

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**

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 аналитов 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.

|   |  |
|---|--|
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ<br>САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА<br>РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ<br>С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ<br>В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ<br>Руденко И.Б., Казакова И.А.,<br>Калимуллин Р.Ш., Немкова А.Г. .... 225                  | КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ<br>ПРИ ХОБЛ<br>Рыкунова Д.Ю., Тинаева Р.Ш.,<br>Ансаров Х.Ш. .... 231   |
| НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ «МАСКИ»<br>ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ<br>ЗАБОЛЕВАНИЯХ<br>Русакова В.А., Волошинова Е.В.,<br>Петрова Н.Ю. .... 226   | АНОМАЛИИ УРОВНЕЙ<br>ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОАНТИТЕЛ<br>ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ<br>И ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ<br>СИМПТОМАТИЧЕСКОМ COVID-19<br>Рябкова В.А., Полетаева А.А., Кошкина И.А.,<br>Евсютина Ю.В., Марченко В.Н.,<br>Трофимов В.И., Чурилов Л.П. .... 233 |
| КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ<br>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК<br>У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ<br>КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ<br>Рустамов Р.Ш., Султанова М.Х.,<br>Матжонов С.Х., Мирхамидов М.В. .... 227   | КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ<br>ТРАНЗИТОРНОГО СИНДРОМА<br>«ЧУЖОЙ РУКИ» У ПАЦИЕНТА<br>С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ<br>Рябченко А.Ю., Михеева Т.А.,<br>Зарипов Р.Ш. .... 234  |
| ИЗУЧЕНИЕ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ<br>КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ФОНЕ<br>ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО<br>ПИЕЛОНЕФРИТА<br>Рустамов Р.С., Султонова М.Х.,<br>Мирхамидов М.В., Нурмухамедова Н.С. .... 228  | ПОРАЖЕНИЯ ХРЯЦА<br>ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ<br>КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ<br>(ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)<br>Савушкина Н.М., Таскина Е.А.,<br>Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,<br>Шарапова Е.П., Кудинский Д.М.,<br>Алексеева Л.И., Лиля А.М. .... 235                  |
| ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ<br>СЫВОРОТКИ КРОВИ РАБОТНИКОВ,<br>ЗАНЯТЫХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ<br>ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ<br>Рыбина Т.М., Мановицкая Н.В.,<br>Грекова Т.И. .... 229  | СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА<br>У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ<br>ПЕРИОДЕ COVID-19<br>Садретдинова Л.Д., Ганцева Х.Х.,<br>Тюрин А.В. .... 235  |
| РЕГЕНЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ<br>ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ<br>НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ<br>ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ<br>И БЕСКЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ<br>Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 230                                       | ОЦЕНКА УРОВНЕЙ<br>ЭКСЦИЗИОННЫХ КОЛЕЦ ТРЕС<br>И КРЕС В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ<br>КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19<br>Сайтгалина М.А. .... 236   |
| НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ<br>У ПАЦИЕНТОВ С «LONG-COVID-19»<br>СИНДРОМОМ И МЕТОДЫ КЛЕТОЧНОЙ<br>ТЕРАПИИ ДЛЯ ИХ КОРРЕКЦИИ<br>Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 230  | КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ<br>МОЛЕКУЛ ТРЕС И КРЕС<br>В КРОВИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ<br>ПАЦИЕНТОВ<br>Сайтгалина М.А. .... 237   |
| ВРОЖДЕННЫЙ Т И НК-КЛЕТОЧНЫЙ<br>ИММУНОДЕФИЦИТ С НАРУШЕНИЕМ<br>В ЭКСПРЕССИИ БЕТА-ИНТЕГРИНА<br>НА НЕЙТРОФИЛАХ У ПАЦИЕНТА<br>С МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ KMT2D:<br>ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ<br>Рыков М.Ю., Долгополов И.С. .... 231 | ВЗАИМОСВЯЗЬ<br>ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ<br>И ПОКАЗАТЕЛЯ УТОМЛЕНИЯ<br>ДИАФРАГМЫ С ПАРАМЕТРАМИ<br>КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ<br>С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ<br>Салаева М.С., Тагаева М.Х., Мусаева М.А. .... 238   |