

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

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 сердечной недостаточностью 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. Выявленная 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.¹, Шапорева К.Р.¹, Купкенова Л.М.¹,
Габдуллина З.Н.², Заманова Э.С.², Лапшина С.А.¹

¹Казанский государственный
медицинский университет,

²Республиканская 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 преобладала 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 глюкокортикостероидные 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

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	ОСОБЕННОСТИ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ Воробьева А.А.	56
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Васильева В.А., Марченкова Л.А.	50	ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И.	57
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ Васильева В.А., Марченкова Л.А.	51	ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЕЗНИ КРОНА С УРОВНЯМИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ Гайнуллина Г.Р., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И.	57
ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НА КОКЛЮШ Видманова М.В., Лямин А.В., Неняйкин С.С., Никишкова Е.Е.	51	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
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА – ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И.	52	СОСТОЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Ризамухаммедова М.З., Набиева Д.А., Арипова Н.А., Матюсупова С.Г.	59
ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ РАНЕНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ Власенко Е.Н.	53	ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Ганиева Н.А., Бекенова Г.Т., Бердиева Д.У., Арипова Н.А.	59
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ ОМАРОН ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Вологин А.И., Сидорова Н.Л.	54	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
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	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