорняк Д.А., Неволин А.О., Серебровская О.Л., Тарнорущкая А.В. .... 296	АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ТОФАЦИТИНИБОМ Четина Е.В., Сатыбалдыев А.М., Маркова Г.А. .... 303
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Хорькова О.В. .... 297	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ КОЖНОЙ ПОРФИРИИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА Чехута Е.С., Мельниченко Н.Е. .... 304
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Худайберганова Н.Х., Рахматуллаева Г.К. .... 298	ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Чуменко О.Г. .... 305
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕРЛАТУМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ Худайберганова Н.Х. .... 299	
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Инамова О.В., Петрова М.С. .... 299	

<p>ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Шакурова Д.З., Маннанова Л.И., Гизатуллина Э.Д., Шакирова Г.Р.....</p>	305	<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТИТОМ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ И ЕГО ДЕЙСТВИЕ НА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ Шатохина Я.П.....</p>	310
<p>ТЕЛЕМЕДИЦИНА – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Шамсудинов Р.Ш., Макарова Е.А., Морозова Е.В., Панюхина Ю.А.....</p>	306	<p>ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГНУТЫХ ПОВТОРНОМУ АНГИОГРАФИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ Шахбазян А.В., Леонова И.А., Бажанова В.В., Нурмаханбетова А.Ж.....</p>	311
<p>ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОДЫШКОЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Шестерина Ю.Б., Черкащенко С.О.....</p>	306	<p>ХРОНОМЕДИЦИНСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С БРАДИЭНТЕРИЕЙ Шемеровский К.А., Селиверстов П.В., Кантемирова Р.К.....</p>	312
<p>ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Шаповалова А.Б., Титова Д.О.....</p>	307	<p>ЦИРКАДИАННЫЙ ДЕСИНХРОНОЗ МОЗГА И КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ МЕДИКОВ Шемеровский К.А., Селиверстов П.В.....</p>	313
<p>БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ЕГО СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Абдракипов Р.З., Габдуллина З.Н., Заманова Э.С., Сухорукова Е.В., Лапшина С.А.....</p>	308	<p>ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОДЫШКОЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ Шестерина Ю.Б., Черкащенко С.О.....</p>	314
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д.....</p>	309	<p>ИНТЕРЛЕЙКИН-8 ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ Шиповская А.А., Ларина Н.А., Курбатова И.В., Дуданова О.П.....</p>	314
<p>ЗНАЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИСПИРАТОРНОГО ПОТОКА ДЛЯ ВЫБОРА ИНГАЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Соболев А.Д.....</p>	309	<p>ИЗМЕНЕНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ ПРИ МРТ-ИССЛЕДОВАНИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МАССОЙ ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Широкова Л.Ю., Горохова В.А., Шепеляева Л.С., Евгеньева А.В.....</p>	315

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ДИАЛИЗ-ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ Шишкин А.Н. ....	316	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В Якимович С.Е., Шаповалова И.А. ....	320
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 С УЧЕТОМ ВАКЦИНАЦИИ Шолкова М.В., Доценко Э.А., Захаренко Е.В. ....	317	ИНФАРКТ МИОКАРДА 3 ТИПА У БОЛЬНОЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ И МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ Ярмош И.В., Болдуева С.А., Гузева В.М., Негрей Я.В. ....	321
ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У РАЗНЫХ СУБТИПОВ ВИЧ-1 Щемелев А.Н., Останкова Ю.В. ....	318	ВАЗОСПАСТИЧЕСКАЯ СТЕНОКАРДИЯ: ВАЗОСПАСТИЧЕСКИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА Ярмош И.В., Болдуева С.А., Гузева В.М., Негрей Я.В. ....	322
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Д НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ БИСФОСФОНАТОВ Щербаков Г.И. ....	318	ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТЕОПОРОЗ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Яшина Е.М., Разакова Д.А. ....	322
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И МИКРОБИОМ Юлдашева У.Х., Хамраев А.А., Касимова М.Б. ....	319		



Научное издание  
Всероссийский конгресс  
**БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ**  
ISBN 978-5-6046956-5-4

**Технический партнер:**  
ООО «Ай Си Эс»



Технические редакторы:  
Бобровник Е.А., Сгибнева А.С.  
Дизайн, верстка:  
Куделина Т.П.

Подписано в печать 10.04.2023  
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура «Таймс Нью Роман»  
Печать офсетная. Тираж 300 экз.