

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

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 недостаточности поджелудочной железы (ЭНПЖ) уровень *Bifidobacterium* был ниже, чем у пациентов без ЭНПЖ.

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.¹, Рыкунова Д.Ю.¹, Ансаров Х.Ш.²

¹Волгоградский областной клинический
онкологический диспансер,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. Изучить особенности течения нейропсихических 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 нейропсихологических расстройств проводилась при помощи следующих шкал: анкета

<p>АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ PON1, CYP2C19 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р., Калимбетова А.Б.</p>	272	<p>ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б.</p>	277
<p>ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПРОГНОЗ ПРИ РЕСТЕНОЗЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р.Б., Калимбетова А.Б.</p>	272	<p>МИКРОБИОТА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ Темирова М.Б., Ахмедова Н.А., Касимова М.Б.</p>	278
<p>ИЗУЧЕНИЕ СЕЗОННЫХ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ Танрыбердиева Т.О.</p>	273	<p>НЕЙРОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Тинаева Р.Ш., Рыкунова Д.Ю., Ансаров Х.Ш.</p>	278
<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.</p>	274	<p>ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ И ПИЩЕВАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРОБЛЕМ ОБЩЕСТВА Тихонова Г.А., Гончарова А.Г., Гончаров И.Н.</p>	279
<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., Лиля А.М.</p>	274	<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.</p>	280
<p>ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Ташмухамедова М.К.</p>	275	<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.</p>	281
<p>ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К., Абдураззакова Д.С.</p>	276	<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.</p>	282
<p>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ташпулатова М.М., Алиева К.К., Нурмухамедова Н.С.</p>	276		

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.