

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

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.¹, Кадырова А.Ш.¹,
Шаймарданов К.Ш.²

¹Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан,

²Термезский 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.¹, Геворкян Р.Р.²,
Майлян Э.А.³, Ткаченко К.Е.³

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,

²Республиканская клиническая больница
имени Н.А. Семашко,
Симферополь,

³Донецкий 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. 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(OH)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(OH)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.¹, Геворкян Р.Р.², Ткаченко К.Е.³

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,

²Республиканская клиническая больница
имени Н.А. Семашко,
Симферополь,

³Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Цель исследования. Оценить уровни интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) 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 β и ИЛ-10 методом