



ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ

# ТЕРАПИЯ

## THERAPY

WWW.RNMOT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

### ХVIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

**МОСКВА,  
20–22 НОЯБРЯ, 2023 Г.**

#### **ОРГАНИЗАТОР:**

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РNMOT)

#### **ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:**

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ  
МЕДИЦИНЫ (EFIM)

МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ВНУТРЕННЕЙ  
МЕДИЦИНЫ (ISIM)

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ (ОВР)

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ЖУРНАЛУ «ТЕРАПИЯ №7»

**ТОЛЬКО  
ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

**XVIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ**

**Под общей редакцией:**

**В.А. Кокорин**, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии им. академика П.Е. Лукомского лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ученый секретарь РНМОТ

**Рецензенты:**

**Е.Н. Белоусова**, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Н.Д. Кобзева**, к.м.н., доцент кафедры терапии с курсом поликлинической терапии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, председатель секции Молодые терапевты РНМОТ

**Ю.В. Цыганова**, к.м.н., старший преподаватель кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова»

**Для цитирования:** XVIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ.  
(сборник тезисов)

Терапия. 2023; 9(7S): 1-381.

Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.7suppl.1-381>

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>АБДУЛЛАЕВ О.А., ВЕРЕЩАК Д.П., АРУТЮНОВ Г.П., ТАВЛУЕВА Е.В., КОНИК В.А.</b> Применение иНГЛТ-2 у коморбидных больных: декомпенсация ХСН на фоне имеющейся ХБП и сахарного диабета 2 типа.....	26
<b>АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., ОРЗИЕВ Д.З., УЗОКОВ Ж.К., КУРМАЕВА Д.Н.</b> Изучение эффективности персонализированного подхода к лечению больных хроническим коронарным синдромом с сахарным диабетом 2 типа.....	27
<b>АБДУЛЛАЕВ А.Х., АРИПОВ Б.С., АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЖАНОВА Ш.Ж., РАИМКУЛОВА Н.Р., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.</b> Комплексный подход к лечению и реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких с коморбидной патологией.....	28
<b>АБУЛДИНОВА О.А., ПРИХОДЬКО О.Б.</b> Оценка функциональных резервов бронхолегочной системы у пациентов с внебольничной пневмонией бактериальной и вирусной (COVID-19-ассоциированной) этиологии.....	29
<b>АГРАНОВИЧ Н.В., АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ О.В., ХАРЧЕНКО Т.В.</b> Лечебная физическая культура, как необходимый компонент активного долголетия у лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией.....	30
<b>АЙДУМОВА О.Ю., ЩУКИН Ю.В.</b> Прогнозирование неблагоприятных событий в течение года у пожилых пациентов с инфарктом миокарда с учетом наличия синдрома старческой астении.....	31
<b>АКБЕРОВА Д.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.</b> Изменение проницаемости тонкого и толстого кишечника тройным сахарным тестом у пациентов с различными аутоиммунными заболеваниями печени.....	32
<b>АКБЕРОВА Д.Р., МИДХАТОВА К.И.</b> Сахарный диабет и COVID-19: анализ клинических исходов.....	33
<b>АКБЕРОВА Д.Р., ОДИНЦОВА А.Х., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Оценка проницаемости тонкой кишки у пациентов с синдромом перекреста в исходе аутоиммунного гепатита/первичного билиарного холангита.....	34
<b>АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОМОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.</b> Интерстициальная пневмония с аутоиммунными признаками: предикторы смерти и развития системного заболевания соединительной ткани.....	35
<b>АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОМОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.</b> Частота встречаемости и факторы риска развития острого повреждения почек у госпитализированных пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.....	36
<b>АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОМОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.</b> Поражение дыхательных путей при первичном билиарном холангите: одноцентровое когортное исследование.....	37
<b>АЛЕКСЕЕВА А.А.</b> Оценка эффективности преднизолона в лечении воспалительных заболеваний кишечника при разных способах дозирования.....	38

<b>АЛЕКСЕНЦЕВА А.В., ОСИПОВА И.В., РЕПКИНА Т.В.</b> Распространенность артериальной гипертензии в алтайском крае по данным эпидемиологического исследования по методу STEPS.....	<b>39</b>
<b>АЛИАХУНОВА М.Ю.</b> Дисфункции эндотелия как фактор кардиоваскулярного риска у больных анкилозирующим спондилитом.....	<b>40</b>
<b>АЛИАХУНОВА М.Ю.</b> Характеристика сердечно-сосудистой системы в динамике у больных ревматоидным артритом.....	<b>41</b>
<b>АНДРЕЕВА Д.В.</b> Значение анамнеза в диагностике патологии желудочно-кишечного тракта.....	<b>42</b>
<b>АНДРЕЕВА Е.А., КОЗЛОВА А.Н., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Несоответствие между значениями клинического артериального давления и артериального давления при самоконтроле у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией сердечной недостаточности.....	<b>43</b>
<b>АНДРЕЕВА Е.И., КАМПУЕВА З.М.</b> Характеристика клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне ожирения с нарушением углеводного обмена и без него.....	<b>44</b>
<b>АНИКИН Д.А., ДЕМКО И.В.</b> Мультидисциплинарный подход к ведению пациента с муковисцидозом.....	<b>45</b>
<b>АНТРОПОВА О.Н., НАЗАРОВА В.В., ЖУРАВЛЕВА А.Н.</b> Клинико-гемодинамические фенотипы артериальной гипертензии у лиц с нарушением углеводного обмена.....	<b>46</b>
<b>АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИНА Н.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИН Е.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., МУХАНОВ А.А., ЗАГУМЕННОВ А.С., НУРИСЛАМОВА А.А.</b> Прогностическая модель развития фибрилляции предсердий и предотвращение рецидивов.....	<b>47</b>
<b>АСАТУЛЛИНА З.Р., МУСТАФИНА Г.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.</b> Ассоциация неалкогольной жировой болезни печени и ожирения со структурно-функциональными параметрами сердца.....	<b>48</b>
<b>АХСАНОВА Э.Р., МОРОЗОВА Т.Е., ПОПОВ В.В.</b> Влияние мелатонина короткого действия на активность симпатической нервной системы у работников железнодорожного транспорта, работающих в ночные смены.....	<b>49</b>
<b>БАКУЛИНА И.В., КОМАРОВ В.Т., ХИЧИНА Н.С., ФИЛАТОВА М.А.</b> Опыт применения тоцилизумаба при ревматоидном артрите с системными проявлениями у взрослых и у детей.....	<b>50</b>
<b>БАТУРИН В.А., БОЛАТЧИЕВ А.Д., ЦАРУКЯН А.А., ОЛЬШАНСКАЯ И.И.</b> Клинико-фармакологические аспекты противомикробной фармакотерапии респираторных инфекций ....	<b>51</b>
<b>БАТУРИН В.А., ДОТДАЕВА Т.А., ФИШЕР В.В., ВОЛКОВ Е.В., БАТАЕВА А.С.</b> Изменение биомаркеров фиброза в зависимости от проведенной фармакотерапии в инфекционном госпитале у больных с COVID-19.....	<b>52</b>
<b>БАУЛО Е.В., БЕЛОСТОЦКИЙ Н.И., ПАРФЕНОВ А.И.</b> Влияние ребамипида и диеты low-FODMAP на активность карбогидраз тонкой кишки и качество жизни у пациентов с энтеропатией и нарушением мембранного пищеварения.....	<b>53</b>
<b>БАХМЕТЬЕВ А.С.</b> Флотирующая интима сонных артерий у молодых лиц, связь с липопротеином (а).....	<b>54</b>

<b>БАХТЕЕВА И.В., КАРОЛИ Н.А.</b> Трудности диагностики гистиоцитоза X в клинической практике.....	55
<b>БЕЗБОРОДОВА А.П., РЫЖОВ А.В., ЧАТКИН В.В., ВЛАСОВА Т.И.</b> Вариабельность сердечного ритма при различных резервах адаптации сердечно-сосудистой системы у молодежи.....	56
<b>БЕЗНОСИК Ж.А., КУЛЕШОВА М.В., ЖАРИКОВА Е.С., КЕЦКАЛО Е.П., ГУЛЯЕВ Н.И., ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.</b> Особенности клинического течения и диагностики болезни Андерсона-Фабри у пациента среднего возраста.....	57
<b>БЕЙБАЛАЕВА А.М., КУДАЕВ М.Т, ГАДЖИЕВА Т.А., АТАЕВА З.Н.</b> Особенности гормонального и липидного профиля у мужчин с инфарктом миокарда.....	58
<b>БЕЛЯЕВА Е.А., КУЗОВЛЕВ А.В.</b> Боль в нижней части спины при раке простаты.....	59
<b>БЕРОЕВА М.Р.</b> Влияние COVID-19 на репродуктивное здоровье мужчин.....	60
<b>БЕРСТНЕВА С.В., УРЯСЬЕВ О.М., СОЛОВЬЕВА А.В.</b> Особенности формирования диабетических ангиопатий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с гипофункцией щитовидной железы.....	61
<b>БОГДАЛОВА Л.Р., ЮПАТОВА М.И., ДОРОГОЙКИНА К.Д., НИКИТИНА Н.М.</b> Частота встречаемости гиперурикемии у пациентов с ревматическими заболеваниями с наличием и отсутствием артериальной гипертензии.....	62
<b>БОДРЯГИНА Е.С., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.</b> Качество жизни и психоэмоциональная сфера пациентов с болезнью Крона.....	63
<b>БОДРЯГИНА Е.С., АКБЕРОВА Д.Р., ЗОРОБ К.Д.</b> Болезнь Крона и первичный склерозирующий холангит – особенности ведения пациента.....	64
<b>БОЛЬБАТ Г.К., ГЕЙВАНДОВА Н.И.</b> Содержание N-терминального пептида проколлагена III типа в крови больных алкогольной болезнью печени.....	65
<b>БОРИСОВА Л.В., ГАЛУСТЯН З.А., ПАКСЕЕВА Я.В.</b> Клинический случай типичного проявления острой перемежающейся порфирии.....	66
<b>БОРИСОВА Л.В., КРАЕВА Л.Ю., ХОЛОДЕНКО М.Г.</b> Эффективность эрадикации <i>helicobacter pylori</i> среди пациентов терапевтических отделений КГБУЗ Краевой клинической больницы г. Барнаула.....	67
<b>БОРОВКОВА Н.Ю., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С., КОНТОРЩИКОВ М.М</b> Ассоциация артериальной гипертензии с некоторыми факторами кардиоваскулярного риска в популяции населения Нижегородского региона.....	68
<b>БУДКОВАЯ М.А., ТУРИЕВА В.В.</b> Место оториноларинголога при обследовании и выборе тактики лечения сложных пациентов с нарушением дыхания во сне.....	69
<b>БУТУСОВ М.В., МАГОМЕДОВ Ш.М., КЛЕМЕНОВ А.В.</b> Управление лечением пожилого пациента на основе оценки его приверженности.....	70
<b>ВАЛЮЖЕНИЧ Я.И., РУДОЙ А.С., ЧАКОВА Н.Н.</b> Клинические проявления эластолизиса, обусловленные мутациями EGF-содержащего белка внеклеточного матрикса фибулина 2.....	71

<b>ВАЛЮЖЕНИЧ Я.И., РУДОЙ А.С., ЮДИНА О.А.</b> Структура, причины и факторы риска аортопатий у лиц молодого возраста.....	72
<b>ВАРАВИН Н.А., ВАГАНОВА Г.С.</b> Сочетание некомпактного миокарда левого желудочка с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.....	73
<b>ВАСИЛЬЕВА Л.В., ГОСТЕВА Е.В., СУСЛОВА Е.Ю., ИНШАКОВА К.Ю.</b> Ассоциация синдрома обструктивного апноэ сна и фибрилляции предсердий у пациентов со стабильной стенокардией в старческом возрасте.....	74
<b>ВАСИЛЬКОВА Т.Н., МИЩЕНКО Т.А., ФЕДОРОВА Э.Э.</b> Влияние паранефрального жирового депо на течение артериальной гипертензии у пациентов с ожирением.....	75
<b>ВАХРУШЕВ Я.М., МИХАЙЛОВА О.Д., ГАЛИЦЫН Р.А.</b> Изучение обеспеченности населения врачами-терапевтами в Удмуртской республике.....	76
<b>ВЕНЕВЦЕВА Ю.Л., МЕЛЬНИКОВ А.Х., ГОМОВА Т.А., ГОЛУБЕВА Е.Н.</b> Ранние проявления наследственной предрасположенности к артериальной гипертензии у здоровых молодых людей.....	77
<b>ВЛАДИМИРОВА Н.Н., МАРКИНА Н.Ю., ИВАНИКОВ И.О., МЯСНИКОВА Е.В., ПИКУНОВА И.Н.</b> Диагностическая значимость определения толщины стенки толстой кишки при клостридиальном колите в практике терапевта.....	78
<b>ВОДОПЬЯН А.В., ВОДОПЬЯН О.В.</b> Возникновение инфаркта миокарда, хронической надпочечниковой недостаточности после перенесенной коронавирусной инфекции. Клинический случай.....	79
<b>ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕНОВ В.Г., СКВОРЦОВ С.В., ГЛАДЬКО О.В., ТЕРЯЕВ А.С.</b> Исследование некоторых молекулярных механизмов иммуномодулирующего эффекта Дудника Амурского ( <i>Angelica Amurensis</i> ).....	80
<b>ВОРОНКИНА А.В., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В., ГРИГОРЬЕВА И.И., АВЕРКИЕВА Ю.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.</b> Риск остеопоротических переломов у мужчин с ишемической болезнью сердца в зависимости от показателей липидограммы.....	81
<b>ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.</b> Связь уровня базовой активности и старческой астении у долгожителей.....	82
<b>ВЫЖИГИН Д.А., НОВОСЕЛ Е.О., ШУПЕНИНА Е.Ю., ВАСЮК Ю.А., ЖУКОВА Л.Г., АСТАХОВ Д.А.</b> Влияние нарушений ритма и проводимости на клинические исходы у онкологических пациентов.....	83
<b>ГАВРИЛОВА А.А., ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н.</b> Клинический случай успешного лечения неконтролируемой бронхиальной астмы и желудочковой экстрасистолии у мультиморбидной пациентки.....	84
<b>ГАЛИЕВА А.М., ХАЗИЕВА Г.Р., МУХАМЕТОВА Д.Д., БЕЛОУСОВА Е.Н.</b> Оценка когнитивного статуса и уровня аммония крови у пациентов с циррозом печени в практике терапевта.....	85
<b>ГАРАНИН А.А.</b> Новый физикальный признак диафрагмальных грыж.....	86
<b>ГАФАРОВ В.В.</b> Риск инфаркта миокарда у лиц 45-64 лет и продолжительность сна.....	87

<b>ГЕОРГИЕВА К.С., ПАВЛОВА С.И., ЖУЧКОВА С.М., ДУБОВА А.В., ПРИЩЕПА Н.П., ЕМЕЕВА Н.Г</b> Актуальность применения фармакогенетического тестирования у пациентов-чувашей с острым коронарным событием.....	<b>88</b>
<b>ГЕОРГИНОВА О.А., КРАСНОВА Т.Н., ПАВЛИКОВА Е.П.</b> Оценка сердечно-сосудистых факторов риска у «взрослых» пациентов с ранее установленным идиопатическим ювенильным артритом.....	<b>89</b>
<b>ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И.</b> Клинико-функциональная характеристика хронической сердечной недостаточности в разных возрастных группах.....	<b>90</b>
<b>ГЕРЦЕН К.А.</b> Влияние никорандила на функциональные особенности миокарда левого желудочка на фоне перенесенной COVID-19 ассоциированной инфекции у пациентов со стабильной формой ИБС.....	<b>91</b>
<b>ГИРИВЕНКО А.И., СМЕРНОВА Е.А., НИЗОВ А.А., ЛАПКИН М.М., СУЧКОВА Е.И.</b> Прогностическое значение динамики состояния неспецифических адаптационных систем организма у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST ЭКГ.....	<b>92</b>
<b>ГЛАДКИХ Н.Н., ШУШАНОВА А.С., ЯГОДА А.В.</b> Генетическая тромбофилия как предиктор неблагоприятного прогноза у молодых больных инфарктом миокарда I типа.....	<b>93</b>
<b>ГЛЕНЗА А.</b> Изучение липидного обмена в популяции населения Рязанской области с артериальной гипертензией.....	<b>94</b>
<b>ГОЛУБКИНА Е.В., ШИРЯЕВА Н.Ю., ЖИВЧИКОВА Е.В., ЕФРЕМОВА В.А., УМЕРОВА А.Р.</b> Опыт лечения диабетической полинейропатии препаратом габапентин у больных с сахарным диабетом 2 типа.....	<b>95</b>
<b>ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ШПАГИН И.С.</b> Клинико-функциональные и нутритивно-метаболические особенности коморбидного фенотипа вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией.....	<b>96</b>
<b>ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., ТАСЫБАЕВ Б.Б., НОСОВИЧ Д.В., ПУЖАЛОВ И.А., КУЛИКОВ Д.Р.</b> Вариант алгоритма прогнозирования острого повреждения почек при инфаркте миокарда у мужчин моложе 60 лет.....	<b>97</b>
<b>ГРАЧЕВ Д.С., ПЕТРОВ В.С., ИСАЕВА Е.В.</b> Жесткость сосудистой стенки у пациентов старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью.....	<b>98</b>
<b>ГРИДНЕВА Ю.Ю., ЧЕСНИКОВА А.И., ПАЩЕНКО Е.В.</b> Клинико-anamnestические особенности у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и сопутствующим синдромом гипотиреоза.....	<b>99</b>
<b>ГРУНИНА Е.А., НЕКРАСОВ А.А., НЕКРАСОВА Т.А., РАДАЕВА И.Е., ПОЛЬДИНА О.В., КАШЕНОК Е.А.</b> Влияние добавления диметилсульфоксида в крем глюкозамина сульфата на клинические результаты при остеоартрите коленного сустава.....	<b>100</b>
<b>ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.И.</b> Клиническая эффективность и отдаленные результаты коррекции анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	<b>101</b>

<b>ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.И.</b> Клиническая эффективность коррекции анемического синдрома у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.....	102
<b>ДЕНИСОВА Е.А., КЛЕСТЕР Е.Б.</b> Показатели гемодинамики у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией в зависимости от уровня пульсового давления.....	103
<b>ДЕХНИЧ Н.Н., ЕЛИСТРАТОВ Н.Д., РЖЕВЦЕВА Е.Д., ЦВЕТНАЯ М.П., САФОНОВА К.А.</b> Выживаемость госпитализированных пациентов с COVID-19 при использовании различных средств лекарственной терапии.....	104
<b>ДИМИТРИЕВА О.В., ТАРАСОВА Л.В.</b> Клинические маркеры риска развития тромбоза легочной артерии у пациентов со злокачественными новообразованиями.....	105
<b>ДОЛГОВ Н.В., КРАСИВИНА И.Г., ДОЛГОВА Л.Н., ЖОМОВА М.В.</b> Коррекция гиперурикемии глазами врачей и пациентов.....	106
<b>ДОНСКАЯ А.А., ВИНОКУРОВА С.П., ЕРМОЛАЕВ А.Р.</b> Динамика течения артериальной гипертензии у женщин в амбулаторных условиях.....	107
<b>ДОРОГОВА Э.А., СЕЛИВАНОВ Ф.О., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В.</b> Оценка факторов сердечно-сосудистого риска у больных с гиперурикемией.....	108
<b>ДОЩАНИКОВ Д.А., ПУШКИНА Л.А.</b> Особенности течения и ведения инфаркта миокарда у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.....	109
<b>ДРОНОВ Д.Н., ПОСТНИКОВА А.Д., КАРПУХИНА Е.В., КАРПУХИН И.Б.</b> Особенности фармакотерапии при ведении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, коморбидными с психическими расстройствами.....	110
<b>ДУДАНОВА О.П., ЦЕХАНОВИЧ К.Б., ЛАРИНА Н.А.</b> Диагностика фиброза при хронических диффузных заболеваниях печени.....	111
<b>ДУДОВ Т.Р., БАЙСАЕВА Л.С., КОРОЙ П.В., ЯГОДА А.В.</b> Предикторы цирроза при хронических заболеваниях печени.....	112
<b>ЕВДОКИМОВ Д.С., РЕСНЯНСКАЯ Е.Д.</b> Предикторы летального исхода у пациентов с синдромом такоцубо в течение года после дебюта заболевания.....	113
<b>ЕГОРОВА Е.В., НИКИТИНА Н.М., БОГДАЛОВА Л.Р., РЕБРОВ А.П.</b> Взаимосвязь исходной приверженности пациента лечению и эффективности терапии при ревматоидном артрите.....	114
<b>ЕЛИЗАРОВА И.О., КАРПЕНКО Ю.Ю., ВОЛЫНКИНА А.П.</b> Клинический случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 3 типа.....	115
<b>ЕЛИСЕЕВА Л.Ю., БОРОВКОВА Н.Ю., ЗУБЕЕВ П.С., ЗУБЕЕВА Г.Н.</b> Предикторы неблагоприятного прогноза течения COVID-19 у пациентов с кардиоваскулярной патологией на госпитальном этапе.....	116
<b>ЕМАНУЙЛОВА Н.В., ЕМАНУЙЛОВ В.И., САНДУГЕЙ А.В.</b> Параметры текучести крови, тромбоцитарного звена гемостаза и маркеров тромбинемии у пациентов геморрагическим васкулитом и облитерирующим тромбангиитом.....	118
<b>ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А.</b> Индекс токсичности у пациентов с СКВ длительно получающих терапию глюкокортикоидами: возможность использования в клинической практике.....	119



<b>ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А., ПОПКОВА Т.В.</b> Особенности индекса токсичности глюкокортикоидов у пациентов с СКВ, его связь с длительностью заболевания.....	120
<b>ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А., ПОПКОВА Т.В.</b> Структура индекса повреждения SLICC у пациентов с системной красной волчанкой.....	121
<b>ЕФРЕМОВА О.Н., ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЯМАШКИНА Е.И.</b> Электрокардиография при тахикардиях с широким QRS комплексом.....	122
<b>ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., КОСТОЛОМОВА Е.Г.</b> Особенности цитокинового профиля в течение первого года постковидного периода у амбулаторных пациентов.....	123
<b>ЖЕЛУДКИНА М.А., ТАРАСОВА Л.В.</b> Полиморбидность при иммуноопосредованных заболеваниях. Клинический случай пациентки с аутоиммунным гепатитом и язвенным колитом.....	124
<b>ЖМАЙЛОВА С.В., ВЕБЕР В.Р., ШВЕЦОВ Д.А., ПАВЛОВА А.А., БАЖИ А</b> Изменение эндотелиальной функции у здоровых и больных артериальной гипертензией в течение дня и при холодовой пробе.....	125
<b>ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С., АРХИПОВА А.В.</b> Болезнь Стилла у взрослых.....	126
<b>ЖУЧКОВА С.М., БУСАЛАЕВА Е.И., ГЕОРГИЕВА К.С., ДУБОВА А.В.</b> Лекарственный анафилактический шок.....	127
<b>ЗАМЯТИН К.А., ШЕРЕГОВА Е.Н., ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н.</b> Изучение приверженности лечению пациентов с различными фенотипами хронической сердечной недостаточности.....	128
<b>ЗАНОЗИНА О.В., СУХАНОВ С.А., СОРОКИНА Ю.А., ТАРАДАЙКО Н.Ю., ЖУК С.Д., ПЛАСТОВА Н.Н., КАЛУГИНА Е.В., ПЕХОТА А.Э.</b> Опыт применения ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа ипраглифлозина в терапии больных сахарным диабетом 2-го типа.....	129
<b>ЗЕЛЕНИН В.А., ЗАРАНДИЯ А.И., ГОРБУНОВ А.Ю., СУЧКОВА Е.В., ТРОНИНА Д.В.</b> Особенности течения заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторной практике.....	130
<b>ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И., МАРАЧКОВА Д.О., ГЕРАСИМЕНКО О.Н.</b> Случай врожденного порока сердца у пациента зрелого возраста в практике врача-терапевта.....	131
<b>ЗИННАТУЛЛИНА А.Р., ХАМИТОВ Р.Ф.</b> Особенности бактериальной флоры мокроты пациентов с частыми обострениями хронической обструктивной болезни легких.....	132
<b>ЗУБЕЕВ П.С., СУСЛОВА О.А., ЗУБЕЕВА Г.Н., ХАРЛАМОВА О.В., НИКИТИН С.В.</b> Психометрическая оценка пациентов на гемодиализе.....	133
<b>ИБРАГИМОВА Х.И., МАММАЕВ С.Н., ЗАГЛИЕВА С.С.</b> Роль эндотелина-1 в развитии артериальной гипертензии.....	134
<b>ИВАНОВА Ю.И., ЧИЖОВ П.А., СМИРНОВА М.П., СОБОЛЕВ С.Б., ПЛОТНИКОВ А.Б.</b> Анемия у больных с коморбидностью сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа....	135
<b>ИВАНОВА А.Д., ЧУДИНОВ А.Л., ГАЙДУКОВА И.З.</b> Взаимосвязь АНЦА-ассоциированных системных васкулитов с тромбозами у пациентов.....	136

<b>ИВАХНЕНКО И.В., ЯЧМЕННИКОВА М.С., КОТИЕВА Н.М., КРАЮШКИН С.И.</b> Особенности диагностики сахарного диабета MODY-2.....	137
<b>ИЕВЛЕВ Е.Н., ПАВЛОВ А.Г., ГРАЧЕВА И.Л., ЧАЛГУБАЕВ Э.К., ШЕСТАКОВА Е.А., ЧЕКМАРЕВА И.Н., БИРЮКОВА Т.А., НУСРАТУЛЛИНА А.З.</b> Особенности смертности у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом.....	138
<b>КАЗАКОВА И.А., РУДЕНКО И.Б., МАМЕЕВА О.В., ЕЛИСЕЕВА Л.В.</b> Оценка функционального состояния почек у больных с артритами на фоне противовоспалительной терапии.....	139
<b>КАЛИНИНА С.В., ФЕНДРИКОВА А.В., СКИБИЦКИЙ В.В.</b> Возможности хронофармакотерапии в лечении артериальной гипертензии у больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку.....	140
<b>КАМИЛОВА У.К., НУРИТДИНОВ Н.А., МАШАРИПОВА Д.Р., ЗАКИРОВА Г.А., УТЕМУРАДОВ Б.Б.</b> Гуморальные маркеры эндотелиальной дисфункции у больных, перенесших COVID-19.....	141
<b>КАМИЛОВА У.К., РАХИМОВ Х.Х.</b> Особенности ремоделирования сосудов у больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших инфаркт миокарда.....	142
<b>КАМНЕВА Н.В., АНТОНЯН В.В., АНТОНЯН А.С., ГОЛУБКИНА Е.В., СИКОРСКАЯ Ю.Н.</b> Нарушения обоняния и вкуса, афтозный стоматит у больных с язвенной болезнью после перенесенного COVID-19.....	143
<b>КАРАБАЕВА Ф.У., БЕЛЯЕВА Е.А.</b> Влияние коррекции гиперурикемии на артериальное давление и уровень гликемии натощак.....	144
<b>КАРАБАЕВА Ф.У., БЕЛЯЕВА Е.А.</b> Случай нарушения пуринового обмена у пациента с диабетом и псориазом.....	145
<b>КАРТАШОВА Э.Ш., БАТИЦЕВА Г.А., СМИРНОВ В.В.</b> Влияние полиморфизма ферментов, участвующих в метаболизме лекарственных средств, на терапию хронического болевого синдрома препаратом мелоксикам.....	146
<b>КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н.</b> Хроническая сердечная недостаточность, обусловленная ишемической болезнью сердца и особенности полиморфизма MET235Thr гена AGT.....	147
<b>КИМ Т.Ю., СИНЕГЛАЗОВА А.В., ФАХРУТДИНОВА А.Ш.</b> Ассоциации кардиометаболических факторов риска с функцией почек в молодом возрасте.....	148
<b>КИРЕНСКИЙ И.А., СИВЦЕВА Е.Н.</b> Частота артериальной гипертензии у эвенков.....	149
<b>КИЧИГИН В.А., АБЫЗОВ А.С.</b> Модификация индекса коморбидности Чарлсона у пациентов с COVID-19.....	150
<b>КЛЕСТЕР Е.Б., КЛЕСТЕР К.В., ДЕНИСОВА Е.А., КОШКАРОВА Н.А., АМАН РАЙН</b> Сравнительный анализ вирусных поражений респираторного тракта в зависимости от этиологии: грипп А/Н1N1 и COVID-19.....	151
<b>КЛЕСТЕР Е.Б., КЛЕСТЕР К.В., СТЕФАНОВСКАЯ О.В.</b> Ожирение и хроническая обструктивная болезнь легких – пульмокардиометаболический континуум?.....	152

<b>КОВАЛЕНКО Е.В., МАРКОВА Л.И., БЕЛАЯ О.Л., ЖУКОЛЕНКО Л.В.</b> Возможности прогнозирования неблагоприятного течения сердечной недостаточности у больных с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек.....	<b>153</b>
<b>КОВАЛЬЧУК М.С., СТУКЛОВ Н.И., ГУРКИНА А.А., КИСЛЫЙ Н.Д.</b> Характеристика гипохромных анемий у пациентов мужского пола терапевтического профиля на амбулаторном этапе.....	<b>154</b>
<b>КОЖЕВНИКОВ А.А., МКРТУМЯН А.М., ЖУКОВА Л.Г., ФЕОКТИСТОВА П.С., ФИЛОНЕНКО Д.А., ПОЛЬШИНА Н.И., ВОЛКОВА Е.И.</b> Эндокринные осложнения терапии ингибиторами иммунных контрольных точек: ретроспективный эпидемиологический анализ базы данных Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова.....	
<b>КОЖЕНОВ А.Т., АЗИЗОВ С.Н., ХЛЫНОВА О.В.</b> Возможный предиктор раннего рецидива фибрилляции предсердий после радиочастотной изоляции устьев легочных вен.....	<b>156</b>
<b>КОЗЛОВА А.Н., АНДРЕЕВА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Характеристика артериальной ригидности у пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.....	<b>157</b>
<b>КОЛЕСНИКОВА И.Ю.</b> Эффективность гепатопротекторов в лечении лекарственного гепатита у пациентов, принимавших тамоксифен.....	<b>158</b>
<b>КОРОЛЕВА И.Е., АБРАМОВА Е.Э., ТОВ Н.Л., ОВЕЧКИНА Ю.В., МАНЖИЛЕЕВА Т.В.</b> Нарушение нутритивного статуса как фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных на программном гемодиализе.....	<b>159</b>
<b>КОРОЛЕВА Л.Ю., ПОЦЕЛУЕВА П.А.</b> Влияние цифровых технологий на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста.....	<b>160</b>
<b>КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., АВЕРКИЕВА Ю.В.</b> Возможность применения многомерного опросника RAPID-3 для оценки активности ревматоидного артрита.....	<b>161</b>
<b>КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.</b> Взаимосвязь эхокардиографических показателей и уровня маркера ST2 при хронической сердечной недостаточности в зависимости от коморбидности по сахарному диабету 2 типа.....	<b>162</b>
<b>КОРСАКОВА Д.А., ЧИЖОВ П.А., СМИРНОВА М.П.</b> Взаимосвязь половозрастных характеристик, эхокардиографических показателей и уровня маркера фиброза галектина-3 при хронической сердечной недостаточности.....	<b>163</b>
<b>КОРЯГИНА Н.А., МЕЛЕХОВА О.Б., КОРЯГИН В.С., ЛЫСКОВЦЕВА К.С.</b> Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в постковидную эру на территории Пермского края.....	<b>164</b>
<b>КОСТИНА Н.Э., СТАРОДУБЦЕВА И.А.</b> Распространенность сердечно-сосудистой патологии у пациентов с тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой.....	<b>165</b>
<b>КОТЕЛЬНИКОВА А.В., КУКШИНА А.А.</b> Практическое применение скрининговых психодиагностических методик при реабилитации пациентов различного профиля.....	<b>166</b>

<b>КРАСИВИНА И.Г., ЕВГЕНЬЕВА А.В., ЖОМОВА М.В., ГУЛЬНЕВА М.Ю.</b> Непрерывно рецидивирующий перимеокардит, индуцированный перенесенной коронавирусной инфекцией.....	167
<b>КРЮЧКОВА Н.М., ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., МАКСИМОВ В.Н.</b> Роль полиморфизмов генов системы гемостаза в развитии тромбоза легочной артерии.....	168
<b>КУДРЯШОВ С.И., СТЕНИНА М.А., КАРЗАКОВА Л.М.</b> Ассоциация гломерулонефритов с нефротическим синдромом рецидивирующего течения с иммуногенетическими маркерами.....	169
<b>КУДРЯШОВ С.И., СТЕНИНА М.А., КАРЗАКОВА Л.М., ГРИГОРЬЕВА И.М., ПАВЛОВА Д.В.</b> Особенности Т-системы иммунитета у больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом рецидивирующего течения.....	170
<b>КУЗНЕЦОВ А.А., МАЛЬ Г.С.</b> Опыт применения ингибиторов PCSK9 в комплексном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца и коморбидными состояниями.....	171
<b>КУЗНЕЦОВА О.О., НИКУЛИНА С.Ю., МАТЮШИН Г.В., ЧЕРНОВА А.А., САКОВИЧ В.А., МАКСИМОВ В.Н.</b> Предикторы развития хронической сердечной недостаточности у пациентов с кардиомиопатиями различного генеза.....	172
<b>КУЗНЕЦОВА У.Е., ЭСАУЛЕНКО Е.В., БАСИНА В.В., КЛЕМЕНТЬЕВ А.М.</b> Анализ структуры и течения острых респираторных вирусных инфекций у детей и взрослых Санкт-Петербурга.....	173
<b>КУЗЬМИНА А.Ю.</b> Потребление поваренной соли у пилотов гражданской авиации старшего возраста.....	174
<b>КУЛИК Е.Г., ПАВЛЕНКО В.И., НАРЫШКИНА С.В.</b> Состояние правых отделов сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких через 12 месяцев после перенесенного COVID-19.....	175
<b>КУЛИКОВА С.И., КОТОВЩИКОВА Е.Ф., ВЕЙЦМАН И.А., ЛОМАКИНА Н.А.</b> Распространенность дефицита железа среди молодых пациентов с сахарным диабетом 1 типа на фоне сопутствующей недифференцированной дисплазии соединительной ткани.....	176
<b>КУПКЕНОВА Л.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Оценка наличия изменений по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....	177
<b>КУПКЕНОВА Л.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Оценка влияния COVID-19 на рецидивы воспалительных заболеваний кишечника в постковидном периоде.....	178
<b>КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., ТОКАРЕВА А.С., ТУШИНСКАЯ Л.А.</b> Проблема распространенности гиперурикемии среди населения нижегородского региона.....	179
<b>КУРЫШЕВА М.А., ЗАБИРОВ К.К.</b> Трудности диагностики семейной средиземноморской лихорадки.....	180
<b>КУРЫШЕВА М.А., ЧЕРЕПАНОВА В.В.</b> Анемический синдром у гепатологических больных.....	181
<b>ЛАЗАРЕВА Е.Н. МАКАШОВА В.В., ПОНЕЖЕВА Ж.Б., КУЗНЕЦОВА Ю.В.</b> Терапевтическая эффективность лазерной терапии в комплексном лечении рожистого воспаления при сахарном диабете.....	182

<b>ЛАРИНА Н.А., АНИСИМОВА А.М., НОВИКОВА И.В., ДУДАНОВА О.П.</b> Инсулинорезистентность в механизмах прогрессирующего течения неалкогольной жировой болезни печени.....	183
<b>ЛАТИЙ В.В., БОЕВА О.И.</b> Редкая двойная гетерозиготная мутация у больной тяжелой формой семейной гиперхолестеринемии.....	184
<b>ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., КОРОЛЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.</b> Показатели когнитивного и психического статуса у пациентов со старческой астенией.....	185
<b>ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., КОРОЛЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.</b> Частота встречаемости тревожно-депрессивного синдрома у больных ревматоидным артритом.....	186
<b>ЛИСОВАЯ Е.И.</b> Распространенность факторов риска гипертонической болезни у населения трудоспособного возраста.....	187
<b>ЛОМАКИНА Н.А., МАЗЕПА С.И., БУЙЛОВА Е.В., КОТОВЩИКОВА Е.Ф.</b> Влияние физических тренировок на структурно-функциональное состояние правого желудочка сердца у больных хронической сердечной недостаточностью старше 60 лет с разной степенью артериальной гипертензии.....	188
<b>ЛУНЕВ В.И., ЛАРИНА В.Н.</b> Клинические фенотипы амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.....	189
<b>ЛУЦИК Е.А., СКОРОДУМОВА Е.А., КОСТЕНКО В.А., ПИВОВАРОВА Л.П., АРИСКИНА О.Б., СКОРОДУМОВА Е.Г., СИВЕРИНА А.В.</b> Повторный инфаркт у ранее стентированных пациентов – клиническая картина, генетические особенности, прогноз.....	190
<b>ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО О.Б.</b> Особенности клинического течения внебольничной пневмонии на современном этапе в Амурской области.....	191
<b>ЛЮБАВИНА Н.А., АЛЛАХКУЛИЕВА Л.Н., МАКАРОВА Е.В.</b> Астенические нарушения и качество жизни больных, перенесших пневмонию, ассоциированную с коронавирусной инфекцией.....	192
<b>ЛЮБАВИНА Н.А., АЛЛАХКУЛИЕВА Л.Н., МАКАРОВА Е.В.</b> Оценка показателей жесткости сосудистой стенки у пациентов через год после легкого COVID-19.....	193
<b>МАЙКО О.Ю., ТКАЧЕНКО И.В., АВЕРЬЯНОВ В.Н., ИБРАГИМОВА В.Ю.</b> Некоторые аспекты качества жизни у пациентов с острым подагрическим артритом.....	194
<b>МАКОВА Е.В., УСТИНОВ М.С.</b> Анализ влияния характера сенсibilизации пациентов, проживающих в Самарской области, на тяжесть течения бронхиальной астмы.....	195
<b>МАЛЬ Г.С.</b> Новый взгляд на гиполипидемическую терапию у больных ишемической болезнью сердца.....	196
<b>МАНЖИЛЕЕВА Т.В., КУДЕЛЯ Л.М., МОЖИНА Л.Н., АБРАМОВА Е.Э., ОВЕЧКИНА Ю.В., СУВОРОВА Т.С., КОРОЛЕВА И.Е.</b> Опыт применения бенрализумаба у пациентов с эозинофильным фенотипом тяжелой бронхиальной астмы.....	197

<b>МЕДВЕДЕВА Т.В., ЧИЖОВ П.А., ПЕГАСОВА М.А., ИВАНОВА Ю.И.</b> Влияние коморбидной патологии на течение коронавирусной инфекции.....	<b>198</b>
<b>МЕСНЯНКИНА А.А., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А.</b> Терапия пациентов с системной красной волчанкой без применения глюкокортикоидов.....	<b>199</b>
<b>МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Прогностическая роль лабораторных параметров у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.....	<b>200</b>
<b>МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОБАЛАВА Ж.Д.</b> Прогностическая роль стеатоза и плотности печени у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.....	<b>201</b>
<b>МИХАЙЛИС А.А.</b> Нарушения углеводного обмена при острой коронарной недостаточности и их коррекция ипраглифлозином.....	<b>202</b>
<b>МИШКО М.Ю., БАНЩИКОВА Д.Д., ГАЙДУКОВА Т.В., МЕДВЕДЕВА Т.А.</b> Влияние дефицита железа на особенности течения COVID-19.....	<b>203</b>
<b>МИШКО М.Ю., КУШНАРЕНКО Н.Н., МЕДВЕДЕВА Т.А., КАРАВАЕВА Т.М., РУЦКИНА Е.А.</b> Генетические предикторы раннего дебюта артериальной гипертензии у мужчин с подагрой.....	<b>204</b>
<b>МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.</b> Дифференциально-диагностический поиск при микроцитарной, гипохромной анемии на примере клинического случая.....	<b>205</b>
<b>МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.</b> Клинический случай болезни рандю–ослера–вебера в практике врача-гематолога.....	<b>206</b>
<b>МОРГУНОВ Л.Ю., ЗЕМСКОВА Е.В.</b> Применение флэш-мониторинга глюкозы у пациентов с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа.....	<b>207</b>
<b>МОСКАЛЕЦ О.В.</b> Впервые выявленный первичный иммунодефицит у пожилой пациентки.....	<b>208</b>
<b>МОСКАЛЕЦ О.В.</b> Неспецифическая иммунопрофилактика у больных с аллергическим ринитом и постковидным синдромом.....	<b>209</b>
<b>МУРАДОВА Ф.Н., МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., ВАЛИКУЛОВА Ф.Ю., РУИНА О.В., ХАНЬКЕВИЧ И.Д.</b> Предикторы неблагоприятных исходов в постгоспитальном периоде у больных, перенесших ОКС.....	<b>210</b>
<b>МУХАМАДИЕВА В.Н.</b> Анализ постковидного синдрома среди пациентов с ревматическими заболеваниями – акцент на астеновегетативные и скелетно-мышечные проявления.....	<b>211</b>
<b>МУХАМАДИЕВА В.Н.</b> Постковидный синдром у пациентов с ревматическими заболеваниями после COVID-19, вызванного штаммом Омикрон.....	<b>212</b>
<b>МУХАМЕТОВА Д.Д., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.</b> Сывороточный уровень коллагена IV типа и иммуноглобулина G к коллагену IV типа при язвенном колите.....	<b>213</b>
<b>МУХАМЕТОВА Д.Д., МИНИМУЛЛИН И.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.</b> Ультразвуковое исследование кишечника как неинвазивная методика оценки активности язвенного колита.....	<b>214</b>

<b>МЯСОЕДОВА Е.И., ПАРУСОВА Ю.А., ЕЛДАШОВА Е.А., ЕГОРОВА Л.А.</b> Антитела к коллагенам у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, в том числе при ее сочетании с хронической ишемической болезнью сердца.....	<b>215</b>
<b>НАХРАТОВА О.В., ЦЕНТЕР И.М., СВАРОВСКАЯ П.К., ЦЫГАНКОВА Д.П., БАЗДЫРЕВ Е.Д., АРТАМОНОВА Г.В.</b> Распространенность дислипидемии у респондентов с различным статусом курения.....	<b>216</b>
<b>НЕПОМНЯЩИХ Д.Л., ПОСТНИКОВА О.А., ВИНОГРАДОВА Е.В., АБРАМОВА Е.Э., СУВОРОВА Т.С., ОВЕЧКИНА Ю.В., КОРОЛЕВА И.Е.</b> Клинико-морфологические особенности микст-инфекции HCV + HBV.....	<b>217</b>
<b>НИКИТИН К.И., ШИРЯЕВА А.В., КАРПУХИНА Е.В., ДОЩАННИКОВ Д.А., КАРПУХИН И.Б.</b> Вариабельность сердечного ритма у разновозрастных групп студентов старших курсов Приволжского исследовательского медицинского университета.....	<b>218</b>
<b>НИКИТИНА Н.М., БОГДАЛОВА Л.Р., МАГДЕЕВА Н.А., РЕБРОВ А.П.</b> Эффективность и безопасность применения теноксикама при аксиальном спондилоартрите.....	<b>219</b>
<b>НИКИШИНА Н.Ю., МЕСНЯНКИНА А.А., АСЕЕВА Е.А., СОЛОВЬЕВ С.К.</b> Клиническое наблюдение РУПУС – сочетания системной красной волчанки и ревматоидного артрита.....	<b>220</b>
<b>НИКИШИНА Н.Ю., МЕСНЯНКИНА А.А., СТОЛЯРЕВИЧ Е.С.</b> Значение биопсии почек в выборе терапии у пациентов с волчаночным нефритом.....	<b>221</b>
<b>ОВЕЧКИНА Ю.В., НЕПОМНЯЩИХ Д.Л., МИТРОХИН В.Е., КОРОЛЕВА И.Е., МАНЖИЛЕЕВА Т.В., СУВОРОВА Т.С., АБРАМОВА Е.Э.</b> Влияние хронической сердечной недостаточности на эффективность восстановления синусового ритма у больных с трепетанием предсердий.....	<b>222</b>
<b>ОПОЛОНСКИЙ Д.В., МАКСИМОВ Н.И., ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА С.Е., АХАТОВА И.Р., ГАРАЕВА Э.Р., ПЕРЕВОЩИКОВА С.В., ИВАНОВА Л.В., МАСЛОВА Н.Д., СТУКАЛОВА С.В., ПОПОВА Н.А.</b> Содержание холекальциферола (витамина D3) в сыворотке крови мужчин и женщин Удмуртской республики с 2020 по 2022 годы.....	<b>223</b>
<b>ОРАНЖЕРЕЕВА В.Н., БЕЛАЯ О.Л., ФАТЕЕВ С.С., КОВАЛЕНКО Е.В., МАРКОВА Л.И., ЛАЗУТИНА О.М.</b> Цистатин С и sST2 у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек.....	<b>224</b>
<b>ПАН А.А., ЗАЙКОВА-ХЕЛИМСКАЯ И.В.</b> Оценка влияния гипераммониемии на состояние здоровья студентов ДВГМУ.....	<b>225</b>
<b>ПАНИНА А.А., ОЛЕЙНИКОВА И.С. ШУШКОВА И.Г., ПАВЛОВСКАЯ В.Н.</b> Некоторые аспекты лабораторного мониторинга пациентов, переболевших COVID-19.....	<b>226</b>
<b>ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ГАВРИЛОВА Е.С.</b> Кардиометаболический профиль и изменения последовательностей генов при неалкогольной жировой болезни печени у лиц молодого возраста.....	<b>227</b>
<b>ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., ВЕРНЮК М.А., ЧЕРВОНЦЕВА А.М., КИСЛЫЙ Н.Д.</b> Анализ клинических проявлений первичной лимфомы тонкой кишки.....	<b>228</b>
<b>ПЕГАСОВА М.А., ЧИЖОВ П.А., МЕДВЕДЕВА Т.В.</b> Предикторы выявления факторов сердечно-сосудистого риска у работников промышленного предприятия.....	<b>229</b>
<b>ПЕНЗОВА В.В., ЕВСЕВЬЕВА М.Е., ДИДЕНКО О.А.</b> Гендерные гемодинамические реакции различного характера на дозированную физическую нагрузку у лиц молодого возраста.....	<b>231</b>

<b>ПЕЧЕРСКИХ М.В., ДАНИЛОВА М.Л., ШАКИРОВА А.Ф., ЮСУПОВА А.Р., ВАСИЛЬЕВ Д.В.</b> Этапы патогенетической терапии пациента с хроническим гломерулонефритом. Клинический случай.....	231
<b>ПЕЧЕРСКИХ М.В., ЦИРЕНЩИКОВА Н.А., ВЕРЕЩАГИНА Е.Л., ОВЧИННИКОВА А.А., ИВАНИНА П.О.</b> Клинический случай течения язвенного колита у пациентки с цитомегаловирусной инфекцией.....	232
<b>ПИЛИПЕНКО В.В., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., СОРОКИНА Е.Ю.</b> Частота встречаемости полиморфизма RS4253778 гена PPARA у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ожирением, проживающих в московском регионе.....	233
<b>ПЛОТНИКОВА О.А., ПИЛИПЕНКО В.В., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х.</b> Взаимосвязь индекса триглицериды-глюкоза с полиморфизмом rs4253778 гена PPARA у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, проживающих в Московском регионе.....	234
<b>ПОДЪЯЧЕВА В.В., НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.</b> Кашель и изжога у лиц трудоспособного возраста в аспекте взаимосвязи.....	235
<b>ПОЛОЗОВА А.И., РЫЖОВ А.В., ИСАЕВА А.В., ВЛАСОВА Т.И.</b> Факторы формирования повышенного артериального давления, ассоциированные с полом.....	236
<b>ПОСТНИКОВА А.Д., ДРОНОВ Д.Н., КАРПУХИНА Е.В., КАРПУХИН И.Б.</b> Психическая патология как фактор сердечно-сосудистого риска.....	237
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А., ШЕВНИНА А.А.</b> Особенности клинического течения эозинофильного гранулематоза с полиангиитом как междисциплинарная проблема.....	238
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., ЛУЧНИКОВА Т.А., РОМАНЦОВА Е.Б., ПРИХОДЬКО К.С., ЛУЧНИКОВА А.А.</b> Некоторые характеристики медико-социального портрета беременных с бронхиальной астмой.....	239
<b>ПРИХОДЬКО О.Б., ШЕВНИНА А.А., КОСТРОВА И.В.</b> Анализ спектра выдыхаемого воздуха у пациентов с туберкулезом легких.....	240
<b>ПРОХОРОВ П.Ю.</b> Влияние пресомнических расстройств на психоэмоциональное состояние студентов медицинского вуза.....	242
<b>ПЯТЧЕНКОВ М.О., ЩЕРБАКОВ Е.В., ТРАНДИНА А.Е.</b> Интрадиализная гипотензия и синдром повышенной эпителиальной проницаемости кишечника.....	242
<b>РОМАНОВ Д.С.</b> Распространенность компонентов метаболического синдрома у пациентов с саркоидозом, проживающих на территории Томской области.....	243
<b>РОМАЩЕНКО О.В., АЛФЕРОВ П.К., ГРИЩЕНКО Н.Д., НАДЕЖДИН С.В., РУМБЕШТ В.В., СТАЦЕНКО Л.В., ЛАПТЕВА И.А., ВЕТРОВА Е.К., ШЕВЦОВА И.С.</b> Прогностическое значение степени артериальной гипертензии для проявления цитопротекторных свойств метаболических корректоров у пациентов с ИБС и сопутствующей гипертонической болезнью.....	244
<b>РУДЕНКО И.Б., БИКЧУРИНА К.Р., МУСАЕВА Р.З., КУЗНЕЦОВА К.А.</b> Особенности нарушений функционального состояния суставов в молодом возрасте..... Некоторые особенности состояния сосудистой стенки у мужчин, работающих в условиях воздействия производственного шума.....	245 246



<b>РУИНА О.В., МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., САПЕРКИН Н.В., БУРОВА Ю.А.</b> Микробиологический мониторинг в урологической клинике.....	247
<b>РЫБАС А.В., БОЛТЕНКО М.Б., АФАНАСЬЕВА Е.Н., ХРИЕНКО Е.А., ЗВЯГИНА М.Н., ЭЮПОВА Э.Э., ФОМИНЫХ Ю.А.</b> Тромбоз стента у больных ИБС как осложнение коронавирусной инфекции.....	248
<b>РЫЖКОВ И.М., КОВАЛЕНКО Е.В., ФАТЕЕВ С.С., МАРКОВА Л.И., БЕЛАЯ О.Л., ЖУКОЛЕНКО Л.В.</b> Сравнительное изучение сыровоточного SST2 и галектина-3 у пациентов с ишемической болезнью с ердца и хронической сердечной недостаточностью, перенесших и не болевших COVID-19.....	249
<b>САВЕЛЬЕВА В.В. КУЗЬМИНОВ В.С.</b> Гендерные различия в вопросах профилактики артериальной гипертензии.....	250
<b>САВУШКИНА О.И., МАЛАШЕНКО М.М., ЧУШКИН М.И.</b> Легочная вентиляция, легочный газообмен и качество жизни пациентов в постковидном периоде.....	251
<b>САВЧЕНКО М.В., ЮХИНА Ю.Е.</b> Распространенность сахарного диабета 2 типа и его факторов риска на фоне высокоинтенсивной терапии статинами у пациентов, проходящих третий этап кардиореабилитации.....	252
<b>САКАЕВА Э.Р., ШУТОВ А.М., ЕФРЕМОВА Е.В., РЕБРОВСКАЯ М.М., СЕМЕНОВА Е.С.</b> Участие дегидратации в развитии острого повреждения почек при COVID-19.....	253
<b>САЛИМОВА Л.М., НАЗИРОВА А.А.</b> Клинический случай тромбоза воротной вены при хроническом миелопролиферативном заболевании.....	254
<b>САНДУГЕЙ А.В., ГАУЭРТ В.Р., ЕМАНУЙЛОВА Н.В., НЕУСЫПИН В.В.</b> Лайм-боррелиоз – от инфекциониста к кардиологу.....	255
<b>САФРОНОВА С.С., ДРУК И.В., ГОРОЩЕНЯ О.И.</b> Характеристика сахароснижающей терапии в группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией молодого и среднего возраста в реальной клинической практике.....	256
<b>СЕЛЕЗНЕВ С.В., ЩУЛЬКИН А.В., МЫЛЬНИКОВ П.Ю., КОСЯКОВ А.В.</b> Фармакокинетика антигипертензивных препаратов при артериальной гипертензии. первые результаты исследования САГА.....	257
<b>СЕНТЯКОВА Т.Н., КУНГУРЦЕВА О.А.</b> Синдром Снеддона – трудный пациент.....	258
<b>СЕРГЕЕВА В.А.</b> Проблемы гиполипидемической терапии в период пандемии COVID-19.....	259
<b>СЕРГЕЕВА В.А.</b> Саркопения у пациентов пожилого и старческого возраста в постковидном периоде.....	260
<b>СЕРЕБРЕННИКОВ В. Н., СЕРЕБРЕННИКОВА К.В., ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.</b> Поздний дебют глутаровой ацидурии 2 типа у взрослого пациента с COVID-19.....	261
<b>СКРОБОВА Е.А.</b> Медицинская реабилитация у коморбидных больных с нарушениями мозгового кровообращения.....	262
<b>СМИРНОВА Е.А., СЕДЫХ Е.В.</b> Анемия у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.....	263
<b>СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.</b> Показатели феррокинетики и эритроцитарные индексы у пожилых пациентов с дефицитом железа на фоне хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек.....	264

<b>СМИРНОВА М.С., МЕДВЕДЕВ К.А., ФЕДОРОВ Е.М.</b> Причины летальных исходов при коронавирусной инфекции COVID-19.....	265
<b>СМИРНОВА М.С., ЭДЕЛЕВ А.С.</b> Гиперчувствительный пневмонит: клиническое наблюдение.....	266
<b>СМИРНОВА М.С., ЭДЕЛЕВ А.С.</b> Прогрессирующий легочный фиброз у пациента с интерстициальным заболеванием легких. Клинический случай.....	267
<b>СОКОЛОВА А.В., ДРАГУНОВ Д.О., ГУМЕРОВА Е.Р., АРУТЮНОВ Г.П., КОШУРНИКОВ Д.С., ДОЛОТКАЗИНА Е.Н., ГАЖА Т.А.</b> Распространенность саркопении у коморбидных пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек.....	268
<b>СОКОЛОВА А.В., ДРАГУНОВ Д.О., КЛИМОВА А.В., АРУТЮНОВ Г.П., ЛЫТКИНА К.А., КУЛАГИНА Н.П., КУРБАНОВА С.А.</b> Оценка влияния терапии метформином на степень тяжести саркопении у коморбидных пациентов.....	269
<b>СПАСЕНКОВ Г.Н., ХЛЫНОВА О.В., КОРЯГИНА Н.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., НУРИСЛАМОВА А.А., БОРОДУЛИН Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.</b> Вклад системы удаленного мониторинга в 12-месячную выживаемость пациентов после инфаркта миокарда на территории Пермского края.....	270
<b>СПАСЕНКОВ Г.Н., ХЛЫНОВА О.В., КОРЯГИНА Н.А., ПЕСТЕРЕВ Е.А., КОРЯГИН В.С., НУРИСЛАМОВА А.А., БОРОДУЛИН Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.</b> Сравнение работы системы удаленного мониторинга за пациентами, перенесшими инфаркт миокарда, в зависимости от принадлежности пациентов к городу или сельской местности.....	271
<b>СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., ФЕДОТОВ В.В., ШАПОШНИКОВА М.Ю.</b> Роль гиперурикемии в повышении уровня кардиометаболического риска среди врачей и преподавателей Волгоградской области.....	272
<b>СТАЦЕНКО М.Е., СТРЕЛЬЦОВА А.М.</b> Висцеральное ожирение как фактор риска развития неблагоприятного типа ремоделирования сердца у больных артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.....	273
<b>СТАЦЕНКО М.Е., ТУРКИНА С.В., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М. Н., ТЫЩЕНКО И. А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Значение гиперурикемии в формировании структурных изменений печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и хронической сердечной недостаточностью.....	274
<b>СТАЦЕНКО М.Е., ТУРКИНА С.В., ТИТАРЕНКО М.Н., КОСИВЦОВА М.А., ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Оценка инсулинорезистентности у лиц с неалкогольной жировой болезнью печени с нормальной массой тела.....	275
<b>СТЕБЛЕЦОВ С.В., ЗАКИРОВА А.С., МАСЛЕННИКОВА О.М.</b> Течение пневмонии, вызванной SARS-CoV-2 у вакцинированных и не вакцинированных пациентов.....	276
<b>СТЕПЧЕНКО М.А., МИХАЙЛЕНКО Т.С., КУНАКОВА А.Е., КУНАКОВ Д.В.</b> Железодефицитная анемия в исходе болезни Вильсона–Коновалова: клинический случай.....	277
<b>СУХАНОВ С.А., ЗАНОЗИНА О.В.</b> Оценка истинной жесткости сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, перенесших новую коронавирусную инфекцию.....	278
<b>СУХАНОВ С.А., ЗАНОЗИНА О.В., НЕКРАСОВ А.А., КОБАЛАВА М.В., ЛАГОНСКАЯ В.Н.</b> Возможная взаимосвязь истинной жесткости сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с однонуклеотидным полиморфизмом некоторых генов.....	279

<b>СУЩУК Е.А., ИВАХНЕНКО И.В., КРАЮШКИН С.И.</b> Полиартрит после COVID-19 – особенности клинической картины и лечения.....	280
<b>СУЩУК Е.А., КОЛЕСНИКОВА И.Ю., КРАЮШКИН С.И.</b> Клинические особенности позднего дебюта системной красной волчанки.....	281
<b>ТАЮТИНА Т.В.</b> Комплексный подход к реализации амбулаторного этапа легочной реабилитации у больных хронической обструктивной болезнью легких.....	282
<b>ТЕРЕНТЬЕВА Н.Н.</b> Редкие заболевания в клинике внутренних болезней: лимфангиолейомиоматоз в форме туберозного склероза.....	283
<b>ТЕРЕХОВ И.В.</b> Особенности продукции цитокинов у пациентов с бактериальной внебольничной пневмонией, протекающей на фоне острой респираторной вирусной инфекции.....	284
<b>ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С.</b> Клинико-лабораторные и рентгенологические корреляции в мониторинге состояния пациента с внебольничной пневмонией.....	285
<b>ТЕРЕХОВ И.В., ЛОГАТКИНА А.В.</b> Особенности влияния дефицита антиоксидантов на состояние эндотелия у мужчин с артериальной гипертензией.....	286
<b>ТИМОЩЕНКО О.В., РАГИНО Ю.И., СТАХНЕВА Е.М., ШРАМКО В.С.</b> Ассоциации нового белка и липидных показателей у мужчин с ишемической болезнью сердца.....	287
<b>ТИМОЩЕНКО О.В., ЩЕПИНА Ю.В., РАГИНО Ю.И., СТАХНЕВА Е.М., ШРАМКО В.С., РЯБИКОВ А.Н.</b> Ассоциации нового сывороточного белка клото и липидных показателей с атеросклерозом брахиоцефальных артерий у мужчин.....	288
<b>ТИНАЕВА Р.Ш., ВОЛОДИНА Д.М.</b> Вегетативная дисфункция при постковидном синдроме: новый подход к коррекции.....	289
<b>ТКАЧЕНКО В.В., КАРПУНИНА Н.С.</b> Гормональный статус у мужчин молодого возраста с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на госпитальном этапе.....	290
<b>ТКАЧЕНКО Е.И., БОРОВКОВА Н.Ю.</b> Структура причин анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью.....	291
<b>ТОКАРЕВА А.С., КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., КОНТОРЩИКОВ М.М., ТУШИНСКАЯ Л.А.</b> Частота встречаемости дислипидемии по уровню липопротеидов низкой плотности в Нижегородском регионе.....	292
<b>ТОКАРЕВА Л.Г., ПОЛЯНСКАЯ А.Р.</b> Состояние костно-мышечной ткани у пациентов пожилого и старческого возраста.....	293
<b>ТРУБНИКОВА О.А., ТАРАСОВА И.В., КУХАРЕВА И.Н., СЫРОВА И.Д., СОСНИНА А.С., КУПРИЯНОВА Д.С., БАРБАРАШ О.Л.</b> Сравнение двух многозадачных подходов к восстановлению когнитивных функций у пациентов после коронарного шунтирования.....	294
<b>ТУЛИЧЕВ А.А., СЫРОМЯТНИКОВА Н.А., БАЛАЛЕЙКИН П.С.</b> Возможности рапидных физикальных проб в диагностике пневмоний.....	295

<b>ТУПИКОВА Т.Е., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В.</b> Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 у больных с ишемической болезнью сердца.....	<b>296</b>
<b>ТУРАПОВА А.Н., ПОНЕЖЕВА Л.О., ПОНЕЖЕВА Ж.Б.</b> Иммуномодулирующая эффективность препаратов в лечении острых респираторных инфекций.....	<b>297</b>
<b>ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТИТАРЕНКО М.Н., КОСИВЦОВА М.А., ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.</b> Оценка сердечно-сосудистого риска у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нормальной массой тела.....	<b>298</b>
<b>ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н., ГУМАРЕНКО А.В., РОДИОНОВА И.В., УСТИНОВА М.В.</b> Оценка частоты встречаемости неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с нормальной массой тела в Волгоградском регионе.....	<b>299</b>
<b>ТУРОВИНИНА Е.Ф., ПЕРЕТЯГИНА Н.Р., КЛЕЩЕВНИКОВА Т.М., ЛОГИНОВА Н.В., ЕЛФИМОВА И.В.</b> Уровень витамина D у лиц с вероятной саркопенией.....	<b>300</b>
<b>ТЮРЮПОВ М.С., ШУЛЕНИН Д.К., ОДНОКОЛ П.О., ШЕРШНЕВА А.А.</b> Анализ ассоциаций основных нелипидных геномных биомаркеров у пациентов с ишемической болезнью сердца и без нее.....	<b>301</b>
<b>ТЮРЮПОВ М.С., ШУЛЕНИН Д.К., ШЕРШНЕВА А.А.</b> Оценка взаимосвязи некоторых геномных биомаркеров с сердечно-сосудистыми осложнениями в остром периоде инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у лиц с сердечно-сосудистой патологией.....	<b>302</b>
<b>УКЛИСТАЯ Т.А., ПОЛУНИНА О.С., УКЛИСТАЯ Е.А.</b> Аспекты генетической детерминации неблагоприятного течения хронической обструктивной болезни легких.....	<b>303</b>
<b>УРЯСЬЕВ О.М., СОЛОВЬЕВА А.В., БАРАНОВ В.В., КОРОЛЕВ А.Е., СМАЗНОВА О.А., ИВАНЕВА Е.А., МОЖАЕВА О.М.</b> Нарушения углеводного обмена у госпитализированных пациентов с COVID-19.....	<b>304</b>
<b>УСАЧЕВА Е.В., УСАЧЕВ Н.А.</b> Клинический случай множественной перфорации кишечника при коронавирусной инфекции.....	<b>305</b>
<b>УСТИНОВ М.С., МАКОВА Е.В.</b> Анализ летальных исходов новой коронавирусной инфекции и внебольничной пневмонии в областном COVID-госпитале.....	<b>306</b>
<b>ФАЛЕТРОВА С.В., УРЯСЬЕВ О.М., БЕЛЬСКИХ Э.С.</b> Окислительная модификация белков плазмы крови у пациентов с ХОБЛ с нормальным и избыточным весом.....	<b>307</b>
<b>ФАТЕНКО А.С., БЕЛЯЕВА Е.А.</b> Особенности постинфарктной реабилитации пациентов с остеоартритом.....	<b>308</b>
<b>ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., НУРМИЕВА Л.С., КУДРЯШОВА Н.К.</b> Динамика ранних нарушений углеводного обмена в молодом возрасте в течение двухлетнего наблюдения.....	<b>309</b>
<b>ФЕЙСХАНОВА Л.И.</b> Влияние лекарственной терапии на функцию миокарда у пациентов с ревматоидным артритом.....	<b>310</b>
<b>ФЕЙСХАНОВА Л.И.</b> Влияние некоторых лекарственных препаратов на функцию миокарда у пациентов с анкилозирующим спондилитом.....	<b>311</b>

<b>ФЕЙСХАНОВА Л.И.</b> Особенности поражения миокарда у пациентов с артериальной гипертензией на фоне ревматоидного артрита.....	312
<b>ФИЛИПЕНКО Д.Е., ВАСИЛЬЕВА А.О., КАПУСТИНА Е.В., ШЕСТЕРНЯ П.А.</b> Использование различных критериев воспалительной боли в спине для скрининга аксиального псориатического артрита.....	313
<b>ФИЛОНЕНКО Е.П., ПЕТУХОВА А.А., ПАТРИКЕЕВА И.М., ИНАМОВА О.В., ГАЙДУКОВА И.З.</b> Хронический мультифокальный остеомиелит взрослых как общетерапевтическая проблема. Серия из 10 клинических наблюдений.....	314
<b>ФИРСТОВ В.Д., КОКОРИН В.А.</b> Эффективность шкал для оценки риска кровотечений у пациентов с ТЭЛА высокого и промежуточного риска летального исхода, получающих антитромботическую терапию.....	316
<b>ФУРСОВ А.Н., ПОТЕХИН Н.П., ЗАХАРОВА Е.Г., ЧЕРНОВ С.А., ГАЙДУКОВ А.В., ГОРОДНИЧЕВ К.Ю., МАКЕЕВА Т.Г., ЛЯПКОВА Н.Б., СУЩИН Г.О.</b> Отдаленные результаты эндоваскулярной коррекции стеноза почечных артерий при резистентной вазоренальной артериальной гипертензии.....	317
<b>ХАВАНШАНОВ А.К., БАЛАБАНОВ А.С., ПОНОМАРЕНКО Д.С., ПАВЛОВ А.И., ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.</b> Нецирротическая порталная гипертензия.....	318
<b>ХАЗИЕВА Г.Р., БЕЛОУСОВА Е.Н., ГАЛИЕВА А.М, МУХАМЕТОВА Д.Д., БАДМА-ГОРЯЕВА Ц.С., ДИНОВ Р.М.</b> Liver Frailty Index как метод определения степени астении у пациентов с циррозом печени.....	319
<b>ХАМИТОВ Р.Ф., СОБОЛЕВА Е.А.</b> Динамика проявлений постковидного синдрома по прошествии года у пациентов, перенесших COVID-19.....	320
<b>ХАЧАТРЯН К.В., СЕРЕБРЯКОВ П.В.</b> Некоторые особенности сердечно-сосудистого риска у работников пылеопасных производств.....	321
<b>ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С.</b> Применение лерканидипина в терапии бевацизумаб-индуцированной артериальной гипертензии.....	322
<b>ХОРОЛЕЦ Е.В., ШЛЫК С.В.</b> Оценка маркера NTproBNP у пациентов острым инфарктом миокарда, осложненного острой сердечной недостаточностью.....	323
<b>ЧЕРНЫШОВА Т.Е., ВАЛИНУРОВ А., СТЯЖКИНА С.Н.</b> Факторы риска и оптимизация терапии анемии при язвенном колите.....	324
<b>ЧЕРНЫШОВА Т.Е., МИРЗОЯН И.А., МОИСЕЕВА А.А., БАКИРОВА Н.М.</b> Распространенность и психологические особенности лиц с метаболически здоровым и метаболически осложненным ожирением.....	325
<b>ЧЕСНОКОВ Е.А., ШАРАПОВА Ю.А., НЕХАЕНКО Н.Е.</b> Оценка информирования населения в достижении показателей охвата проведения диспансеризации взрослого населения.....	326
<b>ЧИЖОВ П.А., ПЕГАСОВА М.А.</b> Оценка частоты госпитализаций у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с коморбидностью по дефициту железа.....	327
<b>ШАВЕРСКАЯ Э.Ш., АРАСЛАНОВА Г.И., ЦИРЕНЩИКОВА Н.А.</b> Факторы риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц пожилого возраста.....	328

<b>ШАВЕРСКАЯ Э.Ш., ПЕЧЕРСКИХ М.В., АВЕРКИЕВА И.Л.</b> Эффективность комбинированной терапии желчекаменной болезни у пациентов с гиперхолестеринемией.....	329
<b>ШАПОВАЛОВА О.В., ТАДЖИЕВ Т.</b> Этиологическая структура гриппа и оценка эффективности противовирусной терапии у пациентов в сезон эпидемического подъема заболеваемости 2014-2015 гг.....	330
<b>ШАФИГУЛЛИНА А.А., КИРИЛЛОВА Э.Р.</b> Возможности прикроватного ультразвукового исследования в клинической практике.....	331
<b>ШАШЕНКОВ И.В., ГОРБУНОВА М.В., БАБАК С.Л.</b> Влияние наружной контрпульсации на фракцию выброса левого желудочка и дистанцию теста шестиминутной ходьбы у больных с проявлениями хронической коронарогенной сердечной недостаточности после перенесенного COVID-19: результаты однолетнего наблюдения.....	332
<b>ШЕВЧУК В.В., КАШКИНА Н.В.</b> Сахарный диабет 2 типа как фактор риска остеопороза.....	333
<b>ШЕЕНКОВА М.В.</b> Возможности алиментарной профилактики атеросклероза у работников горнодобывающей промышленности.....	334
<b>ШЕМЕРОВСКИЙ К.А.</b> Синдром брадиэнтерии – фактор риска коморбидности.....	335
<b>ШЕПЕЛЯЕВА Л.С., ГОРОХОВА В.А., СНИГИРЕВА А.В., НАГИБИН Р.М., ПАРУЛЯ О.М., ЖОМОВА М.В., НОСКОВ С.М.</b> Клиническое значение выявления отека костного мозга на МРТ при остеоартрите коленных суставов.....	336
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И.</b> Качество жизни пациентов с различными вариантами функциональной диспепсии.....	337
<b>ШКЛЯЕВ А.Е., ДУДАРЕВ В.М.</b> Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эффективность питьевой бальнеотерапии.....	338
<b>ШУМАТОВА Н.В.</b> Клинический случай: результаты 2-летнего наблюдения за динамикой уровня иммуноглобулинов класса G к SARS-CoV-2.....	339
<b>ШУМОВА А.Л., ТАРАСЕНКО Н.И.</b> Игра приоритетов в обучении коморбидных пациентов.....	340
<b>ЩЕМЕЛЕВА Е.В., СКОРОДУМОВА Е.А., ПИВОВАРОВА Л.П., АРИСКИНА О.Б., ПОВЗУН А.С.</b> Вероятность нарушения липидного обмена у пациентов с подагрой в зависимости от полиморфизма ARG72PRO гена TP53.....	341
<b>ЩЕНДРИГИН И.Н., ЛИЛА А.М.</b> Этническая структура взрослых пациентов с ревматоидным артритом в Ставропольском крае.....	342
<b>ЩЕПЕТИН Н.В., ОРЛОВА Н.В., ЯКУШЕВ Ю.Ю.</b> Изучение углеводного и липидного обменов у больных с острым коронарным синдромом, являющихся трудовыми мигрантами.....	343
<b>ЩЕРБАКОВ Е.В., ПЯТЧЕНКОВ М.О.</b> Астения и когнитивные нарушения у пациентов на гемодиализе.....	344
<b>ЩЕРБАКОВА Н.Д., ТРЕТЬЯКОВА Ю.И.</b> Оценка качества жизни и психоэмоционального статуса в зависимости от тяжести атаки язвенного колита.....	345

<b>ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИН Е.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., МУХАНОВ А.А.</b> Применение рефралона в инвазивных кардиологических методиках лечения нарушений ритма сердца: ретроспективное исследование.....	346
<b>ЭЛМИ С.</b> Изучение дислипидемии и толщины интима медиа сонных артерий у лиц с предгипертонией (по данным ЭССЕ-РФ-2).....	347
<b>ЭСЕДОВ Э.М., АБАСОВА А.С., АБАКАРОВА Г.Г., МЕДЖИДОВА Р.А.</b> Структура и частота воспалительных заболеваний кишечника в Дагестане.....	348
<b>ЭСЕДОВ Э.М., АКБИЕВА Д.С., АБАСОВА А.С., АХМЕДОВА Ф.Д.</b> Цитокиновый профиль желудочного сока при хроническом гастрите и язвенной болезни до и после стандартной терапии.....	349
<b>ЭСЕДОВ Э.М., АХМЕДОВА Ф.Д., АБАСОВА А.С., АКБИЕВА Д.С.</b> Семейная средиземноморская лихорадка у народностей Дагестана.....	350
<b>ЭСЕДОВ Э.М., МЕДЖИДОВА Р.А., АБАСОВА А.С., АБАСОВ А.Р.</b> Лекарственный гепатит в практике врача-интерниста.....	351
<b>ЭСЕДОВ Э.М., МУСАЕВА Л.Н.</b> Мелатонин и язвенная болезнь 12-перстной кишки.....	352
<b>ЮРКОВА Ю.Г., БОЛОТОВА Е.В.</b> Частота прогрессирующего фиброзирующего фенотипа у пациентов с интерстициальными заболеваниями легких по данным ретроспективного анализа.....	353
<b>ЮХИНА Ю.Е., ДРУК И.В., КОРЕННОВА О.Ю.</b> Гипоответ на терапию статинами среди пациентов с нарушениями углеводного обмена, перенесших острый коронарный синдром.....	354
<b>ЯНГУРАЗОВА А.Р., КУПКЕНОВА Л.М., МЯСОУТОВА Э.Р.</b> Характеристика минеральной плотности костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.....	355
<b>ЯКОВЛЕВА Е.В.</b> Оценка своевременности диагностики реноваскулярной гипертензии в реальной клинической практике.....	356
<b>ЯРКОВА В.Г., ЖМУРОВ В.А., РЕШЕТНИКОВА Т.В., ЖМУРОВ Д.В., ОДИНЦОВ С.Н., СКОМОРОХОВА В.Н., КЛЕСТЕР Е.Б.</b> Частота развития профессиональных заболеваний у машинистов локомотивов.....	357
<b>ЯРКОВА В.Г., ЖМУРОВ В.А., РЕШЕТНИКОВА Т.В., ОДИНЦОВ С.Н., СКОМОРОХОВА В.Н.</b> Критерии анализа выполнения простых и сложных сенсомоторные реакции работниками локомотива – аспект безопасности движения поездов.....	358
<b>ЯРКОВА Н.А., БОРОВКОВ Н.Н., ЗАНОЗИНА О.В., КОТОМИНА Д.А.</b> Ранняя диагностика острого повреждения почек у больных сахарным диабетом 2-го типа после чрескожных коронарных вмешательств.....	359
<b>ЯРКОВА Н.А., БОРОВКОВ Н.Н., СОЛОВЬЯНОВА Е.Н., КОТОМИНА Д.А.</b> Основные причины развития хронической болезни почек по данным регионального регистра Нижегородской области.....	360

## КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

**БОРОДУЛИН Е.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р.,  
КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.**

Неожиданная фибрилляция желудочков после применения рефралона в сочетании с радиочастотной абляцией: анализ клинического случая у коморбидного пациента.....361

**БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИН Е.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М.,  
КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С. НУРИСЛАМОВА А.А., МУХАНОВ А.А.**

Особенности лечения пациентов с экстракардиальными анатомическими особенностями при фибрилляции предсердий.....362

**БРОВКИНА С.С., ДЖЕРИЕВА И.С.**

Генетические предпосылки формирования кардио-метаболических нарушений на фоне применения глюкокортикоидов.....363

**ГАЛЕЕВА Ш.Ш., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С.**

Клинический случай кардиомиопатии, обусловленной комплексным лечением лимфогранулематоза и рака молочной железы, осложненной хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипотензией.....364

**ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.**

Клинические особенности болевого синдрома у пациентов анкилозирующим спондилитом с МРТ верифицированными изменениями атлантаксиальной области.....365

**КАДНИКОВ Л.И.**

Влияние полиморфизма маркеров T1565C гена *ITGB3*, C807T гена *ITGA2* и 5G(-675)4G гена *SERPINE1* на агрегацию тромбоцитов у пациентов с острым коронарным синдромом и COVID-19.....366

**КОПЬЕВА К.В.**

Коронарная микроваскулярная дисфункция у больных с необструктивным поражением коронарных артерий: основные характеристики и прогностическая роль.....367

**ЛИСТОПАДОВА М.В., СИЛКИНА Ю.А.**

Анализ анамнестических и функциональных особенностей курящих разные форматы систем доставки никотина.....368

**МАГАМАДОВ И.С., СКОРОДУМОВА Е.А., КОСТЕНКО В.А., ПИВОВАРОВА Л.П.,  
АРИСКИНА О.Б., СИВЕРИНА А.В., СКОРОДУМОВА Е.Г.**

Ассоциация полиморфизма инсерции/делеции гена ангиотензин-превращающего фермента с различным течением хронической сердечной недостаточности у пациентов после аортокоронарного шунтирования.....369

**МУХАМЕДЬЯНОВ А.Г., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А.,  
СКОРОДУМОВА Е.Г., РЫСЕВ А.В.**

Вклад COVID-19 в прогрессирование хронической сердечной недостаточности у пациентов с низкой фракцией выброса.....370

**ПОЛТЫРЕВА Е.С., МЯСОЕДОВА С.Е.**

Кардиометаболический риск и фенотипы ожирения при ревматоидном артрите.....371

**ПРИСЕКО Л. Г., БОРОДИЙ А.О.**

Роль показателей спирометрии в прогнозировании рисков возникновения хронических инфекционных заболеваний.....372

**СИНЯЕВА А.С., ФИЛИПШОВ Е.В.**

Возможности неинвазивной диагностики фиброза миокарда.....373

**СТОДЕЛОВА Е.А., ЛАРИНА В.Н., КАЗИМИРСКИЙ А.Н., РАСПОПОВА Т.Н., ШЕРЕГОВА Е.Н.**

Клинические аспекты течения и оценка качества жизни молодых пациентов в постковидном периоде....374



<b>ЦИНЗЕРЛИНГ А.Ю., ГАЙДУКОВА И.З., МАЗУРОВ В.И., ПЕТРОВА М.С., ИНАМОВА О.В.</b> Значение биомаркеров у пациентов с ревматоидным артритом и гиперурикемией – акцент на коморбидность.....	<b>375</b>
<b>ЧУПРОВА А.А.</b> Эндокринная офтальмопатия в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом у пациента с ревматоидным артритом.....	<b>376</b>
<b>ШАПОРЕВА К.Р., ЛАПШИНА С.А.</b> Взаимосвязь коморбидной патологии и характера хронического болевого синдрома у пациентов с ревматическими заболеваниями.....	<b>377</b>

**АБДУЛЛАЕВ О.А., ВЕРЕЩАК Д.П., АРУТЮНОВ Г.П., ТАВЛУЕВА Е.В., КОНИК В.А.**  
*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*  
*ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Последние годы широко обсуждается применение иНГЛТ-2 как препаратов, обладающих выраженной кардио- и нефропротекцией: по данным KDIGO от 2022 г. иНГЛТ-2 – препараты 1-й линии у пациентов с СД 2 типа и ХБП, а по данным множественных исследований и мета-анализов, иНГЛТ-2 приводят к снижению рисков сердечно-сосудистых событий у больных с ХСН.

**Цель.** Оценить влияние иНГЛТ-2 на диурез, натрийурез, количества внеклеточной жидкости, СКФ на фоне терапии петлевыми диуретиками при декомпенсации ХСН и ХБП, СД 2 типа в анамнезе.

**Материал и методы.** Статистические расчеты проводили в программах StatPlus:mac (AnalystSoft Inc. от 2021 г.) и Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 28, IBM Corp. от 2021 г.). В 5 дневном исследовании принял участие 119 пациентов, которые были рандомизированы в 2 группы: контрольная (петлевые диуретики, 59 больных), основная (петлевые диуретики + иНГЛТ-2, 60 больных).

**Результаты.** В течение 5 дней в группах отмечено статистически достоверное нарастание диуреза ( $p < 0,001$ , 95% ДИ). Однако начиная со 2-х суток, в основной группе уровень диуреза статистически значимо превалировал над уровнем диуреза в контрольной ( $p < 0,001$ , 95% ДИ).

На 5-й день наблюдения в обеих группах зафиксирован статистический прирост натрийуреза. В основной группе прирост натрийуреза достоверно выше по сравнению с контрольной ( $p < 0,001$  (4,44-16), 95% ДИ).

На 5-й день наблюдения в основной группе отмечен прирост показателя СКФ на  $4,44 \pm 13,19$ ,  $p = 0,01153$ , 95% ДИ, в отличие от контрольной ( $p = 0,679$ , 95% ДИ).

В основной группе выявлена прямая связь между уровнем натрийуреза и показателем СКФ (R-квадрат = 0,170, коэффициент корреляции  $r = 0,412$ ), а в контрольной – слабая обратная (R-квадрат = 0,003, коэффициент корреляции  $r = -0,056$ ).

К 5-му дню в группах количество внеклеточной жидкости достоверно снижается ( $p < 0,001$ , 95% ДИ). Однако в основной группе снижение достоверно выше ( $p = 0,02$ , 95% ДИ).

За весь период наблюдения между группами нет статистически достоверного различия динамики массы тела, NT-proBNP, ФВ ЛЖ, количества В-линий.

**Выводы.** Ингибиторы НГЛТ-2 эффективны в борьбе с отечным синдромом у больных с декомпенсацией ХСН. На фоне приема иНГЛТ-2 зафиксировано увеличение СКФ. Все перечисленное позволяет отнести и-НГЛТ-2 к универсальным препаратам в отношении коморбидных больных: гипогликемическая, диуретическая и нефропротективная терапия.

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**АБДУЛЛАЕВ А.Х., АЛЯВИ Б.А., ОРЗИЕВ Д.З., УЗОКОВ Ж.К., КУРМАЕВА Д.Н.**

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Оценить эффективность комплексного персонализированного лечения больных хроническим коронарным синдромом (ХКС) с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

**Материал и методы.** Наблюдали пациентов с ХКС стабильной стенокардией напряжения (СС) III (ФК) (I группа, 16) и СС IV ФК (II группа, 18) с СД2, подвергшихся плановому стентированию коронарных артерий (СКА). Исходно, через 3 и 6 мес. изучали ХС, ХСЛПНП и ХСЛПВП, триглицериды (ТГ), АЛТ и АСТ, общий билирубин (ОБ), полиморфизм генов CYP2C19 и 9p21 (rs2383206 и rs10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (ЭХОКГ, МСКТ), проводили УЗИ печени. На фоне базисной терапии (антиагреганты, статины, бета-блокаторы, иАПФ) пациенты получали растительный гепатопротектор.

**Результаты.** Исходные показатели липидов у больных ХКС с СД2: ХС – 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,6 ммоль/л; ХСЛПВП – 1,1 ммоль/л; ТГ – 2,5 ммоль/л. Параметры глобальной и регионарной систолической функции были снижены. В конце наблюдения содержание липидов: ХС – 5,0 ммоль/л; ХСЛПНП – 2,3 ммоль/л; ХСЛПВП – 1,18 ммоль/л; ТГ – 1,61 ммоль/л. Статины и антиагреганты переносились хорошо, случаев отмены не было. Активность АЛТ, АСТ, содержание ОБ – в пределах нормы. Проведенные генетические исследования помогли подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, значительно снизили риск развития осложнений и резистентности к препаратам. Гепатопротектор оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени, улучшил переносимость медикаментов. Персонализированный подход к лечению ХКС осуществлялся с учетом результатов генетического тестирования с подбором оптимальных доз препаратов. При распределении генотипов CYP2C19\*17 (rs12248560) CC, CT и TT увеличивали дозу антиагрегантов, при распределении генотипов гена CYP2C19 (rs4244285) GG, AG и AA – снижали. Оценка жизнеспособности миокарда, соответствующий индивидуальным особенностям подбор доз статинов и антиагрегантов, гепатопротектор повысили эффективность и безопасность лечения. СКА, базисное лечение оказали влияние на патогенетические звенья ХКС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующим СД2.

**Выводы.** Персонализированный подход к лечению больных ХКС с СД2, нуждающихся в СКА, с учетом функционального состояния и жизнеспособности миокарда, фармакогенетических особенностей препаратов, повышает эффективность реваскуляризации, предупреждает развитие резистентности, побочных эффектов и осложнений.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

АБДУЛЛАЕВ А.Х., АРИПОВ Б.С., АЛЯВИ Б.А., АБДУЛЛАЖАНОВА Ш.Ж.,  
РАИМКУЛОВА Н.Р., ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х.

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

*ТашПМИ, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Оценить эффективность комплексного лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании со спондилоартрозом позвоночника.

**Материал и методы.** В исследование включили больных с ХОБЛ 2-3 степени тяжести (в возрасте 45-55 лет), с сопутствующей дорсалгией на фоне спондилоартроза. Проведены клиничко-функциональные, рентгенологические, биохимические (АЛТ, АСТ, билирубин (Б), С-реактивный белок (СРБ) исследования, пикфлоуметрия (ПФМ), ФВД, при необходимости – МСКТ. На фоне базисного лечения ХОБЛ, пациенты получали комбинированный хондропротектор, массаж, занимались ЛФК. Оценивали интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм), объем движений, мышечно-тонические проявления, выраженность корешкового синдрома.

**Результаты.** В динамике у обследуемых уменьшилась одышка с  $2,6 \pm 0,3$  до  $1,2 \pm 0,14$  и кашель с  $2,5 \pm 0,2$  до  $1,3 \pm 0,1$  баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Увеличение бронхиальной проходимости по ПФМ: с  $312,6 \pm 23,1$  до  $349,6 \pm 23,1$  л/мин. У 85% пациентов преобладал вертеброгенный болевой синдром с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью околопозвоночных мышц и их остистых отростков, паравертебральных точек при пальпации. Интенсивность боли по ВАШ: умеренная (54%)  $60,6 \pm 7$  мм, сильная (46%)  $82,6 \pm 9$  мм. Под влиянием комплексного лечения отмечено уменьшение болей в позвоночнике, нормализация СРБ, лейкоцитов, СОЭ. Интенсивность боли по ВАШ через месяц у 72,7% уменьшилась до  $25,1 \pm 4$  мм и у 27,3% до  $33,7 \pm 5$  мм. Выявлена положительная динамика показателей ФВД, клиничко-биохимических показателей крови. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по всем лабораторным показателям. Уровни Б, АЛТ и АСТ – в пределах нормы. Переносимость лечения, в том числе хондропротектора, была хорошей. Прогноз коморбидных заболеваний во многом связан с особенностями поведения самого пациента, его комплаентности и может быть в значительной степени скорректирован с помощью мер превентивной медицины.

**Выводы.** Коморбидность создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лечения. Хондропротектор в комплексе с базисной терапией оказал благоприятное влияние на состояние больных ХОБЛ в сочетании с патологией позвоночника и значительно повысил эффективность лечения и реабилитации.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ (COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ) ЭТИОЛОГИИ**

**АБУЛДИНОВА О.А., ПРИХОДЬКО О.Б.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одним из важных проявлений развития хронических заболеваний бронхолегочной системы является одышка, которая становится причиной ограничения переносимости физических нагрузок.

**Цель.** Оценить функциональные резервы бронхолегочной системы у пациентов с внебольничной бактериальной и COVID-19-ассоциированной пневмонией.

**Материал и методы.** Обследованы 56 пациентов с нетяжелой вирусной ВП, ассоциированной с SARS-COV-2, и 44 пациента с бактериальной ВП. Средний возраст был  $41,5 \pm 8,4$  года. Для оценки функциональных резервов бронхолегочной системы у пациентов с внебольничной пневмонией бактериальной и вирусной (COVID-19-ассоциированной) этиологии проводился шестиминутный шаговый тест (6-МШТ).

**Результаты.** Дистанция, пройденная во время 6-МШТ в первые сутки поступления в стационар, в первой подгруппе была равна  $304,6 \pm 9,2$  м, что соответствует 2 функциональному классу (ФК) нарушений и требует умеренного ограничения физических нагрузок. В то время как в группе контроля данный показатель был равен  $587 \pm 6,4$  м (ФК0). При этом через 2 недели пациенты первой подгруппы могли пройти расстояние  $432 \pm 4,2$  м, что соответствовало 1 ФК и требовало лишь незначительного ограничения физической активности. При оценке 6-МШТ у пациентов данной подгруппы через 3 месяца среднее расстояние составило  $568 \pm 3,2$  м, что соответствует нормальным значениям. Во второй подгруппе пройденная дистанция в первые сутки была равна  $274,6 \pm 6,6$  м, что соответствует 3 ФК нарушений и требует выраженного ограничения физических нагрузок, так как удовлетворительное состояние у пациентов наблюдалось только в покое. При проведении данного теста через 2 недели расстояние составляло  $165,2 \pm 3,2$  м, что также соответствовало 3 ФК. Через 3 месяца после установления диагноза отмечалось улучшение показателей и среднее расстояние составило  $386,3 \pm 4,1$  м (2 ФК).

**Выводы.** Таким образом, в подгруппе пациентов с вирусной пневмонией происходило более медленное восстановление функциональных резервов респираторного тракта, что в свою очередь свидетельствует о более значимом поражении дыхательной системы вирусом SARS-COV-2.

## ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, КАК НЕОБХОДИМЫЙ КОМПОНЕНТ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АГРАНОВИЧ Н.В., АНОПЧЕНКО А.С., АГРАНОВИЧ О.В., ХАРЧЕНКО Т.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

**Цель.** Провести анализ эффективности немедикаментозных методов в комплексном лечении пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени, занимающихся лечебной физической культурой.

**Материал и методы.** Объект исследования – 62 пожилых пациента (31,7% мужчин и 68,3% женщин), находившиеся под наблюдением по поводу АГ I-II степени. Средний возраст пациентов –  $62,2 \pm 1,8$  лет. Контрольная группа – 26 человек с АГ, не занимавшиеся физической нагрузкой. Длительность исследования – 12 месяцев. Определяли: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), гомоцистеин; спирография; кардиоинтервалография: Мода (Мо); Амплитуда Моды (АМо); вариационный размах (ARR); индекс напряжения (ИН); индекс вегетативного равновесия (ИВР); показатель адекватности процессов регуляции АМо/Мо (ПАПР); вегетативный показатель ритма (ВПР); опросники: шкала качества жизни SF-36, опросник «Тест дифференциальной самооценки функционального состояния» (ТДСФС).

**Результаты.** Выявлена стабильная динамика снижения содержания ОХ с  $7,1 \pm 1,2$  до  $6,1 \pm 0,2$  ммоль/л; ЛПНП – с  $5,6 \pm 1,0$  до  $4,7 \pm 0,7$  ммоль/л; ТГ – с  $1,9 \pm 0,2$  до  $1,5 \pm 0,1$  ммоль/л; гомоцистеин – с  $23,7 \pm 1,2$  мкмоль/л до  $11,4 \pm 1,1$  мкмоль/л. У пациентов контрольной группы достоверных изменений не отмечено.

Спирография, динамика: объем форсированного выдоха - с  $66,6 \pm 5,2$  до  $76,4 \pm 7,5\%$ ; форсированная жизненная емкость легких - с  $65,8 \pm 4,6$  до  $75,2 \pm 8,3\%$ ; индекс Тиффно - с  $73,1 \pm 6,4$  до  $87,6 \pm 8,1\%$ .

Анализ динамики показателей КИГ выявил отчетливую тенденцию к увеличению показателей: Мо с  $0,737 \pm 0,061$  до  $0,866 \pm 0,07$ ; ARR - с  $0,212 \pm 0,13$  до  $0,325 \pm 0,17$ ; снижению ИН – с  $501,1 \pm 4,5$  до  $474,4 \pm 10,5$ ; ИВР – с  $794,8 \pm 21,1$  до  $745,1 \pm 20,5$ ; ПАПР – с  $101,8 \pm 7,7$  до  $98,7 \pm 8,1$ ; ВПР – с  $13,48 \pm 1,18$  до  $12,3 \pm 0,84$ .

Анализ результатов исследования показал, что у пациентов основной группы через 12 месяцев показатели качества жизни достоверно повысились: сумма физического здоровья –  $252,28 \pm 24,4$ ; сумма психического здоровья –  $261,1 \pm 23,8$  соответственно. По опроснику ТДСФС: «самочувствие» – 5,5 «активность» – 5,4 «настроение» – 5,8 баллов.

**Выводы.** Проведенное исследование демонстрирует важное значение средств лечебной физкультуры в системе восстановительных мероприятий и адаптации организма пациентов пожилого возраста с АГ. Применение немедикаментозных методов лечения влияет на замедление процессов старения, а главное, способствует продлению активного долголетия.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

АЙДУМОВА О.Ю., ЩУКИН Ю.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Российская Федерация

**Цель.** Разработать прогностическую модель риска развития неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев с учетом наличия синдрома старческой астении у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Проведено проспективное наблюдательное исследование 92 пациентов старше 70 лет с острым инфарктом миокарда. Уровни NT-proBNP и ST-2 определялись в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа на 5-е сутки ИМ. Синдром старческой астении выявляли по анкете «Возраст не помеха» на 5-е сутки ИМ. Период наблюдения составил 12 месяцев. За конечную точку выбрано наступление неблагоприятного события (смерть от всех причин, сердечно-сосудистая смерть, повторный ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения). Применялись статистические непараметрические методы, ROC-анализ, логистическая регрессия.

**Результаты.** Статистически значимыми предикторами неблагоприятного исхода в течение года у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда являются: возраст  $\geq 80$  лет (Отношение шансов (ОШ) 95% ДИ 5,57 (2,07-14,96),  $p=0,001$ ), перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (ОШ 95% ДИ 3,96 (1,36-10,26),  $p < 0,05$ ), СКФ  $\leq 55$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> по СКД-ЕРІ (ОШ 95% ДИ 4,05 (1,55-10,57),  $p=0,004$ ), систолическое давление в легочной артерии  $\geq 38$  мм рт.ст. (ОШ 95% ДИ 4,5 (1,69-11,96),  $p=0,003$ ), фракция выброса по Симпсону  $\leq 45\%$  (ОШ 95% ДИ 12,21 (4,2-35,57),  $p < 0,001$ ), а также  $\geq 3$  баллов по анкете «Возраст не помеха» (ОШ 95% ДИ 9,62 (2,96-31,25),  $p < 0,001$ ), концентрация NT-proBNP  $\geq 1400$  пг/мл (ОШ 95% ДИ 7,09 (2,53-19,89),  $p < 0,001$ ) и уровень ST2  $\geq 8,2$  нг/мл (ОШ 95% ДИ 9,13 (2,79-29,89),  $p < 0,001$ ).

Прогностическая модель оценки риска неблагоприятного исхода в течение года для данной когорты на основе количества баллов по анкете «Возраст не помеха», уровня ST2 в нг/мл и фракции выброса левого желудочка в % при ROC-анализе имеет AUC 0,87 (ДИ 95% 0,79-0,95), чувствительность – 86%, специфичность – 71%,  $p < 0,001$ .

**Выводы.** Прогнозирование неблагоприятного исхода на основе количества баллов по анкете «Возраст не помеха», фракции выброса левого желудочка в % и концентрации ST2 способно улучшить стратификацию риска неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ТРОЙНЫМ САХАРНЫМ ТЕСТОМ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

**АКБЕРОВА Д.Р., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

*ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Аутоиммунные заболевания печени (АЗП) занимают одно из ведущих мест в структуре хронических паренхиматозных заболеваний печени. К АЗП относятся: аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный холангит (ПБХ), первичный склерозирующий холангит. Ось кишечник-печень представляет собой связующее звено, которое влияет на печень, иммунный ответ и воспалительную реакцию.

**Материал и методы.** Проспективно включены 102 человека: 72 пациента с АЗП и 30 здоровых добровольцев. Диагноз выставляли в соответствии с рекомендациями — EASL (2017), AASLD (2019), IAHG (2021). Проницаемость тонкой кишки оценивали отношением лактулоза/маннитол в моче, проницаемость толстой кишки - уровень сукралозы в моче (нмоль/л), методом высокоэффективной жидкостной хроматографии - масс-спектрометрии.

**Результаты.** У пациентов с АЗП отмечалось повышение проницаемости тонкой кишки - 0,12 [0,07; 0,234] ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой 0,013 [0,01; 0,025]. Проницаемость толстой кишки - 760,8 [386,4; 1640] ( $p > 0,05$ ) нмоль/л не отличались от группы контроля - 785,6 [408; 1027.2]. При разделении на стадии поражения печени отмечалось повышение тонкокишечной проницаемости: стадия гепатит - 0,17 [0,118; 0,253] ( $p < 0,001$ ), цирроз печени (ЦП) - 0,106 [0,07; 0,23] ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Проницаемость толстой кишки у пациентов на стадии гепатит и ЦП не отличалась от контрольной группы. Повышение тонкой и толстокишечной проницаемости были у пациентов с АИГ: тонкой кишки 0,09 [0,07; 0,17] ( $p < 0,05$ ), толстой кишки – 1091,2 [760; 2352] ( $p < 0,05$ ). Такое же повышение проницаемости было у пациентов с ЦП в исходе синдрома перекреста: тонкая кишка – 0,18 [0,086; 0,3] ( $p < 0,05$ ), толстая кишка - 880 [424; 1680] ( $p < 0,05$ ). У пациентов с ПБХ была повышена тонкокишечная проницаемость – 0,106 [0,07; 0,22] ( $p < 0,001$ ). Но проницаемость толстой кишки 380,8 [180,8; 1176] нмоль/л не отличался от контрольной группы.

**Выводы.** У пациентов с АЗП повышена тонкокишечная проницаемость. Наличие повышенной проницаемости тонкой и толстой кишки могут свидетельствовать о прогрессировании заболевания.



## **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И COVID-19: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ**

**АКБЕРОВА Д.Р., МИДХАТОВА К.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Данные мировых и российских работ свидетельствуют о более высокой смертности пациентов с сахарным диабетом (СД) вследствие перенесенной COVID-19. Распространенность СД в России согласно Регистру СД – 2,48% среди всего населения. СД как сопутствующее заболевание при COVID-19 рассматривается в качестве одного из значимых факторов риска развития неблагоприятных исходов вследствие более тяжелого течения инфекции в условиях гипергликемии, отягощающих факторов (пожилой возраст, ожирение, высокая частота сопутствующей патологии).

**Цель.** Оценить распространенность СД среди пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника №20», выяснить влияние COVID-19 на развитие данного заболевания, определить динамику смертности от СД.

**Материал и методы.** Проанализированы данные пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника №20» за период 2019-2021 гг.

**Результаты.** На диспансерном учете состоит 4234 пациентов с диагнозом СД, из которых 185 пациентов страдают СД 1 типа и 4050 пациентов СД 2 типа. Согласно полученным результатам в 2019 г. впервые выявленных пациентов с СД было 139 человек, в 2020 г. - 169, тенденция к увеличению в 2021 г. – 247. Стоит отметить, что впервые выявленные случаи СД у пациентов, переболевших COVID-19 составили: 2020 г. – 30 случаев, 2021 г. – 78 случаев. Динамика постановки на учет с каждым годом росла, данная тенденция связана с возрастанием количества пациентов, переболевших COVID-19. Также наблюдалась тенденция к возрастанию смертности от СД. Так. В 2019 г. зарегистрировано 22 смерти от СД, в 2020 г. – 52, в 2021 г. – 54. Возросла смертность трудоспособного населения в 2019 г. – 2 случая, в 2020 г. и 2021 г. – 4 случая.

**Выводы.** Данная патология определяет высокую актуальность анализа факторов риска неблагоприятных исходов заболевания при СД для обоснования тактики ведения данной категории пациентов.

## ОЦЕНКА ПРОНИЦАЕМОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕРЕКРЕСТА В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА/ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

АКБЕРОВА Д.Р., ОДИНЦОВА А.Х., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация  
ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** К аутоиммунным заболеваниям печени (АЗП) относятся: аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный холангит (ПБХ) и первичный склерозирующий холангит (ПСХ). Сочетание АИГ и холестатических заболеваний печени (ПСХ, ПБХ) называется синдромом перекреста. Синдром перекреста представляет собой различные варианты манифестации клинических фенотипов, характерных для пациентов с АЗП. Изменения слизистой оболочки кишечника структурно-функционального характера могут повышать ее проницаемость. «Двойной сахарный тест» – метод оценки тонкокишечной проницаемости.

**Цель.** Оценить состояние тонкокишечную проницаемость «двойным сахарным тестом» у пациентов с синдромом перекреста.

**Материал и методы.** Проспективно включены 56 человек: 26 пациентов с установленным в соответствии с рекомендациями диагнозом АИГ/ПБХ (АИГ – IAING (2011), ПБХ - EASL (2017), AASLD (2019)), 30 человек группа контроля. Средний возраст пациентов -  $49,7 \pm 13,8$  лет, группа контроля –  $48,6 \pm 9,2$  лет. Определение тонкокишечной проницаемости проведено «двойным сахарным тестом» (отношение лактулоза/маннитол в моче), методом высокоэффективной жидкостной хроматографии – масс-спектрометрии.

**Результаты.** У пациентов с синдромом перекреста АИГ/ПБХ было выявлено повышение проницаемости тонкой кишки –  $0,2 [0,088; 0,3]$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с группой контроля  $0,013 [0,01; 0,02]$ . Пациенты были разделены на стадии поражения печени: было выявлено повышение проницаемости тонкой кишки как на стадии гепатита –  $0,19 [0,13; 0,3]$  ( $p < 0,001$ ), так и на стадии цирроза печени –  $0,18 [0,086; 0,3]$  ( $p < 0,05$ ) при сравнении с группой контроля. У пациентов с синдромом перекреста АИГ/ПБХ до 1 месяца от начала заболевания было выявлено повышение проницаемости тонкой кишки –  $0,13 [0,05; 0,261]$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с группой контроля. При активной форме заболевания у пациентов с синдромом перекреста АИГ/ПБХ была повышена проницаемость тонкой кишки –  $0,205 [0,088; 0,284]$  ( $p < 0,001$ ), неактивная форма –  $0,14 [0,086; 0,316]$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с группой контроля. При наличии портальной гипертензии проницаемость тонкой кишки была повышена –  $0,18 [0,09; 0,304]$  ( $p < 0,001$ ) по сравнению с группой контроля.

**Выводы.** Вне зависимости от клинических проявлений, длительности, наличия внепеченочных проявлений у всех пациентов с синдромом перекреста АИГ/ПБХ было повышено отношение лактулоза/маннитол.

## **ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ С АУТОИММУННЫМИ ПРИЗНАКАМИ: ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОМОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.**

*УКБ №3 Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*ИКМ Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Интерстициальная пневмония с аутоиммунными признаками (ИПАП) – классификационная группа, включающая пациентов с интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ) и отдельными аутоиммунными проявлениями, не соответствующими конкретному системному заболеванию соединительной ткани (СЗСТ). В настоящее время в мировой литературе имеются противоречивые данные о прогнозе ИПАП по сравнению с СЗСТ-ИЗЛ, а также предикторах смерти и развития СЗСТ в динамике у пациентов с ИПАП.

**Материал и методы.** Группа ИПАП включала 49 пациентов (75,6% женщин, медиана возраста 57,0 [50,5; 63,5] лет), СЗСТ-ИЗЛ - 50 пациентов (80,0% женщин, медиана возраста 60,0 [49,5; 65,5] лет). Проводился анализ демографических, клинико-лабораторных и инструментальных данных, а также сравнение выживаемости с использованием метода Каплана-Майера и логарифмического рангового теста в группах ИПАП и СЗСТ-ИЗЛ. В группе ИПАП исследовались предикторы смерти и развития СЗСТ с использованием многофакторного регрессионного анализа.

**Результаты.** Длительность наблюдения за пациентами достоверно не отличалась в группах ИПАП и СЗСТ-ИЗЛ (40,0 [27,0; 50,0] и 36,5 [22,0; 50,0] мес., соответственно). Клинические критерии в группе ИПАП отмечались у 25 (51,0%) пациентов, серологические – у 45 (91,8%), морфологические – у 45 (91,8%). Смертность в группе ИПАП была достоверно выше, по сравнению с группой СЗСТ-ИЗЛ (24,5% и 6,0% соответственно;  $p=0,01$ ).

Независимыми предикторами смертности в группе ИПАП были наличие сахарного диабета (отношение рисков (ОР) 14,3, 95% доверительный интервал (ДИ) 2,0-78,4;  $p=0,01$ ), КТ-паттерна обычной интерстициальной пневмонии (ОИП) (ОР 67,5, 95% ДИ 3,5-1305,1;  $p=0,005$ ) и исходное снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) (ОР 10,97, 95% ДИ 1,01-122,11;  $p=0,049$ ).

В течение периода наблюдения развитие СЗСТ отмечалось у 6 (12,5%) пациентов с ИПАП. Независимым предиктором развития СЗСТ было только исходное повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) (ОР 3,02; 95% ДИ 1,61-8,22;  $p=0,033$ ).

**Выводы.** ИПАП характеризуется менее благоприятным прогнозом жизни, по сравнению с СЗСТ-ИЗЛ, и относительно низкой частотой развития СЗСТ в динамике.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**

**АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОВОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.**

*УКБ №3 Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*ИКМ Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острое повреждение почек (ОПП) является одним из наиболее частых осложнений коронавирусной инфекции COVID-19, которое значительно ухудшает прогноз жизни. В настоящее время имеется ограниченное количество данных относительно факторов риска развития ОПП при COVID-19.

**Материал и методы.** В исследование включены 315 пациентов с COVID-19, госпитализированные в УКБ №3 Сеченовского Университета в период с октября 2020 г. по февраль 2021 г. Диагноз COVID-19 устанавливался на основании положительных результатов ПЦР-теста на РНК SARS-CoV-2 в мазке из носо- и ротоглотки и/или типичных изменений в паренхиме легких по данным КТ ОГК. Целью нашего исследования было определить частоту развития и факторы риска ОПП в когорте госпитализированных пациентов с COVID-19.

**Результаты.** Медиана возраста в исследованной группе составила 73 [63; 81] года, отмечалось незначительное численное преобладание женщин (56,2%). По данным анамнеза, 224 (71,1%) пациента страдали артериальной гипертензией, 75 (23,8%) – сахарным диабетом, 128 (40,6%) – ожирением, 88 (27,9%) – хронической болезнью почек (ХБП). В течение госпитализации 151 (47,9%) пациенту требовалась респираторная поддержка; 41 (13,0%) пациент умер от осложнений COVID-19.

Частота развития ОПП в общей группе составила 29,2% (92 пациента). Независимыми факторами риска ОПП являлись мужской пол (отношение рисков (ОР) 2,1 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,4-3,1],  $p=0,0001$ ), необходимость кислородной поддержки (ОР 2,2 [95% ДИ 1,7-2,9],  $p=0,0001$ ), декомпенсированная сердечная недостаточность (ОР 4,0 [95% ДИ 1,9-8,2],  $p=0,0001$ ) и лимфопения (ОР 0,01 [95% ДИ 0,0-0,9],  $p=0,049$ ).

Смертность была достоверно выше в подгруппе пациентов с ОПП (34,8% и 4,0%, соответственно;  $p < 0,01$ ). Помимо ОПП, независимыми факторами риска смерти больных COVID-19 являлись также наличие сахарного диабета (ОР 2,1 [95% ДИ 1,3-3,4];  $p = 0,021$ ) и потребность в инвазивной вентиляции легких (ИВЛ) (ОР 6,5 [95% ДИ 3,9-10,9];  $p = 0,009$ ).

**Выводы.** Течение COVID-19 осложняется развитием ОПП у более чем четверти госпитализированных пациентов. Основными факторами риска развития ОПП при COVID-19 являются мужской пол, потребность в кислородной поддержке, декомпенсированная сердечная недостаточность, лимфопения, что должно учитываться при профилактике данного осложнения коронавирусной инфекции.

## **ПОРАЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ: ОДНОЦЕНТРОВОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**АКУЛКИНА Л.А., БРОВКО М.Ю., ШОЛОВОВА В.И., ЩЕПАЛИНА А.А., МОИСЕЕВ А.С., ПОТАПОВ П.П., КАЛАШНИКОВ М.В., МОИСЕЕВ С.В.**

*УКБ №3 Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*ИКМ Сеченовского Университета, г. Москва, Российская Федерация*

*МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Поражение дыхательных путей является одним из внепеченочных проявлений первичного билиарного холангита (ПБХ). Основные проявления поражения дыхательных путей при ПБХ до сих пор остаются малоизученными.

**Цель.** Оценить частоту встречаемости, основные клинические проявления и факторы риска развития поражения дыхательных путей при ПБХ.

**Материал и методы.** В одноцентровое когортное исследование включены 93 пациента с ПБХ без сопутствующей системной аутоиммунной патологии. Всем пациентам проводилась компьютерная томография высокого разрешения (КТ ВР) органов грудной клетки (ОГК) и спирометрия. Статистический анализ проводился с использованием метода хи-квадрата Пирсона, точного критерия Фишера и метода логистической регрессии.

**Результаты.** Из 93 пациентов (89 женщин; средний возраст  $47,4 \pm 1,2$  лет), у 27 (29,0%) отмечалось поражение дыхательных путей по данным КТ ОГК: у 19 (20,4%) - утолщение стенок бронхов, у 11 (11,8%) – признаки центрилобулярной эмфиземы, у 5 (5,4%) – нетракционные бронхо- и бронхиолоэктазы, у 4 (4,3%) – КТ-признаки бронхиолита (картина «деревя в почках»). У 22 (81,5%) пациентов с ПБХ и поражением дыхательных путей отмечалась одышка при физической нагрузке, у 14 (51,8%) – малопродуктивный кашель, у 8 (29,6%) - сухой кашель. Обструктивные вентиляционные нарушения по данным спирометрии чаще выявлялись у пациентов с ПБХ и поражением дыхательных путей по данным КТ ОГК (40,7% и 6,5%, соответственно;  $p = 0,008$ ). Пациенты с поражением дыхательных путей были достоверно старше, чаще страдали артериальной гипертензией, хронической болезнью почек (ХБП) и имели анти-sp100 аутоантитела при иммунологическом обследовании, а также чаще демонстрировали полный ответ печеночной патологии на терапию урсодезоксихолевой кислотой. Наличие ХБП (отношение рисков (ОР) 22,8; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,4-371,8;  $p=0,028$ ) и анти-sp100 аутоантител (ОР 14,5; 95% ДИ 1,4-150,6;  $p=0,025$ ) служили независимыми факторами риска развития поражения дыхательных путей.

**Выводы.** Поражение дыхательных путей при ПБХ является частым внепеченочным проявлением болезни и ассоциировано с наличием ХБП и анти-sp100 аутоантител.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДНИЗОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ДОЗИРОВАНИЯ**

**АЛЕКСЕЕВА А.А.**

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить эффективность двух способов дозирования преднизолона (в мг и мг/кг) для индукции ремиссии у больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) с использованием технологии построения и оценки функции эффективности.

**Материал и методы.** В исследование включены 86 больных с активным заболеванием средней и тяжелой степени (61 – с ЯК, 25 – с БК) в возрасте от 18 до 65 лет. Для индукции ремиссии пациентам назначали преднизолон в начальной дозе от 30 до 60 мг/сутки с последующим снижением. Эффект терапии оценивали на момент полной отмены преднизолона с использованием общепринятых критериев клинической ремиссии. Проводили анализ двух функций эффективности: первая – при дозировании преднизолона в мг, вторая – при расчете дозы в мг/кг веса пациента с колебаниями 41-98 кг. Построение функции эффективности для преднизолона проводилось по оригинальной методике, смысл которой заключается в статистическом преобразовании исходных клинических данных, получаемых в виде количественного выражения примененной совокупности доз и зарегистрированных альтернативных ответов в наглядный график. Оценка среднего значения дозы в каждой точке определялась на основе метода ядерной оценки регрессии.

**Результаты.** Построены два графика «доза-эффект» преднизолона в мг и в мг/кг массы тела. Оптимальная клинически эффективная доза (ОКЭД) при расчете в мг/кг составила  $0,70 \pm 0,01$  (0,68-0,72) мг/кг. При наложении двух графиков в мг и в мг/кг веса показано, что при назначении начальной дозы 40 мг без учета массы тела пациента эффект терапии будет на 25% ниже. Назначение дозы 60 мг в сутки без учета массы будет оптимальным для пациентов с массой тела 85-90 кг. При более низкой массе тела клинический эффект не уменьшится, однако, вероятность появления побочных эффектов преднизолона будет возрастать с уменьшением массы тела.

**Выводы.** Анализ зависимости «доза-эффект» позволил доказать достоверную связь способа дозирования преднизолона с клиническим эффектом у больных ЯК и БК. ОКЭД преднизолона, равная 0,70 мг/кг, может быть рекомендована к применению в клинической практике для подбора индивидуальных доз.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ STEPS**

**АЛЕКСЕНЦЕВА А.В., ОСИПОВА И.В., РЕПКИНА Т.В.**

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** АГ представляет собой центральный изменяемый фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ФР развития ХНИЗ). Распространенность АГ в мире различна. Стоит отметить, что в странах, которые добились успеха в лечении и контроле этого заболевания, сохраняется высокая встречаемость АГ. На протяжении последних десятилетий число зарегистрированных лиц с АГ в России увеличилось на 5,4 млн, с 11,7 в 2010 г. до 17,1 млн чел в 2019 г. и составляет 45,7%, среди мужчин 48,4%, женщин - 43,4%. Достичь контроля за распространением АГ возможно, зная исходный уровень распространенности этого заболевания. На территории Алтайского края в 2013-2014гг. проходило эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации). Однако в исследование включались респонденты 25-64 лет. Для подробного анализа исходной ситуации требовалось проведение исследования, которое позволило бы охватить все взрослое население края.

**Цель.** Изучение распространенности артериальной гипертензии у населения Алтайского края в возрасте от 18 лет и старше.

**Материал и методы.** Исследование включало в себя 2638 человек в возрасте от 18 лет и старше, отобранных путем случайной выборки среди населения Алтайского края. Критерием артериальной гипертензии (АГ) считали уровень систолического АД (САД), равный или превышающий 140 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – 90 мм рт. ст., либо история приема антигипертензивных препаратов по результатам анкетирования.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 1291 мужчина (49%) и 1347 женщин (51%). Средний уровень САД составил 127 мм рт. ст., средний уровень ДАД – 81 мм рт. ст. Средняя распространенность АГ среди взрослого населения края составила 44,1%. Распространенность АГ среди мужчин – 40,8%, среди женщин – 47,3%. Большая часть жителей края, имеющих АГ, информированы об этом. Антигипертензивные препараты (АГП) принимают 85% от всех лиц с АГ, из них только половина лечится эффективно.

**Выводы.** Впервые на основании результатов эпидемиологического исследования по методу STEPS проведен детальный анализ распространенности АГ среди жителей Алтайского края в возрасте от 18 лет и старше. Отличительными особенностями края являются повышенная осведомленность о наличии АГ и соблюдение режима приема АГП среди лиц, имеющих АГ. Однако стоит отметить, что только половина участников мониторинга получает эффективное лечение.

## **ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**АЛИАХУНОВА М.Ю.**

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Исследовать роль системного воспаления и дисфункции эндотелия как факторов кардиоваскулярного риска у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

**Материал и методы.** В исследование включено 100 пациентов с достоверным диагнозом АС. Исследовались уровни общего холестерина, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов с расчетом уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и индекса атерогенности, избыточной массы тела (при индексе массы тела [ИМТ]  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, наследственности, сахарного диабета. В контрольную группу включены 30 практически здоровых человек в возрасте  $36,2 \pm 10,3$  лет, не имеющих АГ, сахарного диабета, ИБС и ее эквивалентов.

**Результаты.** У 31 (31%) пациента зарегистрирована АГ 1-й и 2-й степени. Выявлена высокая частота сниженного уровня ЛПВП (61%) при относительно низкой (13%) частоте выявления гиперхолестеринемии. Уровень общего холестерина значимо ниже аналогичного показателя в группе контроля. Уровни ЛПНП и триглицеридов оказались сопоставимыми с соответствующими показателями здоровых лиц. Отмечено снижение уровня антиатерогенных ЛПВП. Липидный профиль у пациентов с АС можно охарактеризовать как проатерогенный, что связано не с гиперлипидемией, а с низким уровнем ЛПВП. Среднее значение ИМТ составило  $23,4 \pm 4,6$  кг/м<sup>2</sup>, большинство пациентов (64%) имело нормальную массу тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>), 7% больных имели профицит массы тела (ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>), в том числе 11% – ожирение (ИМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>). Уровень СРБ, превышающий 10 мг/л, отмечен у 54% пациентов. Уровень фибриногена у пациентов с АС также вполне ожидаемо превышает показатель у лиц контрольной группы ( $7,2 \pm 2,4$  и  $3,5 \pm 0,8$  г/л, соответственно). Уровни ЛПНП и триглицеридов оказались сопоставимыми с соответствующими показателями здоровых лиц.

**Выводы.** Риск развития ИБС у пациентов с АС является близким к общепопуляционному. Результаты анализа дополнительных факторов риска указывают на наличие у пациентов с АС признаков повреждения, дисфункции эндотелия и повышенного протромбогенного потенциала, непосредственно связанных с активностью заболевания.



## **ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**АЛИАХУНОВА М.Ю.**

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Изучение сердечно-сосудистой системы с определением характера изменения у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы.** Исследовано 40 больных, из них женщин – 37, в возрасте от 17 до 58 лет, длительностью заболевания  $8,69 \pm 1,25$  лет, с медленно прогрессирующим (72,5%) и (27,5%) с быстро прогрессирующим течением, II (70%) и III (25%) степенью активности, с IV (45%) рентгенологической стадией I и II (по 20%), II (57,5%) и I (35%) степенью ФНС. Поражения сердца наблюдались у 25% больных. проводили ЭКГ, одномерно (в М-режиме), двухмерную (секторальное сканирование) и доплер ЭхоКГ. В комплексной терапии больных РА, наряду с основными средствами, использовали метаболические препараты.

**Результаты.** После комплексной терапии существенно уменьшилось число больных РА с кардиальными нарушениями (от 70% в начале наблюдения до 47,5% через 6 месяцев, недостаточности кровообращения обнаружили у 7,5% больных РА по сравнению с 25%. Уменьшилась доля пациентов с кардиалгией, сердцебиением и одышкой с 25% до 7,5%. Сократилось количество больных с нарушением функции автоматизма с 35% до 10%. изменениями в миокарде от 52,5% до 30%. Если в начале отметили перегрузку и дилатацию левого желудочка, увеличение размеров его полости в систолу и диастолу, индекса конечного систолического объема, левого предсердия и правого желудочка, расширение корня аорты, уменьшение подвижности МЖП, и передней митральной створки, через 6 месяцев уменьшились размеры и гиперволемиа левого предсердия и желудочка, улучшилась подвижность его задней стенки.

**Выводы.** Отмечался выраженный характер структурных нарушений при медленном течении РА. Изменения на ЭхоКГ возрастали с увеличением продолжительности заболевания, у пациентов, серопозитивных по РФ. За год наблюдения изменилась структура кардиальной патологии за счет уменьшения количества пациентов с миокардитом (с 27,5% до 12,5%), миокардиострофией (с 40% до 30%), эндокардитом (с 22,5% до 17,5%) не обнаружили признаков перикардита (2,5%), увеличилось число больных РА с относительно «интактным» сердцем (с 30% до 52,5%).

## **ЗНАЧЕНИЕ АНАМНЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**АНДРЕЕВА Д.В.**

*ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация*

**Описание случая.** Больной М. 45 лет поступил в экстренном порядке в инфекционное отделение 8 ГКБ 20.10.2021 г. с подозрением на новую коронавирусную инфекцию. При поступлении жалобы: слабость, снижение аппетита, снижение работоспособности. Из anamnesis morbi: полтора года назад появились вышеописанные жалобы. Обратился к участковому терапевту, при обследовании выявлено снижение уровня гемоглобина в общем анализе крови. С целью уточнения причины анемии была назначена фиброгастроуденоскопия, однако больной от предложенного обследования отказался. Пациенту были назначены препараты железа, без эффекта. При обследовании в стационаре было выявлено снижение гемоглобина до 79 г/л. Из anamnesis vitae: из перенесенных заболеваний: редкие простудные заболевания. Привычные интоксикации отрицает. Наследственность отягощена по онкопатологии. Мать скончалась в возрасте 63 лет от рака желудка. Объективно: Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, «заеды» в углах рта. Наблюдается слоистость ногтей. ЧД 18 в мин. При аускультации: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Пульс - 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца: тоны звучные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, чистый со сглаженными сосочками. Живот, при пальпации мягкий, безболезненный. При перкуссии живота – тимпанит различной степени выраженности. Размеры печени в норме. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. В общем анализе крови выявлено снижение Hb - 75г/л; уменьшение среднего объема эритроцита 76 фл и среднего содержания гемоглобина в эритроците 24 пг, увеличение СОЭ - 18 мм/час. Общий анализ мочи в норме. В биохимическом анализе крови снижено содержание сывороточного железа – 3,8 ммоль/л и ферритина 6,5 мкг/л. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости патологии не выявило. При фиброгастроуденоскопии с биопсией было выявлена: катаральная гиперплазия, гиперплазия желудка. Результат биопсии: найдены клетки аденокарциномы. Для дальнейшего обследования и лечения больной был направлен к онкологу-гастроэнтерологу.

**Отличительные особенности данного случая.** Таким образом, в приведенном клиническом случае специфических симптомов заболевания не было выявлено. Представленное наблюдение подчеркивает важность сбора подробного анамнеза пациента и, в целом, трудности диагностики рака желудка.

## НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЗНАЧЕНИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АНДРЕЕВА Е.А., КОЗЛОВА А.Н., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А., КОБАЛАВА Ж.Д.  
РУДН, г. Москва, Российская Федерация  
ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Уровень АД у пациентов с декомпенсацией СН (ДСН) имеет ключевое значение при подборе и титрации терапии. Рекомендуемое измерение клинического АД в утренние часы до приема препаратов в клинической практике выполняется редко, поэтому цифры в истории болезни могут не отражать реальный контроль АД.

**Цель.** У пациентов, госпитализированных с ДСН, сопоставить результаты измерения клинического АД лечащим врачом и самоконтроля утреннего и вечернего АД (СКАД).  
**Материал и методы.** Пациенты с ДСН, в течение 7 дней самостоятельно измеряли АД автоматическим тонометром утром и вечером до приема препаратов трижды с интервалом в 1 мин. При невозможности самоконтроля процедура проводилась врачом-исследователем. Значения клинического АД взяты из записей в истории болезни, время измерения произвольное, измерение однократное. Под отсутствием контроля АД понимали клиническое АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. и АД при самоконтроле  $\geq 135/85$  мм рт.ст.; под гипотонией – САД  $\leq 90$  мм рт.ст. Результаты считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Включены 50 пациентов (мужчины 61%,  $69,6 \pm 10$  лет, АД – 100%, перенесенный ИМ – 33,3%, ФП – 47,9%, с СН II-IV ФК (NYHA), квадритерапия у 40%, тройная – у 60%. СНнФВ 37%, СНунФВ 13%, СНсФВ 50%; медиана ФВ 51% (IQR 38; 55%), NTproBNP 623 (500; 1842) пг/мл, АД кл  $121,5 \pm 12/68,7 \pm 7$  мм рт.ст; при самоконтроле  $119,2 \pm 19/71,3 \pm 10$  мм рт.ст. ( $p < 0,001$ ). Нормотония при СКАД у 67% (АД  $113,4 \pm 12/69,5 \pm 6$  мм рт.ст), отсутствие контроля - у 28% (АД  $140,1 \pm 11/79,5 \pm 9$  мм рт.ст.); гипотония – у 5% (АД  $81 \pm 8/50 \pm 3$  мм рт.ст.). При клиническом измерении нормотония у 95% (АД  $120 \pm 8/68,4 \pm 7$  мм рт.ст.), отсутствие контроля - у 5% ( $158,6 \pm 14/75,7 \pm 15$  мм рт.ст). При аналогичном анализе в трех подгруппах ФВ ЛЖ, частота нормо-, гипер- и гипотонии при самоконтроле составили при СНнФВ – 31%, 10%, 0%, при СНунФВ – 8%, 5%, 0%, при СНсФВ – 28%, 13%, 5% соответственно; при клиническом измерении при СНнФВ нормотония у 100%, СНунФВ 10% и 4%, СНсФВ 46% и 1% соответственно.

**Выводы.** У пациентов с ДСН измерение АД во время обхода врача не всегда позволяет адекватно оценить истинный контроль АД и частоту гипотонии, и должно быть дополнено дополнительными методами измерения (самоконтроль АД) для более обоснованного выбора тактики терапии.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И БЕЗ НЕГО**

**АНДРЕЕВА Е.И., КАМПУЕВА З.М.**

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Во многих эпидемиологических исследованиях встречается целый ряд данных об отличительных клинико-функциональных особенностях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных с абдоминальным ожирением, ассоциированным с сердечно-сосудистыми рисками, сахарным диабетом (СД) 2 типа, онкологическими заболеваниями.

**Цель.** Провести анализ особенностей клинических проявлений ГЭРБ у пациентов с ожирением независимо от наличия СД 2 типа.

**Материал и методы.** На базе эндокринологического отделения ГБУЗ СК «СККБ» г. Ставрополя обследованы 100 пациентов, средний возраст которых составил  $50,3 \pm 2,1$ . Исследуемые были разделены на 2 группы: 1 (n=50) – пациенты с ГЭРБ, ожирением и СД 2 типа, получавших омепразол 40 мг/сут и метформин 2 г/сут, 2 группа (n=50) – пациенты с ГЭРБ и ожирением, получавших омепразол 40 мг/сут. Для сравнения групп применялся односторонний дисперсионный анализ (ANOVA) и критерий Фишера.

**Результаты.** Среди пациентов из I группы, через 6 мес. наблюдалась тенденция к снижению жалоб на горечь во рту (с 12% до 2%), боли в эпигастрии (с 4% до 2%), отрыжку (с 12% до 2%) ( $p < 0,05$ ), тошноту (с 4% до 2%). Полностью исчезли изжога (исходно-12%), боли за грудиной (исходно - 2%), а также внепищеводные проявления в виде ночного кашля (исходно - 6%) и осиплости голоса (исходно – 4%). До начала терапии у пациентов II группы зафиксированы следующие симптомы: изжога – 36%, тошнота - 8%, горечь во рту – 44%, боли в эпигастрии – 20%, отрыжка – 46%, боли за грудиной – 28%, ночной кашель – 4%, осиплость голоса – 2%. Через 6 месяцев изучаемые клинические симптомы продемонстрировали достоверное снижение показателей в сравнении с исходными значениями: изжога – 4%, тошнота - 2%, горечь во рту – 8%, боли в эпигастрии – 4%, отрыжка – 4%, боли за грудиной – 2% ( $p < 0,05$ ). Внепищеводных проявлений не зарегистрировано.

**Выводы.** Бессимптомное течение ГЭРБ, не сопровождающееся типичными субъективными жалобами пациентов, было продемонстрировано в группе пациентов с ГЭРБ, ожирением и СД 2 типа, что, вероятно, может быть связано с развитием диабетической нейропатии. Анализируя показатели внепищеводных проявлений, было выявлено, что пациенты обеих групп одинаково отреагировали на проводимую терапию.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

АНИКИН Д.А., ДЕМКО И.В.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация

**Введение.** Муковисцидоз представляет собой системное мультиорганное заболевание наследственного характера, имеющее в своей основе поражение экзокринных желез организма и проявляющееся тяжелыми нарушениями функций органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, печени, почек и других органов и систем.

**Описание случая.** Пациент Х. 21 года. Диагноз муковисцидоз был установлен в 2007 г. в г. Красноярске. Регулярно 1-2 р в год проходил стационарное лечение в НИИ МПС, получал базисную терапию: дорназа альфа, УДХК, панкреатин (25 тыс на основные приемы пищи, по 10 тыс на перекусы), беродуал, тиотропия бромид, тобрамицин, состояние оставалось стабильным. В 2020 г. проводилось генетическое исследование: с1521 1523delCTT/N (F508del/N); с.254G>A (G85E, р. (Gly85Glu)). С августа 2022 г. отметил ухудшение состояния, когда после перенесенной пневмонии, стал отмечать периодическое повышение температуры, кашель с зеленой мокротой, одышку при привычной физической нагрузке, стали нарастать отеки, которые не купировались приемом диуретиков. Находился на стационарном лечении в отделении Пульмонологии ККБ. МСКТ ОГК-по всем полям мешотчатые бронхоэктазы, часть заполнены секретом, дисковидные ателектазы. МСКТ ППН-признаки хронического синусита, недоразвитие лобных пазух, заполнение патологическим содержимым решетчатого лабиринта. Исследованы: Панкреатическая эластаза <15 мкг/г кала. Белок в суточной моче 3.750 г/сут. В бактериологическом исследовании мокроты: Pseudomonas aeruginosa  $1 \times 10^7$  КОЕ/мл, Staphylococcus aureus  $1 \times 10^6$  КОЕ/мл. Спирография с бронхолитической пробой - ОФВ1: 48,1-56,1%; ФЖЕЛ: 69,3-74,7%; и. Генслера: 59,6-64,5%. Заключение: средне тяжелые нарушения проходимости дыхательных путей. Учитывая активный почечный процесс, с диагностической целью проведена нефробиопсия - морфологическая картина соответствует поражению почек при АА-амилоидозе. Пациент обсужден с д.м.н. проф. Демко И.В., специалистами НМИЦ «Пульмонология», учитывая тяжелое состояние пациента, наличие в генотипе пациента генетического варианта F508del, по жизненным показаниям рекомендована таргетная терапия препаратом элексакафтор/тазакафтор/ивакафтор + ивакафтор, в совокупности с базисной и симптоматической терапией.

**Отличительные особенности данного случая.** Описанный случай демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода для ведения пациентов с муковисцидозом.

## **КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

**АНТРОПОВА О.Н., НАЗАРОВА В.В., ЖУРАВЛЕВА А.Н.**

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

*ЧУЗ РЖД Медицина на станции Барнаул, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** После начала антигипертензивного лечения у значительного числа пациентов продолжают наблюдаться повышенные уровни АД вне офиса, несмотря на нормальные показатели офисного АД. Это состояние было определено как «маскированная неконтролируемая гипертензия». Маскированная неконтролируемая АГ связана с повышенным сердечно-сосудистым риском, который сопоставим с устойчивой неконтролируемой гипертензией.

**Цель.** Оценить частоту гемодинамических фенотипов артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с нарушением углеводного обмена.

**Материал и методы.** Включено 70 пациентов с установленным диагнозом АГ и сахарным диабетом или предиабетом в возрасте  $62,1 \pm 2,4$  лет, получавших регулярную гипотензивную терапию. Проведено общеклиническое обследование, оценка офисного АД автоматическим тонометром «OMRON M2 Basic» с пределом допустимой погрешности измерений  $\pm 3$  мм рт. ст. (ESH 2002), суточное мониторирование (СМАД) проводилось в течение 24 часов прибором VpLAB (ООО «Петр Телегин») на плечевой артерии и оценивались средние дневные и ночные показатели САД, ДАД, центральное САД.

**Результаты.** По данным офисного измерения АД 25,8% больных достигли целевого АД, но у 18,6% имелась неконтролируемая скрытая АГ. Пациенты с неконтролируемой скрытой АГ характеризовались следующими показателями офисного АД: систолического 130,0 (128,8; 130) мм рт.ст., диастолического - 80,0 (76,0; 82,0) мм рт.ст.. Показатели СМАД у данной категории больных: среднее дневное систолическое АД 138 (133,5; 140,5), ночное - 129,0 (125,0; 140,0), среднее дневное диастолическое АД 83 (73,5; 87,0), ночное 76,0 (68,0; 78,0), среднее аортальное САД составило 130,0 (126,0; 133,8) мм рт.ст.

Среди 74,3% больных, не достигших целевого офисного АД 21,2% имели нормальные значения СМАД, а остальные пациенты – повышение показателей СМАД.

**Выводы.** У 25,7% пациентов с нарушением углеводного обмена и АГ достигается контроль офисного АД, однако 18,6% имеют маскированную неконтролируемую АГ. Среди пациентов с неконтролируемой офисной АД 1/3 пациентов имеет нормальные значения при СМАД.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ**

**АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИНА Н.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИН Е.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., МУХАНОВ А.А., ЗАГУМЕННОВ А.С., НУРИСЛАМОВА А.А.**  
*ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», г. Пермь, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** Ввиду отсутствия какой-либо прогностической модели развития фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов после проведения хирургического лечения, нами была предложена шкала, которая позволила бы оценить факторы риска развития ФП для подбора дальнейшей тактики лечения и оценки необходимости хирургического вмешательства.

**Материал и методы.** Подобраны истории болезней 136 пациентов, которым было проведено интервенционное лечение ФП методом антральной изоляции легочных вен. Рассматривались случаи с января 2018 г. по май 2021 г. на базе «Клинического кардиологического диспансера». В исследование включили 198 факторов предоперационного, интраоперационного и послеоперационного периодов, в том числе данные анамнеза, антропометрии, лабораторных и инструментальных методов исследований. По данным статистического анализа максимально значимыми выявлено 28 критериев, после чего было сформировано 2 блока по факторам риска. Первый блок включает факторы риска, которые имеют значимые показатели кросстабуляции. Показатель ранжируется по его значимости от 1 до 5 баллов. Второй блок представлен факторами риска, которые не имеют значимого показателя кросстабуляции, но имеют два из трех статистически значимых показателя, каждый положительный фактор оценили в 0,5 баллов. Таким образом, варибельность показателя может быть от 0,5 баллов до 47,5. На основании дальнейшего анализа, получили 3 варианта лечения НРС: при сумме баллов до 7,5 – допустимо медикаментозно, предпочтительно интервенционное, от 7,5 до 11,5 баллов – промежуточный вариант (на усмотрение лечащего врача), при сумме баллов больше 11,5 баллов - предпочтительно РЧА с возможным дополнительным вмешательством на коронарных артериях и/или клапанах сердца.

**Результаты.** В итоге мы получили «внутреннюю» систематизацию факторов риска, благодаря которой можно оценивать максимально значимые факторы риска развития ФП, оценить возможность коррекции факторов риска и определить сроки лечения аритмии. Опросник прост в использовании, его можно использовать как на госпитальном этапе, так и на поликлиническом этапе для оценки эффективности предполагаемого метода лечения.

**Выводы.** Система позволяет эффективно определить риск развития ФП и подобрать соответствующую тактику лечения.

## **АССОЦИАЦИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ОЖИРЕНИЯ СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРДЦА**

**АСАТУЛЛИНА З.Р., МУСТАФИНА Г.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация  
КДЦ Авиастроительного р-на г. Казани, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Вопрос взаимосвязи неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) со структурно-функциональными параметрами сердца независимо от других факторов кардиометаболического риска, в частности ожирения, остается дискуссионным.

**Цель.** Выявить особенности структурно-функциональных параметров сердца у клинически здоровых лиц молодого возраста в зависимости от наличия неалкогольной жировой болезни печени и ожирения.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе КДЦ Авиастроительного р-на г. Казани. Обследованы 30 клинически здоровых лиц без кардиометаболических заболеваний (в том числе, без хронической сердечной недостаточности). Ме возраста 35 [31; 39] лет (М – 48%, Ж – 52%,  $p=0,782$ ). Проведено ультразвуковое исследование печени, эхокардиография, антропометрия. Обследованные разделены на 2 группы: 1 группа ( $n=16$ ; 53,4%) – ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> и АО без НАЖБП; 2 группа ( $n=14$ ; 46,6%) – пациенты с НАЖБП и ожирением. Группы сопоставимы по ИМТ ( $p_{3,4}=0,114$ ). Данные обработаны в SPSS Statistics 26.

**Результаты.** В общей когорте отклонений структурных и гемодинамических эхокардиографических параметров от нормальных значений не выявлено. При сопоставлении между группами у лиц с НАЖБП и ожирением наблюдалась тенденция уменьшения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ): 61,0 [61,0; 62,5] % в 1 группе и 60,0 [60,0; 61,0] % во 2 группе; и снижение индекса ударного объема (УО): 25,4 [23,6; 27,0] мл/м<sup>2</sup> в 1 группе и 23,8 [22,4; 25,3] мл/м<sup>2</sup> во 2 группе ( $p_{3,4}=0,07$  и  $p_{3,4}=0,077$  соотв.). При ROC-анализе наличие НАЖБП ассоциировалось с увеличением объема левого предсердия (ЛП) (AUC 0,755,  $p=0,001$ ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) (AUC 0,780,  $p=0,001$ ), снижением ФВ ЛЖ (AUC 0,776,  $p=0,001$ ), и индекса УО ЛЖ (AUC 0,716,  $p=0,008$ ).

**Выводы.** Несмотря на то, что структурно-функциональные параметры сердца в целом находились в пределах референсных значений, НАЖБП независимо от наличия ожирения сопровождалось увеличением объема ЛП, ММЛЖ, а также снижением ФВ ЛЖ и УО ЛЖ.



# **ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ НА АКТИВНОСТЬ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ**

**АХСАНОВА Э.Р., МОРОЗОВА Т.Е., ПОПОВ В.В.**

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация*

*ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Москва, Российская Федерация*

*Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Российская Федерация*

*Медицинский институт ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», г. Тамбов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дофамин, норадреналин и адреналин являются природными катехоламинами, играющими важную роль в качестве нейротрансмиттеров в головном мозге и симпатической нервной системе. Для поддержания высокого уровня бодрствования и работоспособности в целом, важно сохранение оптимального уровня функционирования симпатoadреналовой системы и артериального давления, обеспечивающих достаточное кровоснабжение головного мозга.

**Цель** – оценить влияние мелатонина короткого действия на активность симпатической нервной системы у работников железнодорожного транспорта, работающих в ночные смены.

**Материал и методы.** В исследование было включено 30 работников железнодорожного транспорта, работающих в ночные смены, в возрасте от 27 до 58 лет (средний возраст  $45,5 \pm 9,2$  лет). Активность симпатической нервной системы по концентрации катехоламинов (адреналина, норадреналина и дофамина) в суточной моче исходно и после однократного приема мелатонина (препарат Мелаксен, Unipharm, Inc., США) в дозе 3 мг. Сбор суточной мочи осуществлялся по стандартной методике, концентрации адреналина, норадреналина и дофамина оценивались методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (HPLC). Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 17.0. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При однократном приеме мелатонина отмечено снижение содержания дофамина в моче с 356,6 до 211,5 мкг/сут ( $p=0,016$ ). Статистически значимых изменений адреналина и норадреналина в моче выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Содержание адреналина и норадреналина в суточной моче исходно составило 30,0 и 65,0 мкг/сут, после однократного приема мелатонина – 23,0 и 60,5 мкг/сут соответственно.

**Выводы.** Таким образом, мелатонин короткого действия при однократном приеме у работников железнодорожного транспорта, работающих в ночные смены, не снижает показатели активности симпатической нервной системы (содержание адреналина и норадреналина), что способствует сохранению высокого уровня бодрствования и работоспособности.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У ВЗРОСЛЫХ И У ДЕТЕЙ**

**БАКУЛИНА И.В., КОМАРОВ В.Т., ХИЧИНА Н.С., ФИЛАТОВА М.А.**

*ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова», г. Пенза, Российская Федерация*

*ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н.Бурденко», г. Пенза, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность применения тоцилизумаба (ТЦМ) при ревматоидном артрите (РА) системным началом у детей и болезнью Стилла у взрослых.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 4 детей (2 девочки и 2 мальчика, средний возраст 11,2 лет), лечившихся в отделениях ревматологии ГБУЗ «ПОДКБ имени Филатова» и 4 взрослых пациентов (1 мужчина и 3 женщин, средний возраст 25,5 лет) и ГБУЗ «ПОКБ имени Бурденко» ТЦМ в дозе 8-10 мг/кг веса тела в/в капельно один раз в месяц вместе с метотрексатом 15 мг/неделю в течение 96 недель. Оценку эффективности терапии у взрослых проводили по критериям Американской коллегии ревматологов, у детей проводили в течение 96 недель с использованием критериев Американской коллегии ревматологов (ACRpedi). Системные проявления РА у взрослых включали в себя: лихорадку до 38 град, эритематозное поражение кожи, стойкие артриты, лимфаденопатию, спленомегалию. Системные проявления РА у детей включали: у всех лихорадку до 39 град, пятнистую папулезную сыпь, артриты коленных, тазобедренных суставов, миалгию.

**Результаты.** Через 48 недель после начала лечения ТЦМ у детей зарегистрировано улучшение по ACRpedi -30 – у 4, ACRpedi -50 – у 4, ACRpedi -70 – у 3 больных. Через 96 недель лечения ТЦМ стадия клинико-лабораторной ремиссии по критериям ACRpedi-70 достигнута у всех пациентов с системными проявлениями РА. У взрослых пациентов с РА отмечено снижение индекса DAS-28 через 96 недель с 5,6 до 3,1. Лечение ТЦМ через 48 недель привело к уменьшению ЧБС с 11,5 до 5,5, ЧПС снизилось с 6,8 до 3,5. Интенсивность болей по ВАШ по оценке пациента снизилась с 76 до 42 мм. В результате 48 недельного лечения ТЦМ СОЭ крови снизилось с 55,5 до 28,3 мм/час, уровень СРБ с 55,2 до 26,3 мг/л, РФ уменьшился с 65 до 25 ед/л.

**Выводы.** В течение 96 недель отмечена высокая эффективность и безопасность лечения ТЦМ при РА с системными проявлениями у детей и у взрослых без развития нежелательных явлений.

## КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

БАТУРИН В.А., БОЛАТЧИЕВ А.Д., ЦАРУКЯН А.А., ОЛЬШАНСКАЯ И.И.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

**Актуальность.** В период пандемии новой коронавирусной инфекции резко возросло потребление антибактериальных препаратов. Это, в свою очередь, способствовало повышению резистентности микроорганизмов к противомикробным средствам. В связи с этим для проведения эффективной антибиотикотерапии в амбулаторно-поликлинических условиях необходимы данные о чувствительности этиологически значимых бактерий к антибиотикам у больных с респираторными инфекциями нижних дыхательных путей.

**Цель.** Провести мониторинг антибиотикорезистентности *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* за последние 4 года с оценкой динамики в ковидный и постковидный периоды.

**Материал и методы.** Был проведен анализ результатов бактериологического обследования больных с внебольничной пневмонией с 2019 по 2022 гг., проходивших лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Чувствительность выделенных микроорганизмов *S. pneumoniae* определяли диско-диффузионным методом, а *M. pneumoniae* с помощью набора сред «Пневмо-тест» (НПО «Иммунотэкс», Россия).

**Результаты.** По сравнению с данными 2019 г. в 2021-2022 гг. наблюдалось заметное нарастание антибиотикорезистентности. Для *S. pneumoniae* чувствительность за это время к пенициллинам снизилась на 8% (с 74% до 66%), к макролидам на 22% (76-54%), к клиндамицину на 13% (83-70%), к левофлоксацину на 21% (94-73%), к тетрациклинам на 12% (86-74%). Для *M. pneumoniae* резистентность к макролидам в 2022 г. составила 37%, к фторхинолонам – 14%, к тетрациклинам – 12%. С учетом имеющихся данных о составе этиологически значимых микроорганизмов у больных внебольничной пневмонии можно предположить (согласно проведенным расчетам), что при стартовой антибиотикотерапии у больных внебольничной пневмонией при назначении амоксициллина (или амоксициллин/клавуланат) существует риск не получить терапевтический эффект в 40,7% случаев. При назначении макролидов – до 53%. При назначении резервного антибактериального препарата левофлоксацина – до 18,2%.

**Выводы.** В связи с возросшей резистентностью этиологически значимых микроорганизмов в постковидный период при внебольничной пневмонии имеется высокий риск недостаточной эффективности антибиотикотерапии. Поэтому очевидна необходимость бактериологического обследования больных для коррекции антибиотикотерапии при неэффективности «стартового» лечения.

## **ИЗМЕНЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ ФИБРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВЕДЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ У БОЛЬНЫХ С COVID-19**

**БАТУРИН В.А., ДОТДАЕВА Т.А., ФИШЕР В.В., ВОЛКОВ Е.В., БАТАЕВА А.С.**  
*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация*  
*ГБУЗ СК «СККБ» МЗ СК, г. Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пандемия, вызванная SARS-COV-2, и осложнения в исходе заболевания определяют необходимость изучения эффективности различных схем фармакотерапии в инфекционном госпитале в аспекте развития постковидного фиброза органов.

**Цель.** Выявить риск развития постковидного фиброза с помощью оценки уровней специфических биомаркеров: TGF- $\beta$ -1 (трансформирующий фактор роста), PIIINP (N-терминальный пропептид коллагена III типа), гиалуроновой кислоты, аутоантител к коллагену I (ААТК I) и коллагену III (ААТК III) типов в зависимости от алгоритмов терапии в COVID-госпитале.

**Материал и методы.** Обследованы 88 пациентов, переведенные в терапевтический стационар из COVID-госпиталей с диагнозом «Двусторонняя полисегментарная пневмония в исходе новой коронавирусной инфекции». В зависимости от лечения, проведенного в COVID-госпитале, пациенты были разделены на три группы: I – получавшие бовгиалуронидазу азоксимер в дополнение к терапии глюкокортикостероидами (ГКС) (55 человек); II – ГКС в комбинации с генно-инженерными биологическими препаратами (23); III – ГКС (10). Изучение уровня биомаркеров (TGF- $\beta$ -1, PIIINP, гиалуроновой кислоты, ААТК I и ААТК III) в сыворотке крови проводилось при поступлении в терапевтическое отделение иммуноферментным методом.

**Результаты.** В I группе средние значения составляли: TGF 251,8 $\pm$ 59,2 пг/мл (Me=283,7), PIIINP 5,1 $\pm$ 0,3 нг/мл (Me=5,3), гиалуроновая кислота 359,3 $\pm$ 37,3 нг/мл (Me=352,2), ААТ к коллагену I типа 27,1 $\pm$ 5,0 Ед/мл (Me=22,9), ААТ к коллагену III типа 20,4 $\pm$ 2,2 Ед/мл (Me=21,0). Во II группе - TGF 282,4 $\pm$ 25,6 пг/мл (Me=298,4), PIIINP 4,0 $\pm$ 0,3 нг/мл (Me=3,9), гиалуроновая кислота 387,6 $\pm$ 16,7 нг/мл (Me=407,3), ААТ к коллагену I типа 41,0 $\pm$ 3,0 Ед/мл (Me=38,3), ААТ к коллагену III типа 21,3 $\pm$ 1,5 Ед/мл (Me=20,5). В III группе – TGF 302,5 $\pm$ 22,7 пг/мл (Me=331,5), PIIINP 4,3 $\pm$ 0,2 нг/мл (Me=4,2), гиалуроновая кислота 376,0 $\pm$ 12,2 нг/мл (Me=367), ААТ к коллагену I типа 38,0 $\pm$ 2,3 Ед/мл (Me=35,7), ААТ к коллагену III типа 21,1 $\pm$ 1,5 Ед/мл (Me=21,2).

**Выводы.** Обнаружено повышение уровней TGF- $\beta$ -1, гиалуроновой кислоты, ААТК I и ААТК III во всех трех группах. Уровень PIIINP достоверно не различался между группами. Наиболее высокие уровни маркеров фиброза обнаружены во II и III группах, а наименьшие в I группе, получавшей в комплексной терапии бовгиалуронидазу азоксимер.

## **ВЛИЯНИЕ РЕБАМИПИДА И ДИЕТЫ LOW-FODMAP НА АКТИВНОСТЬ КАРБОГИДРАЗ ТОНКОЙ КИШКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНТЕРОПАТИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**БАУЛО Е.В., БЕЛОСТОЦКИЙ Н.И., ПАРФЕНОВ А.И.**

*ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логина ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация  
ОА «Группа компаний «МЕДСИ», г. Москва, Российская Федерация*

**Цель.** Показать изменение активности ферментов слизистой оболочки тонкой кишки (СО ТК) и качества жизни у больных энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) под воздействием цитопротектора (12 недель приема ребамипида) и диеты low-FODMAP.

**Материал и методы.** Обследовано 84 пациента с клиническими симптомами ЭНМП. У каждого пациента была взята биопсия из залуковичного отдела ДПК. Активность ферментов определяли по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого. Каждый пациент заполнял анкету SF 36 после прохождения этапа терапии. Изучались показатели физического и социального функционирования (ФФ и СФ), жизненная активность (ЖА), эмоциональное благополучие (ЭБ), уровень боли (УБ).

**Результаты.** До начала лечения: среднее значение глюкоамилазы – 104 нг глюкозы/мг ткани, мальтазы – 564, сахаразы – 49.6, лактазы – 13.2.

Через 12 недель терапии ребамипидом глюкоамилаза увеличилась в 3.2 раза ( $p<0.005$ ), мальтаза в 3 раза ( $p<0.005$ ), сахараза в 2.9 раз ( $p<0.005$ ), лактаза в 1.9 раз ( $p=0.097$ ).

При изучении активности ферментов под влиянием диеты low-FODMAP: увеличение активности глюкоамилазы в 2.1 раз ( $p<0.005$ ), мальтазы в 1.7 раза ( $p<0.005$ ), сахаразы в 2.06 раз ( $p<0.005$ ), лактазы в 2.22 раза ( $p<0.005$ ).

До начала лечения – снижение ЖА и ЭБ (средние значения – 44,7 и 50,5 соответственно), УБ был выраженным (46,6), уровень ФФ и СФ был удовлетворительным (78,8 и 62 соответственно).

Через 12 недель терапии ребамипидом полностью восстановилось ФФ и СФ (100 и 99,2 соответственно ( $p<0.005$ )), УБ достиг 100 ( $p<0.005$ ). Были зафиксированы хорошие показатели по ЖА и ЭБ (79,8 и 75,3 соответственно ( $p<0.005$ )).

Под влиянием диеты low-FODMAP уровень качества жизни соответствовал 8ми недельному курсу ребамипида (ФФ - 97, СФ - 86,2, УБ – 80,6, ЖА – 66,8, ЭБ – 69,2 ( $p<0.005$ )).

**Выводы.** Ребамипид в дозе 300 мг/сут повышает активность карбогидраз СО ТК через 12 недель терапии и при соблюдении диеты low-FODMAP в течение 8-ми недель. Наиболее выраженное улучшение уровня качества жизни регистрируется на фоне 12 недель терапии ребамипидом.

## **ФЛОТИРУЮЩАЯ ИНТИМА СОННЫХ АРТЕРИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ. СВЯЗЬ С ЛИПОПРОТЕИНОМ (а)**

**БАХМЕТЬЕВ А.С.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация*

**Цель.** Выявить связь между наличием флотирующей интимы в общей сонной артерии (ОСА) и повышенным уровнем липопротеина (а) (ЛПП-а) у молодых бессимптомных пациентов с нормальным липидным спектром.

**Материал и методы.** В период с июля 2021 г. по февраль 2022 г. на базе УКБ №1 Саратовского ГМУ проводили наблюдение за 50 пациентами (I группа – основная; мужчины – 23; женщины - 27) с выявленной при проведении дуплексного сканирования (ДС) сосудов шеи флотирующей интимой в области бифуркации ОСА. Средний возраст пациентов 29,7 лет (от 22 до 40). Ультразвуковыми критериями флотирующей структуры являлась тонкая подвижная гиперэхогенная полоска (интима) толщиной не более 0,35 мм, прикрепленная проксимальным краем к задней стенке ОСА. Критерием исключения являлось наличие атеросклероза брахиоцефальных артерий. II группу контроля составили 45 пациентов (мужчины – 20; женщины – 25; средний возраст – 27,7 лет; min - 21; max - 43) без флотирующей структуры в ОСА. Пациентам анализировали показатель ЛПП-а. Повышенным считали уровень ЛПП-а более 30 мг/дл.

**Результаты.** Флотирующая структура выявлена в просвете 88 артерий (у 38 пациентов – с обеих сторон). Протяженность флотирующей структуры варьировала от 3 до 30 мм (средняя длина – 9,8 мм). Показатель ТКИМ у пациентов I группы составил 0,59 мм (в контрольной группе – 0,56 мм). Уровень ЛПП-а среди пациентов I группы в среднем составил 65,4 мг/дл (max - 119 мг/дл у пациента 35 лет с флотирующими структурами в обеих ОСА). Средний уровень ЛПП-а среди пациентов контрольной группы составил 4,7 мг/дл (max - 19 мг/дл). Повышенный уровень ЛПП-а (более 30 мг/дл) в основной группе выявлен у 43 пациентов (86%); у 5 пациентов (10%) уровень ЛПП-а был близок к верхней границе нормы и варьировал в пределах 23-28 мг/дл. У 2 пациентов (4%) I группы показатели ЛПП-а составили менее 10 мг/дл. Ни у одного пациента контрольной группы не было повышенного уровня ЛПП-а.

**Выводы.** Уровень липопротеина (а) был значимо выше в группе пациентов с наличием флотирующей интимы. Увеличенный показатель ЛПП-а более 30 мг/дл зафиксирован у 86% пациентов I группы.

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИСТИОЦИТОЗА X В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**БАХТЕЕВА И.В., КАРОЛИ Н.А.**

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация*

**Описание клинического случая.** Пациент А., 30 лет, с 2019 г. отмечал утолщение концевых фаланг пальцев кистей. В марте 2021 г. обратился к пульмонологу по месту жительства, был направлен на компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК). Результат исследования: очагово-инфильтративное поражение легочной ткани с двух сторон, больше данных в пользу гистиоцитоза X.

В июне 2021 г. пациент был госпитализирован в отделение торакальной хирургии г. Саратов, где ему были выполнены торакоскопия слева, биопсия легкого и лимфоузла средостения. По данным гистологии: признаки фиброза, макрофагальная реакция, гранулемы не обнаружены. При выписке был выставлен диагноз «идиопатический легочный фиброз» (ИЛФ), рекомендовано наблюдение пульмонолога. При осмотре были выявлены акропахии, в остальном – без особенностей. SpO<sub>2</sub> 96%. При спирометрии нарушений не обнаружено. Лабораторные данные (общий и биохимический анализы крови, мочи) – без особенностей. При рентгенографии костей черепа патологии не выявлено.

Учитывая молодой возраст пациента, отсутствие типичных клиничко-рентгенологических признаков ИЛФ, был проведен пересмотр биоптатов на базе лаборатории патологической анатомии НИИ пульмонологии ФМБА, в результате которого были обнаружены перибронхиолярные (бронхоцентрические) инфильтраты (подобие гранулем неправильной формы), состоящие из лимфоцитов, клеток со светлой цитоплазмой (клетки Лангерганса), макрофагов и гистиоцитов. При иммуногистохимическом исследовании к антителам CD1a и лангерину – положительная реакция в бронхоцентрических гранулемах и в единичных межальвеолярных перегородках. Заключение: Лангергансоклеточный гистиоцитоз, иррегулярная эмфизема, дистелектазы. При повторной КТ было установлено наличие множественных центрилобулярных очагов.

Таким образом, пациенту был установлен диагноз «Лангергансоклеточный гистиоцитоз, хроническое течение». Рекомендовано динамическое наблюдение, лекарственная терапия не назначалась. На период марта 2023 г. состояние пациента стабильное, жалоб нет, одышка не беспокоит.

**Отличительной особенностью** данного случая является редкость патологии.

**Трудности в диагностике:** при первичном морфологическом заключении гранулем выявлено не было, что привело к ошибочной постановке диагноза «идиопатический легочный фиброз». Тщательный анализ клиничко-рентгенологической картины клиницистом позволил усомниться в поставленном диагнозе и продолжить диагностический поиск, завершившийся установлением правильного диагноза.

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЗЕРВАХ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЕЖИ**

**БЕЗБОРОДОВА А.П., РЫЖОВ А.В., ЧАТКИН В.В., ВЛАСОВА Т.И.**

*ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Анализ variability ритма сердца (ВРС) может улучшить результаты диагностики ССЗ.

**Цель.** Оценить особенности ВРС у молодых людей с различными резервами адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС).

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 114 добровольцев (средний возраст  $20,3 \pm 0,1$  лет), которых разделили на 3 группы согласно значению адаптационного потенциала (АП): 1-я группа ( $n=42$ ) – с удовлетворительной адаптацией ( $АП \leq 2,6$ ); 2-я группа ( $n=40$ ) – с напряжением механизмов адаптации ( $2,6 < АП < 3,10$ ); 3-я группа ( $n=32$ ) – с неудовлетворительной адаптацией ( $АП \geq 3,1$ ). Измеряли рост, вес, АД, записывали ЭКГ (5 минут), проводили пробу с гипервентиляцией и анализ ВРС. Рассчитали ИМТ, индекс вегетативного равновесия (ИВР), вегетативный показатель ритма (ВПР), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР). Статистические показатели рассчитаны с использованием программы Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** В 1-й и 2-й группах ИМТ соответствует нормальным значениям, в 3-ю группу вошли люди с предожирением. САД и ДАД в 1-й и 2-й группах находилось в пределах нормы, а в 3-й группе соответствовало 1-й степени артериальной гипертензии. RRNN в 1-й группе составил в среднем  $849,1 \pm 8,7$  мс, что на 17,7% больше в сравнении со 2-й группой ( $p < 0,001$ ) и на 25,9% больше по сравнению с 3-й. Относительно SDNN, Мо, NN50 и NN20 мы наблюдали аналогичную тенденцию. АМо в 3-й группе составила  $51,2 \pm 0,46\%$ , что на 39,5% и на 10,7% больше, чем в 1-й и 2-й группах. Рассчитанные индексы показали, что ИВР, ВПР, ИН и ПАПР были минимальными в 1-й группе и максимальными в 3-й группе ( $p < 0,05$ ). На фоне гипервентиляции среднее RRNN и NN50 снизилось в 1-й и 2-й группах и незначительно увеличилось в 3-й группе. Среднее значение SDNN и ВПР увеличилось во всех группах, а Мо, АМо, NN20, ИВР, ПАПР, ИН, напротив уменьшилось.

**Выводы.** При снижении адаптационных резервов ССС, ВРС уменьшается и увеличивается роль симпатических влияний на сердце. На фоне дыхательной модуляции, ВРС увеличилась во всех группах.



## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АНДЕРСОНА-ФАБРИ У ПАЦИЕНТА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

БЕЗНОСИК Ж.А., КУЛЕШОВА М.В., ЖАРИКОВА Е.С., КЕЦКАЛО Е.П., ГУЛЯЕВ Н.И., ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.

ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, г. Красногорск, Российская Федерация

**Введение.** Представлены результаты обследования, наблюдения и лечения пациента среднего возраста с неклассической формы редкой наследственной болезни Андерсона-Фабри (БАФ). В диагностике БАФ у лиц среднего возраста важную роль играет тщательно собранный анамнез заболевания и жизни пациентов. Предполагать БАФ следует у всех больных с гипертрофией миокарда ЛЖ неясного генеза, мозговым инсультом, развившимся в возрасте до 40 лет. Своевременное проведение генетического тестирования позволяет поставить окончательный диагноз и начать патогенетическое лечение в специализированных учреждениях, что способствует продлению жизни пациентов с орфанными заболеваниями.

**Описание клинического случая.** Пациент Ц., 52 лет поступил в кардиологический стационар в июне 2022 г. с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, жгучие боли за грудиной вне четкой связи с физической нагрузкой, дважды перенесенные синкопальные состояния в «душном» помещении. Наблюдается по поводу гипертонической болезни 2 стадии, гипертрофической кардиомиопатии. Последние 2 года нарастает гипертрофия МЖП и появилась обструкция выносящего тракта ЛЖ. В 2018 г. выполнено клипирование аневризмы левой средней мозговой артерии. В анамнезе жизни: неприятие сладостей, мороженого, отсутствие желания уличных прогулок и игр со сверстниками, непереносимость жары. Анализы крови без существенных изменений. Анализ мочи протеинурия до 0,66 г/л, суточная альбуминурия 1474 мг (норма – до 30 мг). ЭХОКГ: выраженная гипертрофия ЛЖ с признаками обструкции ВТ; гипертрофия ПЖ, неоднородный миокард ЛЖ, повышение эхогенности эндокарда и гиперэхогенные включения в МЖП, липоматоз межпредсердной перегородки. МРТ сердца: выраженные фиброзные изменения миокарда ЛЖ, гипертрофию и липоматоз правых отделов. Биопсия ПЖ: диффузное разрастание соединительной ткани, микрофокусы жирового замещения. Мышечные волокна атрофичные, обширные группы с явлениями дистрофии, некробиоза и некроза цитоплазмы. Генетическое исследование: выявлена мутация гена  $\alpha$ -галактидазы (с.902G>A), повышение содержания в лизосомах глоботриаозилцерамида до 6,94 нг/мл; снижение активности фермента  $\alpha$ -галактозидазы А до 0,42 мкмоль/л/час.

**Отличительные особенности данного случая.** Таким образом, у пациента диагностирована атипичная форма болезни Андерсона-Фабри с поражением сердца, почек, головного мозга. В настоящее время пациент проходит ферментозаместительную терапию рекомбинантными препаратами лизосомного фермента  $\alpha$ -галактозидазы А.

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО И ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

БЕЙБАЛАЕВА А.М., КУДАЕВ М.Т., ГАДЖИЕВА Т.А., АТАЕВА З.Н.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

**Актуальность.** Роль влияния половых гормонов на риск развития инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин и на их липидный профиль обсуждается давно. Большинство работ по изучению андрогенного дефицита проведено на мужчинах со стабильным течением ИБС, тогда как работ, посвященных изучению его связи с ИМ, недостаточно.

**Цель.** Оценить уровень общего тестостерона у мужчин, перенесших ИМ, и его связь с липидами в крови.

**Материал и методы.** Проведена оценка значений общего тестостерона у 45 мужчин, госпитализированных в инфарктное отделение Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи с диагнозом ИМ, которые были разделены на 2 группы. I-ю группу составили 20 мужчин 30-49 лет (средний возраст  $44,6 \pm 5,1$  лет); II группу составили 25 мужчин 50-70 лет (средний возраст  $59,4 \pm 6,5$  лет). В группу контроля (III) вошли 20 здоровых мужчин, средний возраст  $55,5 \pm 9,2$  лет.

**Результаты.** Исследование показало, что уровень общего тестостерона крови у мужчин с ИМ составил  $3,2 \pm 1,9$  нг/мл и был значимо ниже ( $p < 0,05$ ) в сравнении с контрольной группой ( $5,7 \pm 3,8$  нг/мл). При сравнительном анализе концентраций общего тестостерона в крови установлено, что данный показатель значимо ниже у мужчин II группы ( $2,7 \pm 0,9$  нг/мл) по сравнению с пациентами I группы ( $3,4 \pm 1,3$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ).

Между уровнем общего тестостерона в крови у обследованных больных ИМ ( $n=45$ ) и общим холестерином была установлена обратная корреляционная связь средней силы ( $r=-0,53$ ;  $p=0,036$ ). С другими показателями липидного спектра, а именно с липопротеинами низкой плотности и триглицеридами, концентрации общего тестостерона также демонстрировали обратную корреляционную связь средней силы, но без статистической достоверности. Между уровнем тестостерона и липопротеинами высокой плотности установлена прямая сильная корреляционная связь ( $r=0,96$ ;  $p=0,344$ ).

**Выводы.** Уровень общего тестостерона крови у обследованных мужчин с ИМ был статистически значимо ниже ( $p < 0,05$ ), в сравнении со здоровыми мужчинами. Приведенные результаты подтверждают значимую роль снижения уровня тестостерона в обмене липидов у обследованных пациентов мужского пола с ИМ.

## **БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ**

**БЕЛЯЕВА Е.А., КУЗОВЛЕВ А.В.**

*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

*ММЦ «СЗ», г. Тула, Российская Федерация*

**Описание клинических случаев.** Проанализированы 6 случаев пациентов мужского пола в возрасте от 62 до 78 лет, обратившихся за медицинской помощью к ревматологу с жалобами на боли неопределенного характера в области таза и нижней части спины, не связанные с нагрузкой, не имеющие четкой локализации, без иррадиации, возникающие одинаково часто в ночные и дневные часы. Дополнительными жалобами у пациентов являлись слабость, в 2-х случаях снижение массы тела.

**Отличительные особенности данных случаев.** При осмотре пациентов не было выявлено функциональных нарушений со стороны позвоночника и тазобедренных суставов, мышечно-тонического синдрома, клиники энтезопатий и симптомов артрита. При рентгенологическом исследовании костей таза у 5 пациентов поражения крестцово-подвздошных сочленений не выявлено, присутствовали изменения, соответствующие 1-2 ст. коксартроза. У одного пациента отмечались несколько остеолитических очагов в области крыльев подвздошных костей. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника выявлены признаки спондилоартроза, протрузии ряда межпозвоночных дисков. В общем анализе крови выявлялась незначительная анемия у 3-х пациентов. СОЭ и СРБ соответствовали норме. В связи с несоответствием демонстрируемых симптомов известным нозологиям, рекомендовано исследование ПСА, выявлено повышение уровня ПСА от 7,6 до 234 (у пациента с очагами остеолита в костях таза – расценены как метастазы). Пациенты направлены к урологу, выявлены очаговые изменения по результатам УЗИ и МРТ простаты, всем больным проведена трансректальная мультифокальная биопсия простаты, выявлены аденокарциномы.

**Трудности в диагностике и лечении пациентов.** Ранее пациенты не наблюдались у уролога, уровень ПСА не исследовался. Боль сохранялась на фоне применения НПВП и миорелаксантов, после специфической терапии рака простаты болевой синдром в области таза и нижней части спины регрессировал.

## **ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН**

**БЕРОЕВА М.Р.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*ГБУЗ РММЦ Республики Южная Осетия, г. Цхинвал, Республика Южная Осетия*

**Актуальность.** В последние годы активно изучается проблема репродуктивного здоровья мужчин, поскольку выступает значимым показателем демографической ситуации страны. На долю мужского бесплодия приходится 40-60% случаев. Исследователи отмечают ухудшение параметров спермограммы, что связано с ростом андрологических заболеваний у мужчин репродуктивного возраста. Вследствие инфекционно-воспалительных процессов на фоне COVID-19, возникает окислительный стресс и гиперпродукция цитокинов, негативно влияющих на эректильную и репродуктивную функции мужчин.

**Цель.** Изучить возможности восстановления сниженной эректильной и репродуктивной функции у мужчин репродуктивного возраста, перенесших COVID-19.

**Материал и методы.** Обследованы 104 мужчин молодого детородного возраста 20-45 лет. Проанализированы анамнез жизни и семейный статус, антропометрические данные, проведен опросник МИЭФ-5 и ряд лабораторных исследований в период COVID-19, через 12 недель после выздоровления и через 12 недель после применения заместительной терапии тестостероном. Также проведено патоморфологическое исследование биоптата тестикул умершего больного от COVID-19. При расчетах использованы методы статистики для подтверждения достоверности полученных результатов.

**Результаты.** Обследуемые мужчины в период COVID-19 и после выздоровления отмечали жалобы на утомляемость, сонливость, стреляющие боли в области яичек, нарушение либидо и сексуальной активности. По результатам опросника МИЭФ-5 средний балл в основной группе с COVID-19 соответствовал эректильной дисфункции (ЭД) умеренной степени, после выздоровления - ЭД легкой степени. У мужчин в период болезни COVID-19 и после выздоровления отмечалось снижение уровня общего тестостерона. По результатам спермограммы выявлены патологические изменения в основной группе в период COVID-19 и через 12 недель после выздоровления. В ходе микроскопического исследования тестикул у умершего больного 36 лет от COVID-19 выявлены морфологические изменения характерные для абактериального аутоиммунного процесса.

### **Выводы.**

1. У 44% молодых мужчин, перенесших COVID-19 наблюдается эректильная дисфункция, а у 64% формируется гипогонадизм.
2. Олигоспермия и олигозооспермия у молодых мужчин, перенесших COVID-19 установлена у 19%, изменения морфологически нормальных форм - у 31%.
3. Тестостерон заместительная терапия у молодых мужчин с гипогонадизмом, развившимся вследствие перенесенного COVID-19, демонстрирует высокую эффективность с восстановлением нормальных показателей тестостерона и эректильной функции.

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКИХ АНГИОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**БЕРСТНЕВА С.В., УРЯСЬЕВ О.М., СОЛОВЬЕВА А.В.**

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить особенности формирования диабетических ангиопатий у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ).

**Материал и методы.** Обследованы 203 пациента с СД 2 типа, 1-я группа (76 чел.) – СД 2 типа в сочетании с ПГ (аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – 45 чел., послеоперационный гипотиреоз – 31 чел.), 2-я группа (127 чел.) – СД 2 типа без тиреоидной патологии. Группы значимо не различались по основным характеристикам. Проведено общеклиническое исследование, определение альбуминурии в утренней порции мочи, расчет скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина (СКД-ЕРІ), исследование тиреоидного гормонального спектра. Статистическую обработку данных проводили в программе Statistica 12.0.

**Результаты.** Частота классической альбуминурической диабетической нефропатии (ДН) в 1-й и 2-й группах не различалась –  $21,05 \pm 4,68\%$  и  $17,32 \pm 3,36\%$ , соответственно, ( $p=0,51$ ). Распространенность нормоальбуминурической формы ХБП (НАУ-ХБП) показала значимые различия: в 1-й группе  $32,89 \pm 5,39\%$ , во 2-й –  $16,54 \pm 3,3\%$  ( $p=0,01$ ). ДН чаще отмечалась у пациентов с ПГ вследствие АИТ – у  $28,89 \pm 6,76\%$ , чем при послеоперационном гипотиреозе – в  $9,68 \pm 5,31\%$  случаев ( $p=0,028$ ).

Частота диабетической ретинопатии (ДР) в 1-й группе –  $22,22 \pm 8,15\%$ , что в два раза превышало показатель во 2-й группе –  $11,43 \pm 3,80\%$ , но различия были не достоверны ( $p=0,23$ ).

При оценке диабетических макроангиопатий в 1-й группе выявлено значимое увеличение распространенности ишемической болезни сердца: стенокардия напряжения отмечена у  $43,42 \pm 5,69\%$  против  $29,13 \pm 4,03\%$  ( $p=0,04$ ); частота инфаркта миокарда (в анамнезе) в группах значимо не различалась –  $9,21 \pm 3,32\%$  и  $9,45 \pm 2,60\%$  ( $p=0,95$ ); ангиопатия нижних конечностей – у  $64,47 \pm 5,49\%$  и  $26,77 \pm 3,93\%$ , соответственно ( $p<0,00001$ ), острое нарушение мозгового кровообращения (в анамнезе) – у  $11,84 \pm 3,71\%$  в 1-й и  $5,51 \pm 2,03\%$  во 2-й группе ( $p=0,13$ ).

Частота артериальной гипертензии, как основного гемодинамического фактора формирования диабетических ангиопатий, в 1-й группе была значимо выше –  $80,26 \pm 4,57\%$  в сравнении со 2-й группой –  $67,72 \pm 4,15\%$  ( $p=0,04$ ).

**Выводы.** Таким образом, наличие сопутствующего гипотиреоза у пациентов с сахарным диабетом 2 типа способствует формированию диабетических ангиопатий – ишемической болезни сердца, ангиопатии нижних конечностей, нормоальбуминурической формы хронической болезни почек.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**БОГДАЛОВА Л.Р., ЮПАТОВА М.И., ДОРОГОЙКИНА К.Д., НИКИТИНА Н.М.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Бессимптомная гиперурикемия (БГУ) – самостоятельный фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости бессимптомной гиперурикемии у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) и ревматоидным артритом (РА) с наличием и отсутствием артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы.** В исследование включены мужчины: 78 пациентов с достоверным АС (по Нью-Йоркским критериям, 1984), 54 пациента с РА (по критериям EULAR, 2010), находившиеся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова. Группы были сопоставимы по возрасту и продолжительности заболевания (ср. возраст пациентов с АС - 40,6±9,1 лет, с РА - 47,7±11 лет; ср. продолжительность АС - 14±9,5 лет, РА 10,0±7,1 лет). Рассчитывали индексы активности АС и РА, исследовали уровень мочевой кислоты крови (БГУ диагностировали при уровне более 360 мкмоль/л, поскольку АС и РА относятся к заболеваниям с высоким сердечно – сосудистым риском). В исследование не включали пациентов с подагрой, псориазом, ИБС, сопутствующей патологией в фазе обострения.

**Результаты.** Низкая активность регистрировалась у 10 (13%) пациентов с АС и 4 (8%) с РА, умеренная - у 28 (36%) с АС и 23 (42%) с РА, высокая - у 40 (51%) с АС и 25 (46%) пациентов с РА. В ремиссии находилось 2 (4%) пациента с РА. У 15 (19%) пациентов с АС и у 10 (18%) с РА выявлялась БГУ. Не было выявлено взаимосвязей между активностью заболевания и частотой встречаемости БГУ. АГ имела у 48 (61%) пациентов с АС, у 31 (57%) - с РА. БГУ выявлена у 11 (14%) пациентов с сочетанием АС и АГ, 4 (5%) пациентов без АГ, у 5 (9%) больных РА и АГ, 5 (9%) без АГ ( $p>0,05$ ).

**Выводы.** Частота встречаемости БГУ у мужчин с АС и РА сопоставима и не превышает популяционную (16,8-25,3% в Российской Федерации). Не выявлено взаимосвязей между частотой встречаемости БГУ, активностью ревматического заболевания и наличием АГ.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

БОДРЯГИНА Е.С., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Болезнь Крона (БК) имеет хроническое прогрессирующее течение, с развитием внекишечных проявлений и осложнений, что может привести к возникновению различных психоэмоциональных нарушений.

**Цель.** Оценить качество жизни (КЖ) и изменений в психоэмоциональной сфере пациентов с БК.

**Материал и методы.** 73 пациента с БК, комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Для оценки КЖ использовали опросник IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), 32-224 балла. Психическое состояние оценивали с помощью шкалы тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale – HAD).

**Результаты.** Среди 73 пациентов с БК мужчин было 32 (43,8%), женщин – 41 (56,2%). Средний возраст –  $35,1 \pm 1,5$  лет. Средняя продолжительность болезни  $5,3 \pm 1,4$  лет. По тяжести: легкая – 21 (28,8%), средняя – 23 (31,5%), тяжелая – 29 (39,7%). Чаще всего встречались илеоколит (27, 37,0%), поражение толстой кишки (22, 30,1%), терминальный илеит (19, 26,0%). Внекишечные проявления имелись у 35 (47,9%) пациентов, осложнения – у 17 (23,3%). Средний уровень КЖ пациентов БК по опроснику IBDQ составил  $138,9 \pm 4,2$  баллов. Была определена следующая взаимосвязь уровня КЖ пациентов с БК и клинических параметров. КЖ пациентов с БК с длительностью заболевания более пяти лет было значимо ниже по сравнению со стажем болезни менее 5 лет ( $121,1$  vs  $143,6$  баллов,  $p < 0,001$ ). Достоверно ниже был уровень КЖ у пациентов с тяжелым БК ( $p < 0,05$ ), имевших различные осложнения ( $133,4$  vs  $157,3$ ;  $p < 0,05$ ). Уровень тревоги по опроснику HAD составил  $9,2 \pm 0,4$  баллов, уровень депрессии –  $7,8 \pm 0,3$  баллов. Достоверный диагноз тревожного расстройства был определен у 15 (20,5%) пациентов БК, достоверный диагноз депрессивного расстройства – у 9 (12,3%), 6 (8,2%) пациентов имели сочетание тревожного и депрессивного расстройств.

**Выводы.** Пациенты с БК имеют значимое снижение КЖ, на что влияли такие показатели, как продолжительность заболевания, тяжесть, наличие осложнений. У каждого четвертого пациентов БК имелись различные тревожные и депрессивные расстройства. Пациенты с БК нуждаются в тщательном клиническом наблюдении и периодической оценке уровня качества жизни и психоэмоционального состояния, что может помочь в улучшении контроля течения заболевания.

## **БОЛЕЗНЬ КРОНА И ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ – ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

**БОДРЯГИНА Е.С., АКБЕРОВА Д.Р., ЗОРОБ К.Д.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Введение.** К аутоиммунным воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК), имеющим широкий спектр системных проявлений, относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). Одним из внекишечных проявлений ВЗК является первичный склерозирующий холангит (ПСХ), который может наблюдаться до 3,6% пациентов с БК.

**Описание случая.** Пациент З., 34 года, мужского пола, жалобы на частый жидкий стул до 5 раз в сутки, с примесью крови, спастические боли в нижней части живота, связанные с актом дефекации, периодический зуд кожи (в течение последнего года). Диагноз «Болезнь Крона, илеоколит» выставлен два года назад, назначена терапия глюкокортикостероидами (ГКС) и азатиоприном (АЗА), который пришлось отменить из-за возникшей лейкопении. Лечение было эффективным, однако при попытке снизить дозу ГКС ниже 15 мг у пациента вновь появились симптомы. Объективно кожные покровы физиологической окраски, субиктеричность склер, болезненность при пальпации живота в правой подвздошной области. Лабораторные исследования: гемоглобин 138 г/л, эритроциты  $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $9,2 \times 10^9$ /л, в биохимическом анализе крови выявлены цитолиз (АЛТ 378,5 Е/л, АСТ 141 Е/л), холестаза (гамма-ГТП 757,8 Е/л, ЩФ 461,7 мкмоль/л). УЗИ органов брюшной полости выявило сужение внутрипеченочных желчных протоков. Учитывая эти результаты, проведена диагностика аутоиммунных заболеваний печени: выявлен высокий титр антител к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА) IgG 1:320 (при норме до 1:40). Наряду с болезнью Крона выставлен диагноз первичного склерозирующего холангита, назначены ГКС в сочетании с урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) 1000 мг/сутки, возобновлена терапия АЗА. На фоне терапии преднизолоном, АЗА и УДХК улучшилась клиническая симптоматика, нормализовался стул, купировались боли в животе, наблюдалась нормализация показателей цитолиза и холестаза, а также сохранялся нормальный уровень лейкоцитов в течение нескольких месяцев, что позволило продолжить сочетанную базисную терапию ГКС и АЗА совместно с УДХК.

**Отличительные особенности данного случая.** Данный клинический случай демонстрирует особенности ведения пациента с сочетанием двух аутоиммунных заболеваний – БК и ПСХ, включая расширенный диагностический поиск причин сопутствующего поражения печени и применение комбинированного лечения. Тщательная диагностика данных состояний и назначение соответствующей базисной патогенетической терапии являются важными для предупреждения прогрессирования ПСХ и поражения кишечника.



## **СОДЕРЖАНИЕ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА III ТИПА В КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

**БОЛЬБАТ Г.К., ГЕЙВАНДОВА Н.И.**

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Алкогольная болезнь печени (АБП) – тяжелое заболевание, приводящее к формированию цирроза печени с высоким уровнем летальности. Гибель гепатоцитов, вызванная потреблением этанола, может спровоцировать фиброз печени, который в дальнейшем определяет течение и прогноз алкогольной болезни печени. N-терминальный пептид проколлагена III типа (РШНР) – белок, образующийся в процессе синтеза коллагена. Оценка концентрации РШНР в плазме крови считается биохимическим тестом, полезным для оценки фиброзного процесса.

**Цель.** Определить клиническое значение содержания РШНР в крови больных АБП.

**Материал и методы.** Обследованы 97 пациентов с АБП, находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Ставропольской краевой клинической больницы. Возраст пациентов составил  $48,5 \pm 9,9$  лет, женщин было 30, мужчин – 67. Из них у 12 был диагностирован стеатоз печени, у 11 – острый алкогольный гепатит (ОАГ), а у 74 – цирроз печени (ЦП). Содержание РШНР в плазме крови определяли методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем «Cloude-CloneCorporation» (США). Контрольную группу составили 22 здоровых добровольца, не употребляющих алкоголь в гепатотоксических дозах.

**Результаты.** У всех пациентов содержание РШНР в плазме крови было повышено. Наиболее высокие значения наблюдались в группе пациентов с ОАГ – 16 (12,1-16,7) нг/мл, что не только значительно превышало показатели здоровых лиц – 5,7 (3,6-8,9) нг/мл, но и больных ЦП – 10,3 (8,4-14,2) нг/мл. Наиболее высокие показатели исследуемого маркера при ОАГ видимо отражают не только уровень фиброза печени, но и активность некро-воспалительного процесса. При алкогольном стеатозе печени содержание РШНР в крови было не столь высоким (7,5 (5,6-10,6) нг/мл), но также превышало норму. Возраст и пол пациентов не оказывал влияние на плазменную концентрацию РШНР.

**Выводы.** Определение РШНР в крови пациентов с АБП может иметь важное клиническое значение, так как позволит прогнозировать активность фиброгенеза и тяжесть последующих изменений в ткани печени.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТИПИЧНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ

БОРИСОВА Л.В., ГАЛУСТЯН З.А., ПАКСЕЕВА Я.В.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация

**Описание случая.** Девушка 18 лет. Жалобы на интенсивные боли в гипогастрии спастического характера, многократная рвота, запор (4-6 дней), изменение цвета мочи на розовый, резко возникшая общая слабость, преимущественно в руках.

Анамнез заболевания. Интенсивные абдоминальные боли и рвота возникли впервые 20.03.2023 г. на фоне полного благополучия, которые затем спонтанно завершились. 21 и 22 числа симптомы не рецидивировали. 23.03.23г: боли в животе возобновились, приобрели спастический характер, были купированы инъекцией дротаверина (вызов бригады СМП). Ввиду усиления болей в верхних отделах живота 24.03.23г. была госпитализирована в хирургическое отделение ЦРБ, где было исключено наличие острой хирургической патологии.

На фоне начавшейся менструации 26.03.23г. появился судорожный синдром по типу эпилептического приступа. В связи с чем 27.03.2023 г. была переведена с повторным эпилептическим приступом в неврологическое отделение КГБУЗ ККБ.

Заподозрить наличие порфирии позволила клиническая особенность: по катетеру Фолея оттекала моча розового цвета. Был проведен качественный анализ с реактивом Эрлиха, результаты которого оказались положительными.

Лабораторно: анемия легкой степени тяжести (Hb 107 г/л), эритроцитопения (Eg 3,7 x 10<sup>12</sup>/л). Биохимическом крови: гипонатриемия (Na<sup>+</sup> - 126ммоль/л.), повышение уровня трансаминаз (АЛТ 56,8 Е/л, АСТ 55,4 Е/л). По данным ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные экстрасистолы. Согласно данным КТ ОГК: без патологии; КТ ОБП: без патологии; КТ головного мозга: без патологических изменений.

Переведена в гематологическое отделение КГБУЗ ККБ г. Барнаул 04.04.2023 г. с целью дообследования и подбора патогенетической терапии с *диагнозом*: «Острая перемежающаяся порфирия, первая атака от 20.03.23 г. Вторичная энцефалопатия на фоне многократной рвоты и метаболических, электролитных нарушений, Судорожный синдром с пароксизмами от 26.03.23, 27.03.23 г. Церебрастенический синдром».

**Отличительные особенности данного случая.** Данный случай интересен тем, что ОПП относится к группе орфаных заболеваний, а его встречаемость составляет 1-10: 100 000 населения стран Западной Европы.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Трудность в диагностике данной пациентки была обусловлена клинической картиной острой хирургической патологии, что требовало исключения абдоминальных катастроф. После постановки верного диагноза, была назначена специфическая патогенетическая терапия гемином и симптоматическая – инфузии глюкозы.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ КГБУЗ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. БАРНАУЛА**

**БОРИСОВА Л.В., КРАЕВА Л.Ю., ХОЛОДЕНКО М.Г.**

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация  
КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** С 11 марта 2020 года распространение коронавируса SARS-CoV-2 было признано пандемией. Последствия ее начинают давать о себе знать и в настоящее время. Одно из них – рост антибиотикорезистентности. Для лечения SARS-CoV-2 и профилактики осложнений применялись антибактериальные препараты.

**Цель.** На примере пациентов из Алтайского края выяснить, есть ли разница в эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* между пациентами, которым назначали антибиотики для лечения COVID-19, и пациентами, не применявшими их для лечения новой коронавирусной инфекции.

**Методы и материал.** Было проведено анкетирование среди пациентов терапевтического профиля КГБУЗ Краевой клинической больницы г. Барнаула. Критерии включения: возраст старше 18 лет; согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании. Все участники были опрошены по специально составленному опроснику. Общее количество респондентов 35 человек в возрасте от 21 года до 64 лет, из них 8 мужчин и 27 женщины. Применялись методы медицинской статистики, анализ четырехпольных таблиц сопряженности – точный критерий Фишера (двусторонний). За критический уровень статистической значимости принимали значение  $p < 0,05$ .

**Результаты.** 10 человек переболели SARS-CoV-2, при этом принимали антибактериальные препараты. У семерых первая линия эрадикации без эффекта (70%), у троих – эффективна с первого раза.

Тех, кто болел, но не принимал антибиотики по поводу лечения новой коронавирусной инфекции, составило 15 человек. У всех пациентов данной группы эрадикация была успешной с первой попытки.

Тех, кто не переболел SARS-CoV-2, оказалось 10 человек. Первая эрадикация без успеха у двух человек, с успехом – у восьмерых.

Всего тех, кто не принимал антибиотики, 25 человек. Неуспешная эрадикация – 8%.

Точный критерий Фишера (двусторонний) = 0.00053 (уровень значимости  $p < 0.05$ ).

Делаем вывод о наличии прямой взаимосвязи между активным приемом антибиотиков в анамнезе (при лечении новой коронавирусной инфекции) и отсутствием эффекта от эрадикационной терапии I линии.

**Выводы.** Антибактериальная терапия при лечении новой коронавирусной инфекции оказала влияние в развитие антибиотикорезистентности. Среди тех, кто принимал данные препараты, у 70% эрадикация первой линией оказалась безуспешной (против 8% у тех, кто не принимал антибиотики).

# АССОЦИАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

БОРОВКОВА Н.Ю., КУРАШИН В.К., ТОКАРЕВА А.С., КОНТОРЩИКОВ М.М.  
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Введение.** По данным Российского кардиологического общества (2018), основной причиной заболеваемости и смертности среди населения развитых стран являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). При этом, согласно исследованию Chow С.К. et al. (2013), важнейшим фактором развития и прогрессирования ССЗ выступает артериальная гипертензия (АГ). Все это обуславливает необходимость дальнейшего изучения особенностей распространенности АГ и ее ассоциаций с другими факторами кардиоваскулярного риска.

**Цель** – оценить ассоциации между АГ и другими факторами кардиоваскулярного риска среди населения Нижегородского региона.

**Материал и методы.** Обследован 2501 человек в возрасте 35–74 лет среди населения Нижегородского региона. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели, артериальное давление и частота сердечных сокращений. Проводилось лабораторное исследование, включающее определение уровня креатинина, мочевой кислоты, липидного профиля, острофазовых белков. Рассчитывались индекс массы тела (ИМТ), индекс висцерального ожирения (ИВО) по формуле Amato, скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ.

Для построения прогностической модели риска АГ использовался метод бинарной логистической регрессии. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 26 (США).

**Результаты.** В ходе выполнения анализа модели логистической регрессии установлено, что с АГ были наиболее тесно ассоциированы следующие факторы: возраст более 53 лет (отношение шансов (ОШ) 2,954; 95% доверительный интервал (ДИ): 2,456–3,554;  $p < 0,001$ ); абдоминальное ожирение (ОШ 2,112; 95% ДИ: 1,663–2,730;  $p < 0,001$ ); гиперурикемия (ОШ 1,709; 95% ДИ: 1,341–2,177;  $p < 0,001$ ). Следующие факторы имели меньшее значение: ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup> (ОШ 1,634; 95% ДИ: 1,262–2,117;  $p < 0,001$ ); повышенный уровень триглицеридов (ОШ 1,567; 95% ДИ: 1,289–1,906,  $p < 0,001$ ), мужской пол (ОШ 1,553; 95% ДИ: 1,281–1,883;  $p < 0,001$ ); повышенный уровень высокочувствительного С-реактивного белка (ОШ 1,498; 95% ДИ: 1,242–1,806;  $p < 0,001$ ), повышенный уровень липопротеидов низкой плотности (ОШ 1,277; 95% ДИ: 1,038–1,570;  $p = 0,020$ ).

**Заключение.** АГ среди населения Нижегородского региона была тесно ассоциирована с такими факторами риска, как принадлежность к старшим возрастным группам, мужской пол, наличие абдоминального ожирения и высоких уровней триглицеридов и липопротеидов низкой плотности. Примечательно, что высокие уровни мочевой кислоты и высокочувствительного С-реактивного белка также явились факторами риска АГ, что требует дальнейшей исследовательской работы в данном направлении.

## **МЕСТО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ**

**БУДКОВАЯ М.А., ТУРИЕВА В.В.**

*ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Нарушения дыхания во сне и непосредственно синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) способствуют развитию обширного спектра изменений со стороны нервной, эндокринной систем, запускают когнитивные нарушения, снижают иммунитет, повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель.** Проведение комплексного анализа причин респираторных нарушений дыхания во сне и разработка тактики по их коррекции.

**Материал и методы.** В клиничко-диагностическом центре СПб НИИ ЛОР обследованы 30 пациентов с жалобами на храп, дневную сонливость и остановки дыхания во сне. Возраст пациентов от 26 до 69 лет. Обследование включало: определение риска развития СОАС по опроснику STOP-BANG, анализ соматической патологии, оториноларингологический осмотр, эндоскопическое исследование полости носа, КТ околоносовых пазух, проведение респираторного мониторинга с использованием SOMNOcheck micro во сне или компьютерную сомнографию с использованием аппарата WatchPat 300.

**Результаты.** По опроснику STOP-BANG низкий риск наличия синдрома обструктивного апноэ сна установлен у 2 (6,6%) пациентов, высокий риск наличия СОАС выявлен у большинства пациентов (63,3%). У 14 пациентов имелась в анамнезе гипертоническая болезнь, преимущественно 2-3 степени, 5 больных отмечали значительное повышение артериального давления в ночные часы, но не обращались к специалистам. Сахарный диабет 2 типа наблюдался практически у каждого 5-го пациента, хроническая обструктивная болезнь легких - у 1 пациента, бронхиальная астма у 2 пациентов. Со стороны ЛОР-органов у 2 пациентов выявлена гипертрофия небных миндалин III степени, хронический полипозный риносинусит у 4 пациентов, искривление перегородки носа у 16 больных. При диагностике респираторных нарушений дыхания во сне, неосложненный позиционно зависимый храп установлен только у 2 пациентов, легкая степень СОАС у 7 обследованных, тяжелая степень СОАС выявлена у 50% пациентов. Терапия положительным давлением в дыхательных путях была назначена 18 пациентам с одновременным лечением у смежных специалистов, что позволило стабилизировать гипертоническую болезнь. Хирургическое лечение по коррекции внутриносовых структур, выполнено 7 больным, двусторонняя тонзиллэктомия проведена 2 пациентам.

**Выводы.** Выполнение комплексного анализа респираторных нарушений во сне является важным компонентом при обследовании коморбидных пациентов и способствует получению контроля над сопутствующей соматической патологией.

## УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЕМ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЕГО ПРИВЕРЖЕННОСТИ

БУТУСОВ М.В., МАГОМЕДОВ Ш.М., КЛЕМЕНОВ А.В.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Приверженность лечению значима для принятия врачебных решений. Особенно актуальны сведения о приверженности у пожилых больных с обилием хронической патологии, требующей пожизненной терапии.

**Цель.** Провести комплексную оценку состояния здоровья и приверженности лечению пожилых пациентов для разработки индивидуальной стратегии их лечения.

**Материал и методы.** У 128 пожилых пациентов терапевтического профиля изучено состояние здоровья и функциональные возможности организма с помощью шкал Charlson, Katz ADL и индекса Баевского. У 42 из них изучена приверженность лечению с использованием вопросника КОП-25.

**Результаты.** У пациентов имелось по 3 [2,5; 4] хронических заболеваний. Индекс Charlson как интегральная оценка полиморбидности оказался равным 6 [4; 8] баллам. Уровень адаптационного потенциала составил  $3,41 \pm 0,52$  у.е., что говорило о неудовлетворительной адаптации. Функциональные способности пациентов по шкале Katz ADL составили 4 [5; 6,5] балла и указывали на отсутствие потребности в постороннем уходе.

При анкетировании по вопроснику КОП-25 большинство (39 из 42) пациентов продемонстрировали низкий (менее 50%) уровень приверженности. Средние показатели приверженности лекарственной терапии составили  $32,7 \pm 2,3\%$ , медицинскому сопровождению –  $35,4 \pm 3,0\%$ , модификации образа жизни –  $32,0 \pm 4,1\%$ , лечению в целом –  $32,6 \pm 2,7\%$ . Корреляционный анализ показал, что приверженность лечению не связана с физическими или функциональными способностями пациента, а зависит от его личностных особенностей и социально-экономических факторов среды.

В соответствие с установленным низким уровнем приверженности была разработана индивидуальная стратегия ведения гериатрических пациентов. В качестве оптимальных лечебных вмешательств были признаны: прием минимально возможного числа препаратов однократно в день, посещения врача «по требованию» без обязательных визитов, минимальный набор рекомендаций по модификации образа жизни.

**Вывод.** При определении индивидуальной стратегии ведения пожилого пациента с соматической патологией следует быть готовым к низкому уровню приверженности и учитывать это обстоятельство при выработке рекомендаций по лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭЛАСТОЛИЗИСА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МУТАЦИЯМИ EGF-СОДЕРЖАЩЕГО БЕЛКА ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ФИБУЛИНА 2**

**ВАЛЮЖЕНИЧ Я.И., РУДОЙ А.С., ЧАКОВА Н.Н.**

*УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь*

*ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь*

*Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Эластолизис (Cutis Laxa) - это наследственное или приобретенное заболевание, характеризующееся избыточной, провисающей и неэластичной кожей. При наследственном варианте кожи происходит аномальный синтез белков внеклеточного матрикса из-за генетических дефектов, кодирующих различные компоненты внеклеточного матрикса. Недавно было обнаружено, что различные врожденные нарушения метаболизма также связаны с растяжением кожи. Помимо кожных аномалий, при большинстве наследственных форм вовлекаются многие системы органов, что приводит к тяжелому, а в некоторых формах даже летальному мультисистемному заболеванию. На сегодняшний день не существует эффективного лечения этого заболевания. Мы изучили клинические проявления замены p.Gly210Arg в 7-ом экзоне гена, кодирующего EGF-содержащий белок внеклеточного матрикса фибулин 2.

**Описание случая.** Пациент 36 лет с диагнозом: Марфаноподобный синдром направлен на генетическое исследование методом NGS с секвенированием кодирующей последовательности 174 генов с использованием набора «TruSight™ Cardio Sequencing Panel». Найденные замены были подтверждены прямым секвенированием по Сенгеру. Патогенность выявленных генетических вариантов была оценена согласно критериям Американского сообщества медицинских генетиков, 2015 г. Обнаружен нуклеотидный вариант с неизвестной клинической значимостью с.628G>A (p.Gly210Arg, rs546162289) в 7-ом экзоне гена EFEMP2, кодирующего EGF-содержащий белок внеклеточного матрикса фибулин 2, который также известен как фибулин-4, и ассоциированного с синдромом cutis laxa.

**Отличительные особенности данного случая.** Фибулин-4 играет решающую роль в сборке эластичных волокон, обеспечивающих прочность и гибкость соединительной ткани. Изменение нуклеотидной последовательности заменяет глицин, который является нейтральным и неполярным, на аргинин, который является основным и полярным, в кодоне 210 белка EFEMP2 (p.Gly210Arg). Указанный вариант не описан в литературе у лиц, страдающих заболеваниями, связанными с EFEMP2. Алгоритмы, разработанные для прогнозирования влияния миссенс-изменений на структуру и функцию белка (SIFT, PolyPhen-2, Align-GVGD), предполагают, что этот вариант, вероятно, будет патогенным. Таким образом у пациента установлен тип 1 b аутосомно-рецессивного варианта наследования Cutis laxa (ARCL t1b). Клиническая вариабельность широка: поражение кожи менее выражено при ARCL t1b и обычно ограничивается гиперрастяжимой кожей и некоторыми избыточными кожными складками в подмышечных впадинах и паху. Описаны контрактуры, остеопороз и частые переломы.

## **СТРУКТУРА, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА АОРТОПАТИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**ВАЛЮЖЕНИЧ Я.И., РУДОЙ А.С., ЮДИНА О.А.**

*УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь*

*ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь*

*ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Аневризма аорты – хроническое заболевание аорты, на которое влияет множество факторов. Заболевание обычно протекает бессимптомно, приводит к высокой смертности из-за риска разрыва артерии. В настоящее время не существует эффективных препаратов для лечения аневризм. Единственными методами лечения являются хирургическое вмешательство и эндоваскулярные методы лечения.

**Цель.** Провести анализ причин и факторов риска формирования аортопатий у пациентов молодого возраста, перенесших кардиохирургические операции на грудной аорте.

**Материал и методы.** В основу работы положен обобщенный материал изучения архивных историй болезни 579 пациентов, перенесших оперативное вмешательство на корне и восходящем отделе аорты в 2013-2017 гг. на базе РНПЦ «Кардиология» Ме возраста 65 лет [35; 74 лет].

**Результаты.** В структуре изучаемой патологии ведущую этиологическую роль занимали врожденные пороки сердца (ВПС) – 41% (42) (в 100% случаев были представлены двустворчатым аортальным клапаном (ДАК)); инфекционный эндокардит клапанного аппарата регистрировался в 22 % (21); на долю расслаивающих и изолированных аневризм приходилось по 11% (11/11) всех случаев; диагноз синдрома Марфана был установлен в 3% (3). С такой же частотой – 3% (3) хирургическое лечение проводилось по поводу установленного диагноза атеросклероза аорты.

Основными жалобами в изучаемой когорте пациентов были выраженное снижение толерантности к физической нагрузке – наблюдалось более чем у половины (55%) пациентов; одышка – отмечалась в 40% случаев. Аритмический синдром («перебои» в работе сердца) предъявляли 18% обследованных. Нередкой жалобой являлась боль в груди (16%). Гипертермический синдром в 10% случаях являлся исключительно характерным для пациентов с инфекционным эндокардитом клапанного аппарата.

### **Выводы.**

1. Современный портрет пациента с аортопатией грудной аорты: мужчина 36 лет с ДАК, у возрастных пациентов на первое место (при суммарном анализе) выходят дегенеративные заболевания.
2. Наследственно-обусловленный характер аортопатии отмечен 66 % всех пациентов. Трудности при оценке «истинных» масштабов патологии связаны с вопросами сбора семейного.
3. Зачастую аневризмы протекают малосимптомно, лишь в случае развития сосудистых катастроф могут быть выявлены «классические» симптомы, тогда, как в отсутствие неотложных состояний симптоматика является неспецифичной.



## СОЧЕТАНИЕ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

ВАРАВИН Н.А., ВАГАНОВА Г.С.

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациент М., 32 лет, поступил на лечение в кардиологическое отделение 1 клиники терапии усовершенствования врачей им. Н.С. Молчанова ВМА им. С.М. Кирова с жалобами на внезапно возникающие эпизоды учащенного сердцебиения, сопровождающиеся одышкой, чувством «нехватки воздуха», головокружением при физической нагрузке, общую слабость.

Анамнез: со слов пациента, кратковременные (до 2 минут) приступы внезапного сердцебиения беспокоят около 3-х лет, купировались самостоятельно или после проведения вагусных проб. После перенесенного респираторного заболевания эпизоды сердцебиений участились, появилась слабость, одышка, головокружение, снижение толерантности к физической нагрузке.

По результатам инструментальных методов обследования установлено: ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 79 уд/мин, нормальное положение ЭОС, признаки феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW), тип В; суточное мониторирование ЭКГ - эпизод неустойчивой желудочковой тахикардии из 3-х комплексов, признаки феномена WPW; ЭхоКГ - диффузные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) со снижением сократительной функции ЛЖ (ФВ 43%), повышенная трабекулярность миокарда ЛЖ, увеличение размеров ЛЖ; МРТ сердца - МР-признаки фиброзных изменений миокарда преимущественно в области МЖП по неишемическому типу, диффузных фиброзных изменений ЛЖ; некомпактный миокард в апикальных отделах ЛЖ (соотношение некомпактной к компактной части миокарда в диастолу 18:7 мм); снижение глобальной систолической функции ЛЖ (ФВ 42%); нарушение локальной сократимости ЛЖ в области МЖП; полость ЛЖ незначительно расширена.

**Отличительные особенности данного случая.** Таким образом, пациенту впервые установлен диагноз: Врожденная кардиомиопатия: некомпактный миокард левого желудочка. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, тип В. Также нельзя исключить перенесенный миокардит в виде миокардитического кардиосклероза с нарушением ритма по типу неустойчивого пароксизма и развитием хронической сердечной недостаточности.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** НМЛЖ имеет неспецифическую клинику, что затрудняет ее диагностику. Диагноз НМЛЖ установлен на основании следующих критериев: отношение некомпактного и компактного слоев миокарда  $>2$  (при ЭхоКГ) и  $>2,3$  (при МРТ). В настоящее время отсутствуют рекомендации по лечению пациентов с данной кардиомиопатией, поэтому терапия осуществляется по стандартам лечения хронической сердечной недостаточности и также основывается на профилактике системных эмболических эпизодов и лечении нарушений сердечного ритма.

## **АССОЦИАЦИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**ВАСИЛЬЕВА Л.В., ГОСТЕВА Е.В., СУСЛОВА Е.Ю., ИНШАКОВА К.Ю.**

*ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация*

*БУЗ «ВГКП № 18», г. Воронеж, Российская Федерация*

**Актуальность.** Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией, частота которой увеличивается с возрастом и наличием сопутствующих заболеваний. Предыдущие исследования показали, что синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) увеличивает риск ФП, потенциально из-за гипоксии, окислительного стресса, воспаления и ремоделирования предсердий.

**Цель.** Изучить взаимосвязи между наличием СОАС и распространенностью ФП в группе пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией.

**Материал и методы.** Обследовано 180 пациентов старческого возраста (75-90 лет), средний возраст составил -  $79 \pm 3$  года. Из них мужчин - 118 чел., женщин - 62 чел. Проведена оценка исходных клинических данных, эхокардиографии, холтеровского мониторинга ЭКГ, определение индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ).

**Результаты.** СОАС установлен у 98 чел. (54,4%), ФП у 86 чел. (47,8%). Из 98 пациентов с СОАС установлено наличие ФП у 52 чел. (53,1%), без ФП – 46 чел. (46,9%). У пациентов без СОАС (82 чел.) коморбидность с ФП установлена у 34 чел. (41,5%), без ФП – 48 чел. (58,5%). Из группы пациентов с ФП имели СОАС 62 чел. (72,1%), без СОАС 24 чел. (27,9%), в то время как из 94 пациентов без ФП установлен СОАС у 36 чел. (38,3%), без СОАС – 58 чел. (61,7%). Установлено, что пациенты с СОАС были старше по возрасту, чаще мужского пола, имели более высокий индекс массы тела и больше сопутствующих клинических заболеваний. Установлено, что распространенность ФП увеличивалась у пациентов с СОАС ( $p=0,003$ ). Более высокие уровни ИАГ были факторами, связанными с персистирующей или постоянной ФП (ОШ 10,96; 95% ДИ 1,07-111,85).

**Выводы.** СОАС широко распространен у пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией. Распространенность ФП увеличивалась у пациентов с СОАС. Более высокий уровень ИАГ был фактором распространенности ФП в проведенном анализе. ИАГ может быть потенциальным параметром для стратификации риска развития ФП у пациентов старческого возраста со стабильной стенокардией.

## **ВЛИЯНИЕ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ЖИРОВОГО ДЕПО НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**

**ВАСИЛЬКОВА Т.Н., МИЩЕНКО Т.А., ФЕДОРОВА Э.Э.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация*

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 30-45% взрослого населения. Высокое содержание околопочечного жира ассоциируется с повышением артериального давления и почечной дисфункцией.

**Цель.** Оценить влияние паранефрального жирового депо на течение артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** В исследование было включено 54 пациента с впервые выявленной эссенциальной АГ и ожирением (58% женщин и 42% мужчин), у 40% пациентов был верифицирован метаболический синдром (МС). Средний возраст обследованных -  $51,7 \pm 4,1$  год.

Всем пациентам выполнены суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковая оценка толщины паранефрального жира (ТПЖ) по методике S. Kawasaki, площади нижней части околопочечной жировой ткани (ПНЧОЖТ).

**Результаты.** Показатели СМАД у пациентов без МС и у пациентов с МС достоверно отличались: среднее дневное систолическое АД (срдСАД)  $161 \pm 3,2$  мм рт.ст. и  $167 \pm 3,8$  мм рт.ст., среднее дневное диастолическое АД (срдДАД)  $112 \pm 3,0$  мм рт.ст. и  $117 \pm 3,6$  мм рт.ст., среднее ночное САД (срнСАД)  $151 \pm 4,7$  мм рт.ст. и  $158 \pm 6,1$  мм рт.ст., среднее ночное ДАД (срнДАД)  $104 \pm 5,4$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) соответственно. Суточный профиль non-dipper диагностирован у 12% пациентов без МС, у пациентов с МС тип non-dipper определен у 20%, night peaker у 38%.

ТПЖ и ПНЧОЖТ также были достоверно выше у пациентов с МС в сравнении с метаболически здоровыми пациентами: ТПЖ  $39,7 \pm 3,9$  мм и  $34,7 \pm 3,3$  мм, ПНЧОЖТ  $41,8 \pm 3,1$  см<sup>2</sup> и  $37,2 \pm 3,9$  см<sup>2</sup>. Выявлены слабой силы корреляции между ИМТ и ТПЖ ( $r = +0,36$ ,  $p < 0,05$ ), ОТ и ТПЖ ( $r = +0,36$ ,  $p > 0,05$ ). Выявлена умеренной силы положительная корреляция между ПНОЖТ и срдСАД ( $r = +0,69$ ,  $p < 0,05$ ), высокой силы положительные корреляции между ПНОЖТ и срнСАД ( $r = +0,78$ ,  $p < 0,05$ ), ПНОЖТ и срдДАД ( $r = +0,8$ ,  $p < 0,05$ ).

При наблюдении в динамике рефрактерная АГ была выявлена у 12 пациентов, ТПЖ ( $41,1 \pm 2,1$  мм) и ПНЧОЖТ ( $42,7 \pm 3,4$  см<sup>2</sup>) у них были статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Паранефральное жировое депо оказывает значимое влияние на суточный профиль и цифры АД у пациентов с ожирением, особенно при наличии МС. ТПЖ и ПНОЖТ могут рассматриваться как предикторы рефрактерности к антигипертензивной терапии.

## ИЗУЧЕНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

ВАХРУШЕВ Я.М., МИХАЙЛОВА О.Д., ГАЛИЦЫН Р.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

**Цель.** Изучить динамику обеспеченности врачами-терапевтами в Удмуртской республике (УР).

**Материал и методы.** Проведен анализ данных из информационно-аналитических сборников «Медико-демографические показатели и углубленный анализ состояния здоровья населения», «Основные показатели здоровья населения Удмуртской республики», подготовленных Бюро медицинской статистики Министерства здравоохранения УР. Обеспеченность населения врачами рассчитывали по формуле:  $O = F \cdot N \cdot 10\,000$ , где  $O$  – обеспеченность населения врачами,  $F$  – число физических лиц врачей - основных работников на занятых должностях в государственных и муниципальных медицинских организациях УР;  $N$  - численность постоянного населения УР.

**Результаты.** Выявлено, что с 2017 по 2022 гг. количество врачей-терапевтов в УР снизилось с 830 до 759 человек (на 8,6%). Обеспеченность врачами-терапевтами за это время уменьшилась с 5,48 до 5,24 на 10 тыс. населения. Число участковых терапевтов изменилось в меньшей степени – с 489 до 462 человек. Обеспеченность участковыми терапевтами стабильна – 3,23 в 2017 г. и 3,20 в 2022 г. В Российской Федерации этот показатель снизился за 7 лет с 3,25 до 3,11 на 10 тыс. населения, в Приволжском Федеральном округе – увеличился с 3,12 до 3,36 на 10 тыс. населения. Снижение обеспеченности врачами-терапевтами участковыми в практическом здравоохранении может быть обусловлено рядом причин: недофинансированием амбулаторного звена, нерациональной организацией труда, увеличением нагрузки на врачебные кадры, вследствие снижения численности медицинских сестер. Стабильность показателя по обеспеченности населения участковыми терапевтами в УР может быть связана с высоким трудоустройством выпускников медицинских вузов, которые после нескольких лет работы участковым терапевтом избирают другие специальности, что ведет к снижению обеспеченности населения врачами-терапевтами.

**Вывод.** Обеспеченность врачами-терапевтами в УЗ в 2017-2022 гг. снизилась на 4,4%. Необходим комплекс мер не только для привлечения специалистов в первичное звено здравоохранения, но и для подготовки специалистов-терапевтов.

## **РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ**

**ВЕНЕВЦЕВА Ю.Л., МЕЛЬНИКОВ А.Х., ГОМОВА Т.А., ГОЛУБЕВА Е.Н.**  
*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** Несмотря на то, что наследственная предрасположенность (НП) к сердечно-сосудистой патологии, в том числе артериальной гипертензии (АГ), является общепризнанным фактом, особенности функционального состояния практически здоровых молодых людей с НП по АГ до развития клинической картины представляются недостаточно изученными, что и явилось целью настоящей работы.

**Материал и методы.** 139 студентов 6 курса медицинского института (99 девушек и 40 юношей) весной 2023 г. отвечали на 45 вопросов поведенческого характера и выполняли 9 психофизиологических тестов в компьютерной программе «Валеоскан2». Артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) определялась автоматически (A&D).

**Результаты.** 61 девушка указала, что их родители не имеют хронических заболеваний, у 15 – отмечалась АГ у матери, у 19 – у отца, в том числе у 6 студенток АГ страдали оба родителя. Достоверные различия были выявлены в показателях биоритмологической организации: длительность индивидуальной минуты оказалась короче у лиц с НП по матери ( $M \pm m$ ;  $53,9 \pm 2,8$  с) и при АГ у обоих родителей ( $51,1 \pm 3,8$  с) относительно группы без НП ( $62,9 \pm 1,8$  с;  $p=0,06$  и  $p=0,01$ ). Во всех подгруппах с НП по АГ достоверно чаще встречался вечерний хронотип, однако это не влияло на субъективную оценку уровня здоровья.

В группе юношей отметили НП по АГ по линии матери 10 человек, по линии отца – 9, в т.ч. 6 студентов – у обоих родителей. Антропометрические данные и величины АД, как и у девушек, не различались. Во всех подгруппах с НП сон был достоверно хуже с более поздним пробуждением в свободные дни, ниже самооценка уровня здоровья и длиннее время выполнения теста «Память на образы» без снижения его качества. Кроме того, в цветовом тесте М. Люшера красный цвет находился дальше от начала ряда, что совпадает с данными, полученными нами 25 лет назад у пациентов с АГ.

**Выводы.** Нарушения системы биоритмов у девушек и качества сна и цветового предпочтения у юношей с НП к АГ целесообразно выявлять при сборе анамнеза для индивидуализации первичной профилактики.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ КЛОСТРИДИАЛЬНОМ КОЛИТЕ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**

**ВЛАДИМИРОВА Н.Н., МАРКИНА Н.Ю., ИВАНИКОВ И.О., МЯСНИКОВА Е.В., ПИКУНОВА И.Н.**

*ФГБУ «ЦКБ с Поликлиникой» УДП РФ, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Частота встречаемости клостридиального колита за последние три года значительно выросла, что объясняется эпидемиологической ситуацией. Диагноз клостридиального колита подтверждается путем обнаружения токсинов *C. difficile* в фекалиях. Роль УЗИ толстой кишки в диагностике и выявлении осложнений инфекции *C. difficile* остается недостаточно изученной.

**Цель.** Исследовать толщину стенки толстой кишки в динамике методом УЗ-диагностики у пациентов с инфекцией *C. difficile*.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 22 пациентов с подтвержденным иммунохроматографическим методом диагнозом клостридиального колита, из них 16 (72,7%) пациентов с клиническими проявлениями и 6 (27,3%) пациентов – с бессимптомным течением. Лабораторно оценивали маркеры воспаления и выполняли УЗИ диагностику толстой кишки в первый день подтверждения диагноза.

**Результаты.** Все пациенты имели утолщенную стенку ободочной кишки от 4 до 10 мм (в норме – не более 2 мм). У пациентов с выраженной клинической картиной – толщина стенки увеличивалась до 7-10 мм, у асимптомных – до 5-6 мм.

Всем пациентам проводили курс патогенетической терапии: больным с диспепсией - ванкомицин (дозу определяли по клинической картине) от 0,125 мг до 500 мг 4 раза в день, асимптомным пациентам - энтерол 500 мг 2 раза в день.

При контроле УЗИ на 3 день терапии – отмечена выраженная положительная динамика с уменьшением толщины стенки кишки на 1/3 от исходных данных. К окончанию курса терапии – УЗ-картина нормализовалась у 15 (68,2%) пациентов. У остальных 7 (31,8%) пациентов восстановление до нормы произошло в течение последующих 3 недель.

**Выводы.** УЗ-диагностика – это быстрый, безопасный и информативный метод визуализации течения колита, используемый для динамического контроля течения заболевания, позволяющий прогнозировать и оценивать риски возникновения осложнений. Выявлена закономерность – чем более выражена клиническая картина – тем более утолщена стенка кишки при УЗ-исследовании. У всех пролеченных пациентов утолщение стенки кишки уменьшается к 3-5 дню заболевания и в последующем полностью нормализуется. Использование метода может иметь экономическую выгоду и позволяет избегать дополнительной лучевой нагрузки.

## **ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**ВОДОПЬЯН А.В., ВОДОПЬЯН О.В.**

*Лабораторная служба «Хеликс», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Описание случая.** Больная 55 лет, участковый врач, в декабре 2021 г. была экстренно госпитализирована в реанимационное отделение в коматозном состоянии с явлениями правостороннего гемипареза. Из анамнеза: повышение АД в течение 16 лет, принимала эпизодически гипотензивные препараты. Резкое ухудшение на фоне стресса, высоких психоэмоциональных перегрузок. При поступлении на ЭКГ выявлен впервые короткий пароксизм фибрилляции предсердий. На амбулаторном лечении в последующее время в анализах длительно сохранялся лимфоцитоз и нейтропения. Лечение антикоагулянтами не проводилось.

Через 2 месяца при приступе нестабильной стенокардии на эхокардиографии выявлена гипокинезия нижней стенки левого желудочка и рубцовые изменения на ЭКГ.

В течение последующих двух месяцев сохранялась артериальная гипотония, присоединились гиперпигментация кожи, нарастали гиперкалиемия, гипонатриемия, гипогликемия, судорожный синдром, повышение ТТГ, симптомы гипокортицизма, подтвержденные лабораторно и инструментально. За 12 месяцев у пациентки зарегистрировано 6 госпитализаций по экстренным показаниям в крайне тяжелом состоянии. Последняя госпитализация с явлениями гиперкалиемии, эндокринными нарушениями с явлениями гипокортицизма, выраженной гипотонии, судорожным синдромом. Выявлена вторичная хроническая надпочечниковая недостаточность. Субклинический гипотиреоз. ХБП С2. Пациентке назначены глюкокортикоиды, гипотензивные препараты, левотироксин натрия, ивабрадин, коррекция электролитных и метаболических нарушений.

Диагноз в настоящее время: Инфаркт мозга неуточненный (2021). ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (Острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка (2022). ГБ III стадии. Контролируемая АГ. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД <130/80 мм рт.ст.

Осложнения основного заболевания: Острый коронарный тромбоз вследствие ассоциированного тромботического поражения (2022).

Сопутствующие заболевания: Генерализованный атеросклероз коронарных, мозговых артерий. Коронавирусная инфекция неуточненная. Хронический бронхит, стадия ремиссии. Вторичная хроническая надпочечниковая недостаточность. ХБП С2.

**Отличительные особенности данного случая.** Мультифакторность заболевания связана с тромбогенными нарушениями в результате коронавирусной инфекции, деструкцией гипоталамо-гипофизарных структур, сопровождающимися цитотоксическим действием катехоламинов и ангиотензина II на сосудистый эндотелий, генерализованного атеросклероза, ишемических нарушений органов и систем. Фоновый фактор риска – хронический стресс, в том числе, профессиональный.

## ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА ДУДНИКА АМУРСКОГО (ANGELICA AMURENSIS)

ВОЛЧЕК И.А., НОВОЖЕЛОВ В.Г., СКВОРЦОВ С.В., ГЛАДЬКО О.В., ТЕРЯЕВ А.С.

ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Российская Федерация

ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва, Российская Федерация

Филиал ВМедА в г. Москве, г. Москва, Российская Федерация

ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии», г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Одним из основных механизмов многих патологических процессов является дисбаланс синтеза цитокинов. При этом известно, что ряд растений семейства *Angelica* регулируют синтез цитокинов и с древности используются для лечения, в частности, аутоиммунных заболеваний.

**Цель.** Провести тестирование экстракта Дудника Амурского (*Angelica Amurensis*) в отношении NFAT5-опосредованного механизма регуляции синтеза цитокинов.

**Материал и методы.** В качестве исходного сырья использовали корни и траву Дудника Амурского (*Angelica Amurensis*). Экстрагирование материала осуществляли с помощью комбинации методов погружной ультразвуковой экстракции в водно-спиртовом растворе и ускоренной экстракции этанолом ASE (Accelerated solvent extraction). Производили исследование спонтанной и индуцированной фитогемагглютинином (ФГА) продукции GM-CSF, IFN $\gamma$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF $\alpha$  мононуклеарными клетками периферической крови 17 здоровых доноров. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD). Параллельно определяли уровень NFAT5 (ядерный фактор активированных Т-клеток) в клеточном лизате с помощью тест-системы Cusabio Biotech для иммуноферментного анализа (Human Nuclear factor of activated T-cells 5(NFAT5) ELISA kit). Исследования выполняли по протоколам производителей.

**Результаты.** Установлено, что использованный экстракт не оказывал достоверного влияния на спонтанную продукцию изучаемых цитокинов (опыт/контроль пг/мл): GM-CSF - 15,2 $\pm$ 3,5/10,2 $\pm$ 0,3; IFN $\gamma$  - 0,3 $\pm$ 0,9/0,7 $\pm$ 0,4; IL-2 - 15,2 $\pm$ 0,1/22,2 $\pm$ 1,2; IL-4 - 3,4 $\pm$ 0,4/3,08 $\pm$ 0,09; IL-6 - 185,3 $\pm$ 7,9/227,9 $\pm$ 49,2; IL-8 - 91,4 $\pm$ 11,2/69,4 $\pm$ 17,8; IL-10 – 37,3 $\pm$ 12,4/44,3 $\pm$ 21,2; TNF $\alpha$  105 $\pm$ 12,3/115,8 $\pm$ 11,3 ( $p > 0,05$ ). Однако, он обладал выраженным ингибирующим эффектом в отношении ФГА стимулированного синтеза следующих цитокинов (экстракт/ФГА пг/мл): IFN $\gamma$  – 344,9 $\pm$ 26,2/1606,5 $\pm$ 82,7; IL-2 - 22,2 $\pm$ 1,2/50,2 $\pm$ 4,3; IL-6 - 145,3 $\pm$ 14,9/227,9 $\pm$ 10,2; IL-8 - 69,4 $\pm$ 7,8/362,5 $\pm$ 2,8, TNF $\alpha$  - 115,8 $\pm$ 1,3/938 $\pm$ 23 ( $p \leq 0,01$ ). Также отмечено достоверное снижение концентрации NFAT5 в лизатах предобработанных экстрактом мононуклеарных клеток (более, чем на 72,3%;  $p \leq 0,001$ ). Поскольку NFAT5 является важнейшим звеном процесса синтеза провоспалительных цитокинов, можно с уверенностью предположить, что иммуномодулирующее действие полученного экстракта связано с ингибцией NFAT5.

**Выводы.** Полученные данные указывают на высокую перспективность использования экстракта Дудника Амурского в качестве фармацевтической субстанции.



## **РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ**

**ВОРОНКИНА А.В., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В., ГРИГОРЬЕВА И.И., АВЕРКИЕВА Ю.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.**

*ФГБУ «ФЦВМТ» Минздрава РФ, г. Калининград, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация*

*ГАУЗ «КГКБ № 4», г. Кемерово, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить риск остеопоротических переломов по шкале FRAX в зависимости от показателей липидного спектра крови у мужчин с ИБС.

**Материал и методы.** Обследованы 93 мужчины старше 50 лет (средний возраст –  $60.8 \pm 6.9$  лет) с ИБС, верифицированной методом коронароангиографии. На основании информации о наличии клинических факторов риска остеопоротических переломов и данных денситометрии (Excell XR-46, NORLAND, США) у всех включенных в исследование пациентов использовали калькулятор FRAX для количественной оценки вероятности основных остеопоротических переломов и переломов проксимального отдела бедра в ближайшие 10 лет. Определяли концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛВП и ХС ЛНП) в сыворотке крови спектрофотометрическим методом.

**Результаты.** Десятилетний абсолютный риск основных остеопоротических переломов по FRAX составил  $9.88 \pm 7.22$ , риск перелома проксимального отдела бедра –  $3.97 \pm 6.27$  – у всех включенных в исследование пациентов. Дислипидемия обнаружена у большинства мужчин с ИБС (95.7% пациентов): гиперхолестеринемия – 76.3%, повышенный уровень ХС ЛНП – 81.7% больных, гипертриглицеридемия – 49.5% случаев, уменьшение концентрации ХС ЛВП – 44.1%. Результаты корреляционного анализа выявили достоверную прямую корреляционную зависимость между уровнем ОХС и риском переломов бедра по FRAX ( $r=0.21$ ;  $p=0.050$ ). Для других показателей липидограммы корреляционная связь с остеопоротическими переломам отсутствовала.

**Выводы.** Гиперхолестеринемия ассоциируется с повышенным риском остеопоротических переломов по шкале FRAX у мужчин с ишемической болезнью сердца.

## **СВЯЗЬ УРОВНЯ БАЗОВОЙ АКТИВНОСТИ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**

**ВРУБЛЕВСКИЙ А.Н., КАРПЕНКО Д.Г., ЛАРИНА В.Н.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Старшая возрастная группа – одна из быстрорастущих когорт населения, при этом гериатрические синдромы у долгожителей являются малоизученными.

**Цель.** Оценить ассоциацию показателей базовой активности со старческой астенией (СА) у долгожителей города Москвы.

**Материал и методы.** В исследование включены 52 человека (12 мужчин, 40 женщин) в возрасте от 90 до 99 ( $92,8 \pm 2,3$ ) лет. У всех пациентов проводили сбор жалоб, анамнеза, общепринятый физикальный осмотр. СА оценивалась на основании краткой батареи тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery): 10-12 баллов соответствовали отсутствию старческой астении, 8-9 баллов – преастении, 7 баллов и менее – наличию старческой астении. Базовая функциональная активность оценивалась с помощью шкалы оценки базовой функциональной активности (шкала Бартел: Barthel Activities of daily living Index - ADL Barthel Index).

**Результаты.** На основании интерпретации шкалы Бартел, в зависимости от количества набранных баллов, получены следующие результаты: полная зависимость имелась у 3 (5,8%), выраженная - у 5 (9,6%), умеренная – у 21 (40,4%), легкая - у 8 (15,4%), полностью независимыми были 15 (28,8%) долгожителей. Диагностированный синдром СА имелся у всех пациентов ( $n=3$ , женщины, средний возраст 97 лет) с полной и выраженной базовой зависимостью ( $n=5$ , мужчина и 4 женщины, средний возраст 93 года), у 19 (90,5%) долгожителей (женщины со средним возрастом 93,4 года) с умеренной базовой зависимостью, у 6 (75%) долгожителей (2 мужчин и 4 женщин, средний возраст 90,5 лет) с легкой базовой зависимостью, у 10 долгожителей (66,6%, 6 мужчин и 4 женщины, средний возраст к 92,3 года) с полной независимостью. Установлена корреляционная связь ( $p=0,019$ ,  $r=-0,328$ ) и ассоциация между синдромом СА и уровнем базовой активности по индексу Бартел (ОШ 2,4; 95% ДИ 1,09-5,32;  $p=0,030$ ).

**Выводы.** Подтвержден вклад СА в формирование зависимости от посторонней помощи у долгожителей. Поскольку показатели базовой активности объективизируют степень независимости и потребность ухода за пациентами третьими лицами, для организации помощи долгожителям, особенно для планирования объема медицинской помощи на дому, следует своевременно проводить скрининг СА в более молодом возрасте.

## **ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**ВЫЖИГИН Д.А., НОВОСЕЛ Е.О., ШУПЕНИНА Е.Ю., ВАСЮК Ю.А., ЖУКОВА Л.Г., АСТАХОВ Д.А.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** За последние годы эффективность лечения онкологических заболеваний значительно повысилась благодаря появлению эффективных новых препаратов. Однако злокачественные новообразования остаются одной из ведущих причин общемировой смертности. Увеличение числа онкологических больных, получающих противоопухолевое лечение, приводит к более частому возникновению кардиотоксических осложнений, в т.ч. нарушений ритма и проводимости.

**Цель.** Оценить возможности суточного мониторирования ЭКГ в диагностике нарушений ритма и проводимости у онкологических пациентов и определить влияние аритмий на клинические исходы.

**Материал и методы.** В исследование включены 98 онкологических больных, среди них 63 пациента без нарушений ритма в начале противоопухолевого лечения и 35 с аритмиями, возникшими во время проведения химио- и таргетной терапии. Наиболее распространенными локализациями были молочная железа (n=49 (49,5%)) и кишечник (колоректальный рак n=22 (22,2%)). Пациентам проводился общий осмотр, регистрация ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ.

**Результаты.** За 9 месяцев наблюдения в основной группе у 8 пациентов (14%) возникли различные аритмии (удлинение интервала QTc (>QTc) n=2 (25%), частая НЖЭС n=2 (25%), частая ЖЭС n=4 (50%), ЖТ n=4 (50%)). В контрольной группе нарушения ритма и проводимости распределились следующим образом: >QTc n=6 (17%), частая НЖЭС n=12 (34%), ФП n=13 (37%), частая ЖЭС n=14 (40%), ЖТ n=5 (14%). У пациентов с синусовым ритмом отмечено 15 летальных исходов (24%), из них аритмии были выявлены у 2 (13%). Среди больных с нарушениями ритма и проводимости умерло 13 участников исследования (37%). Было обнаружено, что у онкологических больных с выявленным >QTc и ЖТ количество летальных случаев превосходило другие аритмии (>QTc 5 из 8 (62%), ЖТ 7 из 9 (71%)). Одновременное наличие >QTc и ЖТ было напрямую связано с развитием смертельных исходов в ближайшие месяцы: >QTc+ЖТ 5 из 5 (100%).

**Выводы.** Регулярное проведение суточного мониторирования ЭКГ позволяет своевременно выявлять возникающие нарушения ритма. Появление аритмий при проведении химио-и таргетной терапии негативно влияет на течение онкологического заболевания. Одновременное возникновение >QTc и ЖТ у онкобольных может быть неблагоприятным прогностическим фактором.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У МУЛЬТИМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ**

**ГАВРИЛОВА А.А., ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациентка Л., 1957 года рождения. В 2014 г. уставлен диагноз «Неаллергическая бронхиальная астма (БА), среднетяжелое течение». Несмотря на терапию ингаляционным глюкокортикостероидом (ИГКС) и длительно действующим бета-агонистом (ДДБА) в фиксированной комбинации, сохранялись частые приступы бронхоспазма.

В 2022 г., учитывая отсутствие контроля терапии БА, жалобы на кожный зуд, слезотечение, а также повышение уровня общего IgE, пациентка направлена к врачу-аллергологу. К базисной терапии ИГКС+ДДБА добавлен монтелукаст 10 мг, что позволило достичь контроля БА. У пациентки в анамнезе: гипертоническая болезнь III стадии; ХСН с сохраненной фракцией выброса (62%), стадия Па, ФК II; частая желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия. Нетоксический многоузловой зуб I степени; экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Пациентка получала терапию: периндоприл 8 мг + индапамид 2,5 мг; небиволол 7,5 мг; фелодипин 10 мг. Контроль АД достигнут не был, отмечалась частая экстрасистолия с выраженными субъективными проявлениями. Проведена замена индапамида на спиронолактон + торасемид, небиволола - на соталол + ивабрадин. На данной терапии удалось достичь контроля АД, значительного снижения частоты экстрасистол и улучшения самочувствия.

**Отличительные особенности данного случая.** Отсутствие контроля БА в связи с поздним выявлением ее аллергического характера. Сложности подбора антиаритмической терапии на фоне мультиморбидности.

**Трудности в диагностике и лечении.** Недостаточная эффективность первоначальной терапии была обусловлена отсутствием учета аллергических проявлений и ожирения у пациентки, так как при данных патологиях назначение блокаторов лейкотриеновых рецепторов оказывается наиболее оптимальным. При подборе антигипертензивной терапии не была учтена симптоматика ХСН. Добавление к терапии спиронолактона и торасемида позволило достичь контроля АД, уменьшить проявления ХСН. Значительный эффект в виде снижения частоты экстрасистол и нормализации ЧСС оказала также смена антиаритмической терапии. Выбор комбинации соталол + ивабрадин был обусловлен неэффективностью небиволола и сопутствующей БА, а также невозможностью назначить амиодарон из-за многоузлового зоба, что позволило нормализовать ритм сердца, не ухудшая течение БА.

## ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СТАТУСА И УРОВНЯ АММОНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

ГАЛИЕВА А.М., ХАЗИЕВА Г.Р., МУХАМЕТОВА Д.Д., БЕЛОУСОВА Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Печеночная энцефалопатия (ПЭ) – серьезное осложнение цирроза печени (ЦП), диагностика которого на ранней стадии затруднена. В клинической практике, помимо психометрических тестов, возможно определение уровня аммония крови, однако стандартизированного диагностического метода не существует.

**Цель.** Изучить когнитивный статус и уровень аммония крови у пациентов с ЦП.

**Материал и методы.** В исследование включены 77 пациентов с ЦП. Мужчин 27 (35%). Средний возраст пациентов 51 [42; 61] год. Оценивалась тяжесть ЦП по Чайлд-Пью: класс А - 21 пациент, В – 32, С - 24. Средний балл MELD 14 [9; 22]. Для определения стадии ПЭ использовались критерии West-Haven. Всем пациентам проводился тест связи чисел (ТСЧ) – норма <40 секунд; у 20 пациентов применялись опросники MMSE и MoCA (норма 29-30 и 26-30 баллов соответственно); у 37 определялся уровень аммония на экспресс-анализаторе PocketChemBAPA-4140 (норма <60 мкмоль/л).

**Результаты.** По критериям West-Haven 18% пациентов не имели ПЭ, минимальная ПЭ была у 18%, ПЭ 1 ст. – 36%, ПЭ 2 ст. – 28%.

Среднее значение ТСЧ 66,5 [49; 100] сек. При ЦП класса А по Чайлд-Пью медиана времени выполнения ТСЧ 53,5 [41; 72] сек, класса В - 67 [52,5; 85] сек, класса С - 91 [59; 117] сек. ТСЧ коррелировал со стадией Чайлд-Пью ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ), индексом MELD ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ).

Среднее значение уровня аммония составило 97 [66; 177] мкмоль/л. Из 37 пациентов 4 имели нормальный уровень аммония. При ЦП класса А средний уровень аммония 94 [64; 159] мкмоль/л, класса В – 89 [66; 116] мкмоль/л, класса С – 137 [81; 197] мкмоль/л.

Средний результат по опросникам MMSE и MoCA равнялся 25 [23; 29] и 24 [17; 28] баллам соответственно, которые коррелировали между собой ( $r=0,75$ ;  $p<0,05$ ).

**Выводы.** ПЭ выявлена у 82% пациентов. Увеличено время выполнения ТСЧ у 86% пациентов, которое коррелировало со стадией ЦП по Чайлд-Пью, индексом MELD. Гипераммониемия наблюдалась у 89% пациентов. По опросникам MMSE, MoCA 70% и 58% пациентов соответственно выполняли тесты неудовлетворительно.

## НОВЫЙ ФИЗИКАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

ГАРАНИН А.А.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы представляет собой важную клиническую проблему, являясь частой причиной синдрома боли в грудной клетке. В настоящее время отсутствуют объективные методы исследования данного заболевания, физикальная диагностика не разработана.

**Цель.** Обоснование и внедрение в практику нового физикального симптома диафрагмальных грыж (ДГ).

**Материал и методы.** Обследованы 132 пациента с ДГ, подтвержденной рентгенологически и 117 здоровых лиц. Всем пациентам проведена аускультация грудной клетки в четырех точках, где в норме должны выслушиваться только основные дыхательные шумы и тоны сердца. При выслушивании звукового феномена в виде патологической мелкокалиберной перистальтики (урчания) констатировали ДГ. Данные аускультации сопоставляли с результатами рентгенологического метода.

**Результаты.** В ходе проведенного наблюдения патологический звуковой феномен выявлен у 84% пациентов с ДГ. Расчет специфичности показал результат в 95%. Прогностическая значимость положительного результата составила 96%, а отрицательного – 82%, что указывает на высокую диагностическую эффективность данного физикального метода.

Пять патогенетических механизмов приводят к формированию выявленного звукового феномена:

1. Эзофагеальная «очистительная» перистальтика, препятствующая регургитации кислого содержимого желудка в пищевод;
2. Деформация желудка при прохождении его части через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную полость;
3. Нарушение секреции и метаболизма оксида азота при ДГ;
4. Патологическая перистальтика пищевода и желудка у больных с ДГ, вызывающая возникновение антиперистальтических волн, сопровождающихся гастроэзофагеальным рефлюксом и проявляющаяся клинически патологической отрыжкой;
5. Явление гидродинамической кавитации, возникающее в результате регургитации содержимого желудка в пищевод.

Понимание патофизиологических механизмов, обуславливающих появление патологической перистальтики и антиперистальтики пищевода и желудка у пациентов с ДГ, позволяет осознать причины возникновения звукового феномена и связанного с ним физикального симптома при данном заболевании.

**Выводы.** Предложенный физикальный прием может использоваться в качестве способа диагностики ДГ в повседневной профессиональной деятельности врачей общей практики, кардиологов и терапевтов, торакальных хирургов и гастроэнтерологов, а также для дифференциальной диагностики одного из важнейших краеугольных камней клинической медицины – синдрома боли в грудной клетке.

## **РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ 45-64 ЛЕТ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА**

**ГАФАРОВ В.В.**

*НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Цель.** Определить ассоциации риска возникновения инфаркта миокарда (ИМ) и продолжительности сна среди лиц 45-64 лет.

**Материал и методы.** Объектом для исследования послужили репрезентативные выборки лиц 45-64 лет, полученные в рамках IV и VI скринингов 2003-2005 гг., 2015-2018 гг. программы MONICA-MORIS. Для оценки продолжительности сна использовалась анкета Дженкинса. За период наблюдения (с 1 января 2006 г. по 31 декабря 2019 г.) в когорте было выявлено среди мужчин - 44, а среди женщин - 37 новых случаев ИМ.

**Результаты.** Среди лиц 45-64 лет за период с 2003-2005 гг. по 2015-2018 гг. снизилось число лиц с 7-8-часовым ночным сном (с 44,9% до 31,9%; с 28,5% до 24,4% соответственно); увеличилось: число лиц, которые тратят на сон  $\leq 5$ -6 часов (с 4,9% до 9,9%, с 16,2% до 27,2% соответственно), спящих 9 часов в сутки (с 3,7% до 5,4%). В 2003-2005 гг. В возрасте 55-64 лет наблюдался чаще сон  $\leq 7$  часов, 6-часовой сон – группе 45-54 лет. В 2015-2018 гг. среди мужчин чаще был 6-часовой сон, среди женщин - 7-часовой. За 14-летний период, HR ИМ был выше у мужчин с 5-6-часовым сном, чем с 7-8-часовым ночным сном в 1,7 раза в группе 45-64 лет, в 45-54 лет - в 2,42 раза. За 14-летний период у женщин HR ИМ был выше среди лиц с 5-6-часовым сном в 1,6 раза в сравнение с женщинами, чей ночной сон составлял 7-8 часов. В группе 45-54 лет риск ИМ был выше среди женщин с 9-10-часовым ночным сном в 4,4 раза в сравнение с женщинами, у которых продолжительность ночного сна составляла 7-8 часов.

**Выводы.** За период с 2003-2018 гг., продолжительность сна у лиц 45-64 лет снизилась как среди мужчин, так и женщин; «короткая» продолжительность сна была ассоциирована с риском ИМ среди мужчин и женщин, а «длинная» оказалась фактором риска ИМ для женщин.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ-ЧУВАШЕЙ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СОБЫТИЕМ

ГЕОРГИЕВА К.С., ПАВЛОВА С.И., ЖУЧКОВА С.М., ДУБОВА А.В., ПРИЩЕПА Н.П., ЕМЕЕВА Н.Г.

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация,  
БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары,  
Российская Федерация*

*ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России, г. Чебоксары, Российская Федерация*

*АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Российская Федерация*

**Актуальность.** Клопидогрел – пролекарство, требующее биоактивации в печени (с помощью фермента CYP2C19) с образованием активного метаболита после всасывания в желудочно-кишечном тракте (ABCB1). Несмотря на то, что популяция чувашей занимает пятое место по численности в Российской Федерации, данные о частоте и распространенности их генетических полиморфизмов на сегодняшний день, немногочисленны.

**Цель.** Проанализировать носительство аллельных вариантов генов CYP2C19 и ABCB1, у пациентов-чувашей с острым коронарным синдромом (ОКС).

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие пациенты чувашской популяции с ОКС, получающие клопидогрел. Определение полиморфизма генов CYP2C19, ABCB1 осуществлено методом полимеразной цепной реакции.

**Результаты.** В исследование включены 72 пациента с диагнозами: «первичный ОКС» – 70,8% (n=51) и 29,2% (n=21) – с повторным ОКС. Средний возраст  $65,2 \pm 11,3$  лет, преобладали мужчины – 58,3%, женщин было 41,7%. Сахарный диабет, в качестве коморбидной патологии, имелся у 19,4% пациентов (n=14), артериальная гипертензия 3 стадии у 94,4 % (n=68), гиперлипидемия – 90,3% (n=65), хроническая сердечная недостаточность 2 стадии и выше – 91,7% (n=66). Результаты генотипирования на носительство аллельных вариантов CYP2C19\*17 (rs12248560) показали следующее: у 55,5% - полиморфизмы отсутствовали, полиморфизм СТ выявлен у 41,7%, ТТ – у 2,8%. «Дикий» CYP2C19\*3 (rs4986893) зафиксирован у 94,4%, полиморфные аллели GA и AA, встречались в равных соотношениях – 2,8%. Аллельный вариант GA гена CYP2C19\*2 (rs4244285) выявлен у 23,6% пациентов, у 76,4% полиморфизмов не обнаружено. В ходе тестирования по гену ABCB1 (rs1045642) преобладал полиморфизм СТ у 45,8%, ТТ встречался с частотой 38,9%, «дикий» – 15,3%.

**Выводы.** Частота носительства минимум одного полиморфного аллеля ABCB1 у пациентов чувашской популяции с ОКС высока (84,7%), полиморфные аллели CYP2C19\*17 выявлены у почти половины обследуемых (44,5%), гетерозиготные полиморфизмы CYP2C19\*2 имели четверть пациентов (23,6%). Изучаемые полиморфизмы у пациентов с ОКС свидетельствуют о наличии этнических особенностей, оказывающих влияние на ответ пациентов чувашской популяции на фармакотерапию. Очевидно, дальнейшее популяционное исследование актуально для персонализации терапии клопидогрелом в Чувашской Республике.



## ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У «ВЗРОСЛЫХ» ПАЦИЕНТОВ С РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

ГЕОРГИНОВА О.А., КРАСНОВА Т.Н., ПАВЛИКОВА Е.П.

ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Российская Федерация

**Цель.** Исследовать связь между сердечно-сосудистым риском и воспалительной реакцией у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование проходило с участием взрослых пациентов с ранее установленным ЮИА (1995-2002 гг.), наблюдающихся в Медицинском научно-образовательном центре МГУ им. М.В. Ломоносова. Анализировались клинические параметры (число болезненных и воспаленных суставов, наличие воспалительной боли в позвоночнике, DAS 28 или ASDAS срб), лабораторные параметры (общий анализ крови, СОЭ, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, мочевая кислота, глюкоза, гликированный гемоглобин, уровень холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, общий анализ мочи), оценивали сердечно-сосудистые факторы риска: семейный анамнез сердечно-сосудистых событий, курение, артериальную гипертензию, сахарный диабет, ожирение, дислипидемию и гиподинамию.

**Результаты.** В исследование включили 17 пациентов (12 женщин и 5 мужчин), средний возраст составил  $34,9 \pm 10,7$  [19-46] лет. Средний возраст начала заболевания –  $10,9 \pm 4,25$  [2-16] лет. Средняя продолжительность заболевания –  $25,5 \pm 2,13$  [21-28] лет. Средние значения С-реактивного белка (СРБ) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) составили  $8,13 \pm 4,9$  [1-26] мг/мл и  $15,75 \pm 7$  [5-42] мм/ч. Сердечно-сосудистые факторы риска присутствовали у 10 пациентов (58,8%): отягощенный сердечно-сосудистый семейный анамнез (n=7), курение (n=6), гиподинамия (n=7), артериальная гипертензия (n=3), сахарный диабет (n=2), дислипидемия (n=3), ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> (n=5). Все типы сердечно-сосудистых факторов риска встречались у пациентов с повышенными маркерами воспаления (СОЭ, СРБ) (54% *против* 13,4%;  $p=0,016$ ). Кроме того, в нашей популяции курение (индекс курения от 1,25 до 12) коррелировало с повышением острофазовых белков (20% *против* 0%;  $p=0,048$ ).

Также выявлена связь с активностью ревматических заболеваний (ЧБС, ЧПС, высокие значения ASDAS и DAS 28) и наличием всех факторов сердечно-сосудистого риска ( $r=0,421$ ;  $p=0,015$ ).

**Выводы.** У пациентов с ранее установленным ЮИА показатели воспаления коррелируют не только с активностью болезни, но и с сердечно-сосудистым риском. Таким пациентам рекомендовано регулярно контролировать активность болезни и модифицировать факторы, приводящие к повышению сердечно-сосудистого риска.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ, г. Новосибирск, Российская Федерация

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из ведущих причин снижения качества жизни пациентов, инвалидизации и смертности.

**Цель.** Изучить клиничко-функциональные характеристики пациентов с ХСН в разных возрастных категориях.

**Материал и методы.** Работа проводилась на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» г. Новосибирска. В исследование включены 90 пациентов (48 женщин, 42 мужчины) с диагностированной ХСН II-III функционального класса (ФК) по NYHA, последовательно госпитализированные в терапевтическое отделение с 10.01. по 01.08.2023 г. Всем обследованным проводились клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $68,1 \pm 9,8$  лет (мужчин  $62,2 \pm 9,3$  лет, женщин  $73,3 \pm 7,7$  лет). Среди пациентов преобладали лица пожилого и старческого возраста (77,7% и 22,3%). У лиц пожилого и старческого возраста отмечается Па стадия ХСН в 58,7% случаев (женщины 60,9%, мужчины 39,1%), ХСН Пб стадии в 35,9% (женщины -76%, мужчины -24%); ХСН III стадии в 4,4% (мужчины 100%). У лиц среднего возраста ХСН Па стадии определена у 55% пациентов (мужчины -100%). ХСН Пб стадии определена у 45% пациентов, преимущественно у мужчин (75%), III стадии не встречалась. В группе пациентов среднего возраста: ФК I встречался в 20% случаях, ФК II в 45% случаях, ФК III - 35%, ФК IV не встречалась. В группе пожилого и старческого возраста – ХСН I ФК не встречалась, ФК II – 38,5%, чаще у мужчин (92,6%), ФК III – 55,7%, чаще у женщин 66,6%, ФК IV выявлена у 5,7% пациентов. Атипичная клиническая симптоматика преобладала у пациентов старше трудоспособного возраста 62,8%. При расчете индекса массы тела в группе пациентов среднего возраста преобладали пациенты с избыточной массой тела, что составило 65%.

**Выводы.** ХСН чаще встречалась у лиц пожилого и старческого возраста, среди которых преобладала Па стадия. Пациенты с ХСН среднего возраста во многих случаях имели избыточную массу тела. Лица пожилого и старческого возраста имели нетипичную симптоматику, что вероятно всего, задерживало диагностику и лечение ХСН.

## **ВЛИЯНИЕ НИКОРАНДИЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИБС**

**ГЕРЦЕН К.А.**

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить влияние никорандила на функциональные особенности миокарда ЛЖ в постковидных условиях при стабильной ИБС.

**Материал и методы.** В 2 группы включены мужчины в возрасте 50-65 лет, с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 ФК, первая (n=28) – принимающие базовую антиишемическую терапию 1 линии, вторая (n=26) – принимающие антиангинальную терапию 1 линии + никорандил 10 мг в сутки. Проведена оценка ЭХОКГ, суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), ЭКГ, продольной деформации миокарда ЛЖ (GLPS).

**Результаты.** Показатели систолической функции ФВ в группе 1 составили  $65,2 \pm 0,3\%$ , в группе 2 –  $66,0 \pm 0,4\%$ . В постинфекционном периоде выявлены изменения глобальной продольной деформации миокарда в  $85,7\%$  при среднем значении GLPS -  $14,0 \pm 0,2\%$  в группе 1, и  $16,0 \pm 0,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Минимальные показатели встречались при GLPS -  $12,7 \pm 0,5\%$  по базальным: переднебоковому в  $32,1\%$  случаев, переднеперегородочному  $42,9\%$  и переднему сегментам  $67,9\%$ ; по заднему и заднебоковому сегменту  $46,4\%$  случаев в 1 группе. В группе 2: минимальные показатели встречались при GLPS -  $13,5 \pm 0,3\%$  по базальным: переднему и переднебоковому сегментам  $38,5\%$  заднебоковому сегменту  $65,4\%$ . Диастолическая дисфункция (ДД) выявлена в  $100\%$  и в группе 1 характеризовалась: иVЛП  $32,97 \pm 1,92$  мл/м<sup>2</sup>, иММЛЖ  $98,33 \pm 1,84$  г/м<sup>2</sup>, E/Em  $15,32 \pm 0,32$ , в группе 2: иVЛП  $32,27 \pm 0,32$  мл/м<sup>2</sup>, иММЛЖ  $97,43 \pm 0,84$  г/м<sup>2</sup>, E/Em  $10,52 \pm 0,42$  ( $p < 0,05$ ). По данным ЭКГ в  $75,0\%$  отмечалась – синусовая аритмия, тахикардия, в  $17,6\%$  - брадикардия, АВ блокада 1-2 ст., в  $7,7\%$  - смешанный тип нарушения ритма сердца и нарушения проводимости в группе 2, тогда как в группе 1 – преобладали признаки нарушения АВ проводимости  $53,6\%$  и смешанный тип –  $42,9\%$ . По данным СМЭКГ в группе 1 - ишемические изменения выявлены у  $57,1\%$  по типу депрессии сегмента ST более  $1,0$  мм, в группе 2 – депрессия сегмента ST зафиксирована в  $19,2\%$  на фоне приема никорандила 10 мг в сутки.

**Выводы.** Деформационные нарушения продольной сократимости миокарда, проявления диастолической дисфункции, ишемические проявления менее выражены во 2 группе на фоне применения никорандила 10 мг в сутки в качестве базовой терапии, что является проявлением эффекта фармакологического прекондиционирования в условиях перенесенной COVID-19 инфекции.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST ЭКГ**

**ГИРИВЕНКО А.И., СМИРНОВА Е.А., НИЗОВ А.А., ЛАПКИН М.М., СУЧКОВА Е.И.**  
*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Подсчет индекса GRACE – общепринятый метод оценки прогноза при остром коронарном синдроме без подъема ST ЭКГ (ОКСбпST), при этом актуальным является поиск новых маркеров течения заболевания. Изменения неспецифических адаптационных систем организма (НАСО) сопровождают любые патологические процессы, а их оценка позволяет уточнить прогноз.

**Цель.** Изучить связь динамики состояния НАСО, оцененного по показателям вариабельности сердечного ритма (BCP), с прогнозом больных ОКСбпST.

**Материал и методы.** В открытое проспективное исследование включены 92 пациента (75 мужчин, 17 женщин, медиана возраста 61,0 [55,0; 67,0] лет) с ОКСбпST. НАСО оценивали по BCP на 1 и 7 сутки от поступления по показателю «среднеквадратическое отклонения ряда кардиоинтервалов» (SDNN, мс). Все пациенты проходили клиническое обследование и получали терапию в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Исход заболевания через 1 год оценивали методом телефонного опроса пациентов и/или родственников и изучения данных амбулаторных карт. Для оценки прогноза использовали метод логистической регрессии. Статистически значимым считали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Через 1 год после выписки удалось проследить судьбу 89 больных. За этот период перенесли одно сердечно-сосудистое событие 33 человека (37,1%): госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии - 31, экстренная коронарная реваскуляризация выполнена 9, повторный инфаркт миокарда перенес 1, летальный исход 1, плановое АКШ выполнено 3. При построении модели логистической регрессии с использованием значения риска смерти или рецидива инфаркта миокарда в течение 6 месяцев по шкале GRACE, процент корректных значений 58,6%,  $p=0,025$ , отношение шансов (ОШ) составило 1,76. При добавлении SDNN на 7 день наблюдения процент корректных значений возрос до 67,2%,  $p=0,003$ , ОШ 4,02; при добавлении SDNN при поступлении и на 7 день наблюдения, процент корректных значений увеличился до 74,1%,  $p=0,003$ , ОШ 9,23. Таким образом, добавление SDNN, особенно в динамике на 1 и 7 сутки наблюдения, повышает прогностическую точность логистической регрессии.

**Выводы.** Динамика состояния неспецифических адаптационных систем организма у больных ОКСбпST ЭКГ имеет значимую связь с прогнозом, хорошо дополняя традиционные клинические показатели.

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТРОМБОФИЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 1 ТИПА

ГЛАДКИХ Н.Н., ШУШАНОВА А.С., ЯГОДА А.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

**Актуальность.** В условиях приверженности врачей к соблюдению клинических рекомендаций, а пациентов – к лечению, развитие повторных сердечно-сосудистых событий может быть связано с генетическими факторами, которые в совокупности с негенетическими определяют неблагоприятный прогноз.

**Цель.** Выявить генетические и негенетические факторы риска повторного острого коронарного синдрома (ОКС) у молодых больных инфарктом миокарда (ИМ) 1 типа, перенесших стентирование коронарных артерий.

**Материал и методы.** Осуществлено проспективное наблюдение в течение 1 года за больными 25-44 лет, перенесшими чрескожное коронарное вмешательство по поводу ИМ 1 типа (n=100). Все больные были мужского пола. Отклик составил 98%. Конечных точек исследования достигли 15,3% участников: у 6,1% – повторный ИМ 1 типа и у 9,2% – нестабильная стенокардия, потребовавшая экстренной госпитализации. Летальных исходов и инсультов зарегистрировано не было. Анализировали атерогенные факторы (факторы риска атеросклероза и липидный профиль), частоту полиморфизмов генов системы гемостаза: FGB (-455G>A), F2 (20210G>A), F5 (1691G>A), F7 (10976G>A), F13A1 (103G>T), PAI-1 (-675 5G>4G), ITGA2 (807C>T), ITGB3 (1565T>C). Статистический анализ: критерии  $\chi^2$ , Стьюдента, Манна-Уитни, отношение шансов (ОШ). Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В зависимости от исхода за однолетний период наблюдения пациенты были разделены на 2 группы: 1-я (n=15) – с повторным ОКС и 2-я (n=83) – с благоприятным течением годового периода. Группы больных исходно были сопоставимы по возрасту, а также по частоте факторов риска атеросклероза (курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, наследственность по ранней ИБС, абдоминальное ожирение, ожирение) и спектру липидного профиля (общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности). Установлена ассоциация гомозиготного «мутантного» генотипа -675 4G/4G гена PAI-1 с развитием повторного ОКС ( $p=0,023$ ). Носительство генотипа -675 4G/4G гена PAI-1 увеличивало риск повторного ОКС в 4 раза (ОШ 4,16; 95% ДИ 1,33-13,03). Различий в частоте генотипов других исследованных генов не наблюдалось.

**Выводы.** Установлена ассоциация генотипа -675 4G/4G гена PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена типа 1) с развитием повторного ОКС в течение 1 года у мужчин молодого возраста, перенесших коронарное стентирование по поводу ИМ 1 типа.

## ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГЛЕНЗА А.

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Нарушения липидного обмена как один из основных факторов риска артериальной гипертензии (АГ), представляет интерес для изучения у лиц с повышенным артериальным давлением (АД).

**Цель.** Изучение показателей липидного обмена в популяции населения Рязанской области, страдающей АГ.

**Материал и методы.** В рамках исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации 2» (ЭССЕ-2-РФ) из 1632 лиц, проживающих в Рязанской области в выборке из 202 человек, страдающих АГ (Группа А), средний возраст  $45,5 \pm 8,85$  лет, 51,5% женщин, и 143 исследуемых с повышенным АД на приеме, но без диагноза АГ, не принимающие антигипертензивные препараты, (Группа Б) средний возраст  $46,3 \pm 10,5$  лет, 51,1% женщин, проведено изучение состояния липидного обмена. У всех пациентов определены уровни ОХС, ЛПНП, ЛПВП и ТГ.

**Результаты.** Из 202 больных в группе А, 80,7% имели на момент обследования нарушение хотя бы одного параметра липидного обмена, 66,3% имели нарушение хотя бы двух параметров. Из 143 исследуемых в группе Б, 80,4% имели нарушение хотя бы одного параметра, 69,9% имели нарушение хотя бы двух параметров. Средний уровень ОХС составил  $5,42 \pm 1,20$  и  $5,68 \pm 1,14$  ммоль/л ( $p=0,051$ ), ЛПНП –  $3,18 \pm 1,08$  и  $3,38 \pm 0,99$  ммоль/л ( $p=0,076$ ), ТГ –  $1,79 \pm 0,48$  и  $1,72 \pm 0,46$  ммоль/л ( $p=0,64$ ), в группе А и в группе Б соответственно. Чистота повышение ОХС составила 66,83 и 72,0% ( $p=0,242$ ), ЛПНП – 53,5% и 64,3% ( $p=0,059$ ), ТГ – 36,1% и 36,4% ( $p=0,966$ ), в группе А и в группе Б соответственно. Чистота снижение ЛПВП составила 12,9% и 10,5% ( $p=0,274$ ).

**Выводы.** У больных с повышенным АД, не принимающих антигипертензивные препараты, и у больных АГ отмечаются сопоставимые результаты по уровню нарушения липидного обмена. В частности, установлено, что нарушение хотя бы одного параметра липидного обмена встречается у 80,4% и 80,7% случаев соответственно.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРЕПАРАТОМ ГАБАПЕНТИН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**ГОЛУБКИНА Е.В., ШИРЯЕВА Н.Ю., ЖИВЧИКОВА Е.В., ЕФРЕМОВА В.А., УМЕРОВА А.Р.**  
*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Российская Федерация*  
*АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России», г. Астрахань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Лечение хронического болевого синдрома, сопровождающего диабетическую полинейропатию, остается актуальным, несмотря на большой выбор средств, используемых при данной патологии.

**Цель.** Оценить эффективность препарата габапентин при диабетической полинейропатии у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** Наблюдалась группа из 22 пациентов с СД 2 типа и диабетической полинейропатией. Средний возраст пациентов 54,3 года, средняя длительность заболевания – 7,5 лет. Пациенты предъявляли жалобы на жжение, онемение, покалывание, боли в области стоп, судороги икроножных мышц. Все больные получали препараты альфа-липоевой кислоты, комплексный препарат витаминов группы В. При поступлении в стационар к терапии добавлялся габапентин. Группу сравнения составили 26 больных СД 2 типа, получавшие ту же терапию, но без препарата габапентин. Диагноз диабетической полинейропатии подтверждался снижением всех видов чувствительности: тактильной, вибрационной, температурной. Пульсация на сосудах стоп определялась у всех пациентов.

Оценка степени тяжести болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли составляла 6-8 баллов. Всем больным основной группы был назначен Габапентин от 300 до 1200 мг в сутки. Назначалось 600 мг габапентина в два приема. При купировании болевого синдрома на второй день лечения, доза препарата не увеличивалась. Средние суточные дозы Габапентина, купирующие невропатическую боль колебались от 600 до 900 мг.

**Результаты.** У всех больных, получавших габапентин, через 2-4 дня приема появилась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности боли на 3-4 балла. Сократилась частота и интенсивность приступов. В группе сравнения у 3 больных (11,5%) случаев интенсивность боли снизилась на 2 балла, у 9 больных (34,6%) – на 1 балл. У остальных пациентов эффект не отмечался.

**Выводы.** Габапентин можно эффективно использовать для купирования болевого синдрома при диабетической полинейропатии и улучшения качества жизни больных СД 2 типа.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ФЕНОТИПА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**ГОРБУНОВА А.М., ГЕРАСИМЕНКО О.Н., ШПАГИН И.С.**

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Цель.** Оптимизация диагностики в виде изучения клинико-функциональных и нутритивно-метаболических показателей у профессиональных больных на модели коморбидной патологии вибрационной болезни (ВБ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** В ходе одномоментного открытого, описательного, сравнительного клинического исследования обследован 431 пациент в условиях областного центра профессиональной патологии г. Новосибирска. Пациенты были разделены на группы: больные с изолированной ВБ (n=104), коморбидной моделью ВБ + АГ (n=101), группой сравнения были пациенты с АГ (107 пациентов), группа контроля условно здоровые лица (119 человек). Длительность исследования 4.9±0.25 лет. Оценивали показатели основных анализаторов, нутритивного и метаболического статуса, адекватности питания, показатели белкового, липидного, углеводного обмена, адипокинового статуса, 25 ОН витамина D крови, показатели эндотелиальной дисфункции, компонентов РААС, оксидативного стресса и системного воспаления.

**Результаты.** При ВБ + АГ выявлен наиболее неблагоприятный метаболический статус: определены более высокие показатели инсулина, гликированного гемоглобина, индекса НОМА – ИР, показатели общего холестерина, ЛПНП, триглицеридов, коэффициента атерогенности, в сравнении с группой изолированной ВБ и группой контроля соответственно.

Фенотип ВБ и АГ показывает наибольшую концентрацию резистина, на фоне пониженных значений уровня адипонектина, увеличением уровня свободного лептина на фоне снижения лептин-связывающего рецептора. В ходе биоимпедансметрии при ВБ + АГ – увеличение жировой массы при снижении параметров тощей и активно-клеточной массы и фазового угла. В группе ВБ + АГ также выявлены изменения по показателям молекулярного эндотипа: повышение маркеров оксидативного стресса (общий антиоксидантный статус сыворотки, Cu/ZnSOD, концентрация свободных радикалов, перекиси липидов, продукты окисления белков), системы РААС, маркеров эндотелиальной дисфункции (эндотелин 1, оксид азота, тканевой фактор) и системного воспаления (IL1 β, MCP-1, FGF 2, кардиотрофина, MMP 1, MMP 9, пентраксина 3, нейтрофильной эластазы).

**Выводы.** Вариант коморбидной модели характеризуется клинико-молекулярными и нутритивно-метаболическими особенностями у профессиональных больных, которые обусловлены многофакторным патоморфозом сочетания вибрационной болезни и артериальной гипертензии. В данном варианте выявлены показатели худшего метаболического и адипокинового статуса относительно сравниваемых групп, выраженные процессы системного воспаления, оксидативного стресса и эндотелиальной дисфункции.



## **ВАРИАНТ АЛГОРИТМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ**

**ГОРДИЕНКО А.В., СОТНИКОВ А.В., ТАСЫБАЕВ Б.Б., НОСОВИЧ Д.В., ПУЖАЛОВ И.А., КУЛИКОВ Д.Р.**

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Цель.** Разработать модель прогнозирования риска развития острого повреждения почек (ОПП) при инфаркте миокарда (ИМ) у мужчин моложе 60 лет в виде диагностического алгоритма.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 191 мужчины 32-60 лет с ИМ I типа (IV универсальное определение ИМ) и скоростью клубочковой фильтрации (СКД-ЕП)  $\geq 30$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. ОПП диагностировали при повышении уровня креатинина  $\geq 26,5$  мкмоль/л на протяжении  $\geq 2$  суток (и/или в 1,5 раза в течение семи суток) по сравнению с его исходным уровнем в первые 48 часов ИМ. В исследуемую группу включили 25 пациентов с ОПП при ИМ ( $50,6 \pm 5,3$  года), контрольную – 166 пациентов без ОПП ( $51,0 \pm 6,7$  лет,  $p=0,4$ ). На первом этапе при анализе рисков развития ОПП применением критерия Хи-квадрат Пирсона из сформированной аналитической базы отобраны факторы, влияющие на риск развития ОПП у обследованных. Далее математически моделировали риск развития ОПП методом деревьев классификации. Прогнозное качество деревьев-решений оценивали ROC-анализом.

**Результаты.** Наиболее значимыми параметрами для риска развития ОПП у обследованных оказались: зимний период и величина систолического (сис) артериального давления (АД) пациента в первые часы ИМ  $\geq 130$  мм рт.ст. С помощью дерева-решений выделено четыре класса риска. Самый высокий из них (30,2%; объем группы 53 пациента) – при ИМ в зимний период и  $АД_{сис1} \geq 130$  мм рт.ст. Наименьший уровень риска (0,0%, объем группы – 45 случаев) – при ИМ в остальные периоды года и  $АД_{сис1} < 135$  мм рт.ст. При  $АД_{сис1} \geq 135$  мм рт.ст. в эти периоды риск развития ОПП увеличивается до 11,6% (объем группы 69 пациентов). В зимний период при снижении  $АД_{сис1} < 130$  мм рт.ст. он уменьшается до 4,2% (объем выборки 24 случая). AuROC модели: 0,85; чувствительность: 94,1%; и специфичность: 70,9%.

**Выводы.** Применение модели предполагает выделение пациентов группы повышенного ( $\geq 11,6\%$ ) риска развития ОПП при ИМ у мужчин моложе 60 лет для последующего наблюдения и проведения своевременных превентивных мероприятий. Она применима на практике для вспомогательного метода оценки прогноза этого осложнения.

## **ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**ГРАЧЕВ Д.С., ПЕТРОВ В.С., ИСАЕВА Е.В.**

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

*ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Возраст является широко признанным фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний. В текущее время считается, что показатели состояния сосудов более надежный индикатор, чем возраст сам по себе. Одним из методов оценки сосудистой жесткости является измерение индекса САVI (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс).

**Цель.** Изучить жесткость сосудов у пациентов старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Исследовано 120 пациентов старческого возраста с диагнозом ХСН. Клинический диагноз был установлен на основе анамнеза, оценки соматического статуса, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований. Индекс сосудистой жесткости (САVI) определялся с использованием аппарата объемной сфигмографии Vasera VS-1500N.

**Результаты.** Средний возраст участников составил  $81,3 \pm 4,2$  года, 87 из них (72,5%) были женщинами, а 33 (27,5%) - мужчинами. 10% участников имели ХСН I ст., 73% - ХСН IIА ст. и 17% - ХСН IIБ ст. Индекс R-САVI составил: у пациентов с ХСН ФК 2 -  $9,63 \pm 1,68$ , с ХСН ФК 3 -  $9,18 \pm 2,96$  и с ХСН ФК 4 -  $10,2 \pm 0,85$ . Индекс L-САVI составил: у пациентов с ХСН ФК 2 -  $29,73 \pm 1,53$ , с ХСН ФК 3 -  $9,60 \pm 2,67$  и с ХСН ФК 4 -  $10,2 \pm 1,14$ . Пациенты с ХСН ФК 2 имели индекс R-САVI выше на 0,45 ед. ( $p=0,296$ ) по сравнению с пациентами с ХСН ФК 3. В группе пациентов с ХСН ФК 4 наибольший индекс R-САVI был на 0,57 ед. ( $p=0,296$ ) выше, чем в группе пациентов с ХСН ФК 2, и на 1,02 ед. ( $p=0,296$ ) выше, чем у пациентов с ХСН ФК 3. У пациентов с ХСН ФК 4 также наблюдался более высокий индекс L-САVI на 0,47 ед. ( $p=0,754$ ) по сравнению с группой ХСН ФК 2 и на 0,6 ед. ( $p=0,754$ ) по сравнению с группой пациентов с ХСН ФК 3.

**Выводы.** Показатель САVI, который отражает эластичность сосудов, может быть использован для оценки сосудистой жесткости у пациентов с ХСН, в зависимости от их функционального класса.

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОПУТСТВУЮЩИМ СИНДРОМОМ ГИПОТИРЕОЗА**

**ГРИДНЕВА Ю.Ю., ЧЕСНИКОВА А.И., ПАЩЕНКО Е.В.**

*ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** Синдром гипотиреоза является фактором риска развития разных форм ишемической болезни сердца (ИБС), даже при субклиническом гипотиреозе повышается риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В связи с актуальностью проблемы важным представляется выявление клинико-анамнестических особенностей при данной сочетанной патологии.

**Цель.** Выявить клинико-анамнестические особенности у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и сопутствующим гипотиреозом.

**Материал и методы.** В исследование включено 119 пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМспST) в возрасте от 18 до 90 лет. Пациенты распределены на 2 группы: I - с сопутствующим субклиническим гипотиреозом (n=62), II – пациенты без признаков дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) (n=57). Критерии исключения: прием амиодарона, оперативные вмешательства на ЩЖ, гемодинамически значимые пороки сердца, онкологические заболевания, явления сосудистого делирия, тяжелая патология печени и почек, острое нарушение мозгового кровообращения и транзиторная ишемическая атака в течение последних 6 месяцев, психические заболевания. В анкетах пациентов описывали жалобы, клинические проявления, анамнез ИБС, факторы риска и сопутствующую патологию, ранее принимаемые препараты, результаты проведенных исследований. Статистическую обработку данных проводили при помощи программ Microsoft Office Excel 16 (2015, Microsoft, США), Statistica 10.0 (StatSoft, США).

**Результаты.** В I группе чаще регистрировался отягощенный наследственный анамнез по ИБС, чем во II (13,6% и 3,5% соответственно,  $p < 0,05$ ), курящих пациентов было меньше (42,4% против 61,4%,  $p < 0,05$ ), статистически значимо чаще выявлялись артериальная гипертензия (на 98,5% против 93%,  $p < 0,05$ ) и сахарный диабет (18,2% против 10,5%,  $p < 0,05$ ).

Оценка клинических проявлений ОИМспST у пациентов сравниваемых групп показала, что в 60% случаев у пациентов I группы отмечалось отсутствие типичного для ОИМ болевого синдрома, чаще наблюдалось развитие кардиогенного шока (10,6% против 5,3%,  $p < 0,05$ ) и отека легких (10,6% и 1,75% соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Для пациентов с ОИМспST и сопутствующим гипотиреозом характерна более частая встречаемость отягощенного наследственного анамнеза по ИБС, сопутствующих артериальной гипертензии и сахарного диабета, при оценке клинических проявлений – отсутствие типичного болевого синдрома, более частое развитие кардиогенного шока и отека легких.

## **ВЛИЯНИЕ ДОБАВЛЕНИЯ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА В КРЕМ ГЛЮКОЗАМИНА СУЛЬФАТА НА КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

**ГРУНИНА Е.А., НЕКРАСОВ А.А., НЕКРАСОВА Т.А., РАДАЕВА И.Е., ПОЛЬДИНА О.В., КАШЕНОК Е.А.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «ГКБ № 5» Нижегородского района г. Нижнего Новгорода, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Диметилсульфоксид используется как фармацевтический усилитель проникновения наружных лекарственных средств в ткани и может обладать собственным противоотечным и противовоспалительным действием, однако остается не ясным, может ли его наличие в комбинации с другими компонентами способствовать усилению клинически значимого эффекта препаратов.

**Цели исследования** – оценить безопасность и эффективность при лечении остеоартрита (ОА) коленного сустава двух различных модификаций 8% крема глюкозамина сульфата (ГС) для наружного применения – с диметилсульфоксидом и без него, а также определить роль диметилсульфоксида в развитии клинического эффекта.

**Материал и методы.** В открытом наблюдательном сравнительном исследовании 60 пациентов с ОА коленного сустава I–III стадии в течение первых 4 нед получали лечение трансдермальным препаратом ГС, после чего еще 4 нед наблюдались для оценки стабильности терапевтического эффекта. Участники были разделены на две группы: в 1-ю вошли 40 больных, получавших ГС в модифицированной форме, содержащей диметилсульфоксид, во 2-ю — 20 больных, получавших ГС без добавления диметилсульфоксида. Оценивались изменения индекса WOMAC с течением времени, а также интенсивность боли в «целевом» суставе при ходьбе и пальпации.

**Результаты.** Применение ГС обеспечило значительное улучшение большинства показателей в обеих группах наблюдения ( $p \leq 0,05$  по всем параметрам), за исключением «окружности сустава» и «скованности». Во 2-й группе положительная динамика ряда показателей, таких как «Оценка по субшкале боли», «Оценка боли в целевом суставе по визуальной аналоговой шкале при пальпации» и «Общий балл по шкале WOMAC», оказалась более значимой, чем в 1-й группе. Если изначально различий по исследуемым параметрам не было, то в дальнейшем они возникли в пользу второй группы ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Исследование подтверждает эффективность местной терапии у пациентов с ОА и косвенно подтверждает наличие противовоспалительной активности у препаратов, содержащих ГС. Вклад диметилсульфоксида как дополнительного компонента в клиническую эффективность крема ГС остается спорным. Препарат для трансдермального применения с ГС обладает хорошим профилем безопасности, и пациенты, получающие его, привержены терапии. В целом, модификации препарата ГС «с диметилсульфоксидом» и «без диметилсульфоксида» сопоставимы по своим обезболивающим свойствам и интегральному влиянию на функцию коленных суставов.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.И.**

*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) с анемическим синдромом характеризуется толерантностью к последующему лечению, снижением эффективности препаратов, составляющих основу лечения ХСН, и более неблагоприятным прогнозом. Наиболее частыми видами анемии у пациентов с ХСН является анемия хронических болезней (АХБ) (около 58%), в том числе обусловленная дефицитом железа (в 21%).

**Цель.** Оценить клиническую эффективность и отдаленные результаты коррекции анемии у пациентов с ХСН новыми пероральными препаратами железа, сравнить функциональную адаптацию пациентов, качество жизни и изменение выносливости к физической нагрузке до и после терапии.

**Материал и методы.** В исследование включили 96 пациентов с диагнозом ХСН в сочетании с анемией. Пациенты были разделены на две группы: 48 больных получали стандартную терапию ХСН с препаратами железа (группа лечения) и 48 - только терапию ХСН (группа сравнения) в течение 3 месяцев. В качестве ферротерапии использовали сукросомальное железо по 60 мг в день перорально.

**Результаты.** В группе лечения через 3 месяца получено улучшение показателей по шкале клинического состояния пациентов ШОКС ( $p=0,01$ ), по оценке эффективности препаратов железа использовали Миннесотский опросник MNFLQ достоверно улучшение в обеих группах: лечения ( $p=0,002$ ), сравнения ( $p=0,005$ ). Для оценки толерантности к физической нагрузке использовали тест шестиминутной ходьбы, достоверное улучшение в группе лечения Т-6-МХ ( $p=0,01$ ), пациенты прошли значительно больше метров на фоне терапии препаратами железа в отличие от группы сравнения. Назначение препаратов железа не привело к уменьшению количества госпитализаций. Смертность в группе лечения – 0 пациентов, в группе сравнения – 1 за 24 месяца наблюдения.

**Выводы.** Наибольшая эффективность лечения ХСН и анемии выявлена в группе лечения. Назначение препаратов железа не привело к уменьшению количества госпитализаций, но привело к клиническому улучшению качества жизни, повышению толерантности к физическим нагрузкам, уменьшению смертности.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**ГУРКИНА А.А., СТУКЛОВ Н.И.**

*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** По данным зарубежной и отечественной литературы, из всех этиологических факторов наиболее распространенной причиной анемии при хронической сердечной недостаточности (ХСН) является дефицит железа (ДЖ), выявлено, что ДЖ влияет на прогноз и течение ХСН. Многочисленные исследования предыдущих лет показывают, что коррекция даже легкой степени анемии при ХСН приводит к улучшению переносимости физических нагрузок, качества жизни (КЖ), сократительной способности сердечной мышцы.

**Цель.** Оценить клиническую эффективность и отдаленные результаты коррекции новыми пероральными препаратами железа, сравнить: функциональную адаптацию пациентов, качество жизни и изменение выносливости к физической нагрузке до и после терапии.

**Материал и методы.** В исследование включили 56 пациентов с диагнозом ХСН в сочетании с анемией пациенты разделены две группы: 30 больных получали стандартную терапию ХСН с препаратами железа (группа лечения) и 26 - только терапию ХСН (группа сравнения) в течение 3 месяцев. В качестве ферротерапии использовали сукросомальное железо по 60 мг в день перорально.

**Результаты.** Использование препаратов железа с гепцидиннезависимым механизмом всасывания в сочетании со стандартной терапией ХСН привело к улучшению показателей Hb ( $p=0,01$ ); MCH ( $p=0,03$ ); MCV ( $p=0,05$ ); СЖ ( $p=0,003$ ); повышению ФС ( $p=0,04$ ); снижению NT-proBNP ( $p=0,004$ ). В группе сравнения, достигнуто повышение Hb ( $p=0,05$ ), и снижение СРБ ( $p=0,03$ ), выявлено повышение уровня гепцидина ( $p=0,001$ ), повышение НТЖ ( $p=0,01$ ). Назначение препаратов сукросомального железа приводит к достоверному улучшению качества жизни по клиническим методам диагностики (ШОКС; MHFLQ; T-6-MX), при отсутствии ферротерапии только по шкале MHFLQ.

**Выводы.** Наибольшая эффективность лечения ХСН и анемии выявлена в группе лечения, это указывает на то, что добавление сукросомального железа приводит не только к нормализации эритроцитарных показателей, обмена железа, но и значимому снижению степени гипоксии миокарда. Назначение препаратов железа привело к клиническому улучшению качества жизни, повышению толерантности к физическим нагрузкам.

## ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ

ДЕНИСОВА Е.А., КЛЕСТЕР Е.Б.

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности населения во всем мире. При этом артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором развития инсульта, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности, которая влияет на смертность, но и на состояние здоровья и продолжительность жизни населения.

**Цель.** Оценить показатели гемодинамики сердца у пациентов с коморбидной патологией пожилого возраста.

**Материал и методы.** Обследовано 130 человек, находившихся в терапевтическом отделении в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» г. Барнаул. В исследование включались мужчины старше 60 лет с сердечно – сосудистой патологией. Больные были разделены на 3 группы: 1 – 30 больных с АГ, 2 – 30 больных с АГ и ИБС и 3 группа – 70 больных, страдающих ХСН. Средний возраст был  $76,2 \pm 1,2$  лет. Исследование центральной гемодинамики проводили методом ЭхоКГ и доплерЭхоКГ с помощью ультразвукового аппарата VIVID-7 (США). Из морфологических параметров определяли конечные систолический (КСР, мм) и диастолический (КДР, мм) размеры левого желудочка (ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ. Из полученных величин рассчитывались: индексированные показатели к площади поверхности тела КДР ЛЖ и КСР ЛЖ, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), относительная толщина стенок (ОТС). Уровень пульсового артериального давления (ПАД) определяли  $ПАД = САД - ДАД$ . ПАДЦ по формуле:  $ПАДЦ = ПАДП \times 0,49 + В \times 0,30 + 7,11$ , где В – возраст пациентов.

**Результаты.** В группе больных АГ выявлены более высокий уровень САД, ДАД, АДср. по сравнению с таковым в других группах, но и увеличение ПАДП. У больных АГ с III стадией ПАДП было выше на 16,5 % ( $z=2,02$ ;  $p=0,043$ ), чем у больных с ХСН I ФК. В группе ХСН со II ФК данный показатель был выше на 6,4 % ( $z=1,96$ ;  $p=0,05$ ), чем у больных с I ФК. ПАДЦ было самым высоким у больных в группе АГ+ИБС, у больных АГ+СН показатель был выше на 9,2 % ( $z=2,24$ ;  $p=0,03$ ), чем у больных с ХСН I ФК. У больных с коморбидной патологией пожилого возраста развиваются процессы сердечно-сосудистого ремоделирования, включающие изменения массы и геометрии ЛЖ.

**Выводы.** Отмечается взаимосвязь расстройств гемодинамики с клиническими проявлениями ИБС, с изменениями гемодинамики и сократительной способности миокарда. В основе этого лежит взаимосвязь поражения системного, терминального и коронарного кровообращения.

## **ВЫЖИВАЕМОСТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ**

*ДЕХНИЧ Н.Н., ЕЛИСТРАТОВ Н.Д., РЖЕВЦЕВА Е.Д., ЦВЕТНАЯ М.П., САФОНОВА К.А.  
ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Российская Федерация  
ОГБУЗ «Клиническая больница №1», г. Смоленск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Для лечения COVID-19 в разное время применялись различные схемы лечения. Из-за недостаточного количества информации о новом вирусе и эмпирическом подходе к лечению длительное время не существовало единой стратегии эффективной и рациональной терапии. Были рассмотрены временные клинические рекомендации 11 пересмотра, актуальные на момент госпитализации пациентов, чьи истории болезни были включены в материалы исследования.

**Цель.** Провести оценку выживаемости пациентов с COVID-19 при использовании рекомендуемых средств этиотропной, патогенетической и антимикробной терапии.

**Материал и методы.** Изучены 385 историй болезни пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией, осложненной двусторонней вирусной пневмонией, поступивших в ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска с 1 июня по 31 августа 2021 г. На основании данных о проводимой терапии были сформированы выборки из пациентов, получавших курс того или иного лекарственного средства. Для каждой выборки была рассчитана выживаемость.

**Результаты.** Возраст пациентов составил  $58,5 \pm 15,2$  лет (от 19 до 97 лет), из них женщин 50,9% (n=196), мужчин – 49,1% (n=189). Каждый пациент в среднем получал 4 лекарственных препарата (не считая симптоматической терапии и лечения сопутствующих заболеваний). За время госпитализации умерло 21,6% пациентов (n=83). Таким образом, выживаемость составила 78,4% (n=302).

Фавипиравир получали 285 пациентов, его использование не показало значимого изменения выживаемости – 77,9% ( $p=0,33$ ). Дексаметазон получал 361 пациент, выживаемость (79,2%) значимо не отличалась от выживаемости без его применения ( $p=0,07$ ). Олокизумаб получали 125 пациентов, их выживаемость была ниже средней – 73,6% ( $p=0,05$ ). Группа пациентов, получавшая низкомолекулярные гепарины – эноксапарин или фраксипарин (n=79), продемонстрировала высокую выживаемость – 89,9% ( $p < 0,01$ ). При использовании нефракционированного гепарина (n=293) выживаемость оказалась ниже средней – 75,8% ( $p=0,01$ ). Ни один из антибиотиков не показал значимого повышения выживаемости: цефтриаксон (n=96) – 80,2% ( $p=0,31$ ); цефоперазон (n=83) – 73,5% ( $p=0,11$ ); цефепим (n=32) – 65,6% ( $p=0,03$ ); меропенем (n=27) – 29,6% ( $p < 0,01$ ); левофлоксацин (n=25) – 68,0% ( $p=0,09$ ).

**Выводы.** Наибольшую значимость для выживаемости пациентов среди рассмотренных лекарственных средств показали низкомолекулярные гепарины – эноксапарин и фраксипарин.



## **КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

**ДИМИТРИЕВА О.В., ТАРАСОВА Л.В.**

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация*

*БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Российская Федерация*

*БУ ЧР «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, Российская Федерация*

**Актуальность.** В структуре коморбидности терапевтического пациента значимую долю занимают злокачественные новообразования, которые зачастую осложняются венозными тромбоэмболическими событиями. Исключительную важность у этой категории пациентов приобретает прогнозирование тромбоза на амбулаторном этапе.

**Цель.** Оценить значимость клинических маркеров риска развития ТЭЛА у пациентов с ЗНО из группы умеренного риска развития ВТЭО.

**Материал и методы.** Проведено когортное исследование с участием 273 амбулаторных пациентов (122 пациента с ТЭЛА на фоне ЗНО; 151 – с ЗНО без ТЭЛА) АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии в период с 2019 по 2023 гг. Сравнение групп осуществлялось путем анализа ряда параметров клинического и лабораторно-инструментального характера, которые позволяли провести сравнительный анализ факторов риска ВТЭО.

**Результаты.** Установлены следующие клинические факторы риска ТЭЛА у пациентов умеренного риска ВТЭО по шкале Khorana. Возраст статистически выше определен в группе ТЭЛА на фоне ЗНО. При помощи ROC-анализа определено пороговое значение возраста – 64 года (чувствительность и специфичность модели 65,6% и 66,8% соответственно). При увеличении возраста прямо пропорционально увеличивается вероятность развития ТЭЛА у пациентов умеренного риска ВТЭО. Эпизод тромбоза в анамнезе достоверно чаще встречался в группе ТЭЛА на фоне (p < 0,001) (до 32% пациентов с ТЭЛА на фоне ЗНО имели тромбозы в анамнезе). Наличие ишемической болезни сердца (ИБС) также было идентифицировано как фактор риска ТЭЛА при ЗНО. ИБС значимо чаще встречался в группе ТЭЛА на фоне ЗНО (36,9% пациентов в группе ТЭЛА на фоне ЗНО выставлялся диагноз ИБС).

**Выводы.** У пациентов с ЗНО из группы умеренного риска по шкале Khorana факторами, способствующими развитию ТЭЛА, являются возраст пациентов старше 64 лет, наличие тромбоза в анамнезе, ишемической болезни сердца. Полученные результаты могут способствовать формированию категории «наибольшего» риска развития ТЭЛА в группе пациентов с ЗНО умеренного риска ВТЭО по шкале Khorana для более углубленного обследования с применением лабораторно-инструментальных исследований и последующего принятия решения об инициации первичной антикоагулянтной терапии.

## КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ГЛАЗАМИ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

ДОЛГОВ Н.В., КРАСИВИНА И.Г., ДОЛГОВА Л.Н., ЖОМОВА М.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация

ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина"», г. Ярославль, Российская Федерация

**Актуальность.** Согласно современной трактовке, гиперурикемия – это повышение сывороточной концентрации мочевой кислоты независимо от пола свыше 360 мкмоль/л как границы повышенного риска развития подагры и как целевого показателя урикемии при проведении уратснижающей терапии. Вопросы коррекции гиперурикемии и ведения больных подагрой в основном возложены на врачей-терапевтов. Участником этого длительного стратегически важного процесса является и сам пациент, роль которого трудно переоценить.

**Цель исследования** – анализ субъективных составляющих активности и эффективности коррекции гиперурикемии в условиях реальной амбулаторной практики.

**Материал и методы.** Проводилось анонимное добровольное анкетирование 90 врачей по вопросам коррекции гиперурикемии (средний возраст специалистов 42,9±12,9 года, средний стаж работы – 18,3±12,4 лет). Среди респондентов преобладали врачи терапевтических специальностей (79%), в том числе 55 терапевтов (61%). Также осуществлялось интервьюирование 36 больных подагрой (средний возраст 59,4±9,8) относительно их информированности о своем уровне мочевой кислоты и приверженности к приему уратснижающих препаратов.

**Результаты.** Важность немедикаментозной коррекции гиперурикемии отметили 98% врачей. При этом, назначая пациентам диету, они преимущественно придерживаются ограничительной тактики: в 94% случаях рекомендуют ограничение потребления алкоголя и мясопродуктов, в 64% – бобовых, в 59% – шоколада и какао, в 52% – томатов. Среди ошибочных рекомендаций встречались сокращение потребления кофе (52%) и молочных продуктов (16%). Осведомленность о продуктах, рекомендованных к употреблению при гиперурикемии, продемонстрировали 80% участников, но среди них о пользе цитрусовых сообщили лишь 26%, кофе – только 6% врачей. Активность специалистов в назначении уратснижающей терапии составила более 70%, знание единого целевого уровня мочевой кислоты показали 13%, при этом со стороны 36% врачей имело место чрезмерное допущение использования уратснижающей терапии во время острого приступа подагры. Среди опрошенных пациентов свой уровень мочевой кислоты знали 70%, приверженность к систематическому приему урикостатилов продемонстрировали 38,8%. Среди причин отказа или нерегулярности приема препаратов этой группы 50% респондентов указали полипрагмазию, в остальных случаях назывались причины, свидетельствующие о недостаточном знании больными целей и принципов контроля урикемии.

**Выводы.** Информационная поддержка по вопросам рациональной коррекции уровня мочевой кислоты необходима как пациентам, так и врачам первичного звена.

## **ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**ДОНСКАЯ А.А., ВИНОКУРОВА С.П., ЕРМОЛАЕВ А.Р.**

*ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», г. Якутск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В условиях социально-экономических преобразований и загрязнения окружающей среды, вызванных активным промышленным освоением российской Арктики, необходимо проводить мониторинг уровня артериальной гипертензии и факторов ее риска у коренных народов.

**Цель исследования** – изучение особенностей течения и коррекции артериальной гипертензии у женщин на амбулаторном этапе в процессе мониторинга.

**Методы и материал.** Проведен ретроспективный анализ 60 амбулаторных карт женщин с артериальной гипертензией, состоявших на диспансерном учете у одного терапевта ГАУ РС (Я) «Поликлиника № 1» г. Якутска в 2015–2019 гг. Средний возраст исследуемых составил  $58,9 \pm 1,9$  в начале и  $65,9 \pm 1,6$  лет к концу наблюдения. Пациентки были разделены на две возрастные группы – молодого/среднего (до 60 лет) и пожилого/старческого возраста (60 и старше). Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа. Статистический анализ выполнялся с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc).

**Результаты.** По данным амбулаторных карт, проанализированы жалобы пациенток, ассоциированные состояния, гемодинамические, лабораторные показатели и антигипертензивная терапия в динамике. Среди пациенток с артериальной гипертензией частота общей слабости за 5 лет наблюдения во 2-й возрастной группе стала заметно реже. Частота головной боли в 1-й группе сначала выросла, но затем, к концу наблюдения, снизилась. Во 2-й возрастной группе было выявлено повышение триглицеридов. В 1-й возрастной группе медиана диастолического артериального давления в динамике снизилась. У исследуемых пациенток были установлены значимые взаимосвязи между показателями центральной гемодинамики и функции почек, высокозначимая обратная корреляция между уровнями мочевины и общего белка, значительная положительная корреляция между уровнями глюкозы и общего белка, между уровнем глюкозы, частотой сердечных сокращений и содержанием гемоглобина, между уровнями общего холестерина и гематокрита, а также между уровнями триглицеридов и мочевины крови. Использование пациентками селективных бета-адреноблокаторов в комплексной терапии уменьшилось почти вдвое. Взаимосвязь показателей гемодинамики и функции почек у женщин 1-й возрастной группы говорит о преобладании артериальной гипертензии почечного генеза.

**Выводы.** Таким образом, пациентов с артериальной гипертензией необходимо своевременно обследовать на ассоциированные и сопутствующие заболевания с учетом возраста.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

ДОРОГОВА Э.А., СЕЛИВАНОВ Ф.О., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

**Актуальность.** Помимо таких традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как возраст, наследственность, ожирение, гиперхолестеринемия, курение, в настоящее время рассматривают и гиперурикемию (ГУ).

**Цель.** Оценить факторы сердечно-сосудистого риска у больных с ГУ.

**Материал и методы.** В исследование включены 44 пациента с ГУ. Средний возраст пациентов –  $59,3 \pm 10,5$  лет (из них мужчин – 32 пациента (72,7%), женщин - 12 (27,3%)). Определяли концентрацию общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности в сыворотке крови. Расчет СКФ производился по формуле СКD-EPI. Всем пациентам рассчитывали ИМТ.

**Результаты.** Установлено, что средний уровень мочевой кислоты у пациентов с ГУ составил  $451,4 \pm 122,3$  мкмоль/л, у мужчин –  $464,0 \pm 175,5$  мкмоль/л, женщин –  $419,6 \pm 147,7$  мкмоль/л.

При оценке ИМТ выявлено, что у 35 пациентов (79,5%) избыточная масса тела. Средний показатель ИМТ составил  $30,8 \pm 6,6$  кг/м<sup>2</sup>.

Дислипидемия обнаружена у 26 пациентов с ГУ (59,9%): гиперхолестеринемия – 18 пациентов (40,9%), повышенный уровень холестерина липопротеинов низкой плотности – 7 пациентов (15,9%), гипертриглицеридемия – 9 пациентов (20,5%), уменьшение концентрации холестерина липопротеинов высокой плотности – 7 пациентов (15,9%). Средний уровень коэффициента атерогенности составил  $3,8 \pm 1,8$ , триглицеридов  $2,1 \pm 1$  ммоль/л, общего холестерина  $5,8 \pm 1,2$  ммоль/л.

При оценке уровня глюкозы гипергликемия выявлена у 12 пациентов (27,3%). Средний уровень глюкозы –  $5,54 \pm 0,91$  ммоль/л.

При исследовании функции почек установлено, что у 18 пациентов (40,9%) СКФ ниже  $90$  мл/мин/1,72 м<sup>2</sup>.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать ГУ в качестве фактора риска развития ССЗ.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**ДОЩАННИКОВ Д.А., ПУШКИНА Л.А.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Цель.** Выявить особенности течения и ведения инфаркта миокарда (ИМ) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ НО «ГКБ №5» г. Нижнего Новгорода с диагнозом ОНМК, за период с 2018 по 2023 гг. В 53 случаях (0,96%) основное заболевание осложнилось развитием ИМ. В исследуемой группе средний возраст составил  $71,2 \pm 6,3$  года, преобладали мужчины (64,2%).

**Результат.** Чаще ИМ развивался у пациентов с ишемическим инсультом (77,4%). В клинической картине ангинозные боли имели место у 30,2%, у 20,8% отмечалось бессимптомное течение и 49% пациентов не предъявляли жалоб из-за речевых нарушений или снижения уровня сознания. В 77,4% случаев выявлялась стойкая тенденция к артериальной гипотонии. Повышение маркеров некроза миокарда регистрировалось у всех пациентов, при подозрении на развитие ИМ. Изменения ЭКГ в виде элевации ST и формирования Q наблюдались у 45,3% больных. Инфарктные изменения чаще выявлялись в области передней стенки левого желудочка (83%). В 18,9% случаев диагноз ИМ установлен только при аутопсии, что было обусловлено атипичным течением и неспецифическими изменениями ЭКГ. Всего летальных исходов в данной группе больных зарегистрировано 23 (43,4%). В структуре осложнений, приведших к смерти, превалировала фибрилляция желудочков (87%), также наблюдалась рецидивирующая острая сердечная недостаточность (8,7%) и разрыв миокарда (4,3%). При этом в группе пациентов с геморрагическим инсультом летальные исходы регистрировались значительно чаще (83,3% против 31,7%,  $p=0,002$ ). Данный факт объясняется тем, что лечение больных ИМ в условиях острого геморрагического инсульта носит исключительно посиндромный характер при невозможности адекватной антитромботической терапии. У пациентов с ишемическим инсультом в 3 случаях (7,3%) было проведено экстренное ЧКВ, у остальных больных, ввиду поздней диагностики, данное вмешательство носило отсроченный характер.

**Выводы.** Таким образом, развитие ИМ у больных ОНМК сопровождается затрудненной диагностикой и ведением данного заболевания. При наличии геморрагического инсульта присоединение ИМ значительно чаще приводит к летальному исходу.

## **ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КОМОРБИДНЫМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**ДРОНОВ Д.Н., ПОСТНИКОВА А.Д., КАРПУХИНА Е.В., КАРПУХИН И.Б.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время психические расстройства имеют тенденцию к распространению в общей популяции, что неизбежно приводит к увеличению случаев сочетанной соматической и психиатрической патологии. Применение антипсихотических препаратов влечет за собой целый ряд побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Данный факт создает трудности и ограничения для терапии многих видов кардиологической патологии, коморбидной с заболеваниями психиатрического профиля.

**Цель** – провести скрининговое обследование пациентов психиатрического профиля с целью выявления кардиологической патологии и установления закономерностей в течение сердечно-сосудистого заболевания, влияющих на его фармакотерапию.

**Материал и методы.** Участниками исследования были пациенты психиатрического профиля с диагнозом шизофрения, постоянно принимающие антипсихотическую терапию нейрорептиками и антидепрессантами. Всем пациентам было выполнено скрининговое обследование сердечно-сосудистой системы для дальнейшего отбора лиц, которым требуются неинвазивные инструментальные исследования.

**Результаты.** В ходе работы обследовано 150 пациентов с диагнозом шизофрения, в том числе 35 человек с достоверно установленной кардиологической патологией, по поводу которой они наблюдаются у терапевта. Среди них доля принимающих бета-блокаторы равнялась 85%, ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II – 14,3%, антиагреганты – 5,7%, статины – 5,7%. Среднее артериальное давление (АД) в группе исследуемых составило 104/62 мм. рт.ст., средний уровень частоты сердечных сокращений (ЧСС) – 87/мин. Количество респондентов, имевших на момент осмотра жалобы на одышку, – 2 (5,7%), боль в груди – 1 (2,9%), перебои в работе в сердца – 15 (42,9%) человек.

В группе пациентов, не имеющих в анамнезе кардиологической патологии, доля респондентов с жалобами на одышку составила 5 (4,3%), боль в груди – 7 (6,1%), отеки нижних конечностей – 10 (8,7%), перебои в работе сердца – 60 (52%) человек. Среднее АД у них равнялось 110/65 мм. рт.ст., средний уровень ЧСС – 92/мин.

**Выводы.** Полученные предварительные данные позволяют сделать вывод о том, что более половины пациентов, принимающих антипсихотическую терапию, имеют кардиальную патологию. Подбор медикаментозной терапии во многом осложняется наличием у таких пациентов гипотензии и электрокардиографических изменений, не позволяющих назначить оптимальные терапевтические дозы основных классов кардиологических лекарственных средств, что становится причиной сохранения высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

## ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ДУДАНОВА О.П., ЦЕХАНОВИЧ К.Б., ЛАРИНА Н.А.

*ПетрГУ, г. Петрозаводск, Российская Федерация*

*ЧУЗ «КБ "РЖД-Медицина"», г.Петрозаводск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Фиброз печени является главным патофизиологическим механизмом, ответственным за прогрессирующее течение хронических диффузных заболеваний печени (ХДЗП), но клиническая диагностика его затруднена и чаще всего осуществляется на конечной стадии при декомпенсации ЦП.

**Цель.** Определить стадию фиброза у пациентов ХДЗП с использованием сдвиговой эластографии печени.

**Материал и методы.** Эластография выполнялась на аппарате Mindray DC-80 (Китай) методом ARFI 69 пациентам ХДЗП: 36 (52,2%) неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), 6 (8,7%) вирусными гепатитами, 7 (10,1%) алкогольной болезнью печени (АБП), 1 (1,4%) аутоиммунным, 4 (5,8%) – смешанной этиологии (АБП + НАЖБП) и 15 (14,5%) криптогенным гепатитом. Женщин было 47 (68,1%), мужчин – 22 (31,9%), средний возраст составил  $53,2 \pm 12,6$  года.

**Результаты.** У 42 (60,9%) пациентов выявлялся фиброз I стадии (F1) с уровнем жесткости  $6,43 \pm 0,39$  кПа, F2 – у 20 (29,0%) пациентов -  $7,94 \pm 0,61$  кПа, F3 – у 4 (5,8%) с уровнем  $9,95 \pm 0,87$  кПа и F4 – у 3 (4,3%) пациентов с жесткостью  $12,85 \pm 0,47$  кПа. Максимальный уровень фиброза отмечался у пациентов вирусной этиологии –  $10,26 \pm 3,16$  кПа и АБП –  $9,76 \pm 3,37$  кПа ( $p > 0,05$ ), минимальный – при НАЖБП –  $7,27 \pm 1,49$  кПа и криптогенном гепатите –  $7,04 \pm 0,9$  кПа ( $p < 0,05$ ). Выше был фиброз печени у мужчин –  $7,73 \pm 1,78$  кПа, чем у женщин  $7,11 \pm 1,31$  кПа ( $p > 0,05$ ). Обнаружена наиболее тесная прямая связь уровня жесткости с ГГТП –  $r = 0,52$  ( $p < 0,05$ ), ЩФ –  $r = 0,31$  ( $p < 0,05$ ) и ЛПВП –  $r = -0,32$  ( $p < 0,05$ ), а также с размером левой доли печени –  $r = 0,28$  ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В структуре пациентов ХДЗП по данным сдвиговой эластографии преобладали лица с ранними стадиями фиброза – F1-F2 – у 62 (89,9%) и редко выявлялся F3-F4 – у 7 (10,1%) пациентов. Уровень жесткости печени прямо коррелировал с показателями внутрипеченочного холестаза, размерами левой доли печени и обратно – с уровнем ЛПВП. Применение эластографии позволило улучшить диагностику цирроза печени на доклинической стадии.

## ПРЕДИКТОРЫ ЦИРРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ДУДОВ Т.Р., БАЙСАЕВА Л.С., КОРОЙ П.В., ЯГОДА А.В.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация

**Актуальность.** Несмотря на то, что биопсия является эталонным методом диагностики и определения степени тяжести фиброза при хронических заболеваниях печени (ХЗП), до настоящего времени ведется поиск неинвазивных маркеров – предикторов цирроза печени.

**Цель.** Изучить значимость некоторых клинико-лабораторных и инструментальных показателей в прогнозировании развития цирроза (фиброза F4) при ХЗП.

**Материал и методы.** Обследованы 76 больных с гистологически подтвержденными ХЗП (27 женщин, 49 мужчин) в возрасте от 18 до 64 лет. Фиброз печени F0, F1, F2, F3, F4 выявлен в 10,5%, 26,3%, 23,7%, 17,1%, 22,4% случаях соответственно. В анализ включены 19 показателей: возраст, пол, этиология ХЗП (вирусная, алкогольная), значения аспарагиновой (АсАТ) и аланиновой (АлАТ) аминотрансфераз, глутамилтранспептидазы (ГГТ), щелочной фосфатазы, общего и прямого билирубина, СОЭ, С-реактивного белка, фибриногена, альбумина, протромбинового времени, протромбинового индекса, международного нормализованного отношения, общего холестерина, тромбоцитов, эластичности печени. Применяли ROC-анализ, рассчитывали отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ), определяли чувствительность и специфичность.

**Результаты.** Повышенный риск наличия цирроза печени был связан с величинами ГГТ более 67,8 ед/л (ОШ 32,7; ДИ 6,5-161,4), эластичности печени выше 11,1 кПа (ОШ 16,5; ДИ 4,1-66,3), альбумина менее 39,3 г/л (ОШ 15,5; ДИ 3,9-62,2), тромбоцитов ниже  $173 \times 10^9$ /л (ОШ 13,6; ДИ 2,8-65,2), возраста старше 45 лет (ОШ 12,7; ДИ 3,5-46,1), АсАТ более 49,3 ед/л (ОШ 9,8; ДИ 2,5-38,3), СОЭ выше 9 мм/час (ОШ 6,8; ДИ 2,0-23,8), общего билирубина более 16 мкмоль/л (ОШ 6,8; ДИ 1,8-26,3), прямого билирубина выше 8,4 мкмоль/л (ОШ 5,5; ДИ 1,7-17,8), АлАТ более 65 ед/л (ОШ 4,3; ДИ 1,4-14,0). Наиболее оптимальная площадь под кривой выявлялась в случаях показателей ГГТ (0,89), эластичности печени (0,84), возраста (0,78) и альбумина (0,77). Величины чувствительности и специфичности составили соответственно для ГГТ (88,2%, 81,4%), эластичности печени (82,4%, 78,0%), возраста (76,5%, 79,7%).

**Выводы.** Значения ГГТ более 67,8 ед/л, эластичности печени выше 11,1 кПа и возраст старше 45 лет являются наиболее значимыми предикторами формирования цирроза у больных ХЗП.



## **ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**ЕВДОКИМОВ Д.С., РЕСНЯНСКАЯ Е.Д.**

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Цель.** На основании клинических и лабораторно-инструментальных данных построить модель для прогнозирования риска летального исхода у пациентов с синдромом такоцубо (СТ) в течение года после дебюта заболевания.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 больных с СТ, диагноз верифицирован на основании международных критериев interTAK, средний возраст  $65,5 \pm 13,4$  лет (91,7% женщин). Всем пациентам проводилось обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальный осмотр. Сбор данных о жалобах, анамнезе основного и сопутствующих заболеваний проводился по специально разработанной анкете. Лабораторно-инструментальные методы исследования включали: электрокардиографию, эхокардиографию, в том числе с функцией speckle-tracking, коронарографию, вентрикулографию, в сомнительных случаях выполнялась магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием; клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на тропонин.

**Результаты.** За период наблюдения было зафиксировано 4 летальных исхода вследствие внезапной сердечной смерти. При проведении однофакторного анализа было установлено, что из всех изученных факторов только действие физического триггера, как пускового механизма заболевания, являлось достоверным предиктором летального исхода в отдаленном периоде (ОШ 7,6; чувствительность – 75%, специфичность – 75% ( $p < 0,05$ )). При построении прогностической модели методом деревьев классификации с 96,5% вероятностью оказалось возможным спрогнозировать летальный исход. Было установлено, что возникновение кардиогенного шока при развитии СТ увеличивает риск смерти в отдаленном периоде до 25%. Кроме того, летальный исход в течение года может случиться в 15,4% случаев, если СТ возник в ответ на физический триггер, а не на эмоциональный фактор. Чувствительность полученной модели составила 50%, специфичность – 98,2%.

**Выводы.** Действие физического триггера и развитие кардиогенного шока в остром периоде являются ведущими предикторами летального исхода у пациентов с СТ в течение года после дебюта заболевания.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ИСХОДНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

**ЕГОРОВА Е.В., НИКИТИНА Н.М., БОГДАЛОВА Л.Р., РЕБРОВ А.П.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Приверженность лечению является важной составляющей эффективности терапии.

**Цель исследования** – оценить эффективность терапии и качество жизни пациенток с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от исходной приверженности лечению.

**Материал и методы.** В исследование были включены 132 женщины с достоверным РА. Активность заболевания оценивалась по DAS28, интенсивность боли – по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Оценка качества жизни проводилась с помощью индексов EQ-5D и HAQ. Исходная приверженность больных определялась посредством опросников Мориски–Грина и количественной оценки приверженности (КОП-25). Для оценки влияния приверженности на эффективность проводимой терапии было сформировано две группы с различным исходным уровнем приверженности. Исследование проводилось исходно и через год. Работа выполняется в рамках совместного проекта Саратовского и Самаркандского медицинских университетов № INTL-SARGMU-SAMGMI-2021-02.

**Результаты.** Низкая приверженность лечению выявлена у 68 (52,3%) и, при количественной оценке по КОП-25, у 33 (40,3%) женщин с РА. Не обнаружено взаимосвязей между общей приверженностью лечению по опроснику Мориски–Грина и продолжительностью РА. При сопоставимых показателях продолжительности и возраста в дебюте заболевания приверженные лечению пациентки были моложе не приверженных лечению женщин ( $51,04 \pm 10,3$  и  $56,7 \pm 9,11$  лет,  $p=0,002$ ). При оценке по КОП-25 отмечена наименьшая приверженность исследованных рекомендациям по модификации образа жизни. У пациенток, не приверженных лечению, установлены достоверно более высокие значения DAS 28 и выраженность боли, чем у пациенток, приверженных терапии. Пациенты с РА, исходно демонстрировавшие низкую приверженность, через год отмечали нарастание активности заболевания и снижение показателей качества жизни. У пациенток, изначально приверженных лечению, в динамике регистрируется уменьшение активности заболевания и улучшение показателей качества жизни.

**Выводы.** 1. Низкая приверженность лечению выявлена при оценке по опроснику Мориски–Грина у 68 (52,3%), по КОП-25 – у 33 (40,3%) женщин с РА; наименьшая приверженность пациенток наблюдалась в отношении рекомендаций по модификации образа жизни. 2. Предикторами высокой приверженности лечению служат молодой возраст пациенток, меньшая продолжительность заболевания, меньший уровень боли по ВАШ. 3. У пациенток с РА с исходно низкой приверженностью терапии через год отмечено нарастание активности заболевания и снижение качества жизни.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 3 ТИПА

ЕЛИЗАРОВА И.О., КАРПЕНКО Ю.Ю., ВОЛЫНКИНА А.П.  
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

**Введение.** Представляем клинический случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 3 типа с сочетанием сахарного диабета (СД) 1 типа, аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и неспецифического язвенного колита (НЯК).

**Описание случая.** Пациентка А., 35 лет, находилась на лечении в ВОКБ №1 (г. Воронеж) с клиническим диагнозом: СД 1 типа. Целевой уровень HbA1c <7%. Осложнения: Диабетическая ангиоретинопатия, непролиферативная стадия. ДН ХБП С1 А1. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая полинейропатия с грубыми двигательными, сенсорными и трофическими нарушениями. Дисметаболическая энцефалопатия с краниалгиями напряжения, умеренными вестибуло-атактическими нарушениями, церебральная астения. Сопутствующий: Язвенный колит, левостороннее поражение, гормонозависимый вариант по анамнезу, активность 2 по Трулав–Виттс. Хронический аутоиммунный тиреоидит, с очаговыми образованиями обеих долей, лекарственно достигнутый эутиреоз.

Поступила в стационар с типичными жалобами, характерными для декомпенсации СД. Получает инсулинотерапию с помощью инсулиновой помпы, контроль – с использованием устройства НМГ. Из анамнеза известно, что диагноз СД 1 типа был поставлен в 2010 г. во время беременности, когда на сроке 22 недель выявили повышение уровня глюкозы крови до 15 мМ/л, ацетонурию, была назначена инсулинотерапия.

Следует отметить, что родной брат страдает СД 1 типа с детского возраста. С 2004 г. пациентка страдает НЯК, обследована, получала лечение сульфасалазином, преднизолоном. В настоящее время осуществляет самостоятельно лечение сульфасалазином только в период обострений, которые возникают не чаще 1 раз в 1,5-2 года. Рецидивы сопровождаются отсутствием адекватного контроля обычными дозами инсулина. Вне обострения самочувствие удовлетворительное. У гастроэнтеролога не наблюдается. Хронический аутоиммунный тиреоидит с очаговыми образованиями обеих долей впервые диагностирован в ноябре 2022 г., получает левотироксин натрия в дозе 50 мкг/сут. В настоящий момент жалоб, связанных с патологией щитовидной железы, не предъявляет.

**Отличительные особенности данного случая.** Наблюдаемый клинический случай интересен тем, что аутоиммунное поражение различных органов развивалось у пациентки на протяжении длительного времени. В данной ситуации СД 1 типа является более тяжелым и жизнеугрожающим заболеванием, однако игнорировать наблюдение за течением НЯК нельзя, т.к. его рецидивы значительно влияют на течение СД, вызывая декомпенсацию.

## ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ЕЛИСЕЕВА Л.Ю., БОРОВКОВА Н.Ю., ЗУБЕЕВ П.С., ЗУБЕЕВА Г.Н.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Накопленный в период пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) опыт свидетельствует о высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с COVID-19 и более высоком риске летального исхода у этих лиц. Создание специализированных отделений по лечению больных НКИ стало важным этапом для сохранения жизни и здоровья населения России. В настоящее время анализ полученного опыта позволяет совершенствовать подходы к лечению таких пациентов.

**Цель** – оценить структуру кардиоваскулярной патологии у пациентов с НКИ и определить предикторы неблагоприятного исхода при лечении COVID-19 у данных лиц.

**Материал и методы.** На базе ковидного госпиталя ГБУЗ НО «Городская больница № 33» (г. Нижний Новгород) было проведено проспективное исследование. Выборка состояла из 139 пациентов, госпитализированных в 2021 г., с подтвержденным диагнозом НКИ и коморбидной патологией. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – реконвалесценты (n=82), 2-я – летальные (n=57). Был выполнен анализ клинических характеристик пациентов, структуры сопутствующей патологии, лабораторных показателей.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 70 [63; 79] лет, старше были летальные пациенты ( $p < 0,001$ ). Индекс массы тела (ИМТ) у исследуемых составил в среднем  $33,8 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>, при этом среди умерших пациентов этот показатель был достоверно выше ( $p < 0,001$ ).

Анализ распространенности ССЗ показал, что с наибольшей частотой в обеих группах встречалась гипертоническая болезнь: в 1-й группе – 98,9% (n=81), во 2-й – 100% (n=57) случаев. Среди реконвалесцентов ишемической болезнью сердца (ИБС) страдали 56,1% (n=46), среди летальной группы – 82,5% (n=47) пациентов. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) стадии ПА (по Стражеско–Василенко) в группе выживших была диагностирована в 47,6% (n=39), ПБ – в 2,4% (n=2) случаев, в группе летальных больных ХСН – в 77,2% (n=44) и 12,3% (n=7) случаях соответственно. Также проводился анализ нарушений ритма сердца, среди которых наиболее часто регистрировалась фибрилляция предсердий: в 1-й группе – 23,2% (n=19), во 2-й группе – 29,8% (n=17). Во время стационарного лечения в ковидном госпитале только в группе летальных пациентов было зафиксировано развитие таких сердечно-сосудистых катастроф, как острый инфаркт миокарда (12,3%, n=7) и тромбоэмболия легочной артерии (5,3%, n=3). По данным анализа, среди них лидировала хроническая болезнь почек (ХБП). У реконвалесцентов наиболее часто регистрировалась ХБП С3А – в 30,5% (n=25) случаев; ХБП С3Б и ХБП С4 наблюдались в 13,4% (n=11) и 4,9% (n=4) случаев соответственно. Встречаемость ХБП С3А среди умерших равнялась 35,1% (n=20), ХБП С3Б – 31,6% (n=18), ХБП С4 – 12,3% (n=7), ХБП С5 – 5,3% (n=3). Высокую распространенность имел и сахарный диабет 2-го типа – 36,6% (n=30) в 1-й группы и 40,4% (n=23) – во 2-й. В ходе корреляционного анализа Спирмена наибольшая положительная связь была найдена между развитием летального исхода и повышением ИМТ ( $\rho=0,490$ ,  $p < 0,01$ ),

наличием ХСН ( $\rho=0,419$ ,  $p < 0,01$ ), потребностью в кислородной поддержке ( $\rho=0,558$ ,  $p < 0,01$ ), в частности инвазивными методами искусственной вентиляции легких ( $\rho=0,506$ ,  $p < 0,01$ ), а также тяжестью течения COVID-19 у данных лиц ( $\rho=0,588$ ,  $p < 0,01$ ). Вместе с тем была установлена отрицательная взаимосвязь между развитием летального исхода и укорочением сроков лечения в стационаре ( $\rho=-0,320$ ,  $p < 0,01$ ), лимфопенией ( $\rho=-0,447$ ,  $p < 0,01$ ), снижением  $SpO_2$  ( $\rho=-0,579$ ,  $p < 0,01$ ), снижением расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКД-EPI;  $\rho=-0,431$ ,  $p < 0,01$ ).

При оценке влияния различных факторов на вероятность развития летального исхода у пациентов с COVID-19 и ССЗ с помощью бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель. Исходя из полученных коэффициентов регрессии, с увеличением риска летального исхода были сопряжены увеличение возраста пациента, наличие ХСН ПБ, а также впервые выявленной фибрилляции предсердий, снижение  $SpO_2$ , а также возрастание уровня С-реактивного белка (СРБ). Шансы развития неблагоприятного исхода при увеличении возраста на 1 год возрастали в 1,31 раза, или на 31% (ОШ 1,310; 95% ДИ: 1,133–1,515), при наличии ХСН в стадии ПБ – в 4,671 раза, или на 367,1% (ОШ 4,671; 95% ДИ: 0,951–22,941). Чувствительность этой модели составила 93%, специфичность – 93,9%.

**Заключение.** В рамках ССЗ у пациентов с НКИ наиболее часто регистрируется гипертоническая болезнь, несколько реже – ХСН и ИБС. Среди коморбидной патологии наиболее часто встречается ХБП. В летальной группе пациентов были зафиксированы сердечно-сосудистые катастрофы – острый инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии, которые развились на фоне крайне тяжелого течения НКИ. Предикторами неблагоприятного исхода лечения COVID-19 у пациентов с ССЗ являются возраст пациента, наличие ХСН стадии ПБ по Стражеско–Василенко, впервые выявленная фибрилляция предсердий, снижение  $SpO_2$ , а также возрастание уровня маркера воспаления СРБ.

## **ПАРАМЕТРЫ ТЕКУЧЕСТИ КРОВИ, ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА И МАРКЕРОВ ТРОМБИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИТОМ**

**ЕМАНУЙЛОВА Н.В., ЕМАНУЙЛОВ В.И., САНДУГЕЙ А.В.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Цель.** Исследовать состояние тромбоцитарного звена гемостаза и потоковых свойств крови у больных геморрагическим васкулитом (ГВ) и облитерирующим тромбангиитом (ОТА).

**Материал и методы.** Обследованы 18 больных ГВ и 20 больных ОТА. Измеряли вязкость цельной крови при низких (ВЦК2) и высоких (ВЦК1) скоростях сдвига, плазмы (ВП), суспензии эритроцитов (ВСЭ) на полуавтоматическом капиллярном вискозиметре, индекс эффективности доставки кислорода в ткани ( $Hct/\eta$ ) - TO2, индекс ригидности эритроцитов - Тк, агрегацию эритроцитов: показатель агрегации (ПА) и число агрегатов (ЧА). Состояние тромбоцитарного звена гемостаза изучали на агрегометре BIOLA 230LA, измеряя спонтанную агрегацию (САТ) и агрегацию тромбоцитов с индуктором АДФ (АТАДФ) и коллагеном (АТК). Исследовали Д-димеры полуколичественным способом.

**Результаты.** В плазме больных ГВ и ОТА выявлено повышение концентрации Д-димера, (на 16,7 и 20% соответственно), отмечена активация тромбоцитарного звена гемостаза: САТ при ГВ была на 67,3% больше, чем в группе контроля, и на 51,3% и 36,5% при исследовании АТАДФ и АТК соответственно. У больных ОТА размер радиуса агрегатов при регистрации САТ превышал контроль на 7,3%, а АТАДФ и АТК превышала контроль на 52,7% и 47,5% соответственно. При определении потоковых свойств крови у больных ГВ достоверно возросли ВП на 37%, ВЦК2 на 32% и ВСЭ на 14%. При ОТА отмечалось увеличение ВЦК1 - на 26,8%, ВЦК2 – на 14,8%, рост ВП на 14,1%, нарушение микрореологических характеристик: рост ЧА на 36,9% и ПА на 94,8%, повышение индекса Тк на 16,4%, и, как следствие вышеперечисленного, снижение транспортного потенциала крови на 36,6%. У всех больных ОТА регистрировался синдром гипервязкости.

**Выводы.** У больных ГВ отмечались преимущественно активация тромбоцитарно-сосудистого гемостаза. У пациентов с ОТА были выявлены преимущественно реологические нарушения, значительное снижение транспортного потенциала крови. Изменения свойств эритроцитов сопровождалась активацией тромбоцитарно-сосудистого гемостаза за счет значительного усиления агрегации тромбоцитов с коллагеном.

## **ИНДЕКС ТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А.**

*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Индекс токсичности глюкокортикоидов (ГК) может стать первым инструментом для количественного определения их токсичности в рутинной клинической практике.

**Цель.** Изучить вклад ГК в развитие необратимых повреждений органов у пациентов с СКВ с помощью индекса токсичности ГК (ИТГ).

**Материал и методы.** В исследование было включено 60 пациентов с достоверным диагнозом СКВ, SLICC 2012 г., 52 (87%) женщины, 8 (13%) мужчин. Средний возраст пациентов на момент установки диагноза  $29,6 \pm 11$  лет, медиана длительности заболевания на момент исследования 74 [2; 288] месяцев. Всем пациентам измеряли АД, ИМТ, проводили определение липидов крови, глюкозы, оценка активности СКВ SLEDAI 2К, необратимых органических повреждений ИП SLICC, ИТГ.

**Результаты.** Медиана средней активности СКВ составила 9 [0; 26] балла по индексу SLEDAI 2К. ИП SLICC  $\geq 1$  был выявлен у 24 (42%) пациентов, ИП SLICC = 0 - у 36 (58%). Медиана среднего значения ИП SLICC - 1,1 [0; 5]. Медиана средней максимальной дозы ГК за период болезни составила 32,0 [0; 80], медиана кумулятивной дозы в\в ГК - 3669,9 [0; 17812,5] медиана продолжительности приема ГК составила 62 месяца [0; 288]. У 46 (77%) из 60 пациентов был выявлен ИТГ, медиана его значения составила 30 [0; 198] балла.

Лидировали такие виды токсичности, как повышение ИМТ (23%) и АД (17%), гиперлипидемия (25%), снижение МПК (10%), инфекционные осложнения (8%). Менее часто отмечалось нарушение толерантности к глюкозе (5%), стероидная миопатия (3%), нейropsychическая токсичность (10%).

ИТГ коррелировал с длительностью заболевания ( $r=0,34$ ); максимальной дозой ГК per os ( $r=0,44$ ); длительностью приема ГК ( $r = 0,39$ ); ИП SLICC ( $r=0,50$ ),  $p < 0.05$  во всех случаях.

**Выводы.** ИТГ выявлен у 77% пациентов с СКВ. ИТГ достоверно коррелирует с длительностью заболевания, максимальной дозой ГК за период болезни, длительностью приема ГК, ИП SLICC. ИТГ может быть использован в клинической практике для оценки безопасности терапии ГК у пациентов с СКВ.

## ОСОБЕННОСТИ ИНДЕКСА ТОКСИЧНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ, ЕГО СВЯЗЬ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А., ПОПКОВА Т.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Длительное применение глюкокортикоидов (ГК), способствует нарастанию необратимых повреждений органов. Для количественной оценки проявлений токсичности ГК может быть использован индекс токсичности ГК.

**Цель.** Оценить негативные последствия длительного применения ГК у пациентов с СКВ, используя индекс токсичности глюкокортикоидов.

**Материал и методы.** В исследование включены 65 пациентов с СКВ, установленной согласно классификационным критериям SLICC (2012), 56 (86%) женщин и 9 (14%) мужчин. Средний возраст пациентов -  $34,2 \pm 11,4$  лет, длительность заболевания - 76 [2; 288] месяцев. Всем пациентам подсчитывали ИТГ, проводили оценку активности заболевания по индексу SLEDAI 2K и индекса повреждения SLICC (ИП SLICC), стандартное лабораторное и иммунологическое обследование.

**Результаты:** Активность заболевания SLEDAI 2K на момент включения составила в среднем 8,8 [0; 26] баллов, ИП SLICC - 1,0 [0; 5] баллов, ИП SLICC  $\geq 0$  баллов был выявлен у 28 (43%) пациентов.

Медиана длительности терапии ГК за период болезни составила 66,0 [0; 288] месяцев. Максимальная доза ГК за период болезни - 32,7 [0; 80] мг, суммарная доза ГК за период болезни в/в 2942 [0; 17812,5] мг. ИТГ на момент включения в исследования составил 19 [0; 37] баллов. ИТГ  $\geq 0$  выявлен у 47 (72%) пациентов. ИТГ коррелировал с длительностью заболевания ( $r=0,33$ ;  $p < 0.008$ ); максимальной дозой ГК перорально ( $r=0,31$ ;  $p < 0.012$ ); длительностью приема ГК ( $r=0,35$ ;  $p < 0.005$ ); ИП SLICC ( $r=0,43$ ;  $p < 0.0001$ ). В группе со средней длительностью заболевания более 3-х лет среднее значение ИТГ достоверно выше, чем в группе с длительностью болезни 1-3 года ( $p=0,023$ ).

**Выводы.** Выявлена достоверная корреляционная связь между ИТГ, ИП SLICC, длительностью заболевания и длительностью приема ГК. В группе с длительностью заболевания более 3-х лет среднее значение ИТГ достоверно выше, чем в группе с длительностью болезни менее 3-х лет. ИТГ может быть использован для количественной оценки проявлений токсичности ГК в динамике.



## СТРУКТУРА ИНДЕКСА ПОВРЕЖДЕНИЯ SLICC У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ЕРМОЛАЕВА Е.В., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А., ПОПКОВА Т.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Наличие необратимых повреждений значительно ухудшает прогноз у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и увеличивает риск летального исхода заболевания.

**Цель.** Изучить структуру индекса повреждения SLICC у пациентов с СКВ.

**Материал и методы.** В исследование включены 65 пациентов с СКВ, установленной согласно классификационным критериям SLICC (2012), из них 56 (86%) женщин и 9 (14%) мужчин. Средний возраст пациентов -  $34,2 \pm 11,4$  лет, длительность заболевания - 76 [2; 288] месяцев. Всем пациентам проводили стандартное лабораторное и иммунологическое обследование, оценивали активность заболевания по индексу SLEDAI 2K и определяли ИП SLICC.

**Результаты.** Активность заболевания SLEDAI 2K на момент включения составила в среднем 8,8 [0; 26] баллов, ИП SLICC - 1,0 [0; 5] баллов, ИП SLICC  $\geq 0$  баллов выявлен у 28 (43%) пациентов.

Структура необратимых повреждений органов: катаракта – 15 (23%), изменение сетчатки или зрительного нерва – 5 (8%), когнитивные нарушения – 1 (2%), судорожный синдром требующий лечения более 6 мес. – 1 (2%), инсульты – 1 (2%), ЧМ или периферическая нейропатия – 5 (8%), клубочковая фильтрация  $< 50$  мл/мин – 2 (3%), протеинурия  $> 3,5$  г/24 часа – 1 (2%), легочная гипертензия – 6 (9%), легочный фиброз – 2 (3%), стенокардия – 1 (2%), инфаркт – 1 (2%), перикардит в течение 6 мес. – 1 (2%), потеря ткани – 1 (2%), тромбоз – 4 (6%), деформирующий артрит – 2 (3%), ОП переломы – 2 (3%), АВ некрозы – 4 (6%), рубцовая хроническая алопеция – 2 (3%), изъязвления кожи – 1 (2%), сахарный диабет 2 (3%).

ИП SLICC коррелировал с возрастом пациентов на момент установки диагноза ( $r=0,30$ ), длительностью приема ГК ( $r=0,30$ ), длительностью заболевания на момент включения ( $r=0,33$ ), возрастом на момент дебюта заболевания ( $r=0,30$ ),  $p < 0,05$  во всех случаях.

**Выводы.** ИП SLICC  $\geq 0$  был выявлен у 28 (43%) пациентов с СКВ. В структуре ИП SLICC преобладают такие повреждения, как катаракта, легочная гипертензия, изменения сетчатки и зрительного нерва, ЧМ или периферическая нейропатия, АВ некроз.

## ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ТАХИКАРДИЯХ С ШИРОКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ

ЕФРЕМОВА О.Н., ПРЕКИНА В.И., ЕСИНА М.В., ЯМАШКИНА Е.И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», г. Саранск, Российская Федерация

**Актуальность.** Разработка универсальных критериев диагностики посредством ЭКГ, как недорого и простого в исполнении метода, является актуальной по сей день.

**Цель.** Выявить наиболее часто встречаемые диагностические ЭКГ признаки желудочковых тахикардий, проанализировать алгоритм Бругада.

**Материал и методы.** Проведен анализ 40 ЭКГ с тахикардиями и комплексом QRS шире 120 мс. Все ЭКГ записаны на скорости 50 мм/сек. Все 40 пациентов имели в анамнезе ишемическую болезнь сердца и установленный диагноз желудочковая тахикардия. Анализировались алгоритм Бругада, направленность электрической оси сердца (ЭОС), продолжительность QRS комплекса, наличие АВ диссоциации, желудочковых захватов и сливных комплексов, прекордиальная конкордантность, морфологические критерии по V1 и V6.

**Результаты.** На 7 ЭКГ была выявлена отрицательная конкордантность, что согласно алгоритму Бругада позволяло отнести эти ЭКГ к желудочковой тахикардии, 14 (35%) с признаками блокады правой ножки пучка Гиса имели продолжительность QRS комплекса 140 мс, 5 (12,5%) – 160 мс. 14 (35%) ЭКГ имели морфологию QRS комплекса по типу блокады левой ножки пучка Гиса, из них 8 – с продолжительностью комплекса более 160 мс. Наличие сливных комплексов и желудочковых захватов на 12 (30%) ЭКГ. Признаки АВ диссоциации удалось выявить только на 13 (32,5%). «Экстремальную» ЭОС имели 7 (17,5%), 17 (42,5%) с морфологией комплекса по типу блокады правой ножки п. Гиса имели ЭОС с отклонением влево или резко влево, 2 (5%) – ЭОС отклонена вправо. На 12 с морфологией QRS комплекса по типу блокады левой ножки п. Гиса ЭОС была отклонена вправо или вертикальная. Расчет некоторых морфологических критериев был затруднен, в виду технических погрешностей при записи, а также одно или трехканальной записи, что не было возможным точно определить начало и окончание зубцов. Только в 20 (50%) случаях мы смогли подтвердить диагноз алгоритмом Бругада.

**Выводы.** Основной целью дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами QRS является правильное определение лечебной тактики пациента. Так как нет абсолютных критериев диагностики, а выполнение диагностических алгоритмов занимает довольно много времени, подтверждается мнение о нецелесообразности выполнения сложных алгоритмов при нестабильной гемодинамике, острой сердечной недостаточности и других неотложных состояниях, в остальных ситуациях преимуществом будет проведение многоканальной записи.

## ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

**ЖДАНОВА Е.В., РУБЦОВА Е.В., КОСТОЛОМОВА Е.Г.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация  
ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган,  
Российская Федерация*

*ООО «Поликлиника консультативно-диагностическая имени Е.М. Нигинского», г.  
Тюмень, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сохраняется актуальность отдаленных последствий, вызванных вирусом SARS-CoV-2 и, вероятно, будет сохраняться еще длительное время. У 20% пациентов в течение 12 месяцев не наступает полного восстановления доковидного состояния. Вероятно, имеет место длительная персистенция вируса в некоторых тканях.

**Цель.** Оценить цитокиновый профиль в течение первого года постковидного периода.

**Материал и методы.** В исследование приняли участие 46 пациента (средний возраст женщин 49,4±2,8 лет, мужчин 57,6±1,6 лет). Все пациенты трудоспособного возраста с признаками разной степени выраженности астенического синдрома. Оценивали динамику жалоб и клинико-лабораторных показателей (общеклинических, биохимических, иммунологических) в течение первого года постковидного периода.

**Результаты.** Астенический синдром диагностирован у 37 женщин, 9 мужчин. Бессимптомное течение острой инфекции - 5 случаев; легкое - 26, средней тяжести - 10, тяжелое - 5. В I группе (n=12) со сроком давности 1-3 месяца после перенесенной острой инфекции COVID-19, в 100% диагностирован астенический синдром, 60% - признаки поражения ЦНС, 42% - ССС, 33% - ОД. В цитологическом профиле уровень IL-1β выше показателей группы доноров в 1,5 раза; IL-2, IL-8, IL-10 - в 2 раза; IL-17 - в 2,7 раза; IL-4, IL-6 - в 3 раза (p < 0,001). Во II группе (n=18), через 3-6 месяцев, астенический синдром сохранялся в 100%; 61% - поражение ЦНС; 33% - дерматологические нарушения; 25% - суставной синдром. Цитологический профиль: тенденция к снижению всех показателей, кроме IL-8, IL-17. В III группе (n=16), через 6-12 месяцев, стойкий астенический синдром сохранялся у 69%, 50% - эпидермальные нарушения, 50% - костно-суставные нарушения. Острофазовые показатели сыворотки крови не выходили за границы клинических норм. Цитологический профиль: повторный незначительный рост IL-1β IL-6, IL-8. Значительный рост IL-17, на 56% превышал показатель доноров: 7,26±3,69 пкг/мл и 4,65±1,45 пкг/мл соответственно (p < 0,001).

**Выводы.** Динамика цитокинового фона определяет течение и длительность постковидного периода.

# ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПРИ ИММУНООПОСРЕДОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

ЖЕЛУДКИНА М.А., ТАРАСОВА Л.В.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация

**Введение.** Представляем клинический случай пациентки с аутоиммунным гепатитом (АИГ) и язвенным колитом (ЯК).

**Описание случая.** Пациентка, 28 лет. Впервые манифестация заболевания печени произошла в 2007 г., в возрасте 13 лет, когда обнаружился бессимптомный рост трансаминазной активности до 12 норм: АЛТ 492 Ед/л, АСТ 456 Ед/л. Через месяц появились слабость, снижение аппетита, пожелтение кожных покровов, ноющие боли в правом подреберье, кожный зуд и гепатомегалия.

Проводился дифференциально-диагностический поиск среди АИГ, вирусных гепатитов, алкогольной болезни печени, неалкогольной жировой болезни печени, лекарственно-индуцированных гепатитов. Патогномоничные признаки максимально соответствовали АИГ: молодой возраст, женский пол, прогрессирующее бессимптомное течение, повышение трансаминазной активности до 12 норм; высокий титр антинуклеарных антител (ANA) - 1:200, повышение уровня гамма-глобулинов до 35 г/л в сыворотке крови.

Верификация диагноза проводилась также с помощью ультразвуковых и морфологических исследований. Пациентке поставлен диагноз АИГ на стадии цирроза печени. В 2008 г. проведена ортотопическая трансплантация правой доли печени от живого родственного донора в ФГБУ «НМИЦ ТИО имени академика Шумакова» МЗ РФ.

Пациентка была выписана после реабилитационного периода с рекомендациями использования иммуносупрессивной терапии, направленной на устранение синдрома отторжения трансплантата. С 2008 по 2022 г. находилась в стабильном состоянии. В январе 2022 г. у пациентки появились кашеобразный стул с прожилками крови и постоянные боли по ходу кишечника.

По лабораторным данным наблюдалось повышение СРБ до 8 г/л, кальпротектина до 1726,6 мкг/гр. По данным колоноскопии визуализировались множественные петехии, геморрагии, эрозии, сглаженные гаустры во всех отделах толстой кишки. На КТ-энтерографии картина колита с поражением нисходящего отдела ободочной сигмовидной кишки.

Пациентке на уровне ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» был диагностирован ЯК, назначен ведализумаб в комбинации с будесонидом. На фоне лечения ведализумабом у пациентки достигнута клиническая и лабораторная ремиссии ЯК: отсутствует кровавая диарея; нормализовались показатели С-реактивного белка и кальпротектина.

**Отличительные особенности данного случая.** Продемонстрированный случай показывает полиморбидность при иммуноопосредованных заболеваниях и опыт назначения ведализумаба у пациентки с трансплантированной печенью.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ И ПРИ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЕ**

**ЖМАЙЛОВА С.В., ВЕБЕР В.Р., ШВЕЦОВ Д.А., ПАВЛОВА А.А., БАЖИ А.**  
*ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить изменение в течение дня функции эндотелия у больных с АГ I и II степени, а также влияние на функцию эндотелия холодового стресса.

**Материал и методы.** Обследованы 14 больных с АГ I и II степени (средний возраст  $49,4 \pm 1,2$  лет). Контрольная группа включила в себя 10 практически здоровых, не страдающих АГ и другими заболеваниями, средний возраст  $48,3 \pm 1,5$  лет. Эндотелий-зависимую вазодилатацию плечевой артерии изучали методом, предложенным Д. Целеймайром в 1992 г. (проба с реактивной гиперемией). Увеличение диаметра плечевой артерии через 60 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10% и более считали нормальной реакцией. Далее проводили пробу с реактивной гиперемией на фоне холодового стресса: первые 3 мин проводилась проба с реактивной гиперемией, далее присоединялась холодовая проба в течение 1 минуты. Через 60 секунд после окончания пробы измеряли внутренний диаметр ПА. Оценку эндотелиальной функции пробой с реактивной гиперемией проводили три раза в день (7.30, 14.00 и 20.00).

**Результаты.** У здоровых лиц значимых изменений результатов теста с реактивной гиперемией в течение дня и при проведении в сочетании с холодовой пробой выявлено не было. У больных АГ в утренние часы эндотелиальная дисфункция (увеличение диаметра ПА мене 10%) была выявлена в 14,3% случаев, а в вечерние часы отмечалась уже у 35,7% больных ( $\chi^2=2,88$ ;  $p=0,09$ ).

Манжеточная проба в сочетании с холодовой пробой выявили значительное более частое развитие эндотелиальной дисфункции у больных АГ в вечернее время по сравнению с манжеточной пробой, проводимой в 14.00 - увеличение числа больных с 21,4% до 57,1% вечером ( $\chi^2=3,973$ ;  $p=0,0046$ ).

**Выводы.** Проведение манжеточной пробы как изолированно, так и в сочетании с холодовой пробой в группе здоровых лиц нарушения эндотелиальной функции не выявило. Проведение манжеточной пробы в сочетании с холодовой можно использовать для выявления эндотелиальной дисфункции у больных АГ. Наиболее оптимальные часы для выявления эндотелиальной дисфункции — вечерние часы.

## **БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ**

**ЖУРАВЛЕВА Н.В., ПУШКИНА Н.С., АРХИПОВА А.В.**

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация*

*БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Российская Федерация*

*БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациент В. 28 лет госпитализирован в ревматологическое отделение с жалобами на боли (по ВАШ 5 баллов) и ограничение движений в коленных суставах, повышение температуры тела до 38°C, боли в горле. Заболел после переохлаждения 2 недели назад.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5°C. Периферические лимфоузлы не пальпируются. На коже конечностей, туловища розового цвета полиморфная пятнисто-папулезная сыпь. В легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. SaO<sub>2</sub> 95%. Сердце – ритм правильный, тоны приглушены ЧСС 96 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, нижний полюс селезенки выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Движения в коленных суставах ограничены. Зев гиперемирован.

В ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты 17,5 x 10<sup>9</sup>/л), СОЭ 50 мм/ч; ферритин 500 нг/л. Показатели (ревматоидный фактор, АЦЦП, иммуноблот, АНЦА) – отрицательные. УЗИ сердца – жидкость в полости перикарда. УЗИ ОБП – спленомегалия. Результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии и фиброколоноскопии, стеральной пункции, рентгенографии органов грудной полости - патологии не выявили. В процессе диагностики были исключены инфекционные, гематологические и опухолевые заболевания. Консультация ЛОР врача – острый фарингит.

На основании клинических данных (лихорадка, боли в горле, полиартралгия, появление полиморфной папулезной сыпи на высоте температуры), лабораторных данных (нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ и ферритина), перикардита, спленомегалии выставлен клинический диагноз: Болезнь Стилла у взрослых, активность 3 с поражением суставов (артралгии), сердца (перикардит), кожи (папулезные высыпания).

Назначена терапия: циклофосфан 1000 мг №1 в/в + метилпреднизолон 1000 мг в/в № 3, таб. преднизолон 60 мг/сут. внутрь. В связи сохраняющейся клинической и лабораторной активностью заболевания дополнительно назначен метотрексат 15 мг/неделю в/м с эскалацией дозы до 25 мг/неделю; эффекта не отмечено.

В последующем, инициировано введение инфликсимаба 200 мг в/в кап. по схеме., что привело к снижению активности болезни.

В настоящее время терапия инфликсимабом и метотрексатом продолжается, достигнута ремиссия заболевания. ГКС отменены.

**Отличительные особенности данного случая.** Этот случай подчеркивает важность ранней диагностики и своевременного лечения болезни Стилла у взрослых для предотвращения потенциально смертельных осложнений.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Болезнь Стилла – это диагноз исключения и для его верификации необходимо междисциплинарное взаимодействие специалистов.

## ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

**ЖУЧКОВА С.М., БУСАЛАЕВА Е.И., ГЕОРГИЕВА К.С., ДУБОВА А.В.**

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация*

*ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Российская Федерация*

**Актуальность.** Причиной развития анафилактического шока (АШ) в 45% случаев являются лекарственные препараты (ЛП). Лекарственный АШ – это дозозависимая нежелательная реакция (НР) типа В.

**Цель.** Изучить частоту и структуру регистрации случаев лекарственного АШ по Чувашской Республике.

**Материал и методы.** В основу работы положен ретроспективный анализ 3372 спонтанных сообщений о НР, поступивших за период 01.09.2008 по 30.06.2023 гг. в Чувашский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств.

**Результаты.** За истекший период в Чувашской Республике зарегистрировано 122 сообщения о лекарственном АШ на 71 ЛП (по международному непатентованному названию), что составило 4,3% от общего числа всех поступивших извещений. В 5,7% лекарственный АШ развился у лиц моложе 18 лет. Чаще всего лекарственный АШ развивался при применении антимикробных препаратов (42,6% всех извещений, из них каждый второй случай (54%) - на цефтриаксон), анестетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (17,2%), рентгеноконтрастных веществ (8,2%). Всего зарегистрировано 3 летальных исхода (2,5% случаев): 2 случая при применении цефтриаксона и 1 случай на пропофол. В 64,3% случаев ургентная ситуация возникла в стационарных условиях, в 25% - амбулаторно, в 10,7% - в результате самолечения на дому. Частота развития лекарственного АШ при парентеральном пути введения ЛП (48,4% внутривенный и 31,1% внутримышечный) существенно преобладала над приемом внутрь (15,6%) и наружным использованием (4,1%). Половина пациентов (57%) имели неотягощенный аллергологический анамнез. В 71,3% случаев лекарственный АШ развился при первичном применении ЛП.

**Выводы.** Наиболее часто лекарственный АШ зарегистрирован при применении антимикробных средств при их парентеральном введении, нестероидных противовоспалительных препаратов, рентгеноконтрастных йодсодержащих веществ и миорелаксантов, что согласуется с данными литературы. Бесконтрольное самолечение антибактериальными препаратами на дому может сопровождаться развитием лекарственного АШ.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ЗАМЯТИН К.А., ШЕРЕГОВА Е.Н., ЩЕРБИНА Е.С., ЛАРИНА В.Н.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Современные подходы к ведению пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) предполагают комплексную медикаментозную терапию (особенно у пациентов с сопутствующей патологией), контроль симптомов и изменение образа жизни. В связи с этим приверженность лечению пациентов с разными фенотипами ХСН и изучение ее клинических особенностей представляет собой актуальную проблему.

**Цель.** Оценить уровень приверженности лечению и способности к самопомощи пациентов в возрасте 60 лет и старше с ХСН и разной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

**Материал и методы.** В исследование включены 27 амбулаторных пациентов (16 женщин и 11 мужчин) в возрасте  $74,0 \pm 9,2$  лет с ХСН вследствие ишемической болезни сердца или артериальной гипертензии. Всем пациентам проводился общепринятый клинический осмотр, эхокардиографическое исследование. Уровень приверженности оценивался с помощью «Шкалы приверженности для определения фактической общей приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии», способность к самопомощи – «Европейской шкалы оценки способности к самопомощи пациентов с ХСН», когнитивный статус – краткой шкалы MMSE.

**Результаты.** ХСН с сохраненной ФВЛЖ (ХСНсФВ) выявлена у 16 (59%), с умеренно сниженной ФВЛЖ (ХСНусФВ) - у 5 (19%), с низкой ФВЛЖ (ХСНнФВ) - у 6 (22%) пациентов. Возраст пациентов с ХСНсФВ составил  $73,6 \pm 9,0$ ; с ХСНусФВ -  $70,3 \pm 8,5$ , с ХСНнФВ -  $72,2 \pm 7,3$  лет ( $p=0,728$ ). Среди пациентов с ХСНсФВ чаще встречался II ФК по NYHA (38% пациентов); с ХСНусФВ – II ФК по NYHA (75%); с ХСНнФВ – III ФК по NYHA (50%). Когнитивный статус по MMSE в группе пациентов с ХСНсФВ был снижен (набрано менее 29 баллов) у 6 (38%); с ХСНусФВ – у 2 (40%); с ХСНнФВ – у 4 (67%) человек ( $p=0,403$ ). Уровень приверженности лечению у пациентов с ХСНсФВ составил  $0,92 \pm 0,8$ ; с ХСНусФВ –  $0,5 \pm 0,5$ ; с ХСНнФВ –  $1,7 \pm 1,6$  баллов ( $p=0,434$ ). Способность к самопомощи у пациентов с ХСНсФВ соответствовала  $33,1 \pm 5,0$ ; с ХСНусФВ –  $32,3 \pm 2,1$ ; с ХСНнФВ –  $40,5 \pm 0,5$  баллам ( $p=0,073$ ).

**Выводы.** Большинство пациентов с ХСН в возрасте 60 лет и старше, наблюдающихся в амбулаторных условиях, имеют сохраненную ФВЛЖ и II ФК по NYHA, нарушение когнитивного статуса статистически незначимо чаще встречается у лиц с низкой ФВЛЖ. При этом, уровень приверженности лечению и способность к самопомощи пациентов с ХСН существенно ниже оптимального. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дополнительной работы с пациентами, направленной на разъяснение принципов постоянного контроля симптомов заболевания и приема лекарственных препаратов.



## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА ИПРАГЛИФЛОЗИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

**ЗАНОЗИНА О.В., СУХАНОВ С.А., СОРОКИНА Ю.А., ТАРАДАЙКО Н.Ю., ЖУК С.Д., ПЛАСТОВА Н.Н., КАЛУГИНА Е.В., ПЕХОТА А.Э.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Цель** – оценить эффективность и безопасность ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2) ипраглифлозина (Суглат) в лечении больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2).

**Материал и методы.** В условиях эндокринологического отделения ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» инициация терапии ипраглифлозином была проведена 55 пациентам с СД 2. Возраст участников исследования колебался от 42 лет до 81 года, длительность заболевания - от 2 до 16 лет. Все пациенты страдали ожирением. Гликированный гемоглобин варьировал 7,8 до 11, 2%. Хроническая болезнь почек 3Б стадии была диагностирована у 18, хроническая ишемическая болезнь сердца – у 43 человек. Хроническая ишемия мозга, транзиторная ишемическая атака и перенесенный инсульт были выявлены у 13 пациентов. Жировой гепатоз был верифицирован у 92,7% (n=51) больных, гиперурикемия наблюдалась у 29 человек. Ипраглифлозин в рамках монотерапии применялся у 8 пациентов (1-я группа), его комбинация с метформином – у 13 больных (2-я группа), трехкомпонентная сахароснижающая терапия ипраглифлозин + метформин + ингибитор дипептидилпептидазы IV типа – у 18 участников исследования (3-я группа). Еще 10 человек (4-я группа) получали ипраглифлозин в сочетании с метформином и пролонгированным инсулином. В 5-ю группу вошли 6 пациентов (11%), которым были назначены ипраглифлозин, метформин, ингибитор дипептидилпептидазы IV типа и пролонгированный инсулин. Доза ипраглифлозина составляла 50 мг/сут, метформина – 2000 мг/сут, пролонгированного инсулина – от 10 до 24 Ед/сут. В процессе терапии (12–14 дней) оценивалась динамика гликемии, массы тела, артериального давления (АД), лабораторных показателей (печеночных ферментов, С-реактивного белка), а также индекса фиброза печени FIB-4).

**Результаты.** Максимальное снижение гликемии натощак (2,2 ммоль/л) было достигнуто у пациентов 4-й группы, при этом у них отмечалось значимое снижение потребности в инсулине, вплоть до полной его отмены. Максимальное снижение массы тела в период наблюдения в стационаре было зафиксировано у пациентов 2-й группы (в среднем на 1,8 кг). Во всех группах наблюдалось снижение печеночных ферментов и С-реактивного белка ( $p < 0,05$ ). Было выявлено уменьшение индекса FIB-4 на 14% в процессе наблюдения за пациентами в стационаре. Случаев тяжелой гипогликемии у пациентов зарегистрировано не было, в группе с применением инсулина имела место 1 легкая гипогликемия, не потребовавшая внутривенного введения глюкозы. Кетоацидоз и прогрессирование урогенитальных инфекций у исследованных пациентов не отмечались.

**Заключение.** При использовании иНГЛТ-2 ипраглифлозина в лечении больных СД 2 можно значительно улучшить гликемический контроль как в рамках монотерапии, так и при сочетании этого препарата с другими сахароснижающими средствами, а также получить ряд положительных плейотропных эффектов (снижение массы тела, нормализация печеночных показателей и маркеров воспаления). Это, наряду с оптимальной коррекцией гликемии, может улучшить качество жизни и снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов высокого кардиоваскулярного риска, к которым относятся больные с СД 2.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

**ЗЕЛЕНИН В.А., ЗАРАНДИЯ А.И., ГОРБУНОВ А.Ю., СУЧКОВА Е.В., ТРОНИНА Д.В.**  
*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) страдают более 90% лиц пожилого и старческого возраста, что делает актуальным исследование особенностей их течения и клинических признаков.

**Цель.** Изучить клинические признаки заболеваний ЖКТ у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Обследован 51 пациент (10 мужчин и 41 женщина) с различными заболеваниями ЖКТ, проходивших амбулаторное лечение в терапевтическом отделении городской поликлиники №1 г. Ижевска. Пациенты были разделены на две возрастные группы: первая группа – больные моложе 60 лет (15 человек, средний возраст  $45,5 \pm 1,4$  лет) и вторая группа – больные 60 лет и старше (36 человек, средний возраст  $68,3 \pm 1,1$  лет).

**Результаты.** Наиболее часто встречающейся патологией у пациентов старше 60 лет был хронический панкреатит (59%). Кроме этого, у данной категории больных наблюдался хронический холецистит – у 18%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 19% и язвенная болезнь желудка – у 4% обследуемых. При оценке жалоб отмечено, что болевой синдром испытывали все пациенты, но имелись отличия в его характере. Так, 90% пациентов второй группы жаловались на умеренные и слабой интенсивности боли в животе. При этом обследуемые первой группы (76%) отметили наличие постоянных болей в животе высокой интенсивности. Также больные обеих групп предъявляли жалобы на вздутие живота (94,1%) и неустойчивый стул (92,2%).

**Выводы.** Болевой синдром при патологии ЖКТ отмечают все пациенты, но больные старческого и пожилого возраста испытывают боли меньшей интенсивности, чем лица молодого возраста, при этом на диспепсические явления жаловались пациенты обеих групп практически с одинаковой встречаемостью. Наиболее часто встречающимся заболеванием ЖКТ у геронтологических пациентов является хронический панкреатит.

## СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

ЗИМИНА Ю.Д., ТОЛМАЧЕВА А.А., СОЛОВЬЕВА В.И., МАРАЧКОВА Д.О.,  
ГЕРАСИМЕНКО О.Н.

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одной из причин патологии сердечно-сосудистой системы являются врожденные пороки сердца (ВПС). Большая часть детей с ВПС доживают до зрелого возраста зачастую благодаря развитию в диагностике и лечении ВПС за последние несколько десятилетий.

**Описание случая.** В отделение медицинской реабилитации круглосуточного стационара ГБУЗ НСО «НОКГВВ№3» направлена пациентка 57 лет с жалобами на одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, умеренные отеки нижних конечностей, общую слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, малоинтенсивные давящие боли в области сердца, с иррадиацией в левую руку, тяжесть за грудиной, связанную с физической нагрузкой (ходьба до 300 м). Из анамнеза выяснили, что с детства у пациентки диагностирован порок сердца, со слов неоперабельный. В 18 лет после проведенного более полного обследования верифицирован диагноз: ВПС. Транспозиция магистральных сосудов, единственный одноприточный желудочек сердца. Выраженная легочная гипертензия. Стеноз трикуспидального клапана. Дефект МПП, дефект МЖП. Позднее назначалась терапия бозентаном 62.5 мг 2 р/д, на фоне чего улучшения в состоянии не отмечала. Принято решение о назначении амбризентана 5 мг – на фоне его приема ухудшения в состоянии нет, субъективно отмечала некоторое уменьшение одышки. По данным ЭХО КГ - ЛЖ увеличен КДР 6.5 см, КСО 67 мл, ФВ 62%, МЖП 0.9 см, ЗС - 0.95 см. Гипоплазия ПЖ, гипоплазия ТК, стеноз ТК, ТР - 1 ст. Дилатация полостей предсердий. Колебания уровня натрийуретического пептида (NTproBNP) в динамике за 2020-2023 гг. – от 68 до 240 пг/мл. За время реабилитационных мероприятий в стационаре в щадящем режиме, направленных на компенсацию сердечно-сосудистой системы, мы отметили положительную динамику в виде увеличения толерантности к физическим нагрузкам (ходьба до 400 м без явлений ХСН), уменьшение проявлений ХСН.

**Отличительные особенности данного случая.** В практике врача-терапевта нередко встречаются пациенты с ВПС, которые требуют динамического наблюдения, медикаментозного и немедикаментозного лечения, направленного на улучшение качества жизни, профилактику осложнений.

## **ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ МОКРОТЫ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**ЗИННАТУЛЛИНА А.Р., ХАМИТОВ Р.Ф.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Почти в двух третях случаев причиной обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является инфекция. Частые обострения заболевания характерны для пациентов с тяжелыми обструктивными нарушениями, обострениями в анамнезе и тяжелым течением ХОБЛ. У таких пациентов в качестве триггеров чаще определяются атипичные, грамотрицательные и устойчивые ко многим антибиотикам бактерии.

**Цель.** Выявить особенности бактериальной флоры мокроты у пациентов, требующих повторных госпитализаций в течение года по поводу обострений ХОБЛ.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ 423 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в городском стационаре за 4 календарных года.

**Результаты.** 276 госпитализаций были однократными в течение года (контрольная группа), 147 обращений были повторными (2 и более раз за год) (основная группа). При проведении бактериологического исследования мокроты в контрольной группе были высеяны: *Streptococcus pneumoniae* у 10 (40%) пациентов, *Klebsiella pneumoniae* - у 6 (24%), *Pseudomonas aeruginosa* - у 3 (12%), *Haemophilus influenzae* - в 2 (8%), а также по 1 случаю (по 4%) *Burkholderia ceracia complex*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Streptococcus equinus*. Также были высеяны микст-инфекции: по одному случаю *Pseudomonas aeruginosa* + *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* + *Eshcherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae* + *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* + *Eshcherichia coli*. В основной группе были получены: *Streptococcus pneumoniae* у 5 (38,5%) пациентов, *Klebsiella pneumoniae* - у 3 (23%), *Pseudomonas aeruginosa* - у 2 (15,4%), по 1 случаю (по 7,7%) *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Eshcherichia coli*. Также были выявлены микст-инфекции: по 1 случаю *Streptococcus pneumoniae* + *Acinetobacter baumannii*, *Streptococcus pneumoniae* + *Klebsiella aerogenes*.

**Выводы.** Среди пациентов с однократными и повторными госпитализациями по поводу обострений ХОБЛ практически не было выявлено значимых различий по частоте высева наиболее типичных инфекционных агентов. У пациентов основной группы отмечалось появление микст-инфекции при повторной госпитализации. Высевание *Staphylococcus aureus* у пациентов основной группы отмечалось почти в 2 раза чаще, чем у пациентов с однократными госпитализациями.

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

**ЗУБЕЕВ П.С., СУСЛОВА О.А., ЗУБЕЕВА Г.Н., ХАРЛАМОВА О.В., НИКИТИН С.В.**  
*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*  
*ГБУЗ НО «ГКБ №33», г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одним из важных факторов, влияющих на продолжительность жизни пациентов на гемодиализе (ГД), является психологическая адаптация к своему состоянию и лечебным процедурам.

**Цель.** Провести анализ психометрических показателей пациентов, получающих лечение ГД, до и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы.** В исследование включены 53 пациента, находившихся на амбулаторном лечении в отделении ГД, с высоким (I гр. 32 чел.) и средним (II гр. 21 чел.) реабилитационным потенциалом, определенным по результатам клинического обследования, модифицированной шкале Rankin и шкалам кардиореабилитации. Всем пациентам проведены исследования по опросникам: шкала физической активности Лекена, тревоги и депрессии (HADS), EQ-5D, EQ-VAS.

**Результаты.** По результатам исходных психометрических исследований выявлены достоверные различия в параметрах между группами: по шкале Лекена  $3,52 \pm 0,46$  (I гр.) и  $9,64 \pm 0,62$  балла (II гр.),  $p=0,001$ ; по шкале тревоги  $3,91 \pm 0,46$  (I гр.) и  $6,42 \pm 0,54$  балла (II гр.),  $p=0,004$ ; по шкале депрессии  $4,94 \pm 0,47$  и  $7,81 \pm 0,56$  балла,  $p=0,05$ ; по шкале боли  $4,43 \pm 1,21$  и  $8,10 \pm 1,73$  балла,  $p=0,04$ ; по аналоговой шкале EQ-VAS  $68,5 \pm 2,04$  и  $54,06 \pm 2,24$ ,  $p=0,001$  (I и II группы соответственно). По показателям опросника качества жизни EQ-5D достоверных различий не выявлено.

В комплексной программе реабилитации использовали физические нагрузки: интрадиализные, междиализные (в стационаре и самостоятельные: ЛФК, ходьба, в том числе скандинавская). Проводились групповые занятия с врачом-диетологом. Применяли гармонизирующие методики во время сеанса гемодиализа: 1) процедуры на аппарате «РИТМ-ПОЛЕТ»; 2) аутогенно-медитативный видеоряд; 3) музыкотерапия. Через 6 месяцев занятий психометрические данные оценивали по двум шкалам: показатель по шкале тревоги снизился до  $2,12 \pm 0,37$  баллов в I гр. и до  $4,04 \pm 0,41$  во II гр.; по шкале депрессии – до  $3,06 \pm 0,39$  и  $4,92 \pm 0,47$  соответственно.

**Выводы.** Таким образом, установлена достоверная связь психоэмоционального статуса с физической активностью и выраженностью ассоциированной патологии. Пациенты, получающие терапию ГД, нуждаются в проведении физической и психологической реабилитации. Комплекс реабилитационных мероприятий продемонстрировал свою эффективность на психоэмоциональный статус больных.

## РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ИБРАГИМОВА Х.И., МАММАЕВ С.Н., ЗАГЛИЕВА С.С.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

**Цель.** Определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и гормонального статуса у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от пола и возраста.

**Материал и методы.** В исследование включены 120 больных эссенциальной АГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет. Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 30 женщин в возрасте до 50 лет, без признаков менопаузы; во 2-ю группу – 30 женщин, старше 50 лет в постменопаузе; в 3-ю группу – 30 мужчин до 50 лет; в 4-ю группу – 30 мужчин старше 50 лет. Контрольную группу без АГ составили 45 человек. В работе проведена оценка уровня ЭТ-1, альдостерона, пролактина и эстрадиола в сыворотке крови.

**Результаты.** Выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение ЭТ-1 во всех группах в сравнении с контрольной. При проведении гендерного анализа выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) его повышение у женщин по сравнению с мужчинами. Во 2-й группе выявлена положительная корреляционная связь между уровнем ЭТ-1 как со среднесуточным значением систолического АД ( $r=0,85$ ,  $p < 0,001$ ). Во второй группе установлено наличие значимых обратных корреляционных связей между уровнем эстрадиола и ЭТ-1, эстрадиола и САД. Прямая зависимость выявлена между ЭТ-1 с уровнем альдостерона ( $r=0,72$ ,  $p < 0,001$ ) и пролактина ( $r=0,73$ ,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы. Выявленные корреляционные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании эндотелиальной дисфункции и повышении АД.

## **АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**ИВАНОВА Ю.И., ЧИЖОВ П.А., СМИРНОВА М.П., СОБОЛЕВ С.Б., ПЛОТНИКОВ А.Б.**  
*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема распространенности анемий является актуальной для врачей всех специальностей. Анемия ухудшает качество жизни, отягощает течение основной патологии и является независимым фактором риска повышенной летальности у пациентов с хроническими заболеваниями.

**Цель.** Изучить распространенность анемии у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на фоне сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета 2 типа (СД2).

**Материал и методы.** Результаты работы основаны на данных обследования 323 пациентов, средний возраст  $67,0 \pm 0,8$  лет, госпитализированных по поводу хронических ССЗ в сочетании с СД2 или без него. В исследование включены 98 мужчин и 225 женщин. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование.

**Результаты.** Из 323 пациентов анемия выявлена у 68 человек, что составляет 21% обследованных больных. Среди пациентов с ССЗ без СД2 анемия диагностирована у 18,2% больных. При сочетании ССЗ и СД2 анемия выявляется достоверно чаще, чем у пациентов без диабета – в 31,4% случаев.

ХБП является частым осложнением ССЗ и СД2. Среди пациентов со сниженной функцией почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) анемия выявляется в 2 раза чаще у пациентов с сочетанием ССЗ и СД2, чем у пациентов без СД2 – 48,6 % и 24,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

У пациентов со сниженной СКФ при сочетании ССЗ и СД2 достоверно ниже уровень гемоглобина ( $120,1 \pm 3,7$  г/л), гематокрита ( $37,0 \pm 1,1\%$ ), среднее содержание гемоглобина в эритроцитах ( $28,5 \pm 0,5$  пг) и средний объем эритроцита ( $86,5 \pm 1,2$  фл), по сравнению с пациентами без СД2 ( $133,8 \pm 1,8$  г/л,  $40,1 \pm 0,5\%$ ,  $29,8 \pm 0,3$  пг и  $89,6 \pm 0,7$  фл, соответственно,  $p < 0,05$ ).

При наличии анемии у пациентов со сниженной СКФ уровень гемоглобина составил  $101,6 \pm 3,5$  г/л у пациентов с ССЗ и СД2, что достоверно ниже, чем у пациентов без диабета –  $110,5 \pm 2,3$  г/л ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Выявлена значительная распространенность анемии у пациентов с ХБП на фоне ССЗ. Коморбидность по СД2 существенно увеличивает распространенность и выраженность анемии.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ С ТРОМБОЗАМИ У ПАЦИЕНТОВ**

**ИВАНОВА А.Д., ЧУДИНОВ А.Л., ГАЙДУКОВА И.З.**

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург,*

*Российская Федерация*

*СПб ГБУЗ «КРБ № 25», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** В ряде отечественных и зарубежных исследований показано, что пациенты с АНЦА-ассоциированными системными васкулитами (АНЦА-СВ) имеют высокий риск кардиоваскулярных осложнений, в том числе по причине развития венозных и артериальных тромбозов, однако данные по частоте встречаемости и превалирующим вариантам тромботических осложнений существенно различаются.

**Цель.** Оценить частоту тромбозов и других вариантов сосудистого поражения в когорте пациентов с АНЦА-ассоциированными васкулитами.

**Материал и методы.** В исследование включены 76 пациентов (средний возраст  $53,0 \pm 16,3$  года) с диагнозом АНЦА-СВ, находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «КРБ №25» в течение 2022 г. Когорту пациентов АНЦА-СВ составили пациенты с гранулематозом с полиангиитом ( $n=46$ ), микроскопическим полиангиитом ( $n=11$ ), эозинофильным гранулематозом с полиангиитом ( $n=19$ ). В ходе работы были проанализированы клинико-лабораторные и инструментальные данные, оценены кардиоваскулярные осложнения в анамнезе, в период индукции и поддерживающей терапии.

**Результаты.** В когорте АНЦА-СВ выявлено 52 (68,4%) пациента с наличием тромбозов. Часть выявленных тромбозов приходится на возрастную группу 45 лет и старше - 11 пациент (78,8%). Среди локализаций чаще определялся тромбоз брахиоцефального ствола, 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 (2,6%), 1 случай инфаркта миокарда. Однократно зафиксирована бессимптомная ТЭЛА (1,3%) и сухая гангрена нижней конечности при быстро прогрессирующем варианте гранулематоза с полиангиитом (1,3%). У 3 пациентов отмечено формирование аневризматического поражения аорты. 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 ( $r=0,670$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 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.



## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА MODY-2

**ИВАХНЕНКО И.В., ЯЧМЕННИКОВА М.С., КОТИЕВА Н.М., КРАЮШКИН С.И.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация  
ГУЗ КБ №12, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Описание случая.** Мы наблюдали молодую женщину 29 лет с периодически возникающей гипергликемией натощак, по поводу которой она была неоднократно обследована. Однако характерных для СД 1 или 2 типа признаков выявлено не было. В частности, отмечались низкие титры антител (АТ) к  $\beta$ -клеткам поджелудочной железы (IgG <1:4); АТ к инсулину (IgG4 25 Ед/мл), АТ к GAD (IgG <5 Ед/мл), уровень инсулина был нормальным (10.4 мкЕд/мл), что не позволило поставить диагноз СД 1 типа. Отсутствовали также признаки, характерные для СД 2 типа: абдоминальный тип ожирения, acanthosis nigricans, симптом Бера. На основании объективного статуса (ИМТ 18,3 кг/м<sup>2</sup>), результатов обследования: HbA1C 6,3%, увеличения в 13,4 раз стимулированного приемом пищи (7ХЕ) инсулина на фоне постпрандиальной гипергликемии (10,5 ммоль/л), отсутствия агрессивного течения заболевания выставлен диагноз СД неуточненной этиологии, вероятно MODY. Для подтверждения диагноза пациентка направлена в ФГБУУ НМИЦ Эндокринологии, где при проведении молекулярно-генетического исследования методом прямого секвенирования экзонов 1a, 2-10 и примыкающих участков интронов гена GSK выявлены мутации, типичные для СД MODY-2. Была назначена пероральная сахароснижающая терапия (гликлазид МВ 120 мг), на фоне которой состояние пациентки стабилизировалось, был достигнут целевой уровень HbA1C 6%.

**Отличительной особенностью данного клинического случая** является то, что был своевременно поставлен диагноз редкой формы СД и назначено соответствующее лечение. СД тип MODY-2 (Maturity-Onset Diabetes of the Young) представляет собой заболевание, обусловленное мутацией гена глюкокиназы. Характерное для данного типа СД атипичное течение является причиной несвоевременной диагностики и как следствие, неверно выбранной тактики лечения. В большинстве случаев в клинической практике наличие гипергликемии у пациента молодого возраста является основанием для постановки диагноза СД 1 типа и назначения инсулинотерапии. В данной ситуации инсулинотерапия была бы не только неэффективна, но и могла бы привести к нежелательным явлениям.

**Трудностью в диагностике данного случая** является отсутствие каких-либо специфических клинических признаков СД MODY-2 и необходимость выполнения молекулярно-генетического тестирования, которое недоступно в большинстве медицинских учреждений.

## ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

ИЕВЛЕВ Е.Н., ПАВЛОВ А.Г., ГРАЧЕВА И.Л., ЧАЛГУБАЕВ Э.К., ШЕСТАКОВА Е.А.,  
ЧЕКМАРЕВА И.Н., БИРЮКОВА Т.А., НУСРАТУЛЛИНА А.З.

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация*

*БУЗ УР РКБ№1 МЗ УР, г. Ижевск, Российская Федерация*

*БУЗ УР ГKB №6 МЗ УР, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время не существует единого мнения относительно факторов, влияющих на смертность у диализных пациентов.

**Цель.** Провести комплексный анализ смертности и ее причин у гемодиализных пациентов.

**Материал и методы.** В ходе когортного одномоментного был проведен ретроспективный анализ 161 медицинских карт умерших пациентов в гемодиализных центрах Удмуртской Республики за период с 2017 по 2021 гг.

**Результаты.** За анализируемый период смертность составила 7,9%, из них 156 на ГД (96,9%) и 5 на ПД (3,1%). В первый год диализа умерло 93 пациентов (57,8%): в первые 6 месяцев – 55 (34,2%); от 2 до 5 лет - 26 человек (16,1%); от 6 до 10 лет - 28 (17,4%); более 11 лет - 14 человек (8,7%,  $p < 0,0001$ ). Возраст умерших составил  $60,8 \pm 3,1$  лет. В 2017 г. -  $46,8 \pm 3,2$  лет, в 2021 г. -  $62,7 \pm 2,4$  лет ( $p < 0,05$ ). Причинами смерти были сердечно-сосудистые заболевания (59 пациентов, 36,6%), COVID-19 (61 пациент, 37,9%), злокачественные новообразования (14 пациентов, 8,7%), прочие причины (17 пациентов, 10,6%), почечная недостаточность (10 случаев, 6,2%).

У пациентов выявлена анемия (эритроциты -  $3,2 \pm 0,76 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин  $90,9 \pm 2,0$  г/л), нарушения минерально-костного обмена (гипокальциемия -  $1,85 \pm 0,41$  ммоль/л, гиперфосфатемия -  $2,3 \pm 0,77$  ммоль/л). Уровень ферритина превышал референсные значения у 121 пациентов (75,2%), был в норме у 40 пациентов (24,8%). Этот факт подтверждает, что усредненный по времени уровень ферритина в сыворотке крови  $>1500$  нг/мл у пациентов, находящихся на гемодиализе, связан с повышенным риском смертности от всех причин в течение 5 лет.

**Выводы.** За анализируемый период смертность пациентов соотносилась с общероссийскими данными. Наблюдается тенденция к увеличению среднего возраста умерших. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности особенно в первые 6 месяцев начала гемодиализной терапии. Анемия и нарушение кальций-фосфорного обмена, а также высокий уровень ферритина могут непосредственно влиять на исходы и течение болезни.

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТРИТАМИ НА ФОНЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

КАЗАКОВА И.А., РУДЕНКО И.Б., МАМЕЕВА О.В., ЕЛИСЕЕВА Л.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

**Цель исследования** – оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в зависимости от возраста и длительности приема разных групп нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у больных с артритами.

**Материал и методы.** Проведено обследование и анкетирование 62 пациентов с артритами, находившихся на лечении в ревматологическом отделении БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6» Минздрава Удмуртской Республики (г. Ижевск) за 2022 г. Средний возраст пациентов составил  $49,4 \pm 19,2$  лет. СКФ определяли расчетным методом с помощью формулы СКД-ЕРІ. Анкету, разработанную нами, заполняли пациенты, результаты оценивали врачи-ревматологи.

**Результаты.** Неселективные НПВП в виде таблеток принимали 38 (61,3%) человек, селективные – 24 (38,7%). Сопутствующую патологию мочевыводящих путей (мочекаменную болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит, поликистозную болезнь почек) имели 17 (27,4%) человек. У этих пациентов отмечалось снижение СКФ до  $55,54 \pm 15,60$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , что соответствовало хронической болезни почек (ХБП) С3а. Мочевой синдром (микрогематурия, умеренная лейкоцитурия) был выявлен у 56 (90,3%) пациентов, у 16 (25,8%) из которых наблюдалась протеинурия. Экскреция белка с мочой составляла от 0,125 до 0,512 г/л. СКФ анализировали по возрастным группам: в когорте от 30 до 39 лет ее значение равнялось  $54,5 \pm 13,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , 40–49 лет –  $68,5 \pm 15,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , 60–69 лет –  $50,5 \pm 12,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , что соответствовало ХБП С2–С3а. Прием НПВП в течение 5 лет привел к снижению показателей СКФ до  $67,5 \pm 12,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , что соответствовало ХБП С2. При стаже приема препаратов 10–15 лет СКФ снизилась уже до  $55,2 \pm 11,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , т.е. почечная функция ухудшилась до стадии ХБП С3а. При приеме НПВП более 15 лет показатель СКФ уменьшился до  $43,3 \pm 12,0$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ : это соответствует стадии ХБП С3б, которая имеет более серьезный неблагоприятный прогноз.

**Выводы.** У всех обследуемых пациентов с артритами, принимающих НПВП, были снижены показатели клиренса креатинина до стадии С2–С3 ХБП. Показатели СКФ изначально были значительно ниже у больных с сопутствующей патологией мочевыводящих путей, а также у пациентов, принимающих НПВП на протяжении более 10 лет. Этот факт всегда требует избирательного подхода к выбору противовоспалительных препаратов у пациентов с хронической суставной болью и назначения современной нефропротективной терапии.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ**

**КАЛИНИНА С.В., ФЕНДРИКОВА А.В., СКИБИЦКИЙ В.В.**

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время возможности хронофармакотерапевтического подхода у больных артериальной гипертонией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА), практически не изучены. Хронофармакотерапия может способствовать не только повышению эффективности лечения, но и улучшению таких прогностически важных параметров, как вариабельность АД, центральное аортальное давление (ЦАД), а также профилактике повторных цереброваскулярных событий.

**Цель.** Оценить влияние хронофармакотерапевтического подхода на суточный профиль (СП) АД и ЦАД у больных АГ, перенесших ТИА.

**Материал и методы.** Обследованы 116 больных АГ (медиана возраста 61 год), перенесших ТИА. Пациенты рандомизированы в 2 группы: группа 1 (n=59) – лица, получавшие индапамид ретард 1,5 мг и валсартан 160 мг утром, группа 2 (n=57) - индапамид ретард 1,5 мг утром и валсартан по 80 мг утром и вечером. Исходно, через 2 и 12 месяцев терапии проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой основных параметров, включая суточный профиль (СП) АД, а также показателей ЦАД.

**Результаты.** Через 8 недель терапии в группах отмечалось неравнозначное достижение целевого уровня АД: в группе 1 - у 43 пациентов (72,9%), в группе 2 – у 55 (96,4%) ( $p=0,001$ ). Через 12 месяцев лечения в группе 2 регистрировалось более выраженное улучшение среднесуточных систолического и диастолического АД (САД и ДАД), пульсового давления, вариабельности САД и ДАД в ночные часы, индекса времени гипертонии, величины и скорости утреннего подъема АД, среднесуточных САД и ДАД в аорте, индекса аугментации в аорте, а также вариабельности САД и ДАД в аорте, чем в группе 1 ( $p < 0,05$ ). Через 1 год терапии отмечалось увеличение числа пациентов с нормализовавшимся СПАД («dipper») у 28 (65,1%) человек в 1-й и у 48 (87,3%) пациентов во 2-й группе ( $p=0,01$ ).

**Выводы.** Более значимые позитивные изменения СПАД и показателей ЦАД у больных АГ с ТИА отмечались на фоне применения индапамида ретард утром и валсартана дважды в сутки (утром и вечером). Можно полагать, что данный режим дозирования препаратов оптимален для лечения АГ у больных с ТИА.

## ГУМОРАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

КАМИЛОВА У.К., НУРИТДИНОВ Н.А., МАШАРИПОВА Д.Р., ЗАКИРОВА Г.А.,  
УТЕМУРАДОВ Б.Б.

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** В последние годы ряд исследований был посвящен изучению влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 на сердечно-сосудистую систему и ее патогенетические механизмы.

**Цель** – изучить гуморальные маркеры эндотелиальной дисфункции у больных, перенесших COVID-19.

**Материал и методы.** Обследованы 105 больных, перенесших COVID-19. Больные были включены в исследование через 4–6 мес после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Средний возраст обследованных составил  $51,8 \pm 6,7$  лет. У участников исследования оценивалась коагулограмма, иммуноферментным методом определялись уровни Д-димера (АО «Вектор-Бест», Россия), эндотелина-1, фактора фон Виллебранда (ФФВ), тромбомодулина (Elabscience, США).

**Результаты.** Согласно проведенному анализу, среди обследованных больных, перенесших COVID-19, артериальная гипертензия (АГ) была выявлена у 100 (95,2%) человек. У 42 (40%) пациентов была установлена ишемическая болезнь сердца (ИБС), в том числе II функционального класса (ФК) у 40 (38,10 %) и III ФК – у 2 (1,90%) участников. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была определена у 68 (64,76%) обследованных. По данным теста 6-минутной ходьбы, I ФК ХСН был верифицирован у 15 (14,29 %), II ФК – у 33 (31,4%), III ФК – у 20 (19,05%) человек. Уровень эндотелина-1, одного из биомаркеров эндотелиальной дисфункции, у реконвалесцентов COVID-19 составил  $90,61 \pm 2,36$  пг/мл, у пациентов с АГ –  $91,57 \pm 2,45$ , с ИБС –  $94,21 \pm 4,39$ , с ХСН –  $99,5 \pm 3,31$  пг/мл ( $p < 0,01$ ) соответственно. Показатель ФФВ у участников исследования, перенесших COVID-19, был равен  $128,67 \pm 1,76\%$ , у пациентов с АГ –  $129,2 \pm 1,83$ , с ИБС –  $134,43 \pm 2,51$ , с ХСН –  $139,1 \pm 2,17\%$  ( $p < 0,05$ ). Показатель тромбомодулина у лиц, перенесших COVID-19, составил  $1388,5 \pm 18,2$  пг/мл, у больных с АГ –  $1393 \pm 18,6$ , с ИБС –  $1394,07 \pm 23,9$ , с ХСН –  $1412 \pm 23,3$  ( $p < 0,05$ ). При оценке корреляционной связи между уровнями гуморальных маркеров эндотелиальной дисфункции и показателями гемостаза (фибриногеном и Д-димером) была установлена корреляционная связь высокой степени фибриногена с эндотелином-1 ( $r=0,68$ ) и ФФВ ( $r=0,63$ ), а также связь средней степени между фибриногеном и тромбомодулином ( $r=0,54$ ). В свою очередь, Д-димер продемонстрировал сильную корреляционную связь с эндотелином-1 ( $r=0,71$ ) и ФФВ ( $r=0,61$ ) и среднюю – с тромбомодулином ( $r=0,55$ ).

**Выводы.** У больных, перенесших COVID-19, уровни гуморальных маркеров эндотелиальной дисфункции ассоциировались с показателями гемостаза.

## ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

КАМИЛОВА У.К., РАХИМОВ Х.Х.

*РСНПМЦТ и МР, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель.** Изучить особенности ремоделирования сосудов у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 73 больных мужчин, перенесших ИМ в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст -  $51,3 \pm 5,7$  лет). В обследование включались больные с давностью перенесенного ИМ от 6 месяцев до 3 лет. Для сравнения полученных данных обследована группа здоровых лиц (контрольная группа) в количестве 31 человека, сопоставимых по полу, возрасту с основной группой. Показатели дисфункции эндотелия оценивали доплерографическим методом по результатам вазомоторной реакции плечевой артерии (ПА) с применением манжеточной пробы.

**Результаты.** У больных СД 2 типа, перенесших ИМ выявлены нарушения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), указывающее на резкое ухудшение функционального состояния эндотелия: ее снижение отмечено у 71% больных, патологическая вазоконстрикция - у 34%. Наблюдалось достоверное снижение систолической скорости кровотока на 35,6%, диастолической на 61,9% ( $p < 0,01$ ) от контрольной соответственно. Отмечалось снижения средней скорости кровотока на 33,7% по сравнению с данными здоровых лиц, составляя  $37,9 \pm 1,6$  см/с соответственно, при этом диаметр ПА была ниже на 16,8%. Снижение ЭЗВД составил  $5,5 \pm 3,3\%$  соответственно, против  $13,5 \pm 1,9\%$ , т.е. отмечалось снижение этого показателя на 53,4% по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). Анализ показателей пульсативного и резистивного индексов показал, что у больных с СД 2 типа с постинфарктным ремоделированием эти показатели превышали показатели контрольной группы на 34,6 и 30,5% ( $p < 0,01$ ) соответственно. Снижение показателя чувствительности ПА к напряжению сдвига составил 59,4% ( $p < 0,001$ ) по отношению показателя контрольной группы.

**Выводы.** У больных СД 2 типа, перенесших ИМ наблюдалось выраженные нарушения эндотелиальной вазодилатации, характеризующиеся снижением ЭЗВД, патологической вазоконстрикцией и снижением как систолической и диастолической скорости кровотока в ПА.

## **НАРУШЕНИЯ ОБОНЯНИЯ И ВКУСА, АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19**

**КАМНЕВА Н.В., АНТОНЯН В.В., АНТОНЯН А.С., ГОЛУБКИНА Е.В., СИКОРСКАЯ Ю.Н.**  
*ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Российская Федерация*  
*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*  
*ГБУЗ АО «ГКБ № 3», г. Астрахань, Российская Федерация*

**Цель.** Определить частоту встречаемости нарушений обоняния и вкуса и развитие афтозного стоматита у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки после перенесенного COVID-19.

**Материал и методы.** Наблюдалось 15 человек (11 мужчин и 4 женщины) - от 23 до 54 лет. Больные были разделены на две группы: I группа - с язвенной болезнью (ЯБ) – 9 человек (60%), подтвержденной эндоскопически (язвенный дефект или «красный» рубец) и с наличием афтозного стоматита. Проведена диагностика на наличие *Helicobacter pylori* (Н.р.) и назначено лечение. II группа больных включала лиц с периодическими ноющими болями в эпигастральной области – 6 человек (40%), эндоскопические признаки ЯБ у данной группы больных не выявлялись, но наблюдался афтозный стоматит. ЭГДС-картина характеризовалась незначительной гиперемией в желудке и 12-ти перстной кишке. Проведена диагностика на наличие Н.р. и назначено лечение. Частыми жалобами у больных были нарушения обоняния и вкуса.

**Результаты.** Нарушения обоняния и вкуса отмечали 12 больных (80%). Пациенты предъявляли жалобы на появление болезненных овальных гиперемированных или белесоватых пятен диаметром 0,5-1,0 см, на губах, языке, слизистой щек, которые динамически изменялись, превращаясь, в течение суток, в эрозии и афты. Период заживления длился, в тяжелых случаях, до 6 недель. Из 12 больных с нарушениями обоняния и вкуса постковидный афтозный стоматит наблюдался у 8 больных с ЯБ (67%) и у 4 больных без ЯБ (33%).

**Вывод.** Симптомы нарушения обоняния и вкуса, утяжеляющие проявления афтозного стоматита у больных, перенесших COVID-19 встречаются в 2 раза чаще у пациентов с ЯБ (в сравнении с больными без язвенных процессов в желудке и 12-ти перстной кишке).

## **ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК**

**КАРАБАЕВА Ф.У., БЕЛЯЕВА Е.А.**

*АГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан,*

*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

**Актуальность.** Бессимптомная гиперурикемия (ГУ) - частое состояние у полиморбидных пациентов.

**Цель.** Оценить влияние ГУ и медикаментозно контролируемой нормоурикемии на показатели АД и уровень гликемии натощак у пациентов с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** В реальной клинической практике проведено наблюдение 65 пациентов (М-22, Ж-43) с метаболическим синдромом. Возраст пациентов от 46 до 78 лет ( $55,2 \pm 6,8$ ). У всех пациентов определялась гликемия натощак в венозной крови и уровень мочевой кислоты в сыворотке. Стаж АГ - от 3 до 26 лет, уровень АД контролировался медикаментозно и составлял  $142 \pm 5,2 / 86 \pm 4,8$  мм рт.ст. Оценка показателей АД проводилась на основании индивидуального дневника пациента.

**Результаты.** Гипергликемия натощак выявлялась у всех пациентов и составляла от 6,3 до 6,9 ммоль/л, терапия метформином по разным причинам не проводилась. У 32 пациентов (61,5% случаев), из них М-14 (63,6%), Ж-18 (41,8%), при обследовании была выявлена бессимптомная ГУ от 410 до 642 мкмоль/л.

Всем пациентам с выявленной ГУ был назначен аллопуринол в индивидуально оттитрованных дозах от 100 мг до 300 мг в сутки для достижения целевого уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л. Повторная оценка гликемии натощак проводилась не менее, чем дважды после достижения целевого уровня мочевой кислоты, у 14 пациентов (43,7%) отмечены нормальные показатели глюкозы натощак (менее 6 ммоль/л). В 8 случаях (25%) уровень гликемии снизился на 10%. Коррекции схем терапии АД в период наблюдения не проводилось, однако после достижения нормоурикемии отмечено снижение уровней САД и ДАД в среднем на 10 мм рт.ст. у 2-х пациентов (6,2%), на 8 мм рт.ст. – у 21 пациента (65,6%), на 5 мм рт.ст. – у 6 пациентов (18,7%).

**Выводы.** Снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови до значений менее 300 мкмоль/л способствует снижению САД и ДАД от 5 до 10 мм рт.ст., что способствует уменьшению кардиоваскулярного риска. В условиях нормоурикемии уровень гликемии натощак имел тенденцию к снижению.



## **СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТА С ДИАБЕТОМ И ПСОРИАЗОМ**

**КАРАБАЕВА Ф.У., БЕЛЯЕВА Е.А.**

*АГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан,*

*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

**Описание клинического случая.** Пациент М., 26 лет, пониженного питания, с 18 лет страдает СД 1 типа с удовлетворительным контролем заболевания. В возрасте 21 года впервые - появление псориатических высыпаний, лечения не получал. С 24 лет появились летучие боли в стопах без припухлости суставов, проходящие самостоятельно. В период возникновения болей отмечал повышение уровня гликемии на подобранной терапии СД. Состояние расценивали как проявление диабетической нейропатии. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови не определяли, несмотря на наличие у пациента артериальной гипертензии и псориаза. Креатинин крови 122-107-117 мкмоль/л в динамике. С 25 лет – эпизоды припухлости и гиперемии тыла стопы, консультировался хирургом, устанавливался диагноз рожи, получал антибактериальные препараты без четкого положительного эффекта. С течением времени эпизоды гиперемии и острой боли в стопах и голеностопных суставах учащались, сопровождалась повышением уровня глюкозы в крови. Консультирован ортопедом, ревматологом: клинически – артрит правого голеностопного сустава, 1-го плюснефалангового сустава левой стопы. При обследовании мочевая кислота 746 мкмоль/л, СРБ 34,2 мг/л. Установлен диагноз подагры, назначены НПВП, артрит купирован, затем - аллопуринол 300 мг/сут, в результате достигнуто снижение мочевой кислоты до 420 мкмоль/л. Учитывая наличие диабетической нефропатии, аллопуринол заменен на фебуксостат 80 мг/сут, достигнута нормоурикемия 284 мкмоль/л, параллельно произошло снижение уровня креатинина до 87 мкмоль/л. Эпизоды болей в стопах с припухлостью и гиперемией прекратились.

**Отличительные особенности данного случая:** отсутствие настороженности в отношении развития гиперурикемии и подагры на фоне развития ХБП у больного СД 1 типа и присоединения псориаза (эти состояния являются причиной вторичной гиперурикемии), отсутствие исследования мочевой кислоты и несвоевременная диагностика подагры. Острые приступы подагры сопровождалась нарастанием гликемии. Гиперурикемия способствовала прогрессированию ХБП, в то время как нормоурикемия препятствует этому процессу. Необходимо наблюдение для исключения псориатического артрита.

**Трудности в диагностике и лечении пациента:** не типичный возраст и нутритивный статус пациента для возникновения подагры, ошибочная трактовка болей в стопах (нейропатия и рожа), недостаточный ответ на аллопуринол, клиническое улучшение и достижение нормоурикемии на фоне применения фебуксостата.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ФЕРМЕНТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НА ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРЕПАРАТОМ МЕЛОКСИКАМ**

**КАРТАШОВА Э.Ш., БАТИЩЕВА Г.А., СМИРНОВ В.В.**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Российская Федерация*

**Актуальность.** Биотрансформация нестероидных противовоспалительных препаратов происходит в печени с участием изоферментов цитохрома P-450 (CYP 2C8, CYP 2C9). Фармакогенетические исследования, проводимые ранее для препаратов (диклофенак, пироксикам, целебрекс) показали, что у лиц с медленным метаболическим статусом («медленные метаболизаторы») и быстрым метаболическим статусом («быстрые метаболизаторы») результаты фармакотерапии болевого синдрома могут различаться. Для мелоксикама исследование индивидуального ответа на лечение хронического болевого синдрома с учетом активности ферментов цитохрома P450 требует изучения.

**Цель.** Оценить эффективность терапии болевого синдрома у пациентов с хроническим болевым синдромом при назначении препарата мелоксикам в зависимости от активности ферментов биотрансформации.

**Материал и методы.** Проведен опрос пациентов с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и фармакогенетическое тестирование методом ПЦР в режиме реального времени.

**Результат.** В исследование включены 86 пациентов обоего пола, страдающих болью в спине – 21 (25%), мужчин и 65 (75%) женщин, средний возраст -  $54,2 \pm 1,4$  лет. Фармакотерапия болевого синдрома включала прием мелоксикама 15 мг в таблетированной форме и/или 1,5 мл в/м в течение 3 дней и толперизона 150 мг 3 раза в день 10 дней. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от полиморфизма CYP2C9, который участвует в метаболизме мелоксикама. Согласно полученным клиничко-лабораторным данным, при носительстве генотипа CYP2C9 \*1/\*2 пациенты-«медленные» метаболизаторы (n=17) на фоне фармакотерапии имели снижение показателя ВАШ с  $5,2 \pm 0,7$  баллов до  $2,1 \pm 0,3$  баллов. В группе пациентов с «нормальной» активностью ферментов биотрансформации в печени (n=69) величина ВАШ при госпитализации была  $4,7 \pm 0,3$  баллов и  $2,3 \pm 0,2$  баллов через 10 дней терапии.

**Выводы.** В группе пациентов с хроническим болевым синдромом, получавших препарат мелоксикам, по данным ВАШ, у лиц с «нормальным» метаболическим статусом снижение субъективного восприятия боли было менее выражено.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА MET235Thr ГЕНА AGT**

**КАСАЕВА Э.А., МАММАЕВ С.Н.**

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить влияния полиморфизма Met235Thr гена AGT (гена ангиотензиногена) на формирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемической этиологии у жителей Республики Дагестан.

**Материал и методы.** В исследование включены 55 пациентов, страдающих ХСН 1-4 ФК, ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст  $56 \pm 4,1$ ). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст  $54 \pm 2,8$ ). Всем пациентам проводили клинико-лабораторное обследование, объективизация функционального класса. В качестве критерия диастолической дисфункции использовалось отношение ранней (Е) фазы заполнения левого желудочка к предсердному (А) компоненту его диастолического заполнения (Е/А). Исследование Met235Thr полиморфизма гена AGT проводилось методом полимеразной цепной реакции.

**Результаты.** Выявлено, что гомозиготная ТТ по сравнению с гетерозиготой ассоциирована с более высоким уровнем триглицеридов ( $2,7 [2,1; 2,9]$  ммоль/л и  $2,0 [1,6; 2,6]$  ммоль/л, соответственно,  $p=0,049$ ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ( $4,4 [3,9; 5,6]$  ммоль/л и  $3,8 [3,2; 4,2]$  ммоль/л, соответственно,  $p=0,047$ ). Уровень Е/А указывает на выраженную диастолическую дисфункцию при генотипе ММ составляет  $0,67 [0,65; 0,77]$ , по сравнению с  $0,60 [0,55; 0,64]$  и  $0,62 [0,58; 0,67]$  при генотипе ТТ и ТМ.

**Выводы.** Генотип ТТ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT ассоциируется с наличием известных факторов риска ИБС – триглицеридов, ЛПНП. Сравнительный анализ клинических данных показал, что у носителей гомозиготы ТТ М235Т гена AGT более высокий уровень атерогенных липидов плазмы крови. В то же время при наличии генотипа, ММ имеются более выраженные нарушения диастолической функции.

## АССОЦИИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА С ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

КИМ Т.Ю., СИНЕГЛАЗОВА А.В., ФАХРУТДИНОВА А.Ш.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Кардиометаболические факторы риска (КМФ) выявляются задолго до развития хронической болезни почек (ХБП) и это вызывает интерес к раннему скринингу и коррекции КМФ у пациентов молодого возраста.

**Цель.** Изучить особенности взаимосвязи КМФ и показателей функции почек у молодых пациентов.

**Материал и методы.** Обследован 191 пациент: Ж/М 97 (50,3%)/94 (48,7%) в возрасте  $Me$  35,0 [30,0-39,0] лет. КМФ оценивали по рекомендациям (Шляхто Е.В. и др., 2016 г.). Подсчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводили по формуле СКД-ЕРІ; микроальбуминурию устанавливали при соотношении альбумина к креатинину 30-300 мг/г. Критерии невключения: кардиометаболические заболевания и верифицированные заболевания почек, ХБП. Данные обработаны в SPSS Statistics 26.

**Результаты.** В общей когорте выявлено ожирение – 33,3%, артериальная гипертония – 37,6%, абдоминальное ожирение (АО) – 56,6%, дислипидемия – 59,8%. Сахарный диабет 2 типа установлен впервые у – 3,2%, предиабет у – 15,3% пациентов. Медиана СКФ во всей выборке составила 112,4 [111,0-116,3] мл/мин/1,73м<sup>2</sup>. Для анализа выделены 5 групп с различной СКФ (мл/мин/1,73м<sup>2</sup>): 1-я – СКФ  $\geq$ 120 (n=6); 2-я – СКФ  $\geq$ 110-120 (n=29); 3-я – СКФ  $\geq$ 100-110 (n=41), 4-я – СКФ  $\geq$ 90-100 (n=60), 5-я – СКФ 60-89 (n=59). Группы сопоставимы по полу (p=0,867). Возраст пациентов увеличивался по мере снижения СКФ, кроме 5 гр. (1-я гр. – 26,0 [25,0-37,0], 2-я гр. – 33,0 [28,0-37,0], 3-я гр. – 36,0 [32,0-40,0], 4-я гр. – 34,5 [30,5-39,5]; (p<0,05) и 5 гр. – 34,0 [32,0-38,0] года, достоверные различия отсутствовали. Пациенты 1-й и 5-й группы были самыми молодыми, но встречаемость некоторых КМФ была достоверно или близко к достоверной разнице чаще по сравнению с другими группами: частота избыточной массы тела (ИЗМТ) в 1 гр. – 50% (n=3), 2 гр. – 24% (n=6), 3 гр. – 26,8% (n=11), 4 гр. – 36,7% (n=22), 5 гр. – 37,3% (n=22), p=0,073; АО в 1 гр. – 83,3% (n=5), 2 гр. – 44% (n=11), 3 гр. – 46,3% (n=19), 4 гр. – 55% (n=33), 5 гр. – 69,5% (n=41), p=0,057; увеличение объема талии в 1 гр. – 80% (n=4), 2 гр. – 44% (n=11), 3 гр. – 39% (n=16), 4 гр. – 53,3% (n=32), 5 гр. – 67,8% (n=40), p=0,029; снижение липопротеинов высокой плотности в 1 гр. – 66,7% (n=4), 2 гр. – 32% (n=8), 3 гр. – 17,1% (n=7), 4 гр. – 18,3% (n=11), 5 гр. – 32,2% (n=19), p=0,038. Гипертриглицеридемия (ГТГ) (в 1 гр. – 33,3% (n=2), 2 гр. – 16% (n=4), 3 гр. – 14,6% (n=6), 4 гр. – 16,7% (n=10), 5 гр. – 23,7% (n=14)) и повышение HbA1C 6,0% (в 1 гр. – 50% (n=3), 2 гр. – 28% (n=7), 3 гр. – 14,6% (n=6), 4 гр. – 18,3% (n=11), 5 гр. – 23,7% (n=14)) наиболее часто встречались также в 1-й и 5-й группах (p>0,05).

**Выводы.** Таким образом, увеличение СКФ  $\geq$ 120 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> у лиц молодого возраста ассоциировано с более высокой частотой КМФ: ИЗМТ, АО, снижение ХС-ЛПВП, ГТГ и повышение HbA1 и диктует необходимость их ранней коррекции с целью первичной профилактики ХБП.

## ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЭВЕНКОВ

**КИРЕНСКИЙ И.А., СИВЦЕВА Е.Н.**

*ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», г. Якутск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является важной медицинской и социальной проблемой. Частота АГ в России составляет 39,5% (40,1% у женщин и 37,2% у мужчин), а в сибирском городском населении - 48%. У коренных жителей Крайнего Севера частота АГ ниже, чем у пришлого населения Севера и жителей средних географических широт.

**Цель.** Определить частоту АГ среди эвенков, проживающих в условиях северного села, и изучении ее связи с возрастом и полом.

**Материал и методы.** Исследование проводилось среди взрослого населения ( $\geq 18$  лет) с. Жилинда Оленекского района для определения частоты АГ. Артериальное давление (АД) измерялось дважды на правой руке в положении сидя после пяти минут отдыха. Диагноз АГ устанавливался в соответствии с классификацией Американской коллегии кардиологов (АСС). Для статистического анализа использовался пакет программ Statistica 12.0. Применялись методы проверки нормальности распределения признака, равенства дисперсий и анализа таблиц сопряженности. Проведен описательный анализ числовых характеристик. Для сравнения различий использовались непараметрические критерии. Уровень статистической значимости принимался равным 0,05.

**Результаты.** Из 274 обследованных, АГ была обнаружена у 93 (33,9%), женщины имели значимо более высокую частоту (39,4%) по сравнению с мужчинами (25,9%) ( $p=0,02$ ;  $\chi^2=5,27$ ). Возрастные группы не показали статистически значимых различий в частоте АГ между мужчинами и женщинами ( $>0,05$ ). У женщин наибольшая частота выявлена в пожилом возрасте (60-75 лет) и составила 76,3%, у мужчин – в старческом возрасте (66,7%). Уровень САД статистически высоко значимо была выше у женщин в возрасте старше 44 лет (KW-H=46,38;  $p=0,0000$ ). Медиана САД у мужчин по возрасту статистически не различалась. Медиана ДАД у женщин была выше в среднем и старческом возрасте (KW-H=27,78;  $p=0,0000$ ). У мужчин медиана ДАД колебалась от 68,0 мм рт.ст. с межквартильным размахом 61,0-74,0.

**Выводы.** У эвенков северного села частота артериальной гипертонии составила 33,9%, что соответствует средней распространенности по республике, и чаще встречается у женщин. У женщин медиана САД и ДАД повышается после 44 лет, в то время как у мужчин это не зависит от возраста.

*Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 22-25-20095.*

## МОДИФИКАЦИЯ ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ ЧАРЛСОНА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

КИЧИГИН В.А., АБЫЗОВ А.С.

ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация

**Актуальность.** Коморбидность является одним из важных прогностических факторов летального исхода у пациентов с соматической патологией. Индекс коморбидности Чарлсона (ИКЧ) является простым, легко применимым методом оценки риска смерти от сопутствующих заболеваний, однако для отдельных заболеваний целесообразно включение в расчет ИКЧ дополнительных показателей, в частности наличия острого повреждения почек (ОПП), хронической болезни почек (ХБП), дефицита массы тела (МТ) или ожирения (ОЖ).

**Цель.** Оценка прогностической значимости оригинального и модифицированного ИКЧ у пациентов с COVID-19.

**Материал и методы.** В исследование включены 182 пациента, госпитализированные в БУ БСМП (г. Чебоксары) в 2021 г. с диагнозом COVID-19. Рассчитывался оригинальный и модифицированный ИКЧ Чарлсона. В расчет модифицированного ИКЧ добавляли 2 балла при наличии ОПП и/или ХБП, 3-5 степени, 1 балл при дефиците массы тела и/или ожирении 2-3 степени.

**Результаты.** Повышенная летальность наблюдалась среди пациентов с дефицитом МТ – 69,2%, при ОЖ 2-3 степени – 75,0%, при остальных классах МТ летальность была заметно ниже – 40,8%, ( $p=0,046$  и  $p=0,021$ ). Летальность от новой коронавирусной инфекции у лиц без ОПП составила 35,3%, у пациентов с ОПП – 90,6% ( $p<0,001$ ). В группе пациентов с ХБП 3-5 степеней летальность составила 71,2%, а в группе без ХБП – 30,2% ( $p<0,001$ ). При оценке летальности у пациентов с высоким показателем оригинального ИКЧ (5 баллов и более) она составила 73,8%, с низким показателем – 20,4%, ( $p<0,001$ ). При высоком показателе модифицированного ИКЧ летальность у пациентов составила 73,7%, с низким показателем – 13,8%.

**Выводы.** Таким образом, индекс коморбидности отражает риск летальности пациентов при COVID-19, а его модификация с учетом ОПП/ХБП и/или дефицита МТ/ОЖ может усилить его прогностическую значимость.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ: ГРИПП А/Н1N1 И COVID-19

КЛЕСТЕР Е.Б., КЛЕСТЕР К.В., ДЕНИСОВА Е.А., КОШКАРОВА Н.А., АМАН РАЙН  
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация

**Актуальность.** За короткое время человечество пережило две пандемии и необходим анализ клинических различий для усовершенствования стратегии ведения данной категории пациентов.

**Цель.** Сравнить клинико-эпидемиологические особенности возникновения и течения вирусного поражения легких гриппом А/Н1N1 и новой коронавирусной инфекции.

**Материал и методы.** В исследование включены 555 пациентов, госпитализированных с диагнозом: Внебольничная пневмония. Из них у 193 вирус А/Н1N1 подтвержден ПЦР (группа I) и 362 больных с ПЦР подтвержденным SARSCoV2 (группа II). Всем пациентам проводилось обследование в строгом соответствии с методическими рекомендациями Профилактика, диагностика и лечение НКИ (COVID-19) версии 7-17.

**Результаты.** При оценке распределения больных по полу в I группе преобладали молодые женщины - 142 (74%), из них беременность определена у 48 (33,8%) во II группе больше половины - 196 (54,1%) составляли мужчины, пожилого возраста с коморбидной патологией ( $p > 0,05$ ). В клинической картине больных с вирусом гриппа А/Н1N1 статистически значимо чаще проявлялись жалобы на боли в мышцах и костях. При анализе сопутствующей патологии наблюдалось преобладание больных с хроническими заболеваниями легких. Поражение легких вирусом А/Н1N1 характеризует молодой возраст, выраженный интоксикационный синдром, частые осложнения. Клиническими проявлениями поражения легких вирусом SARSCoV2 (группа II) лихорадка (88,9%, 95% ДИ 84,1-93,4%), кашель (58,8%, 95% ДИ 41,4-72,7%) и одышка (48,1%, 95% ДИ 34,7-71,4%) Среди пациентов 25,1% (95% ДИ 15,6-30,9%) нуждались в отделении интенсивной терапии, у 32,0% были ОРДС (95% ДИ 14,3-50,1), у 12,9% – ОКС (95% ДИ 5,7-20,3%), у 8,6% - острое повреждение почек (95% ДИ 3,1-15,8%), 6,2% (95% ДИ 3,1-9,3%) с шоком и 14,9% (95% ДИ 6,9-19,7%) с летальным исходом.

**Выводы.** Новая коронавирусная инфекция в большинстве случаев сопровождается быстро прогрессирующим течением лихорадки, кашля и одышки. Важными отличительными факторами являются ОРП и быстрое прогрессирование ОРДС. Отличительными особенностями гриппа А/Н1N1 были молодой возраст, женский пол, возникновение заболевания в период беременности.

## **ОЖИРЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ – ПУЛЬМОКАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ?**

**КЛЕСТЕР Е.Б., КЛЕСТЕР К.В., СТЕФАНОВСКАЯ О.В.**

*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Цель.** Сравнить клинико-функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных ожирением с хронической обструктивной болезнью легких и без.

**Материал и методы.** Больные с ожирением без ХОБЛ (I группа) (n=50; 21 мужчина, средний возраст 48,8±9,1 лет). Группа II – 40 больных с ожирением и ХОБЛ, сопоставимых по возрасту, полу. Группа III — 37 больных ХОБЛ без ожирения, сопоставимых по возрасту, полу, степени и стадии ожирения, а также группе риска ХОБЛ: группа А - 7, В – 16, Е – 14 (GOLD, 2023).

Критерии исключения: вторичные формы ожирения, лица, с ИМТ <18 кг/м<sup>2</sup>. Оценивали ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, индекс висцерального ожирения (VAI) и % содержание жировой ткани по Deurenberg, кардиометаболический риск по шкале CMDS, индекс безжировой массы (FFMI) и индекс аппендикулярной мышечной массы (ASMI). Всем больным в период ремиссии выполнена стандартная эхокардиография (ЭхоКГ) с оценена глобальная деформация ЛЖ в продольном направлении с использованием опции “AFI” и спирография по стандартной методике.

**Результаты.** ЭхоКГ с отслеживанием спеклов выявила значительное ухудшение глобальной деформации ЛЖ у пациентов с ожирением и ХОБЛ по сравнению с I и III группами (-13,8%±2,2% против -16,3%±1,8%, -15,7%±2,0%, p=0,04). Напряжение верхушечной перегородки ЛЖ было снижено у больных I группы (p=0,003) при наличии метаболически нездорового ожирения. У пациентов II и III группы ухудшение GLS коррелировало со степенью тяжести ХОБЛ (p=0,02), индексом висцерального ожирения VAI и снижением индекса тощей массы. При анализе результатов спирографического исследования у больных I группы отмечалось снижением скоростных и объемных показателей, не достигающее критериев ХОБЛ.

**Выводы.** В виду широкой распространенности ожирение следует рассматривать не только в связи с бронхитическим фенотипом ХОБЛ, но и как фактор риска развития патологии системы дыхания, с возможностью взаимоблагоприятного влияния на респираторную, кардиоваскулярную и эндокринную системы с формированием пульмокардиометаболического континуума.



## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**КОВАЛЕНКО Е.В., МАРКОВА Л.И., БЕЛАЯ О.Л., ЖУКОЛЕНКО Л.В.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** В связи с широкой распространенностью хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2), хронической болезнью почек (ХБП) и ограниченными прогностическими возможностями одного биомаркера у коморбидного больного сохраняется интерес к использованию мультимаркерных моделей прогнозирования декомпенсации сердечной недостаточности (СН).

**Цель.** Оценить прогностическое значение комбинаций маркеров кардиальной и почечной дисфункции у больных ХСНсФВ, СД2 и ХБП.

**Материал и методы.** В исследование включено 168 стабильных пациентов ХСНсФВ, СД2 и ХБП, из них 85 (50,59 %) женщин. Медиана возраста - 70 (61; 74) лет. Все пациенты страдали АГ 1-2 степени, ИБС была у 125 пациентов (74,4%). Период наблюдения составил 18 месяцев. Комбинированная конечная точка (ККТ) в исследовании включала случаи декомпенсации ХСН и сердечно-сосудистой смерти. Оценивались: шкала клинического состояния (ШОКС), дистанция в пробе шестиминутной ходьбы (ТШХ) данные эхокардиографии, биомаркеры: NT-proBNP, sST2, цистатин С (CysC). Статистическая обработка данных проводилась с помощью языков программирования Python (версия 3.10, библиотеки sklearn, scipy, statmodels).

**Результаты.** За период наблюдения зарегистрировано 57 случаев развития ККТ. С помощью логистического регрессионного анализа была построена базовая статистическая модель, в которую вошли ШОКС, госпитализация по поводу СН за предшествующие исследованию 12 месяцев, индекс массы тела, E/e', дистанция в ТШХ, концентрация NT-proBNP. При проведении ROC-анализа данной модели площадь под кривой AUC составила 0,822 (95% доверительный интервал (ДИ): 0,677-0,967;  $p < 0,001$ ), чувствительность 61,5%; специфичность 80,9%. Включение sST2 в состав базовой модели привело к улучшению ее качества (AUC 0,942; 95% ДИ: 0,876-1,0;  $p < 0,001$ ) и повышению чувствительности до 92,3%, специфичности до 81,8%. Добавление к исходной модели концентрации цистатина С увеличило площадь под ROC кривой (AUC 0,862; 95% ДИ 0,736-0,992;  $p < 0,001$ ), изменило чувствительность и специфичность до 63,4%, 79,2%, соответственно.

**Выводы.** Использование мультимаркерных моделей повышает качество прогнозирования неблагоприятного течения ХСНсФВ у больных с СД2 и ХБП. Наилучшие прогностические свойства показала модель, включающая значения NT-proBNP и sST2.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**КОВАЛЬЧУК М.С., СТУКЛОВ Н.И., ГУРКИНА А.А., КИСЛЫЙ Н.Д.**  
*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Анемия у лиц мужского пола составляет 2% в развитых странах и 26% в развивающихся от общего количества данной патологии среди населения. При исследовании анемий, в общей популяции, они, в большинстве случаев характеризуются как железодефицитные, и отдельно не изучены у лиц мужского пола.

**Цель.** Охарактеризовать показатели гипохромной анемии с патологией обмена железа, эффективность лечения пероральными препаратами железа (ППЖ) у пациентов мужского пола.

**Материал и методы.** В исследование включили 35 больных мужского пола (4 пациентов молодого возраста, 8 пациентов среднего возраста, 18 пожилого и 5 пациентов старческого возрастов) с гемоглобином ниже 130 г/л, МСН менее 27 пг. Для выявления причины анемии проводили исследования: лабораторные, инструментальные, обмена железа.

Абсолютный дефицит железа (АДЖ) устанавливали при ферритине сыворотки (ФС) (менее 30 мкг/л). Функциональный дефицит железа (ФДЖ) устанавливался при ФС (30-100 мкг/л), Депонирование железа (ДпЖ) при ФС более 100 мкг/л. Эффективность лечения оценивали через 6 месяцев при восстановлении гемоглобина более 130 г/л на фоне приема ППЖ. Наблюдение за пациентами проводилось в течение двух лет.

**Результаты.** Легкая степень тяжести анемии выявлена у 20 пациентов, средняя степень у 11 пациентов, тяжелая у 4 пациентов. Распределение анемий по ФС определено первично у 18 пациентов: 14 с АДЖ (78%), 3 с ФДЖ (17%), 1 с ДпЖ (5%). Ответ на терапию железом был у 20 пациентов – из выявленных причин анемий преобладала патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 13 больных. Не достигнуто восстановление гемоглобина у 15 пациентов. Установить причины анемии удалось у 12 пациентов: злокачественные новообразования (ЗНО) выявлены у 8 пациентов, патология ЖКТ у 4 пациентов. У 10 пациентов зафиксирован смертельный исход за время наблюдения.

**Выводы.** 1. Гипохромная анемия у мужчин встречается чаще легкой степени тяжести (57%), в пожилом возрасте (51%). Преобладает патология ЖКТ (48%), АДЖ из установленного (78%). 2. Использование ППЖ показало низкую эффективность (57%). 3. Наихудший прогноз выявлен у пациентов с ЗНО – смерть в 8 случаях.

## **ЭНДОКРИННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИММУННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ МОСКОВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ИМЕНИ А.С. ЛОГИНОВА**

**КОЖЕВНИКОВ А.А., МКРТУМЯН А.М., ЖУКОВА Л.Г., ФЕОКТИСТОВА П.С., ФИЛОНЕНКО Д.А., ПОЛЬШИНА Н.И., ВОЛКОВА Е.И.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ингибиторы иммунных контрольных точек (ИИКТ) активно внедряются в практику благодаря выраженному онколитическому эффекту. Из-за неселективности к тканям данные препараты могут вызвать хронические осложнения, существенную часть которых занимают эндокринные иммуноопосредованные нежелательные явления (эИОНЯ).

**Цель.** Провести эпидемиологический анализ эИОНЯ в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование совершеннолетних пациентов с солидными злокачественными опухолями, получавших лечение ИИКТ в монотерапии или комбинации с химиотерапевтическими средствами в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ с июня 2016 г. по декабрь 2022 г.

**Результаты.** В исследование включены 214 пациентов (средний возраст 62,6 лет, 95% ДИ: 61–64,2 года), из них 46,3% – женщины. Среднее время наблюдения – 47,6 нед. эИОНЯ были выявлены у 45,3% участников, медиана времени обнаружения – 16,3 нед (от 2,7 до 111,6 нед.). У 14,5% развились эИОНЯ 1 степени тяжести, у 28,0% – 2-й, у 1,9% и 1,4% – 3-й и 4-й, соответственно. Ни один участник не умер от эИОНЯ. В 25,7% случаев был выявлен гипотиреоз (у 1 пациента – вторичный), в 7,9% случаев – тиреотоксикоз, в 7,5% – поражение по типу тиреоидита (с переходом из тиреотоксической фазы в фазу гипотиреоза). Надпочечниковая недостаточность (НН) была обнаружена у 16 (7,5%) человек. У 3 пациентов (1,4%) возник деструктивный сахарный диабет (ДСД). Для гипотиреоза медианное время выявления оказалось равным 20,9 нед, тиреотоксикоза – 9,4 нед., тиреоидита – 7,3 нед., НН – 21,6 нед., ДСД – 26,6 нед.

### **Выводы.**

1. Обнаружена большая частота эИОНЯ, чем было описано в множестве публикаций.
2. Основная часть эИОНЯ протекает со средней, 2-й степенью тяжести.
3. Наиболее часто наблюдалось поражение щитовидной железы по типу гипотиреоза.
4. Существенная часть эИОНЯ развивается в первые полгода лечения.
5. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости определения групп риска развития эИОНЯ, для которых потребуются регулярная оценка функции эндокринных органов с целью раннего выявления данных осложнений.

## **ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР РАННЕГО РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН**

**КОЖЕНОВ А.Т., АЗИЗОВ С.Н., ХЛЫНОВА О.В.**

*ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить эффективный рефрактерный период левого предсердия и легочных вен как возможный предиктор раннего рецидива фибрилляции предсердий (ФП) после радиочастотной изоляции легочных вен (ИЛВ).

**Материал и методы.** В исследование включены 35 пациентов с персистирующей формой ФП, рефрактерной к антиаритмической терапии (ААТ). Всем пациентам проводилась оценка значений эффективного рефрактерного периода левого предсердия (ЭРП ЛП) и легочных вен (ЛВ) с последующей радиочастотной антральной ИЛВ. В зависимости от значений ЭРП, пациенты делились на 2 группы. Группа №1 (11 мужчин и 4 женщины), – пациенты со значением ЭРП ЛП и ЛВ более  $228,5 \pm 28,2$  мс. Группа №2 (14 мужчин и 6 женщин) – со значением ЭРП ЛП и ЛВ были менее  $228,5 \pm 28,2$  мс. Оценка риска раннего рецидива ФП, в зависимости от полученных значений ЭРП, проводилась в первые 3 мес.

**Результаты.** В ходе операции острая ИЛВ была достигнута у всех пациентов. У 4 пациентов во время проведения программируемой стимуляции индуцировался пароксизм ФП. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Среднее время операции в группе №1 составило  $111 \pm 11,2$  мин, время рентгеноскопии  $3,9 \pm 0,4$  мин; в группе №2  $101 \pm 10,4$  мин и  $4,0 \pm 0,46$  мин соответственно. Значения ЭРП полученные в ходе исследования: Группа 1 ( $>228,5 \pm 28,2$  мс) левое предсердие (ЛП) (ушко ЛП)  $252 \pm 8,9$  мс; левая верхняя легочная вена (ЛВЛВ)  $252 \pm 12,1$  мс; левая нижняя легочная вена (ЛНЛВ)  $257,3 \pm 8,15$  мс; правая верхняя легочная вена (ПВЛВ)  $254,6 \pm 11,3$  мс; правая нижняя легочная вена (ПНЛВ)  $260 \pm 9,05$  мс. Группа 2 ( $<228,5 \pm 28,2$  мс) ЛП  $230 \pm 12,1$  мс; ЛВЛВ  $205 \pm 10,5$  мс; ЛНЛВ  $186,6 \pm 22,05$  мс; ПВЛВ  $212,2 \pm 14$  мс; ПНЛВ  $218,8 \pm 11,1$  мс. В ходе наблюдения за пациентами в группе №1 в первые 3 месяца после ИЛВ рецидивов не наблюдалось. В группе №2 наблюдалось 7 ранних рецидивов ФП.

**Выводы.** На основании полученных данных величину ЭРП ЛВ и ЛП менее  $228,5 \pm 28,2$  можно рассматривать как предиктор риска развития ранних рецидивов ФП.

## ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КОЗЛОВА А.Н., АНДРЕЕВА Е.А., ТРОИЦКАЯ Е.А., ГАЛОЧКИН С.А., ТЕРЕЩЕНКО Е.А., КОБАЛАВА Ж.Д.

*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сосудистая жесткость имеет связь с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью и включает клинические исходы: инфаркт миокарда, хроническую сердечную недостаточность (ХСН) и другие.

**Цель.** Характеризовать центральное АД и параметры артериальной ригидности у пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности (ОДСН).

**Материал и методы.** У пациентов, госпитализированных с ОДСН, после стабилизации состояния, помимо рутинных тестов, измеряли центральное АД, ПД, прямые, косвенные маркеры артериальной ригидности (каротидно-феморальную скорость распространения пульсовой волны (кфСРПВ), градиент жесткости как отношение кфСРПВ к каротидно-радиальной (кр) СРПВ (SphygmoCor). Повышение цАД оценивали в соответствии с индивидуальными нормами [Herbert A., 2014]. Повышением артериальной жесткости считали пПД >60 мм рт.ст., кфСРПВ >10 м/с и отклонение от индивидуальной нормы [Eur Heart J. 2010], утрату градиента жесткости (УГЖ) (кфСРПВ/крСРПВ  $\geq$ 1).

**Результаты.** Включено 54 пациента (61% мужчин, 69,6 $\pm$ 10 лет, АГ 100%, перенесенный ИМ 33,3%, медиана ФВ 51 (IQR 38;55), медиана NTproBNP 623 (500; 1842) пг/мл; ХСНнФВ у 37%, ХСНусФВ у 13%, ХСНсФВ у 50%. Подгруппы по ФВ ЛЖ были сопоставимы по основным характеристикам: клинико-демографическим и течения СН, значениям периферического и центрального АД и артериальной ригидности. Частота повышения цАД для СНнФВ 36,8%, СНунФВ 42,8%, СНсФВ 28,6%. Частота повышения ПД >60 мм рт.ст. 5,3%, 14,3%, 14,3%; кфСРПВ >10 м/с 42,1%, 42,8%, 53,6%; кфСРПВ выше индивидуальной нормы 42,1%, 57,1%, 50%; частота УГЖ 63,1%, 57,1%, 78,6%, соответственно. Средние значения показателей сосудистой жесткости в подгруппе СНнФВ составили цСАД (мм рт.ст.) – 107,1 $\pm$ 14,8, цДАД (мм рт.ст.) – 72,2 $\pm$ 14,8, цПД (мм рт.ст.) – 30 (23; 4), кфСРПВ (м/м) – 9,4 (6,6; 11,8), пПД (мм рт.ст.) – 45,6 $\pm$ 14, градиент жесткости – 1,1 (0,7; 1,7); в подгруппе СНунФВ 113 $\pm$ 17,1; 74,5 $\pm$ 15,2; 39 (28; 49); 9 (5,6; 12,1); 52 $\pm$ 10,7; 1,05 (0,8; 1,7) соответственно; в подгруппе СНсФВ 110,5 $\pm$ 18,6; 73,9 $\pm$ 10,4; 36,5 (28; 42); 10,2 (8,4; 13,3); 46,5 $\pm$ 17,2; 1,3 (0,9; 1,9) соответственно. При сравнении частоты изменений показателей ригидности между подгруппами по ФВ отмечено, что самым частым отклонением цСАД от индивидуальной нормы (100%), следующим по частоте в подгруппах СНнФВ, СНсФВ – УГЖ, а в подгруппе СНунФВ – УГЖ (57%) и отклонением СРПВ от индивидуальных норм (57%). Частота УГЖ при нормальной СРПВ 48,1%. Отмечаются ассоциации между ведущим триггером ОДСН с кфСРПВ ( $p=0,009$ ) и УГЖ ( $p=0,01$ ). Отмечается ассоциация пПД >60 мм рт.ст. со стадией ХСН по Стражеско-Василенко ( $p=0,006$ ).

**Выводы.** Пациенты, госпитализированные с СН с контролируемой АГ, имеют высокую частоту повышения центрального клинического АД и УГЖ (вне зависимости от уровня клинического периферического АД и значений СРПВ). Различий по параметрам центрального АД и ригидности в зависимости от ФВ не выявлено.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ ТАМОКСИФЕН**

**КОЛЕСНИКОВА И.Ю.**

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Лекарственный гепатит (ЛГ) является частым осложнением терапии злокачественных новообразований.

**Цель.** Сопоставить типы ЛГ и эффективность гепатопротекторов при лечении больных тамоксифеном.

**Материал и методы.** В исследование включены 56 женщин, которым был назначен тамоксифен в рамках комбинированного лечения рака молочной железы, в случае выявления у них двукратного и более повышения трансаминаз и/или щелочной фосфатазы и при исключении вирусных гепатитов, внепеченочного холестаза. Возраст женщин варьировал от 29 до 68 лет (медиана – 52 года). Нормальная масса тела выявлена у 4 женщин (7,1%), низкая у 5 (8,9%), избыточная масса тела у 22 (39,3%), ожирение 1 степени у 25 (44,6%) больных.

**Результаты.** Преимущественно цитолитический вариант ЛГ выявлен у 34 (60,7%) пациенток, преимущественно холестатический – только у 4 (7,1%) пациенток, смешанный вариант ЛГ – у 18 (31,1%) больных. У всех женщин определялась легкая и умеренная степень тяжести ЛГ, не потребовалось отмены тамоксифена. При этом холестатический вариант ЛГ был ассоциирован с нормальной и низкой массой тела, тогда как цитолитический и смешанный варианты существенно чаще регистрировались у пациенток с избыточной массой тела и ожирением. Всем больным с цитолитическим вариантом ЛГ назначался адеметионин, при холестатическом и смешанном вариантах назначалась комбинация адеметионина и урсодезоксихолевой кислоты. Через 1 месяц терапии в контрольных биохимических анализах было выявлено снижение трансаминаз у всех пациенток, при этом полное купирование цитолиза зарегистрировано у 32 (52,1%) женщин, полное купирование холестаза – у всех женщин. После отмены гепатопротекторов нарастание цитолиза отмечено у 18 (31,1%) пациенток.

**Выводы.** Лекарственный гепатит при назначении тамоксифена чаще протекает по типу цитолитического или смешанного в случае избыточной массы тела или при ожирении. Курсовое назначение адеметионина и урсодезоксихолевой кислоты приводит к купированию холестаза и, в половине случаев, цитолиза. При отмене гепатопротекторов цитолиз рецидивирует.

## **НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

**КОРОЛЕВА И.Е., АБРАМОВА Е.Э., ТОВ Н.Л., ОВЕЧКИНА Ю.В., МАНЖИЛЕЕВА Т.В.**  
*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация*  
*ГБУЗ НСО «ГНОКБ», г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** По данным Российского регистра заместительной почечной терапии в структуре летальности больных преобладает кардиоваскулярная патология. Несмотря на многочисленные исследования, связь сердечно-сосудистых заболеваний с абдоминальным ожирением у больных, получающих лечение программным гемодиализом (ПГД) изучена недостаточно.

**Цель.** Изучить влияние нарушения нутритивного статуса на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных на ПГД.

**Материал и методы.** Обследовано 70 пациентов на ПГД. Всем пациентам исследовали липидный профиль, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), измеряли окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), определяли индекс ОТ/ОБ, выполняли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS 12.0.

**Результаты.** Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что в совокупности исследуемые предикторы оказывают значимое влияние ( $\chi^2=31,3$ ,  $p=0,005$ ;  $\chi^2=42,3$ ,  $p < 0,001$ ) на итоги прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ишемической болезнью сердца (ИБС) соответственно. Значимое влияние на риск развития ХСН оказывают ОТ ( $p=0,002$ ), ОБ ( $p=0,001$ ) и тенденция к повышению ЛПНП ( $p=0,059$ ) по сравнению с ИМТ и объемом и площадью подкожного и висцерального жира. Между данными предикторами и вероятностью ХСН обнаружена значимая ассоциация: при увеличении ОТ на 1 ед. шанс возникновения ХСН увеличивается в 1,3 раз (на 30%); при увеличении ОБ на 1 ед. шанс возникновения ХСН уменьшается в 1,4 раза (на 41%); при увеличении ЛПНП на 1 ед. шанс возникновения ХСН увеличивается в 4,3 раза (на 330%).

Значимое влияние на развитие ИБС оказывают возраст пациента ( $p=0,014$ ) и тенденция к повышению ЛПНП ( $p=0,054$ ). Между данными предикторами и вероятностью ИБС обнаружена статистически значимая ассоциация: при увеличении возраста на 1 ед. шанс возникновения ИБС увеличивается в 1,3 раз (на 30%); при увеличении ЛПНП на 1 ед. шанс возникновения ИБС увеличивается в 44,7 раза (на 347%).

**Выводы.** Таким образом, наиболее значимыми факторами риска для развития ИБС являются возраст пациента и увеличение ЛПНП. Для риска развития ХСН имеют значение увеличение ОТ и повышение ЛПНП.

## **ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**КОРОЛЕВА Л.Ю., ПОЦЕЛУЕВА П.А.**

*ФГБОУ ВО «ОГУ им. И.С. Тургенева», г. Орел, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** В современном мире гаджеты стали неотъемлемой частью жизни. При этом в доступных источниках имеется малое количество информации об исследованиях, посвященных оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы при регулярном использовании цифровых технологий.

**Материал и методы.** Было проведено скрининговое обследование 127 лиц (средний возраст  $19 \pm 0,6$  лет), являющихся студентами Медицинского института ОГУ имени И.С. Тургенева в период с октября 2022 г. по сентябрь 2023 г. (56 девушек и 71 юношей). Всем обследованным было проведено измерение артериального давления (АД) и показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) с помощью пульсометра (при использовании возможностей платформы Engu Health) до начала и после завершения исследования, а также клиническое исследование и анкетирование с помощью Опросника, в котором определялось количество проведенного времени в гаджетах и типах активности (игры, переписки, просмотр видео и т.д.).

**Результаты.** По результатам проведенного опроса было установлено, что 74 человека проводят более 12 часов в гаджетах, 34 – от 6 до 12 часов, 12 – от 3 до 6 часов, 7 – менее 3-х часов в день.

По данным пульсометрии у абсолютного большинства участников исследования (112 человек) было выявлено учащение сердечного ритма, у двоих обследуемых была выявлена аритмия во время использования цифровых технологий, при этом связь с конкретным видом активности не прослеживалась.

Было установлено, что при длительном использовании гаджетов (более 3-х часов в день в течение одной недели) диастолическое АД повышалось, что возможно объяснить статической позой при использовании гаджета.

В результате анализа показателей ВСР выявлено, что после использования гаджетов у участников значительно снижался HF – индикатор активности парасимпатической системы, при этом возрастал уровень LF/HF, что свидетельствует об активации симпатической системы, позволяя оценивать цифровые технологии как стрессовый фактор воздействия на деятельность сердечно-сосудистой системы.

**Выводы.** Таким образом, регулярное использование цифровых технологий более трех часов в день оказывает негативное влияние на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, вызывая активацию симпатической системы, отражающуюся на показателях ВСР, повышение диастолического давления и изменение сердечного ритма, вплоть до аритмии.



## **ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОМЕРНОГО ОПРОСНИКА RAPID-3 ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**КОРОЛЕВА М.В., ЛЕТАЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., АВЕРКИЕВА Ю.В.**  
*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация*

**Актуальность.** В последние годы все шире применяется новый опросник RAPID-3, позволяющий оценить, как функциональное состояние пациента, так и активность заболевания без использования лабораторных тестов.

**Цель.** Изучить возможность применения многомерного опросника RAPID-3 для оценки активности заболевания у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

**Методы и материал.** В исследование было включено 26 пациентов с РА в возрасте от 36 до 69 лет (средний возраст –  $53,4 \pm 3,87$  лет), из которых 22 женщины (85%) и 4 мужчины (15%). Критериями включения были диагноз РА в соответствии с критериями EULAR/ACR, 2010г. Средний возраст пациентов составил 53,2 (44,6; 59,8) года, средняя продолжительность заболевания – 15,1 (10,1; 25,8) года. Для уточнения степени тяжести заболевания пациентам был проведён комплекс клинических исследований, включающий оценку по индексу DAS28 и по опроснику RAPID-3. Многомерный опросник оценки здоровья RAPID-3 (русскоязычная версия) включает в себя индекс физического функционирования – модифицированный индекс HAQ, оценку боли и общую оценку состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале.

**Результаты.** Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали больные с высокой и умеренной активностью воспалительного процесса по индексу DAS28. Среднее значение DAS28 составило 4,31 [3,68; 4,83]. Высокая степень активности заболевания установлена у 14 человек (53,8%), умеренная – у 8 (30,8%), низкая степень активности – у 2 человек (7,7%), ремиссия – у 2 человек (7,7%). Среднее значение активности РА, определенное самим пациентом, по опроснику RAPID-3 составило 14,4 [10,3; 17,9], из них 13 человек (50%) оценили степень активности как высокую, 12 человек (46,2%) – как умеренную, и только 1 человек (3,8%) - как низкую. Таким образом, оценка активности заболевания по общепринятому индексу DAS28 и многомерному опроснику RAPID-3 совпали у 19 пациентов (73,1%), 6 человек (23,1%) указали более высокую степень активности, 1 человек (3,8%) – более низкую степень активности по опроснику RAPID-3 в сравнении со значением DAS28.

**Выводы.** В настоящем исследовании русскоязычная версия опросника RAPID-3 при определении активности заболевания сопоставима по своей информативности с общепринятым индексом DAS28.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И УРОВНЯ МАРКЕРА ST2 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА**

**КОРСАКОВА Д.А., СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** ST2-стимулирующий фактор роста, кодируемый геном 2 исследуется в качестве прогностического маркера ХСН. Уровень ST2 у пациентов с ХСН с коморбидностью по сахарному диабету 2 типа (СД2) и его взаимосвязь с показателями эхокардиографии (ЭХО-КГ) практически не изучались.

**Цель.** Изучить взаимосвязь между уровнем ST2 и показателями ЭХО-КГ у пациентов с ХСН в зависимости от коморбидности по СД2.

**Материал и методы.** У 102 больных с ХСН, средний возраст  $74 \pm 9$  года, определяли уровень ST2 в нг/мл и проводили ЭХО-КГ. 1 группу составили 60 пациентов с ХСН и коморбидностью по СД2, 2 группу - 42 человека с ХСН. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 12.

**Результаты.** У 35 (58,3%) пациентов 1 группы диагностирована ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) (ХСН-сФВ), у 16 (26,7%) – с промежуточной ФВ (ХСН-пФВ), у 9 (15%) – с низкой ФВ (ХСН-нФВ). У пациентов 2 группы ХСН-сФВ выявлена у 34 (81%) обследованных, ХСН-пФВ – у 4 (9,5%), ХСН-нФВ – у 4 (9,5%). В 1 группе уровень ST2 достоверно выше у лиц с ХСН-нФВ по сравнению с обследованными с ХСН-сФВ –  $59 \pm 7,4$  нг/мл против  $35,2 \pm 2,8$  нг/мл ( $p=0,03$ ).

У 16 пациентов (36,4%) 1 группы и 12 пациентов (28,6%) 2 группы диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП). У пациентов первой группы уровень ST2 при наличии ФП достоверно выше по сравнению с лицами без ФП –  $36,4 \pm 30,7$  нг/мл против  $17,3 \pm 10,7$  нг/мл ( $p=0,01$ ).

По группе в целом установлены достоверные положительные корреляции между уровнем ST2 и степенью недостаточности митрального и аортального клапанов, а также отрицательная корреляция с ФВ. В группе с ХСН и СД2 выявлена достоверная отрицательная корреляция между ST2 и степенью укорочения левого желудочка, а также положительная корреляция ST2 с размером правого желудочка.

**Выводы.** У пациентов с ХСН и СД уровень ST2 достоверно выше на фоне снижения ФВ отмечается увеличение уровня ST2. ФП в анамнезе у пациентов с ХСН и СД2 сопровождается увеличением уровня ST2.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛОВОЗРАСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК, ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И УРОВНЯ МАРКЕРА ФИБРОЗА ГАЛЕКТИНА-3 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**КОРСАКОВА Д.А., ЧИЖОВ П.А., СМИРНОВА М.П.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Галектин-3 является перспективным маркером стратификации риска у лиц с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Биологические эффекты галектина-3 играют важную роль в развитии фиброза и ремоделировании левого желудочка (ЛЖ). Взаимосвязь галектина-3 с эхокардиографическими характеристиками, особенности данного показателя в зависимости от возраста и пола пациентов с ХСН изучены недостаточно.

**Цель.** Изучить взаимосвязь между уровнем галектина-3 и показателями эхокардиографии (ЭХО-КГ), а также половозрастными особенностями у пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** У 102 больных с ХСН, средний возраст  $74 \pm 9$  года, 30 мужчин (М) и 72 женщин (Ж) определяли уровень галектина-3 в нг/мл иммуноферментным методом и проводили ЭХО-КГ по стандартному протоколу. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 12.

**Результаты.** Средний уровень галектина-3 по группе составил 14,2 (4,0; 63,8) нг/мл. Уровень галектина-3 у М и Ж по группе в целом не имел достоверных различий и составил 7,0 (5,1; 47,6) нг/мл у М и 14,2 (3,7; 68,5) нг/мл у Ж. Уровень галектина-3 у пациентов трудоспособного возраста (45-64 г.) составил 12,7 (5,4; 46,4) нг/мл, у пациентов пожилого возраста (65-74 г.) – 13,3 (3,6; 48,1) нг/мл. При сравнении показателя у М и Ж в аналогичных подгруппах установлено, что уровень маркера у М трудоспособного возраста составил 43,8 (9,9; 46,4) нг/мл, что достоверно выше, чем у Ж в этой подгруппе – 8,8 (3,1; 109,3) нг/мл. Уровень галектина-3 положительно коррелирует с толщиной межжелудочковой перегородки (МЖП), что указывает на его участие в ремоделировании и гипертрофии миокарда при ХСН. Также установлена достоверная положительная корреляция галектина-3 и уровня пика А, что говорит о возможном влиянии маркера на усугубление диастолической дисфункции.

### **Выводы.**

1. Уровень галектина-3 достоверно выше у мужчин трудоспособного возраста
2. Повышение уровня галектина-3 у пациентов с ХСН ассоциировано с ремоделированием ЛЖ.
3. Уровень маркера галектина-3 достоверно коррелирует с ростом пика А у пациентов с ХСН.

## ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОСТКОВИДНУЮ ЭРУ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ

КОРЯГИНА Н.А., МЕЛЕХОВА О.Б., КОРЯГИН В.С., ЛЫСКОВЦЕВА К.С.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности населения. В 2022 г. на их долю пришлось большая часть хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на территории Пермского края (46% в общей структуре смертности). К основным факторам риска развития ССЗ относятся гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и ожирение, курение, избыточное употребление алкогольных напитков и гиподинамия. В настоящее время достигнуты значимые успехи в плане снижения этих факторов риска, но несмотря на это их распространенность остается на высоком уровне.

**Цель исследования** – проанализировать показатели распространенности основных факторов риска ХНИЗ и ССЗ в Пермском крае.

**Материал и методы.** В 2022 г. было обследовано 610 258 человек в возрасте 18 лет и старше в рамках профилактических мероприятий: профилактического медицинского осмотра (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН). Всем респондентам проводилось анкетирование с целью выявления ХНИЗ, выполнялись антропометрическое обследование, определение уровня глюкозы и холестерина в крови натощак, оценка относительного сердечно-сосудистого риска (ССР). Результаты представлены в процентном соотношении.

**Результаты.** I группа здоровья определена всего у 17% населения; среди этой когорты 30% человек находятся в трудоспособном и только 1% – в старшем трудоспособном возрасте. IIIА группа здоровья установлена у 320 482 человек, что составило 52,5% от общего числа исследованных; среди них трудоспособный возраст имеют 30%, старший трудоспособный – 79%. Установлено диспансерное наблюдение за 16,8% человек. Гиперхолестеринемия обнаружена у 193 503 (32%), гипергликемия – у 42 473 обследованных (7%). Курение табака среди населения выявлено у 44 029 человек (7%), среди которых 70% – мужчин, риск пагубного потребления алкоголя – у 21 137 субъектов (3%), включая 56% мужчин. Нерациональное питание имело место у 159 996 человек (26%): 62% этой когорты составили женщины, большинство – старшего трудоспособного возраста. Избыточная масса тела зарегистрирована у 26% населения, прошедшего профилактические мероприятия (37,5% мужчин и 62,5% женщин). При этом ожирением страдают 22% обследуемых, среди которых 70% женщин. Проведено определение относительного ССР у 160 395 человек: высокий (более 1 ед.) относительный ССР установлен у 935 человек, при этом высокий ( $\geq 5\%$ ) или очень высокий ( $\geq 10\%$ ) абсолютный ССР выявлен у 16 885 человек, что составило 6%.

**Выводы.** Каждый второй житель Пермского края, прошедший ПМО и ДОГВН, имеет ХНИЗ. На территории региона распространенность гиперхолестеринемии, избыточной массы тела и ожирение остается на высоком уровне. Наблюдается недостаточное выявление относительного ССР. Все это требует дальнейшего анализа проблем, а также формирования адресных программ профилактики и улучшения диспансерного наблюдения за лицами с данными нарушениями.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**КОСТИНА Н.Э., СТАРОДУБЦЕВА И.А.**

*БУЗ ВО ВОКБ №1, г. Воронеж, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания – самая распространенная сопутствующая патология у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой, которая требует индивидуального подхода к выбору терапии.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости сердечно-сосудистой патологии у пациентов с тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой.

**Материал и методы.** Проанализированы 115 карт стационарных больных, страдающих тяжелой бронхиальной астмой в возрасте от 48 до 72 лет и 93 карты пациентов со среднетяжелой бронхиальной астмой в возрасте от 32 до 68 лет.

**Результаты.** У пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в 83% случаев выявлены сопутствующие заболевания, в том числе в 45,3% случаев – сердечно-сосудистая патология. Чаще всего встречалась гипертоническая болезнь – в 35,3% случаев. Далее по частоте встречаемости следовала хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий, цереброваскулярные заболевания (перенесенное ОНМК, дисциркуляторная энцефалопатия). Перенесенный ОИМ встречался в 3% случаев. В 17,6% случаев пациенты с тяжелой бронхиальной астмой имели в анамнезе два и более сопутствующих сердечно-сосудистых заболевания.

В группе пациентов со среднетяжелой астмой сопутствующая сердечно-сосудистая патология встречалась в 17,4% случаев, среди которой наиболее часто также наблюдалась гипертоническая болезнь. В 5% случаев выявлены нарушения ритма сердца в виде наджелудочковой экстрасистолии.

**Выводы.** Наиболее частой сердечно-сосудистой патологией у пациентов с тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой является гипертоническая болезнь, ИБС и наджелудочковые нарушения ритма сердца.

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ**

**КОТЕЛЬНИКОВА А.В., КУКШИНА А.А.**

*ГАОУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Психологическое состояние пациентов, проходящих лечение в рамках курса медицинской реабилитации, определяется индивидуальными особенностями личности и оказывает непосредственное влияние на приверженность лечению и эффективность проводимых мероприятий. Наибольшее значение имеют изменения когнитивных функций и текущее эмоциональное состояние. Учитывая, что данные показатели могут претерпевать существенные изменения в процессе реабилитации (в том числе, психокоррекции), необходимо вооружить специалистов МДРК доступными скрининговыми методиками их динамического измерения. Рекомендованные в настоящее время версии скрининговых методик измерения когнитивного статуса (MoCA, MMSE) и текущего эмоционального состояния (HADS) не валидизированы на русскоязычной выборке и демонстрируют ряд неточностей в плане перевода текста и тестовых норм.

**Цель.** Провести апробацию русскоязычных версий скрининговых методик измерения когнитивного статуса (MoCA, MMSE) и текущего эмоционального состояния (HADS).

**Материал и методы.** Выборку апробации составили пациенты с гемипарезом в результате перенесенного инсульта (n=155) и с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника (n=100), находившиеся на втором этапе медицинской реабилитации. В качестве объективизирующего критерия использовались шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)».

**Результаты.** Сопоставление результатов с объективизирующим критерием выявило гипердиагностику: клинически значимый уровень тревоги методикой HADS регистрировался в чаще 3 раза, депрессии – в 1,4 раза; тест MoCA имеет выявлял тяжелые когнитивные нарушения в 6,7 раза чаще; MMSE – в 2,8 раза чаще фиксировал ложноотрицательные результаты.

Вопрос о психометрически обоснованном применении апробируемых методик решен путем пересмотра тестовых норм: доказано, что для субшкал HADS точкой отсечения при переходе от отсутствия измеряемого признака к его наличию следует считать 9 баллов; количественную интерпретацию результатов диагностики когнитивного статуса методиками MMSE и MoCA целесообразно осуществлять, основываясь на нормативах КНОКС. Исследование условий применимости тестов подтвердило высокую конкурентную валидность MoCA, высокую специфичность субшкал HADS (91,4%; 72,5%).

**Выводы.** Апробация методик скрининговой диагностики когнитивного статуса и текущего эмоционального состояния с последующей модификацией способа количественной интерпретации результатов позволяет использовать HADS, MoCA для повышения качества рутинных скрининговых диагностических процедур в процессе медицинской реабилитации.

## **НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПЕРИМИОКАРДИТ, ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**КРАСИВИНА И.Г., ЕВГЕНЬЕВА А.В., ЖОМОВА М.В., ГУЛЬНЕВА М.Ю.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Описание клинического случая.** Пациент поступил в терапевтическое отделение с жалобами на фебрильную лихорадку, боли в области сердца, усиливающиеся при вдохе, слабость, одышку при физической нагрузке. Не был вакцинирован. Перенес новую коронавирусную инфекцию (НКИ) в 2020 и 2021 гг. Через 2–3 мес после второго эпизода НКИ наблюдались ежемесячные рецидивы прежней симптоматики. Принимал нестероидные противовоспалительные препараты по 5–7 дней с улучшением. В январе 2023 г. к симптомам присоединилась одышка, после чего пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом «острый миокардит, острый перикардит неясной этиологии». Получал антибактериальную терапию (АБТ) широкого спектра, глюкокортикостероиды (ГКС) в режиме средних доз (30 мг преднизолона) с постепенным снижением до полной отмены; на фоне назначенной терапии наблюдался хороший эффект по клиническим, эхокардиографическим (размеры полостей, фракция выброса 58%) и лабораторным признакам. Через месяц после отмены ГКС произошел возврат симптомов, пациенту проводилось стационарное лечение в терапевтическом отделении. Отмечалось повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) до 60 мм/ч, С-реактивного белка (СРБ) – до 250 мг/л, Д-димеров – до 3500 нг ФЭЕ/мл, тромбоцитов – до  $700 \times 10^9$ /л. Антитела (АТ) к двуспиральной ДНК – 120,78 МЕ/мл (ВГН 25). Антинуклеарный фактор (АНФ), АТ к кардиолипину, С3/С4 компоненты комплемента, диаскин-тест – в норме. АТ IgG к SARS-CoV-2 – 188,95 ВАУ/мл (верхняя граница нормы – 7,1). АБТ не дала существенного эффекта, на малых дозах преднизолона (10 мг/сут) наблюдалась выраженная положительная динамика клинических и лабораторных симптомов (СОЭ – 11 мм/ч, СРБ – 5,18 мг/л, Д-димеры – 358 нг ФЭУ/мл). При выписке пациенту были рекомендованы плавная отмена ГКС и прием 0,5 мг колхицина.

**Отличительными особенностями данного клинического случая** были выраженный положительный терапевтический эффект на фоне применения ГКС и неминуемый рецидив перимиокардита после отмены препарата.

**Трудности в диагностике** в представленном наблюдении были связаны с выявлением непосредственной причины перимиокардита. Миокардит, реже перикардит, признаны возможными осложнениями НКИ, при этом преобладают отсроченные до 12 и более мес симптомы воспаления сердечных структур. В нашем случае на основании появления характерных симптомов заболевания после перенесенной НКИ, 26-кратного повышения уровня АТ IgG к SARS-CoV-2 и исключения иных причин была предположена этиологическая роль коронавируса в развитии непрерывно рецидивирующего перимиокардита.

## РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В РАЗВИТИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

**КРЮЧКОВА Н.М., ЧЕРНОВА А.А., НИКУЛИНА С.Ю., МАКСИМОВ В.Н.**

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г.*

*Красноярск, Российская Федерация*

*НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Венозные тромбозы (ВТЭ) в виде тромбоза глубоких вен (ТГВ) или тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) находятся на третьем месте в мире по распространенности, уступая только инфаркту миокарда и инсульту. Противоречивые результаты разных работ по изучению генетической природы ТЭЛА свидетельствуют о неоднозначности имеющихся данных.

**Цель.** Изучить распределение полиморфизмов генов системы свертывания крови, неблагоприятных в отношении риска развития тромбозов, и их влияние на развитие ТЭЛА.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 120 человек (основная группа), перенесшие ТЭЛА. Контрольная группа была сформирована из банка ДНК НИИТПМ — филиал ИЦиГ СО РАН (сопоставимая с основной группой по полу и возрасту). Материалом для исследования послужили образцы цельной крови, плазмы и сыворотки, образцы ДНК, а также истории болезни пациентов, перенесших ТЭЛА. Экстракцию ДНК из венозной крови проводили фенол-хлороформным методом. FGA (Del/Ins) rs35496957 генотипировали с помощью ПЦР с фланкирующими праймерами. Полиморфизмы генов FGB, F2, F5, F13, ITGA2, PAI тестировали с помощью ПЦР в реальном времени на тест-системах производства «ДНК-технология».

**Результаты.** Проведен анализ генотипов по 7 полиморфным вариантам генов: FGA (Del/Ins), FGB (455 G>A), F2 (20210 G>A), F5 (1691 G>A), F13 (103 G>T), PAI (-6755G>4G), ITGA2 (807C/T) для которых ранее была установлена ассоциация с риском развития тромбофилии. Для полиморфизмов генов FGB, F2, F5, F13, PAI достоверных различий по сравнению с контрольной группой не было выявлено, однако наблюдались разнонаправленные тенденции.

Сравнительная характеристика частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфизма rs35496957 гена FGA в контрольной и основной группах выявила гендерную предрасположенность. Таким образом, отношение шансов обнаружить женщин носительниц генотипа ID полиморфизма rs35496957 гена FGA в группе с ТЭЛА в 2,08 раза выше по сравнению с контролем (95% ДИ 1,06-4,09; p=0,32).

Ген ITGA2 кодирует белок-альфа-2-мембранный гликопротеин. В нашем исследовании при анализе полиморфизма C807T гена ITGA2 в распределении частот генотипов было выявлено что наличие «рискового» генотипа TT у женщин в 3,08 раза выше по сравнению с контролем (95% ДИ 1,36-6,97; p=0,006).

**Выводы.** Дальнейшее выяснение роли генетических факторов в возникновении ТЭЛА имеет чрезвычайно важное значение для клинической практики в связи с возможностью развития персонализированного подхода к лечению и профилактике заболеваний системы гемостаза.



## **АССОЦИАЦИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ С ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ**

**КУДРЯШОВ С.И., СТЕНИНА М.А., КАРЗАКОВА Л.М.**

*ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Гломерулонефриты (ГН) – группа гетерогенных поражений почечных клубочков, зачастую неуклонно прогрессирующих и приводящих к терминальной почечной недостаточности и преждевременной смерти больных. Наиболее тяжелыми ГН являются рецидивирующие ГН с нефротическим синдромом (НС). Данным синдромом проявляются преимущественно так называемые «непролиферативные» ГН – мембранозная нефропатия (МНП), нефропатия с минимальными изменениями (НПМИ), фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС). Особенностью последнего является формирование стероидрезистентных форм. НПМИ и МНП часто имеют рецидивирующее течение. В последнее два десятилетия активно проводился поиск генетических маркеров рецидивирующего течения НС. На роль генетических маркеров могут претендовать и антигены/гены системы гистосовместимости человека – HLA, связь которых с рядом аутоиммунных заболеваний общеизвестна.

**Цель.** Изучить HLA-ассоциации ГН.

**Материал и методы.** В исследование включены 58 пациентов с НС рецидивирующего течения и 78 больных ГН с редко рецидивирующим или с отсутствием НС. Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет. Группы были сопоставимы по гендерному, возрастному составу, представленности различных морфологических форм заболевания. Критерием исключения являлись системные аутоиммунные заболевания. Помимо стандартных клинико-лабораторных, гистоморфологических исследований проводили типирование генов локусов II класса HLA – DRB1 (13 аллелей), DQA1 (8 аллелей) и DQB1 (11 аллелей). Для исследования использовали ДНК, выделенную из цельной периферической крови, типирование генов проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием реагентов ООО «НПО ДНК-Технология» (Москва).

**Результаты.** При изучении HLA-профиля исследуемых групп больных были определены частоты распределения аллелей HLA, в результате установлено различие по частоте встречаемости аллеля DQA1\*0501, который выявлялся реже в группе пациентов с часто рецидивирующим НС ( $p=0,04$ ). Более ценную информацию, чем определение частот распределения аллелей локусов HLA, дает изучение неравновесного сцепления аллелей разных локусов в хромосоме – гаплотипе. У больных с частыми рецидивами НС чаще выявлялся гаплотип DRB1\*11(05)-DQA1\*0301 ( $p=0,005$ ), реже – DRB1\*15(02)-DQB1\*0602-8 ( $p=0,004$ ).

**Вывод.** HLA-профиль пациентов с часто рецидивирующим НС имеет различия в частоте встречаемости отдельных аллелей и гаплотипов, что может обуславливать рецидивирующее течение НС.

## ОСОБЕННОСТИ Т-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ

КУДРЯШОВ С.И., СТЕНИНА М.А., КАРЗАКОВА Л.М., ГРИГОРЬЕВА И.М., ПАВЛОВА Д.В.  
ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Российская Федерация  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация  
БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, Российская Федерация

**Актуальность.** Несмотря на внедрение в клиническую практику различных групп современных иммуносупрессирующих препаратов для лечения стероидрезистентных и рецидивирующих форм гломерулонефритов возможности лечения ГН с нефротическим синдромом (НС) рецидивирующего течения по-прежнему ограничены из-за недостаточного понимания механизмов заболевания и отсутствия предикторов для оценки клинического течения и результатов лечения.

**Цель.** Изучить особенности Т-системы иммунитета у больных гломерулонефритом с НС рецидивирующего течения.

**Материал и методы.** Проведено изучение показателей Т-клеточного звена иммунитета в группе пациентов с НС рецидивирующего течения (29 человек). Средний возраст составил  $33,2 \pm 4,5$  года. Группой сравнения служила группа больных гломерулонефритом с отсутствием рецидивов НС. Группы были сопоставимы по гендерно-возрастному составу и представленности различных гистоморфологических форм гломерулонефрита. В обеих группах преобладали больные с мембранозной нефропатией. Оценка Т-системы иммунитета включала определение фенотипа лимфоцитов – Т-клеток, иммунорегуляторных субпопуляций Т-клеток, незрелых клеток, различных субпопуляций активированных Т-клеток и регуляторных Т-клеток – Treg. При этом использовали панель моноклональных антител, меченных флюоресцирующими метками. Исследование проводили методом проточной цитофлуориметрии на проточном цитометре Cytomics FC 500 MPL (Beckman Coulter, США). Уровень статистической значимости оценивали с помощью параметрического критерия Стьюдента.

**Результаты.** Анализ полученных результатов позволил выявить ряд особенностей в Т-системе иммунитета у больных с рецидивирующим течением НС, в частности увеличение числа Т-лимфоцитов до  $3,2 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$  (в группе сравнения  $2,1 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ ,  $p < 0,05$ ) за счет Т-хелперных клеток ( $2,2 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$  против  $1,3 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$  в группе сравнения,  $p < 0,001$ ), числа активированных Т-лимфоцитов, экспрессирующих антигены HLA-DR ( $0,36 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$  против  $0,16 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$  в группе сравнения,  $p < 0,001$ ). При этом в группе пациентов с рецидивирующим НС было меньше число Treg-клеток ( $1,5 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$  против  $3,5 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$  в группе сравнения,  $p < 0,001$ ). Корреляционный анализ выявил прямую связь числа рецидивов НС с числом Т-лимфоцитов ( $r=0,64$ ,  $p=0,001$ ), Т-хелперных клеток ( $r=0,67$ ,  $p=0,003$ ), активированных Т-клеток, экспрессирующих HLA-DR ( $r=0,58$ ,  $p=0,035$ ). Обнаружена обратная корреляция числа рецидивов НС с числом Treg-клеток, обладающих, как известно, иммуносупрессорными свойствами ( $r=-0,71$ ,  $p=0,006$ ).

**Вывод.** Результаты исследования свидетельствуют об ассоциации НС рецидивирующего течения с активацией клеточного звена адаптивного иммунитета.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PCSK9 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ**

**КУЗНЕЦОВ А.А., МАЛЬ Г.С.**

*ГБУЗ МО «МОБ им. проф. Розанова В.Н.», г. Пушкино, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Несмотря на значимый прогресс последних десятилетий в области диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, ишемическая болезнь сердца (ИБС) длительное время занимает ведущую позицию в структуре инвалидизации и смерти населения как в Российской Федерации, так и в мире. Применение ингибиторов PCSK9 позволяет добиваться достижения целевых показателей липидного обмена более чем у 90% пациентов. В связи с этим является актуальным изучение особенностей применения ингибиторов PCSK9 у больных ИБС с различными коморбидными состояниями.

**Цель.** Оценить эффективность гиполипидемического эффекта ингибиторов PCSK9 у больных ИБС в сочетании с различными коморбидными заболеваниями.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 74 мужчины (средний возраст  $52,5 \pm 4,6$  лет) страдающих ИБС, которые были разделены на 3 группы: больные только ИБС ( $n=25$ ) – первая группа, больные ИБС в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа ( $n=23$ ) – вторая группа, больные ИБС в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-IIБ стадии по Василенко-Стражеско ( $n=26$ ) – третья группа. Все пациенты до начала исследования получали оптимальную гиполипидемическую терапию и не достигли целевых диапазонов ХС ЛПНП. После этого в лечение добавляли ингибитор PCSK9 – алирокумаб 150 мг 1 инъекция в 14 суток подкожно (SANOFI, Франция) с последующим контролем показателей липидного профиля на протяжении 6 месяцев.

**Результаты.** До начала исследования все пациенты были сопоставимы по основным клиническим характеристикам и показателям липидного спектра. После начала лечения алирокумабом, в первой группе уровень ХС ЛПНП снизился на 76,4% с  $4,54 \pm 0,41$  ммоль/л до  $1,07 \pm 0,12$  ммоль/л, во второй группе уровень ХС ЛПНП снизился на 67,6% с  $4,11 \pm 0,35$  ммоль/л до  $1,33 \pm 0,17$  ммоль/л, в третьей группе уровень ХС ЛПНП снизился на 68,2% с  $4,24 \pm 0,31$  ммоль/л до  $1,35 \pm 0,19$  ммоль/л.

**Выводы.** Больные ИБС с такими сопутствующими заболеваниями как СД 2 типа и ХСН I-IIБ стадии по Василенко-Стражеско требуют интенсификации гиполипидемической терапии в виде более раннего назначения ингибиторов PCSK9 в комбинации со статинами и эзетимибом.

## **ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

**КУЗНЕЦОВА О.О., НИКУЛИНА С.Ю., МАТЮШИН Г.В., ЧЕРНОВА А.А., САКОВИЧ В.А., МАКСИМОВ В.Н.**

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация*

*ФГБУ «ФЦ ССХ» Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация  
НИИТПМ - филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – заболевание миокарда, которое приводит к развитию сердечной недостаточности (СН) и, в последующем, к трансплантации сердца, а также сопряжено со сложными гетерогенными факторами. С развитием данного заболевания изучено много генов и локусов. В основном прогноз при ДКМП неблагоприятный, хотя при использовании оптимальной медикаментозной терапии СН он может улучшиться.

**Цель.** Выявить предикторы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с кардиомиопатиями различного генеза.

**Материал и методы.** Обследован 221 пациент с кардиомиопатиями: ДКМП (идиопатического генеза) и ДМ ИГ (ишемического генеза). Средний возраст больных составил  $55,3 \pm 9,7$  лет. Из общего количества больных выделена группа больных с ДКМП (1 группа) в количестве 111 человек. Средний возраст больных с ДКМП составил  $51,7 \pm 9,7$  лет. Больные с ДМ ИГ составили 110 человек (2 группа). Средний возраст больных с ДМ ИГ составил  $58,7 \pm 8,4$  лет. Пациентам проведены лабораторные и инструментальные исследования, молекулярно-генетическое исследование.

**Результаты.** ХСН и ее тяжесть чаще всего ассоциируют со снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) сердца. В нашем исследовании в группе пациентов с ДКМП среднее значение ФВ ЛЖ составило  $25,1 \pm 6,8\%$ , среднее значение ФВ ЛЖ в группе с ДМ ИГ составило  $20,3 \pm 4,5\%$ ,  $p=0,0001$ . Это подтверждает наличие в этих двух группах тяжелой СН. В группе пациентов с ДМ ИГ и ХСН III функционального класса по NYHA отмечалось достоверное преобладание гетерозиготного генотипа (6a/5a) полиморфизма гена MMR3 по сравнению с контрольной группой ( $66,7\%$  против  $12,5\%$ ,  $p=0,023$ ).

В первой группе при проведении сравнительного анализа с полиморфизмами генов различий получено не было.

### **Выводы.**

1. У пациентов с ДМ ИГ в качестве предиктора развития ХСН можно рассматривать гетерозиготный генотип полиморфизма гена MMR3.
2. В группе пациентов с ДКМП при проведении сравнительного анализа с полиморфизмом генов различий получено не было.

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КУЗНЕЦОВА У.Е., ЭСАУЛЕНКО Е.В., БАСИНА В.В., КЛЕМЕНТЬЕВ А.М.

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) не теряет актуальности в связи с частотой распространения, тяжестью течения, возможностью неблагоприятных исходов.

**Цель.** Изучить этиологическую структуру и клинико-лабораторное течение ОРВИ у детей в 2023 г. и взрослых в период с 2020 по 2021 гг. в Санкт-Петербурге.

**Материал и методы.** В исследование включены 157 взрослых пациентов с диагнозом ОРВИ и 77 детей. Средний возраст составил  $44,9 \pm 18,7$  лет для взрослых и  $6,5 \pm 4$  года для детей.

**Результаты.** За период с апреля 2020 по декабрь 2021 гг. в СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина» проходили лечение 157 взрослых пациентов с ОРВИ, из которых 54,1% не верифицированных ОРВИ и в 45,9% с уточненным этиологическим диагнозом. Чаще всего выявлялась РС-вирусная инфекция – у 18,5% пациентов, парагрипп – у 16,5%, риновирусная инфекция – у 5,7% и грипп А – у 5,1%. Микст-инфекция наблюдалась в 4,5% случаев. Наиболее тяжелое течение формировалось при парагриппе – 1,9%, реже при РС-вирусной инфекции – 1,3%. В 7,1% случаев ОРВИ болели беременные женщины на разных сроках гестации (от 25 до 40 недель), среди которых не наблюдалось развитие тяжелого течения заболевания. 82% случаев ОРВИ протекали с повышением температуры тела, средние максимальные значения которой составили  $38,9 \pm 1,2^\circ\text{C}$ . В группе детей ( $n=77$ ) чаще всего выявлялся COVID-19 – 22%, ОРВИ с неуточненной этиологией – 17%, грипп А – 13%, грипп В – 9%, аденовирус и риновирус по 5%, метапневмовирус – 3%. Микст-инфекция наблюдалась в 18% случаев. У всех пациентов детского возраста ОРВИ протекала в среднетяжелой форме. Осложненное течение наблюдалось в 4,1% случаев, в виде патологии ЛОР-органов: синусит, отит.

**Выводы.** В структуре ОРВИ у взрослых чаще всего встречались РС-вирусная инфекция и парагрипп. Тяжелое течение формировалось при парагриппе, реже при РС-вирусной инфекции. Микст-инфекции и ОРВИ у беременных протекали в неосложненной среднетяжелой форме. В структуре ОРВИ у детей чаще всего встречались COVID-19, ОРВИ с неуточненной этиологией и микст-инфекции, протекающие в среднетяжелой форме.

## ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У ПИЛОТОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

КУЗЬМИНА А.Ю.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Потребление поваренной соли – важная характеристика питания обследуемых лиц. Соль необходима для поддержания гомеостаза организма, регуляции водно-электролитного баланса и уровня артериального давления, обеспечения нервно-мышечной активности и обменных процессов. В тоже время избыточное потребление соли – фактор риска ряда сердечно-сосудистых заболеваний и некоторых онкологических заболеваний.

**Цель.** Изучить фактическое потребление поваренной соли у пилотов гражданской авиации старшего возраста.

**Материал и методы.** Проведено выборочное добровольное анонимное анкетирование 170 пилотов в возрасте 55 лет и старше, проходящих плановое стационарное обследование в ФГБУ «ЦКБ гражданской авиации» с помощью стандартной анкеты-опросника «Суточная диетическая форма». Обработка данных была проведена в ГУ НИИ терапии СО РАМН (к.б.н. Е.Г. Веревкин).

**Результаты.** Среднее количество натрия в суточном рационе питания пилотов составило  $6169,7 \pm 232,2$  мг, что превышало физиологические потребности населения в этом микроэлементе в 4,3-4,8 раз (1300 мг) и было несколько выше оптимального уровня, установленного для летного состава (менее 5000-6000 мг/сут). Содержание натрия в пище у опрошенных было эквивалентно употреблению поваренной соли в количестве 15,4 г, что существенно превышает рекомендованный уровень – не более 5-6 г соли/сут. Большинство опрошенных использовали соль при приготовлении пищи – 98,2% человек. Досаливали готовую пищу 80,6% пилотов, из них часто – 14,7% человек (обычно – 10% лиц, всегда – 4,7% лиц). Эпизодически добавляли соль в готовую пищу большинство опрошенных (редко – 40% и иногда – 25,9% лиц). Не досаливали пищу только 19,4% респондентов.

Полученные данные близки к российским показателям, полученным в популяции. У молодых мужчин 16-29 лет потребление соли в 2013 г. соответствовало 13,2 г/сут. Потребление соли, как правило, увеличивается с возрастом из-за изменений чувствительности рецепторов и у больных АГ (в среднем у россиян около 12 г/сут., а у больных АГ – 15 г/сут и более).

**Выводы.** Содержание натрия в пище у пилотов гражданской авиации старшего возраста было избыточным – 15,4 г/сут. Целесообразно уменьшение ее употребления до уровня, рекомендуемого ВОЗ – не более 5 г/сутки.

## **СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19**

**КУЛИК Е.Г., ПАВЛЕНКО В.И., НАРЫШКИНА С.В.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, кафедра факультетской и поликлинической терапии, г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) сохраняет 3-ю позицию в структуре причин смертности во всем мире. Для пациентов длительно страдающих этим заболеванием характерны структурные изменения как правых, так и левых отделов сердца, связанные с развитием альвеолярной гипоксии, дисфункцией сосудистого эндотелия легочной артерии, активного системного воспаления. Однако влияние перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на пульмокардиальные взаимоотношения в долгосрочной перспективе остается неизученным.

**Цель.** Оценить состояние правых отделов сердца методом эхокардиографии у больных ХОБЛ через 12 месяцев после перенесенного COVID-19.

**Материал и методы.** В рамках проспективного, контролируемого клинического исследования обследованы 43 пациента с ХОБЛ стабильного течения, перенесших COVID-19, в возрасте от 52 до 76 лет, среди которых было 89,3% мужчин. Оценка параметров правых отделов сердца методом трансторакальной эхокардиографии проведена в динамике: на 8-12 день нахождения в инфекционном стационаре по поводу COVID-19 и амбулаторном визите через 12 месяцев после перенесенной вирусной инфекции.

**Результаты.** Через 12 месяцев после перенесенного COVID-19, в сравнении с эхокардиографическими показателями сердца, полученными при первичном осмотре, увеличиваются размер правого предсердия до 41,8 [36,2; 39,3] мм ( $p < 0,01$ ), индекс объема правого предсердия (30,2 [28,3; 33,4] мл/м<sup>2</sup>; ( $p < 0,05$ )), базальный диаметр ПЖ до 37,7 [23,5; 52,0] мм ( $p < 0,05$ ) и толщина передней стенки ПЖ (5,5 [3,6; 7,4] мм,  $p < 0,01$ ), максимальная скорость кровотока на трикуспидальном клапане до 2,2 [1,85; 2,64] м/сек ( $p < 0,05$ ). При повторном визите отмечена тенденция к снижению СрДЛА (24,3 [19,4; 39,3] мм рт.ст.). Также отмечена тенденция к уменьшению времени ускорения потока на легочной артерии, характеризующего прогрессирование легочной гипертензии. Признаки диастолической дисфункции 1 типа обнаружены у 62,7% больных, пациенты со 2 и 3 типом диастолической дисфункции не выявлены. Показатель TAPSE достоверно значимо не изменился ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Для пациентов с ХОБЛ через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 характерны эхокардиографические признаки дилатации правых отделов сердца с сохранением систолической функции ПЖ и наличием диастолической дисфункции ПЖ 1 типа с проявлениями легочной гипертензии. Исследование выполнено за счет гранта РНФ (научный проект №22-25-00592).

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СРЕДИ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**КУЛИКОВА С.И., КОТОВЩИКОВА Е.Ф., ВЕЙЦМАН И.А., ЛОМАКИНА Н.А.**  
*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** Распространенность анемии среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) составляет от 20 до 27%, при этом 54,8% обусловлены железодефицитной анемией (ЖДА). Пациенты с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), по мнению разных авторов, имеют склонность к развитию анемии. Сочетание СД 1 типа и НДСТ у одного пациента может повышать риск развития железодефицитных состояний.

**Цель.** Оценить состояние обмена железа в периферической крови у пациентов с СД 1 типа и сопутствующей НДСТ.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное исследование с лабораторной оценкой содержания уровня ферритина (совместно с СРБ) и гемоглобина у 32 пациентов молодого возраста от 18 до 35 лет с СД 1 типа и сопутствующей НДСТ. Гендерный состав: 12 мужчин и 20 женщин. Критерии исключения: наличие моногенного наследственного синдрома и/или онкологического заболевания, прием препаратов железа. Диагноз НДСТ устанавливался на основе критериев, представленных в национальных рекомендациях по ведению пациентов с НДСТ. За норму ферритина принимался уровень 30-150 мкг/л.

**Результаты.** Уровень ферритина у исследуемых колебался от 6,3 до 254 мкг/л, составляя в среднем. При этом, среди женщин уровень ферритина составил от 6,3 до 146,8 мкг/л, составляя в среднем  $39,68 \pm 8,51$ . Среди мужчин – от 15,4 до 254 мкг/л, составляя в среднем  $109,46 \pm 23,83$ . Повышение уровня СРБ выше 5 мг/л не выявлено. Снижение уровня ферритина наблюдалось у 6 женщин (30%) и у 1 мужчины (8,3%), составляя в общем 21,9% от всей выборки. При этом только у 2 женщин из 6 (33,3%) снижение уровня ферритина сопровождалось снижением уровня гемоглобина ниже 120 г/л, гипохромией и микроцитозом эритроцитов. Среди мужчин истинной железодефицитной анемии выявлено не было, средний уровень гемоглобина составил  $148,9 \pm 3,2$ .

**Выводы.** Частота встречаемости ЖДА среди молодых пациентов с СД 1 типа и НДСТ составила 6,25%. Распространенность латентного дефицита железа составила 15,2%. Для уточнения влияния НДСТ на развитие железодефицитных состояний у пациентов с СД 1 типа необходимы дальнейшие исследования.



## **ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

**КУПКЕНОВА Л.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** По данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки (РКТ ОГК) через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 у 13% пациентов сохраняются фиброподобные изменения, у 12% пациентов в виде остаточного «матового стекла», у остальных пациентов наблюдалось полное разрешение изменений в паренхиме легких. Остается неясным, насколько обратимы эти изменения и есть ли возможность их дальнейшего прогнозирования.

**Цель.** Проанализировать данные РКТ ОГК через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), перенесших пневмонию, вызванную вирусом SARS-CoV-2.

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 пациентов с ВЗК и COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани с апреля 2020 г. по февраль 2022 г. Для выявления изменений в легких, характерных для COVID-19, применяли РКТ ОГК, показанием для проведения были признаки наличия дыхательной недостаточности (ДН) ( $SpO_2 < 95\%$ , ЧДД  $> 22$  в мин.). Для сравнительного анализа пациенты, перенесшие COVID-19 с поражением легких, были поделены на 2 группы: 1-я группа – с ДН в период острого COVID-19, 2-я группа без ДН.

**Результаты.** В исследование было 18 (60%) мужчин. Средний возраст –  $49,1 \pm 15,1$  лет. При анализе данных проведенного РКТ ОГК через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 выявлено, что у 8 (26,7%) пациентов с ДН сохранялись изменения в паренхиме легких. При сравнении показателей с данными в острый COVID-19, оказалось, что они значительно уменьшились: объем обнаружения ( $580,3 \pm 651,6$  см<sup>3</sup> против  $20,3$  [12; 27] см<sup>3</sup>,  $p < 0,05$ ), количество срезов, на которых обнаружена патология ( $226,3 \pm 492,4$  против  $23,5$  [18; 26],  $p < 0,05$ ), процентное соотношение положительных срезов к общему количеству срезов ( $49,5$  [42; 55] % против  $22,4$  [12; 35,5] %,  $p < 0,05$ ), периферийные обнаружения ( $88,7$  [82,2; 98,7] % против  $13,7$  [10; 17] %,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При анализе показателей РКТ ОГК через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 выявлено, что только в группе пациентов с перенесенным поражением легких и ДН во время COVID-19 были выявлены изменения.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА РЕЦИДИВЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ**

**КУПКЕНОВА Л.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Имеются единичные работы по изучению течения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в постковидном периоде, они охватывают кратковременный период наблюдения – до 17,5 недель. Так в одном из исследований через 2 месяца после заражения COVID-19 примерно у 10% пациентов наблюдался рецидив ВЗК вне зависимости от перенесенного COVID-19. В рамках другого исследования было показано, что около 3,5% пациентов с ВЗК отметили рецидив ВЗК через 7 недель, и 2,1% пациентов – через 17,5 недель после перенесенного COVID-19. Рецидивы при язвенном колите (ЯК) не были связаны с изменением терапии ЯК и тяжестью COVID-19. Однако рецидивы при болезни Крона (БК) были связаны с тяжелым течением COVID-19, БК и лечением устекинумабом. Требуется уточнение влияния постковидного синдрома на частоту обострений ВЗК.

**Цель.** Установить особенности влияния COVID-19 на течение воспалительных заболеваний кишечника в постковидном периоде.

**Материал и методы.** В исследование включены 153 пациента с диагнозами БК и ЯК, а также COVID-19, наблюдавшиеся во временных инфекционных госпиталях г. Казани и амбулаторно с апреля 2020 г. по май 2022 г. Степень активности БК определяли путем расчета индекса активности БК Беста, ЯК – Truelove-Witts. Оценка характера течения ВЗК проводилась на 3, 6, 9 и 12 месяцы после перенесенного COVID-19.

**Результаты.** При детальном анализе факторов, влияющих на рецидив ВЗК в постковидном периоде, было выявлено, что развитие вирусного поражения легких оказывало влияние на обострение ВЗК на 3 месяц после перенесенного COVID-19 (ОШ 1,84, 95% ДИ: 1,41-3,92, на 6 месяц: поражение легких (ОШ 5,90, 95% ДИ: 1,83-11,90), ранние штаммы COVID-19 (ОШ 1,35, 95% ДИ: 1,22-2,15). На сроке 9-12 месяцев на рецидивы ВЗК влияли сопутствующие заболевания в анамнезе, признаки тревоги и депрессии по HADS на ранних сроках постковидного периода.

**Выводы.** COVID-19 оказывал влияние на рецидивы ВЗК только на сроках 3-6 месяцев после перенесенной инфекции.

## **ПРОБЛЕМА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА**

**КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., ТОКАРЕВА А.С., ТУШИНСКАЯ Л.А.**  
*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время в литературе уделяется большое внимание изучению взаимосвязи между гиперурикемией и развитием сердечно-сосудистых заболеваний, а также инсулинорезистентности, сахарного диабета 2-го типа, хронической болезни почек (Saito Y. с соавт., 2021). При этом отмечается быстрый рост распространенности гиперурикемии среди населения развитых стран (С.А. Шальнова с соавт., 2014). Стоит отметить, что среди населения Нижегородского региона частота встречаемости гиперурикемии изучена недостаточно.

**Цель** – проанализировать распространенность гиперурикемии среди населения Нижегородского региона.

**Материал и методы.** Обследовано 2501 человек в возрасте 35–74 лет среди населения Нижегородского региона. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели, артериальное давление и частота сердечных сокращений. Проводилось лабораторное исследование, включавшее определение уровня креатинина, мочевой кислоты, липидного профиля, острофазовых белков. Рассчитывались индекс массы тела, индекс висцерального ожирения по формуле Amato, скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 26 (США).

**Результаты.** Среди населения Нижегородского региона гиперурикемия была выявлена в 23,1% наблюдений. Распространенность гиперурикемии среди мужчин (26%) превалировала над аналогичным показателем у лиц женского пола (20%). Повышенный уровень мочевой кислоты незначительно чаще регистрировался у городских жителей (23%) по сравнению с теми, кто проживал в сельской местности (22%). Установлена широкая распространенность гиперурикемии среди мужчин во всех возрастных группах (35–39 лет – 21,2%, 40–44 года – 30,2%, 45–49 лет – 27,7%, 50–54 года – 27,7%, 55–59 лет – 28,5%, 60–64 года – 26,6%, 65–69 лет – 22,5%, 70–74 года – 23,0%), при этом среди лиц женского пола данный показатель возрастал при приближении к более старшим возрастным когортам (35–39 лет – 11,9%, 40–44 года – 10,4%, 45–49 лет – 16,2%, 50–54 года – 21,7%, 55–59 лет – 21,5%, 60–64 года – 30,0%, 65–69 лет – 22,2%, 70–74 года – 27,3%).

**Выводы.** Значительная часть (23,1%) населения Нижегородского региона имела гиперурикемию. Согласно полученным результатам, распространенность этого нарушения обмена мочевой кислоты имеет гендерные различия, что требует дальнейшего анализа.

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ**

**КУРЫШЕВА М.А., ЗАБИРОВ К.К.**

*ГБУЗ НО ГКБ №33, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Введение.** Семейная средиземноморская лихорадка (ССЛ) – аутовоспалительное заболевание, характеризующееся рецидивирующими эпизодами лихорадки и перитонита, артритом, вызывается мутациями гена MEFV, наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Трудности постановки диагноза ССЛ в терапевтической практике рассмотрены в клиническом случае.

**Описание случая.** Пациент Г., 1992 г.р., армянин, студент, большую часть времени чувствовал себя здоровым, занимался спортом, диету не соблюдал, вредных привычек не имел. У родственников наследственной патологии не отмечено. В 2018 г. впервые появились жалобы на ежемесячные эпизоды лихорадки до 39°C в течение 1-2 дней, которые сопровождались схваткообразными болями в животе, рвотой и жидким стулом, возникающие без видимых причин. Во время приступов к врачу не обращался, анализов не сдавал. Принимал парацетамол и дротаверин, на следующий день самочувствие было нормальным. Вне эпизодов лихорадки отклонений в объективном статусе, при лабораторно-инструментальном обследовании у больного не выявлялось. В повторных общеклинических анализах и посевах на стерильность крови и мочи патологии не выявлено, биохимические показатели крови (в т.ч. гормональные исследования) без отклонений от нормы. При ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, колоноскопии патологии не найдено.

Обследован: врачом-инфекционистом как пациент с лихорадкой неясного генеза, гематологом на порфирию и лимфопролиферативные заболевания; ревматологом на диффузные заболевания соединительной ткани - патологии не найдено.

Проведено генотипирование на ССЛ и выявлены мутации M694V (гомозиготы)/ M6801 (компаунд-гетерозиготами). Рекомендовано лечение колхицином 1,2 г/сутки, что привело к ремиссии заболевания.

**Отличительные особенности данного случая.** Данный клинический случай представляет интерес в виду трудностей при постановке диагноза ССЛ из-за особенностей протекания патологии. У больного не было родственников, страдавших ССЛ, во внеприступный период чувствовал себя здоровым, не было отклонений в объективном статусе и при лабораторно-инструментальном обследовании. Поэтому целесообразно проведение генетического скрининга на ССЛ у больных с лихорадкой неясной этиологии, рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом.

## **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ГЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**КУРЫШЕВА М.А., ЧЕРЕПАНОВА В.В.**

*ГБУЗ НО ГKB №30, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

*ГБУЗ НО ГKB №33, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

*ННГУ им. Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Анемия у пациента с патологией печени является клинически значимой, но часто упускаемой из виду клинической особенностью, утяжеляя течение заболеваний из-за развития гипоксического синдрома. Причинами анемии у пациентов являются печеночная недостаточность, спленомегалия, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (КВРВП), нарушение обмена железа, фолиевой кислоты, витамина В12, токсическое действие алкоголя и лекарственных средств.

**Цель.** Изучить распространенность и структуру анемического синдрома у стационарных больных с патологией печени.

**Материал и методы.** Исследование проводилось путем ретроспективного изучения историй болезни 980 больных, проходивших лечение в ГБУЗ НО ГKB №30 и 33 в период с 2000 по 2020 гг. Критерии включения: наличие патологии печени и синдрома анемии, которая определялась по уровню гемоглобина (менее 120 г/л у женщин и менее 130 г/л у мужчин).

**Результаты.** Анемия как фоновое или сопутствующее заболевание выявлена у стационарных пациентов с патологией печени в 524 случаях (53,4%). Возраст пациентов 18-77 лет, из них женщин - 40,6%, мужчин - 59,4%.

Анемия встречалась при следующей патологии печени: гепатит - 7,6%, фиброз - 7,3%, цирроз - 85,1%. Этиология гепатита/цирроза при наличии анемии: токсический (алкоголь, лекарства) – 40,2%, вирусы гепатитов В и С – 37,6%, неалкогольная жировая болезнь печени – 17,5%, аутоиммунные заболевания – 4,7%. Анемия легкой степени тяжести была выявлена у 67,1% больных, средней тяжести у 9,6%, тяжелая – у 23,3% (постгеморрагическая при КВРВП). У 48,3% больных наблюдалась железодефицитная анемия, у 39,2% – анемия хронических заболеваний, в 8,3% случаев - мегалобластная анемия, в 4,2% - гемолитическая анемия.

**Выводы.** Анемия - распространенная патология у стационарных гепатологических больных (52,7%), чаще встречается при циррозе печени токсического и вирусного генеза. Частота и степень тяжести анемии увеличивается с нарастанием печеночной недостаточности и портальной гипертензии. В структуре анемии преобладают железодефицитная и анемия хронических заболеваний.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ЛАЗАРЕВА Е.Н. МАКАШОВА В.В., ПОНЕЖЕВА Ж.Б., КУЗНЕЦОВА Ю.В.

*ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва, Российская Федерация*

**Введение.** Гипергликемия у пациентов с сахарным диабетом (СД) способствует формированию микрососудистых осложнений, которые в 25% случаев провоцируют развитие рожистого воспаления. Представленный клинический пример демонстрирует положительное влияние комбинации фармакологических методов лечения и лазерной терапии (ЛТ) на регресс рожи у больной с СД 2 типа.

**Описание случая.** У пациентки на вторые сутки после укуса кошкой в области мягких тканей правой голени появилось покраснение, отечность и болезненность кожных покровов. В течение первых трех суток отмечала субфебрилитет и прогрессирование локального воспаления с формированием булл. На пятые сутки температура тела повысилась до фебрильных значений, появилась выраженная слабость, анорексия и болезненность правой голени, затрудняющая передвижение, что способствовало ее госпитализации с диагнозом эритематозно-буллезная рожа, среднетяжелое течение. Периодически каждые полгода у больной возникали эпизоды рожистого воспаления. Отрицательная динамика локального статуса и прогрессирование интоксикации сопровождались лейкоцитозом ( $30 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилезом ( $28,7 \times 10^9/\text{л}$ ), палочкоядерным сдвигом на фоне высоких значений СОЭ (62 мм/ч), СРБ (247 мг/л) и глюкозы крови (20 ммоль/л). Проведенный семидневный курс антибактериальной терапии со сменой цефатоксима на ципрофлоксацин способствовал снижению лейкоцитоза до  $16 \times 10^9/\text{л}$ , активности СРБ до 62 мг/л и СОЭ до 58 мм/ч с сохранением гипергликемии. Однако отсутствовал регресс локального воспаления, сохранялась лихорадка и выраженная болезненность правой голени, в результате чего пациентка не могла самостоятельно передвигаться. При двукратном бактериологическом исследовании крови, мочи и отделяемого материала из булл патогенная флора не была выделена. Учитывая отсутствие положительной динамики, на 8 сутки госпитализации, был назначен ванкомицин в курсовой дозе 14 г в сочетании с лазерной магнитно-инфракрасной терапией, проводимой аппаратом «Рикта 04/4» по зонам, стимулирующим кровоток и микроциркуляцию в области рожистого воспаления. Через 24 часа после начала комплексной терапии у больной нормализовалась температура тела, значительно уменьшилась боль, гиперемия кожных покровов, регрессировал отек с последующим рассасыванием булл, активизировалась двигательная активность. После 7 сеанса ЛТ больная была выписана с выздоровлением.

**Выводы.** Присоединение лазерной терапии способствовало благоприятному исходу заболевания.

## ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В МЕХАНИЗМАХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

ЛАРИНА Н.А., АНИСИМОВА А.М., НОВИКОВА И.В., ДУДАНОВА О. П.

*ПетрГУ, г. Петрозаводск, Российская Федерация*

*ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Петрозаводск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Фиброз печени и инсулинорезистентность (ИР) считаются основными неблагоприятными прогностическими факторами, определяющим прогрессирующее течение неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). В то же время стеатоз печени и воспаление также являются неотъемлемыми составляющими данного процесса, и их гистологическая оценка включена в качестве конечных точек при разработке лекарственных препаратов. В общеклинической практике рекомендуются неинвазивные маркеры НАЖБП для стратифицировать пациентов.

**Цель.** Оценить влияние ИР на стеатоз, гепатоцеллюлярное воспаление и фиброз при НАЖБП.

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов НАЖБП: 28 (46,7%) – с наличием сахарного диабета 2 типа (СД2) с клинически явной ИР (I группа) и 32 (53,3%) – без СД2 (II группа). Группы были сравнимы по половому и возрастному составу. Оценивались следующие показатели: маркер стеатоза - FLI (fatty liver index) с учетом ИМТ, окружности талии, уровней триглицеридов и гаммаглутамилтрансферазы; маркеры воспаления - аланинаминотрансфераза (АЛТ) и С-реактивный протеин (СРП); маркеры фиброза - FIB-4 с учетом возраста, уровня аминотрансфераз и тромбоцитов и APRI с учетом АСТ и тромбоцитов.

**Результаты.** Уровень FLI у пациентов I группы был достоверно выше таковой во II группе -  $96,8 \pm 2,0$  против  $86,9 \pm 2,3$  ( $p < 0,05$ ), АЛТ –  $60,6 \pm 15,1$  Ед/л против  $44,5 \pm 15,6$  Ед/л ( $p < 0,05$ ), СРП –  $2,9 \pm 0,7$  мг/л против  $2,1 \pm 0,9$  мг/л ( $p < 0,05$ ), FIB-4 –  $1,57 \pm 0,3$  против  $0,86 \pm 0,21$  ( $p < 0,01$ ), APRI –  $0,58 \pm 0,09$  против  $0,31 \pm 0,07$  ( $p < 0,01$ ) соответственно. FLI в I группе возрастал в 1,11 раза по сравнению со II группой, АЛТ – в 1,36 раза, СРП – в 1,38 раза, FIB-4 – в 1,83 и APRI – в 1,87 раза соответственно.

**Выводы.** У пациентов НАЖБП, ассоциированной с явной инсулинорезистентностью и наличием СД2 типа, отмечалось более тяжелое прогрессирующее течение заболевания, чем у пациентов НАЖБП без СД2. Главную патогенетическую роль при этом играл фиброз печени, затем гепатоцеллюлярное воспаление и наименьшую – стеатоз печени.

## РЕДКАЯ ДВОЙНАЯ ГЕТЕРОЗИГОТНАЯ МУТАЦИЯ У БОЛЬНОЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

ЛАТИЙ В.В., БОЕВА О.И.

ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ, г. Москва, Российская Федерация

ФГБУ ДПО «ЦГМА», г. Москва, Российская Федерация

**Описание случая.** Пациентка А. 29 лет с жалобами на снижение толерантности к физической нагрузке, слабость, годом ранее перенесла острый инфаркт миокарда (ОИМ), диагностированный на стадии постинфарктного кардиосклероза; зарегистрирован уровень общего холестерина (ОХС) 13,3 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ХСЛНП) – 11,5 ммоль/л. На фоне регулярного приема розувастатина 40 мг/сут уровень ОХС достиг 7,3 ммоль/л, ХСЛНП – 4,8 ммоль/л. Спустя 10 месяцев – повторный ОИМ. При коронароангиографии – окклюзия правой коронарной артерии, стеноз до 75% передней нисходящей артерии; выполнено ЧКВ. У родственников первой и второй линий родства – умеренная выраженная гиперхолестеринемия и ранние сердечно-сосудистые события. При осмотре – липоидная дуга роговицы, некоторое утолщение ахилловых сухожилий. При ультразвуковом исследовании выявлены участки атеросклеротического стеноза сонных артерий до 45%. Оценка вероятности гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (геСГ) по шкале DLCNC соответствовала фенотипически определенному заболеванию (8 баллов). Больная отнесена к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Дополнительно начат прием эзетимиба 10 мг/сут; ХСЛНП снизился до 3,6 ммоль/л (целевой уровень <1,4 ммоль/л). На фоне дополнительного применения эволокумаба 420 мг однократно ежемесячно уровень ХСЛНП через 3 мес достиг 0,9 ммоль/л, ОХС – 1,6 ммоль/л. В течение последующего года неблагоприятных событий не было, признаков непереносимости гиполипидемической терапии не отмечено. Молекулярно-генетический анализ позволил идентифицировать два ранее описанных генетических варианта: 1) NP\_000518.1:p.Leu401His в гене LDLR, ответственный за развитие СГ с аутосомно-доминантным типом наследования; 2) NP\_000375.2:p.Gln4494del – редкий вариант в гене АРОВ, имеющий вероятную связь с заболеванием.

**Отличительные особенности данного случая.** Таким образом, больная является двойной гетерозиготой по описанным патогенным вариантам LDLR/АРОВ. С ее согласия проведено информирование родственников о наличии повышенного риска СГ и рекомендовано проведение каскадного семейного скрининга. Интерес представляет не только редкое сочетание мутаций, но и яркий фенотипический результат их взаимодействия. В данном случае – это высокие исходные концентрации ОХС и ХСЛНП, характерные для гомозиготных форм СГ, тяжелое поражение коронарного сосудистого русла, ранний ОИМ, отсутствие сформировавшегося ксантомотоза, низкая чувствительность к липидмодифицирующей лекарственной терапии. Для достижения целевого уровня ХСЛНП потребовалась комбинация трех классов липидснижающих средств.



## ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., КОРОЛЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация

**Актуальность.** Долголетие неизбежно связано с развитием возраст-ассоциированных дегенеративных изменений и интеркуррентным течением заболеваний, что приводит к ограничению жизнедеятельности. С возрастом инволютивные процессы формируют так называемые гериатрические синдромы, которые являются основным объектом медико-социальных воздействий, направленных на сохранение способности к социальному функционированию и самообслуживанию среди лиц пожилого и старческого возраста.

**Цель.** Оценить показатели когнитивного и психического статуса у пациентов со старческой астенией.

**Материал и методы.** Обследовано 60 больных (24 мужчин и 36 женщин) со старческой астенией. Средний возраст больных -  $78,6 \pm 7,2$  лет. Оценка когнитивного и психического статуса выполнена с помощью гериатрической шкалы депрессии и краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE).

**Результаты.** При оценке депрессии по гериатрической шкале, показано, что вероятные признаки депрессии присутствовали у 24 (40,0%) женщин и 12 (20,0%) мужчин. Показатели когнитивного статуса были распределены следующим образом: вероятность когнитивных нарушений среди опрошенных пациентов выявлена у 10 (41,7%) мужчин и 6 (16,7%) женщин, соответственно ( $p < 0,05$ ); признаки деменции легкой степени отмечены у 10 (41,7%) мужчин и 14 (38,9%) женщин ( $p=0,25$ ); деменция умеренной степени - у 2 (8,3%) мужчины и 6 (16,7%) женщин ( $p=0,10$ ); тяжелая деменция отмечена только среди лиц женского пола в 4 (11,1%) случаях.

**Выводы.** При оценке когнитивного и психического статуса у пациентов со старческой астенией установлено, что признаки тяжелой деменции и вероятного депрессивного расстройства выявлены преимущественно у лиц женского пола. Различий в показателях, характерных для легкой и средней степени деменции, в зависимости от гендерных признаков не получено.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**ЛЕТАЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., КОРОЛЕВА М.В., МАЛЫШЕНКО О.С., РАСКИНА Т.А.**  
*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация*

**Актуальность.** Частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств при ревматических заболеваниях, по данным разных авторов, составляет от 20 до 83%, в том числе при ревматоидном артрите (РА) – 30-75%. Тревожно-депрессивный синдром может развиваться как с первыми признаками заболевания, так и при прогрессировании РА, значительно ухудшая психологические и соматические показатели, существенно снижая качество жизни пациентов и приверженность к лечению.

**Цель.** Оценить частоту встречаемости тревожно-депрессивного синдрома у больных РА.

**Материал и методы.** Проведен опрос 42 больных с РА (средний возраст – 44,3±6,5 года). Контрольную группу составили 39 человек без РА, сопоставимых по возрасту и полу.

Для оценки и выявления тревожно-депрессивного синдрома использовались скрининговая карта для выявления депрессии, шкала субъективного благополучия и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты.** По результатам скринингового опросника депрессии у 34 (80,9%) пациентов с РА выявлены признаки тревожно-депрессивного синдрома, в то время как в контрольной группе только 6 (15,4%) пациентов имели положительный результат теста на наличие депрессивных расстройств. По данным, полученным при оценке шкалы благополучия, в основной группе у 26 (61,9%) больных отмечались признаки эмоционального дискомфорта (показатель составил 80% и выше), в контрольной группе – у 6 (15,4%). При оценке госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS тревожно-депрессивный синдром выявлен у 35 (83,3%) пациентов с РА: у 16 (45,7%) пациентов отмечалась тревога, у 19 (54,3%) – депрессия, из них субклинически выраженные тревога и депрессия наблюдались у 10 (28,6%) и 9 (25,7%) человек, соответственно. Тревожно-депрессивный синдром в контрольной группе по данным опросника HADS выявлен только у 8 (20,6%) пациентов в виде субклинически выраженных признаков: у 4 (10,3%) человек отмечалась тревога и у 4 (10,3%) – депрессия. Клинически выраженной тревоги и депрессии в контрольной группе не зарегистрировано.

**Выводы.** У большинства пациентов с РА выявлены тревожно-депрессивные расстройства. Своевременная диагностика и лечение депрессивных расстройств в ревматологической практике является актуальной с точки зрения медицинских, социальных и экономических последствий и требуют междисциплинарного подхода к лечению больных.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ЛИСОВАЯ Е.И.

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Российская Федерация

**Цель.** Оценить факторы риска (ФР) гипертонической болезни (ГБ) и их влияние на основные показатели здоровья у разных групп работающего населения.

**Материал и методы.** Проанализированы 153 амбулаторные карты работающего населения г. Владивосток, проходивших периодический медицинский осмотр, из них 86 женщин и 67 мужчин, средний возраст  $48 \pm 17$  лет. Проведено общеклиническое исследование, включающее выявление ФР, лабораторные показатели (общий холестерин (ОХ) и глюкоза в ммоль/л), исследование периферического АД, оценка ИМТ. Пациенты разделены на группы в зависимости от возраста и пола: группы 1 и 2 – 16 мужчин и 25 женщин младше 40 лет, группы 3 и 4 – 24 мужчины и 46 женщины 40-59 лет, группы 5 и 6 – 27 мужчин и 15 женщин 60 лет и старше. При обработке результатов использован критерий Шапиро-Уилка, ранговая корреляция по Спирмену. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В 1 группе ГБ выявлена у 6,3% пациентов, курение – 43,8%, нормальный вес – у 100%, САД  $116 \pm 7$  мм рт.ст., ДАД  $74 \pm 8$  мм рт.ст., ЧСС 68 [56-75] в мин., ОХ  $4,4 \pm 1,2$  ммоль/л, глюкоза  $4,6 \pm 1,0$  ммоль/л. Выявлена корреляция между ЧСС и курением ( $r=0,52$ ).

Во 2 группе: ГБ – 0, курящие – 40%, дефицит веса – 4%, нормальный вес – 76%, избыточный – 8%, ожирение 1 ст. – 4%, ожирением 3 ст. – 8%, САД 120 [110-120], ДАД  $73 \pm 9$ , ЧСС  $74 \pm 14$ , ОХ 4,3 [3,9-4,8], глюкоза 4,6 [4,3-4,9]. Выявлены корреляции между САД и ЧСС ( $r=0,47$ ), ИМТ ( $r=0,66$ ), ДАД и ИМТ ( $r=0,55$ ), возрастом и уровнем глюкозы ( $r=0,4$ ).

В 3 группе: ГБ у 29,2% пациентов, курят – 29,2%, с нормальным весом – 45,8%, избыточным – 25,0%, ожирение 1 ст. – 20,8%, ожирением 2 или 3 ст. – по 4,2%, САД  $128 \pm 14$ , ДАД  $79 \pm 9$ , ЧСС 74 [62-85], ОХ 5,5 [4,3-6,0], глюкоза  $5,2 \pm 1,2$ . Выявлена корреляция между САД и ЧСС ( $r=0,59$ ), ИМТ ( $r=0,62$ ), ДАД и курением ( $r=0,5$ ).

В 4 группе: с ГБ – 43,5% пациентов, курящих – 23,9%, с нормальным весом – 45,7%, избыточным – 30,4%, ожирением 1 ст. – 10,9%, ожирением 2 ст. – 8,7%, ожирением 3 ст. – 4,3%, САД  $126 \pm 9$ , ДАД  $78 \pm 8$ , ЧСС 71 [64-80], ОХ 5,3 [4,6-6,1], глюкоза  $4,8 \pm 0,7$ .

Выявлена корреляция между САД и ИМТ ( $r=0,31$ ), ДАД и ИМТ ( $r=0,44$ ).

В 5 группе: ГБ у 63% пациентов, курят – 14,8%, с нормальным весом – 33%, избыточным – 37%, ожирением 1 ст. – 26%, ожирением 2 ст. – 4%, САД  $136 \pm 19$ , ДАД  $81 \pm 9$ , ЧСС 68 [65-75], ОХ 5,3 [4,3-6,1], глюкоза  $5,8 \pm 1,8$ . Выявлена корреляция между САД и ИМТ ( $r=0,48$ ), ДАД и ИМТ ( $r=0,52$ ), курением ( $r=0,38$ ).

В 6 группе: с ГБ – 60% пациентов, курящих – 13,3%, с нормальным весом – 40%, избыточным – 53,3%, ожирением 1 ст. – 6,7%, САД 120 [115-130] мм рт.ст., ДАД  $76 \pm 9$  мм рт.ст., ЧСС  $68 \pm 17$  в мин., ОХ 5,7 [5,2-6,4] ммоль/л, глюкоза 5,0 [4,6-5,5] ммоль/л. Выявлена корреляция между САД и ЧСС ( $r=0,56$ ), возрастом и глюкозой ( $r=0,57$ ).

**Выводы.** У работающего населения наблюдается увеличение числа страдающих ГБ и повышение АД с возрастом, высокая доля людей с ожирением и избыточным весом у мужчин среднего возраста и пожилых женщин, также у обоих полов повышение ОХ и глюкозы с возрастом, и уменьшение доли курящих. Выявленные корреляционные связи демонстрируют влияние ФР (курение, повышение ИМТ, уровень глюкозы) на уровень АД.

## **ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**ЛОМАКИНА Н.А., МАЗЕПА С.И., БУЙЛОВА Е.В., КОТОВЩИКОВА Е.Ф.**  
*ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить влияние физических тренировок (ФТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на структурно-функциональное состояние правого желудочка (ПЖ) у больных ХСН старше 60 лет с разной степенью (ст.) АГ.

**Материал и методы.** Обследованы 122 больных ХСН старше 60 лет (средний возраст  $75,3 \pm 1,3$  лет), ИСАГ была – 18,8 %, АГ 1-й ст.- 28,6%, АГ 2-й – 21,6%, АГ 3-й – 31%. Больные разделены на 2 группы: основная - 82 пациента, получавших ФТ в режиме СВН и медикаментозную терапию (МТ) и группа сравнения - 40, получавших только МТ. Всем больным до и после лечения проводилась эхокардиография.

**Результаты.** У больных ХСН + АГ 1 ст. в группе с ФТ в конце лечения уменьшились конечно-диастолическая (КДП) и конечно-систолическая (КСП) площади ПЖ (в среднем на 13,5%). Фракционное изменение площади (ФИП) увеличилось на 8%, уменьшились величина изоволюметрического времени расслабления (ВИВР) ПЖ (на 7,7%) и давление в легочной артерии (ДЛА) – на 8% ( $p < 0,05$ ). В группе без ФТ показатели не менялись. У больных ХСН + АГ 2 ст. в группе с ФТ в ПЖ его морфометрические показатели не изменились, ФИП возросло на 10,8% ( $p < 0,05$ ). Наблюдалась тенденция к повышению пиковых скоростей: пик Е на 10,6%, пик А на 30% ( $p = 0,06$ ), при уменьшении индекса Е/А на 6,2%, ВИВР на 9,7%, ДЛА на 16,6% ( $p < 0,05$ ). В группе без ФТ в ПЖ структурно-метрические показатели и трансмитральный поток не менялись, ФИП увеличилось на 11% ( $p < 0,05$ ). У больных ХСН + АГ 3 ст. в группе с ФТ наблюдалось уменьшение морфометрических показателей ПЖ с ростом ФИП на 25,8%, уменьшилось ВИВР ПЖ на 9,6% ( $p < 0,05$ ). В обеих группах пиковые скорости, их индексы, ДЛА в конце лечения не менялись. У больных с ХСН + ИСАГ в группе с ФТ в ПЖ КДП и КСП уменьшились в среднем на 13%, ФИП возросло на 12,3% ( $p < 0,05$ ). ВИВР уменьшилось в ПЖ на 7,7% ( $p < 0,01$ ). Остальные параметры в обеих группах не менялись. ДЛА в группе с ФТ снижалось на 7,4% ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** ФТ в режиме СВН улучшают функцию ПЖ сердца при любой степени АГ у больных ХСН старше 60 лет.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОГРУППЫ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

ЛУНЕВ В.И., ЛАРИНА В.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Рост распространенности хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ) обуславливает необходимость выявления групп риска неблагоприятного прогноза, особенно среди амбулаторных пациентов старшего возраста.

**Цель.** Выделить клинические феногруппы амбулаторных пациентов с ХСНсФВ, имеющих неблагоприятный прогноз, с учетом индекса глобальной функции левого желудочка (ИГФЛЖ) и бендопноэ.

**Материал и методы.** Включены 78 пациентов (возраст: 60 лет и старше; 42% мужчины) с ХСНсФВ II-IV ФК NYHA. Период наблюдения составил 36 (24-43) месяцев.

**Результаты.** В иерархическом кластерном анализе определены две клинические феногруппы, на основании которых впервые выделены группы риска неблагоприятного прогноза с учетом ИГФЛЖ и бендопноэ. Пациенты феногруппы 1 характеризовались наличием ХСН II ФК неишемического генеза, выраженным увеличением массы миокарда ЛЖ и отсутствием бендопноэ; феногруппы 2 – ХСН II-III ФК с ИБС и ИМ в анамнезе, умеренным увеличением массы миокарда ЛЖ и бендопноэ. Вероятность летального исхода в феногруппе 2 была выше, по сравнению с феногруппой 1 (ОШ 9,1,  $p=0,05$ ).

На основании принадлежности к феногруппе, величины ИГФЛЖ и наличия бендопноэ выделены три группы риска летального исхода у пациентов с ХСНсФВ:

- группа относительно низкого риска: пациенты феногруппы 1 с ИГФЛЖ  $>20,4\%$ ;
- группа умеренного риска: пациенты феногруппы 1 с ИГФЛЖ  $\leq 20,4\%$  без бендопноэ и пациенты феногруппы 2 с ИГФЛЖ  $>20,4\%$ ;
- группа очень высокого риска: пациенты феногруппы 1 с ИГФЛЖ  $\leq 20,4\%$  с бендопноэ и пациенты феногруппы 2 с ИГФЛЖ  $\leq 20,4\%$ .

Летальность в группе умеренного риска составила 20%, в группе очень высокого риска – 75%.

Вероятность летального исхода у пациентов с бендопноэ и ИГФЛЖ  $\leq 20,4\%$  в 42,0 раза выше, по сравнению с пациентами без бендопноэ и ИГФЛЖ более 20,4% (ОШ 42,0,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Амбулаторные пациенты с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка и ишемической болезнью сердца, ИМ в анамнезе, умеренным увеличением массы миокарда ЛЖ, наличием бендопноэ и ИГФЛЖ  $\leq 20,4\%$  формируют группу очень высокого риска летального исхода.

## **ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ У РАНЕЕ СТЕНТИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ – КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПРОГНОЗ**

**ЛУЦИК Е.А., СКОРОДУМОВА Е.А., КОСТЕНКО В.А., ПИВОВАРОВА Л.П., АРИСКИНА О.Б., СКОРОДУМОВА Е.Г., СИВЕРИНА А.В.**

*ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Развитие стеноза в ранее установленном стенте, дальнейшее поражение коронарного русла является генетически детерминированным, с учетом степени выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА).

**Цель.** Выявить особенности клинического течения, сравнить генетические полиморфизмы у пациентов с повторным инфарктом миокарда (ПИМ) с тромбозом/стенозом в установленном стенте и нарушением проходимости КА вне его.

**Материал и методы.** Исследованы 212 больных с ПИМ, лечившихся в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. Пациенты разделены на две группы. Первая (I) – 110 человек с тромбозом/стенозом в ранее установленном стенте, вторая (II) – стеноз вне стента - 102 пациента. Преимущественно мужчины, средний возраст –  $66,4 \pm 1,2$  года. Исходно выборки были сравнимы. В I группе ИМспСТ 65,5%, 34,5% ИМбпСТ, во II – 64,7% и 35,3% соответственно.

**Результаты.** ПИМ в I группе развился в среднем через  $3,9 \pm 0,38$  лет, во II - через  $5,5 \pm 0,41$  лет ( $p=0,04$ ). Killip II-III класса в I у 26,4%, во II – у 14,7% ( $p < 0,05$ ). Наджелудочковые нарушения сердечного ритма (НСР) в I - 68,8%, во II - 17,7% ( $p < 0,05$ ). Желудочковые НСР в I – 8,2% против 2,9% во II ( $p < 0,05$ ). В анамнезе в I выборке хроническая болезнь почек в 38,2% случаев, во II – в 14,7%, ( $p=0,03$ ). Сахарный диабет 2 типа в I – у 32,7%, против 7,7%; II ( $p=0,04$ ). Полиморфизмы гена APOE I - 71,4%, II – 28,6% ( $p < 0,05$ ); SLCO1B1 Val174Ala I - 73,3%, II – 26,7% ( $p < 0,05$ ); Ген CYP2C19 аллель G681A I группа 63,6%, II – 36,4% ( $p < 0,05$ ); ACE I группа – 61,4%, II – 36,6% ( $p < 0,05$ ); NOS 3 I группа – 61,8%, II – 8,2% ( $p < 0,05$ ). Госпитальная летальность: I группа 11,8% против 3,9% во второй ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы.**

1. ПИМ развивается быстрее при нарушении проходимости стента, чем вне его.
2. Способствовать развитию тромбоза/стеноза стента могут хроническая болезнь почек и сахарный диабет.
3. У пациентов с ПИМ на фоне нарушения проходимости стента ниже ФВ ЛЖ, тяжелее клиническое течение, выше летальность.
4. Полиморфизмы генов-кандидатов наблюдаются чаще у пациентов с нарушенной проходимостью стента.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЛУЧНИКОВА Т.А., ПРИХОДЬКО О.Б.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Внебольничные пневмонии (ВП) относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний.

**Цель.** Изучить особенности клинического течения внебольничной пневмонии в зависимости от возраста у пациентов в Амурской области в 2019-2022 гг.

**Материал и методы.** Проанализировано клиническое течение ВП у 200 пациентов за 2019-2022 гг. Разделение больных по группам проводили по возрасту: в 1-ю группу вошли 112 пациентов молодого и зрелого возраста (до 60 лет), во 2-ю – 88 пациентов пожилого и старческого возраста (60 лет и старше).

**Результаты.** ВП с близкой частотой выявлялась в обеих группах, несмотря на некоторое преобладание пациентов 1-й группы. Для пациентов 2-й группы была характерна стертая симптоматика, более тяжелое течение, требующие госпитализации в ОРИТ, тогда как в 1-й группе чаще отмечалась типичная картина ВП и более легкое течение. Ввиду не типичной клинической картины ВП у пациентов 2-й группы, в 30% случаев диагностика заболевания была затруднительна. При поступлении температурная реакция отмечена у 100% пациентов 1-й группы, и только у 45% во второй группе. Аускультативные данные у пациентов с ВП как 1-й, так и 2-й группы лишь в 50% была информативна. Пациенты 1-й группы нуждались в кислородной поддержке (включая неинвазивную и инвазивную вентиляцию легких) в 45% случаев, тогда как пациенты 2-й группы – в 70%. Летальный исход зафиксирован у 20 больных (10%), при этом 15 (75%) из них были во 2-й группе.

**Выводы.** Необходимо еще раз обратить внимание на течение ВП у пациентов пожилого и старческого возраста. У данной группы больных ВП может маскироваться под различные заболевания, учитывая осложненный анамнез и сопутствующие заболевания. Температурная реакция и аускультативные данные отмечались только у примерно половины пациентов пожилого и старческого возраста, поэтому для лучшей диагностики ВП всем больным этой возрастной категории рекомендуется при поступлении в стационар проводить рентгенографию органов грудной клетки.

## **АСТЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, АССОЦИИРОВАННУЮ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**ЛЮБАВИНА Н.А., АЛЛАХКУЛИЕВА Л.Н., МАКАРОВА Е.В.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Введение.** Постковидным синдромом называют долгосрочные патологические проявления, сохраняющиеся в течение 3 и более мес после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Астенические нарушения, ведущие к снижению качества жизни, выступают основным проявлением постковидного синдрома.

**Цель** – изучить астенические нарушения и особенности качества жизни у больных, перенесших вирусную пневмонию, обусловленную COVID-19.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50». Основную группу составили 66 человек (21 мужчина, 45 женщин; средний возраст 57±5,4 лет), перенесших ковид-пневмонию. Всем пациентам основной группы были проведены клиническое обследование в рамках углубленной диспансеризации после перенесенного COVID-19, а также оценка астении с помощью шкал FSS и MFI-20, качества жизни по опроснику SF-36 через 3 мес после выздоровления. В группу контроля вошли 20 пациентов, не болевших COVID-19, которые были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии с основной группой.

**Результаты.** Выраженность астении в основной группе составила 40,8±5,7 баллов по шкале FSS, что было достоверно выше, чем в группе сравнения (33,2±1,3;  $p < 0,001$ ). По шкале MFI-20 редукция активности отмечалась у 93,9% реконвалесцентов, физическая утомляемость – у 90,9%, общая усталость – у 77,3%, умственная утомляемость и редукция мотивации – у 37,9%; эти показатели были существенно выше, чем в контроле. Средние значения подшкал MFI-20 в группах также значительно различались. Выраженность астении (по шкале FSS) у реконвалесцентов COVID-19 нарастала с возрастом ( $r=0,66$ ;  $p < 0,01$ ). Однако, возрастные различия наблюдались только по шкалам общей и физической утомляемости, при этом показатели психической астении в разных возрастных группах не различались. При анализе качества жизни у реконвалесцентов COVID-19 показатели физического (PH) и психологического компонентов здоровья (MH) были ниже среднего уровня. Максимальное снижение параметров выявлялось по шкалам «Физическое функционирование», «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Психическое здоровье», составив 75 [50; 90], 57 [37; 72], 55 [40; 75] и 62 [44; 80] соответственно, и было ниже, чем в группе сравнения.

**Выводы.** Таким образом, в периоде реконвалесценции у 77–93% больных, перенесших вирусную пневмонию, обусловленную COVID-19, отмечались проявления астенического синдрома (снижение активности, физическая утомляемость и общая усталость), а также снижение качества жизни в течение длительного времени.



## ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ЛЕГКОГО COVID-19

ЛЮБАВИНА Н.А., АЛЛАХКУЛИЕВА Л.Н., МАКАРОВА Е.В.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** По данным международного регистра АКТИВ у пациентов, перенесших COVID-19, в постковидном периоде преобладают симптомы сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенная жесткость сосудистой стенки является фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

**Цель.** Оценить показатели жесткости сосудистой стенки методом объемной сфигмографии у пациентов через год после перенесенного COVID-19 легкого течения.

**Материал и методы.** В основную группу включены 30 молодых пациентов (12 (40%) мужчин и 18 (60%) женщин) в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 20 [19; 22] лет) через год после перенесенного COVID-19 легкого течения. Группу сравнения составили 17 человек, не болевших COVID-19, сопоставимые по полу, возрасту, сопутствующей патологии и статусу курения. В исследование не включались пациенты более старшего возраста, а также лица с 2 и более состояниями, усиливающими сосудистую ригидность. Всем обследуемым были проведены объемная сфигмография с оценкой индекса САVI справа и слева, расчетного возраста артерий в четырехлетнем диапазоне, индексов R-ABI и L-ABI, индексов R-AI, PEP, ET, коэффициента Вайслера (PEP/ET).

**Результаты.** Средние значения изучаемых показателей объемной сфигмографии в сравниваемых группах не выходили за пределы нормы. Отмечалась статистическая тенденция к более высокому значению индекса САVI справа и слева у перенесших COVID-19 (R-CAVI 6,2 [6; 6,3] против 5,6 [5,2; 6,1],  $p=0,07$ ; L-CAVI 6,4 [5,8; 6,4] против 5,7 [5,3; 6,4],  $p=0,08$ ). Средний уровень индекса САVI в основной группе был выше на 11% чем в группе сравнения. Выявлена тенденция к различию по индексу аугментации R-AI. Значение R-AI у перенесших COVID-19 был выше чем в группе сравнения на 14,3% и составил 0,8 [0,7; 0,9] против 0,7 [0,6; 0,8] ( $p=0,13$ ). Отмечена тенденция к более частому повышению расчетного сосудистого возраста в основной группе: он превышал биологический у 3 (у 10% пациентов), а в группе контроля у всех сосудистый возраст соответствовал паспортному ( $p=0,11$ ). Остальные показатели объемной сфигмографии не различались в сравниваемых группах.

**Выводы.** У пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, отмечается тенденция к увеличению жесткости сосудистой стенки и сосудистого возраста, что может являться фактором раннего сосудистого старения.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

МАЙКО О.Ю., ТКАЧЕНКО И.В., АВЕРЬЯНОВ В.Н., ИБРАГИМОВА В.Ю.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Российская Федерация

**Актуальность.** Острый подагрический артрит с поражением суставов стопы приводит к выраженному ухудшению параметров качества жизни (КЖ) больных. Для оценки параметров КЖ при артрите суставов стопы используется шкала AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society scale). Опросник EQ-5D (EuroQol-5D) является универсальным для оценки параметров КЖ при различных заболеваниях.

**Цель.** Оценить параметры качества жизни у больных острым подагрическим артритом в поликлинике.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 пациентов с подагрическим артритом (по критериям ACR/EULAR, 2015), обратившихся в поликлинику с выраженностью болевого синдрома по ВАШ  $\geq 40$  мм. Критерии включения: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит, длительностью не более 3 недель. Оценивали параметры КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D на фоне инициации уратснижающей терапии в сочетании с НПВП.

**Результаты.** При остром подагрическом артрите суставов стопы, наряду с выраженным болевым синдромом, выявлено значительное снижение параметров КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D. Исходно значение AOFAS составило  $50,0 \pm 14,9$  баллов и характеризовалось как «неудовлетворительное» функциональное состояние пациентов. По EQ-5D умеренные или выраженные нарушения при ходьбе выявлены у 90%, затруднения при уходе за собой - у 60%, при выполнении повседневной активности - у 76,7%, у большинства (86,7%) отмечалась тревога и депрессия. Значение EQ-5D «индекса» составило  $0,28 \pm 0,30$ , EQ-5D, «термометр здоровья» -  $48,9 \pm 10,3$  баллов. На фоне терапии выявлено достоверно значимое улучшение всех параметров. Через 4 недели у 80% отсутствовал болевой синдром и восстановлена функциональная активность, стабильность в суставах стопы. КЖ по AOFAS составило  $90,1 \pm 10,8$  баллов ( $p=0,0002$ ), EQ-5D индекс -  $0,81 \pm 0,1$  баллов ( $p=0,0003$ ), «термометр здоровья» -  $72,2 \pm 11,1$  баллов ( $p=0,0004$ ). От регулярного приема НПВП отказалось 80%, снижение уровня МК до целевого уровня  $< 360$  мкмоль/л отмечалось у 75% пациентов.

**Выводы.** Опросники КЖ AOFAS и EQ-5D являются дополнительным инструментом оценки клинического состояния пациента и эффективности терапии острого подагрического артрита в поликлинике.

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ХАРАКТЕРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ, НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**МАКОВА Е.В., УСТИНОВ М.С.**

*ЧУОО ВО «Медицинский университет "Реавиз"», г. Самара, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Российская Федерация*

**Актуальность.** В фенотипах бронхиальной астмы имеются существенные различия, которые могут в некоторой степени зависеть от климатогеографических и экологических условий проживания больного.

**Цель.** Изучение характера сенсibilизации в регионе и его влияния на течение и дальнейший прогноз заболевания.

**Материал и методы.** За период 2022-2023 гг. обследованы 356 пациентов бронхиальной астмой с различным спектром сенсibilизации. У всех пациентов проведен анализ данных аллергоанамнеза, проведено комплексное аллергологическое обследование (определение специфических IgE).

**Результаты.** Выделено 93 пациента, которые были распределены на 3 клинические группы с учетом этиологического фактора. Все пациенты в изучаемых группах трудоспособного возраста: от 18 до 35 лет. В группу сравнения вошли 63 клинически здоровых добровольца. Группа 1: больные с атопической бронхиальной астмой с преимущественной сенсibilизацией к бытовым и эпидермальным аллергенам - 28 пациентов (17.9%), средний возраст  $31.1 \pm 3.5$  лет, из них 18 мужчин и 10 женщин. Группа 2: больные атопической бронхиальной астмой с преимущественной сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам - 28 пациентов (17.9%), средний возраст  $25.3 \pm 3.8$  лет, из них 16 мужчин и 12 женщин. Группа 3: больные атопической бронхиальной астмой, имеющие смешанную сенсibilизацию к нескольким группам аллергенов – 37 пациентов (23.7%), средний возраст  $28.2 \pm 3.1$  лет, из них 8 мужчин и 19 женщин. При анализе генетической предрасположенности установлено, в группе №3 пациентов (со смешанной сенсibilизацией) отмечается более высокий процент семейных случаев атопии и бронхиальной астмы (до 65%).

**Выводы.** Более тяжелое течение бронхиальной астмы отмечено у пациентов со смешанным характером сенсibilизации – процент среднетяжелого течения среди которых выше, чем в других группах, в то же время легкое интермитирующее течение встречается реже. Наиболее легко протекает астма с преимущественной сенсibilизацией пыльцевыми аллергенами.

## НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МАЛЬ Г.С.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

**Актуальность.** В РФ проводится небольшое количество исследований по применению ингибиторов PCSK9.

**Цель.** Оценить возможности достижения целевых значений атерогенных липопротеинов у больных ИБС при почечной дисфункции ингибиторами PCSK9.

**Материал и методы.** В исследование были включены 76 мужчин (средний возраст  $59,6 \pm 5,9$  лет), страдающих ИБС с очень высоким ССР и первичной дислипидемии. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа с ИБС и сохранной функцией почек ( $n=39$ ); 2 группа – ИБС + ХБП ША–ШБ стадии ( $n=37$ ).

Исследование проводилось в 6 визитов больных. При недостижении целевых показателей на аторвастатине пациентам добавляли эзетимиб 10 мг 1 раз/сутки продолжительностью 4 недели. Далее при недостижении значений ХС ЛПНП  $<1,4$  ммоль/л добавляли ингибитор PCSK9 - алирокумаб 150 мг, подкожно 1 инъекцию на 14 суток с дальнейшим контролем лабораторных показателей через 1, 3 и 6 месяцев. Для оценки значимости различий между группами по количественным показателям использовали критерии Манна-Уитни, для зависимых выборок - критерий Вилкоксона. Качественные параметры сопоставлялись с использованием критерия  $\chi^2$ . Различия статистически значимы при  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 < 0,05$ .

**Результаты.** Все участники исследования не смогли достигнуть рекомендуемых концентраций ХС ЛПНП менее 1,4 ммоль/л на фоне терапии максимально переносимой дозы аторвастатина и эзетимиба, добавлен алирокумаб на 6 месяц. После окончания исследования в группе больных ИБС целевых концентраций ХС ЛПНП достигли 87,1% пациентов ( $n=34$ ), в группе ИБС + ХБП – 56,7% ( $n=21$ ). Уровень ХС ЛПНП за период проведения исследования в 1-й группе снизился на 70,9% с  $4,41 \pm 0,19$  до  $1,28 \pm 0,14$  ммоль ( $p < 0,001$ ), во 2-й группе на 70,2% – с  $4,6 \pm 0,2$  до  $1,37 \pm 0,09$  ммоль ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Результаты убедительно демонстрируют снижение уровня ХС ЛПНП на 70,9% в группе больных ИБС и на 70,2% в группе больных ИБС + ХБП ША-ШБ стадии. Добавление алирокумаба позволило достичь целевых значений ХС ЛПНП у 87,1% пациентов в 1-й группе и у 56,7% во 2-й группе.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕНРАЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ФЕНОТИПОМ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**МАНЖИЛЕЕВА Т.В., КУДЕЛЯ Л.М., МОЖИНА Л.Н., АБРАМОВА Е.Э., ОВЕЧКИНА Ю.В.,  
СУВОРОВА Т.С., КОРОЛЕВА И.Е.**

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация  
ГБУЗ НСО «ГНОКБ», г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) – это хроническое гетерогенное воспалительное заболевание дыхательных путей. БА страдает от 1 до 18% населения разных стран, причем примерно у 5-10% пациентов наблюдается тяжелая БА (ТБА), что является серьезным бременем для системы здравоохранения. Тяжелая неконтролируемая БА – это форма заболевания, при которой у пациентов, несмотря на прием базисной терапии в высоких дозах, возникают частые обострения, и требуется назначение системных ГКС. Одной из причин тяжелого течения БА является эозинофильное воспаление дыхательных путей. Основным цитокином, запускающим и поддерживающим воспаление, реализуемое за счет высокой активности врожденных лимфоидных клеток 2-го типа (ILC2), является IL-5. Бенрализумаб – это гуманизированное афукозилированное моноклональное антитело против  $\alpha$ -субъединицы рецептора IL-5, которое вызывает быстрое снижение содержания эозинофилов в крови, тканях дыхательных путей и костном мозге за счет механизма антителозависимой клеточно-опосредованной цитотоксичности. ТБА служит показанием к назначению генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ).

**Цель.** Оценить эффективность контроля над заболеванием у пациентов с неконтролируемой ТБА эозинофильного фенотипа на фоне применения бенрализумаба.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 15 пациентов с тяжелой эозинофильной БА в возрасте 38-72 лет, средний возраст составил  $58,2 \pm 9,1$  лет. Исходно и через 6 месяцев терапии бенрализумабом оценивали уровень контроля симптомов БА при помощи опросника ACQ-5.

**Результаты.** До начала ГИБТ ежедневные симптомы БА (экспираторная одышка, приступы удушья, хрипы в груди) отмечали 15 пациентов, на ночные симптомы указывали 11 пациентов. У всех пациентов БА течение заболевания расценивалось как неконтролируемое, число баллов по шкале ACQ-5 составило  $2,8 \pm 0,8$ . На фоне ГИБТ контроль над астмой был достигнут у 10 пациентов с ТБА, частичный контроль – у 5 пациентов. Число баллов ACQ-5 снизилось до  $0,8 \pm 0,14$ , а также отмечается улучшение качества жизни пациентов, уменьшение дневных и отсутствие ночных симптомов, нет вызовов скорой медицинской помощи, отсутствие обострений БА. При лечении пациентов отмечен благоприятный профиль безопасности бенрализумаба, нежелательных явлений не было.

**Выводы.** При использовании бенрализумаба в терапии пациентов с эозинофильным фенотипом ТБА быстро достигается контроль над ТБА эозинофильного фенотипа.

## **ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**МЕДВЕДЕВА Т.В., ЧИЖОВ П.А., ПЕГАСОВА М.А., ИВАНОВА Ю.И.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пациенты с COVID-19 (коронавирусной инфекцией) в сочетании с хроническими заболеваниями являются особой группой риска тяжелого течения заболевания и летального исхода.

**Цель.** Оценить влияние коморбидной патологии на течение COVID-19 при разном объеме поражения легких у госпитализированных пациентов.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 156 истории болезни пациентов, проходивших лечение в терапевтическом отделении ГБКУЗ ЯО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко» в 2021 г. В группе было 54 мужчин и 102 женщины, средний возраст которых составил  $62,2 \pm 6,4$  и  $59,8 \pm 12,4$  лет, соответственно. У пациентов была подтверждена двухсторонняя интерстициальная пневмония с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки. Вирус SARS-CoV-2 был идентифицирован у 84,6%.

**Результаты.** Установлено, что у 57,7% госпитализированных объем поражения легких составил до 25% (КТ1), у 34,6% - 26-50% (КТ2), у 7,7% - 51-75% (КТ3).

У всех обследованных имелись сопутствующие заболевания. Причем, в группе с КТ3 у 100% пациентов была гипертоническая болезнь (ГБ), у 50% - сахарный диабет 2 типа (СД2) и у 33,3% - ИБС, что достоверно выше, чем в группе с КТ1, в которой ГБ имела у 60% госпитализированных, СД2 - у 24,4%, ИБС - у 6,7%. Также установлена положительная корреляционная связь между индексом массы тела (ИМТ) и объемом поражения легких.

Уровень СРБ в группе лиц с КТ3 и КТ2 достоверно выше, по сравнению с КТ1, а концентрация ферритина в группе больных с КТ2 выше, чем у лиц с КТ1. Установлены достоверные положительные корреляционные связи между объемом пневмонической инфильтрации и уровнем СРБ и ферритина. Д-димер в группах с КТ1 и КТ2 находился в пределах нормы, но у пациентов с КТ3 он выходил за пределы референсных значений и был достоверно выше, чем при КТ1 и КТ2.

**Выводы.** У пациентов с COVID-19, госпитализированных в терапевтический стационар, с КТ3 достоверно чаще, чем при КТ1, встречается ГБ, СД2 и ИБС. Выявлены положительные корреляции между уровнем СРБ, ферритина, ИМТ и объемом поражения легких.

## ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

МЕСНЯНКИНА А.А., НИКИШИНА Н.Ю., АСЕЕВА Е.А.

*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Эффективность терапии глюкокортикоидами при СКВ не вызывает сомнений. Однако при длительном использовании глюкокортикоидов (ГК) даже в низких и средних дозах существует немало проблем: развитие необратимых органических повреждений, ассоциированных с ГК, что значительно ухудшает прогноз, приводит к снижению качества жизни. В настоящее время совершаются попытки применения терапевтических программ без применения ГК или с назначением их в минимальных дозах.

**Материал и методы.** Серия наблюдений включала 3 клинических случая. У двоих больных (N1, N2) наблюдалось сочетание СКВ с синдромом Шегрена с преимущественно кожно-суставным синдромом, гематологическими нарушениями, иммунологической активностью (снижением компонентов комплемента, позитивность по АНФ, АТк дс-ДНК). SLEDAI-2K составлял 9 и 8 баллов соответственно. Терапия пероральными ГК, цитостатиками у них не проводилась. Больной N3 с волчаночным нефритом (эритроцитурия, лейкоцитурия), экссудативным плевритом, полиартритом, высокой иммунологической активностью (SLEDAI-2K – 16 баллов) назначались ГК в дозе 8 мг в сутки, микофенолата мофетил 1500 мг в сутки.

Все пациенты получали двойную анти-В-клеточную терапию с последовательным применением двух генно-инженерных биологических препаратов: ритукисмаб (РТМ) 1000-2000мг в\в капельно с премедикацией 6-метилпреднизолона. Через 1-3 месяца начаты инфузии белимумабом (БЛМ) в дозе 10 мг/кг/месяц. Срок наблюдения 1 год.

**Результаты.** Адекватная анти-В-клеточная терапия позволила вести больных без пероральных ГК. Больной с ВН (N3) назначались низкие дозы ГК в момент инициации терапии ГИБП, тем не менее они были в последующем полностью отменены к 6 месяцу терапии. У всех трех больных достигнута клиническая ремиссия. SLEDAI-2k составлял 0-2 балла за счет незначительной гипокомплементемии. Новых необратимых органических повреждений и обострения заболевания не было зарегистрировано. Пациенты продолжали получать ежемесячные инфузии БЛМ. Больная с поражением почек принимала ММ на протяжении всего периода наблюдения.

**Выводы.** Последовательная терапия РТМ и БЛМ позволила достичь не только высокого клинико-иммунологического эффекта, но и возможности уменьшения и даже отказа от пероральной дозы ГК, что согласуется с концепцией «Тreat to target» при СКВ.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОБАЛАВА Ж.Д.**  
*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить прогностическое значение лабораторных показателей у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

**Материал и методы.** Обследовано 566 пациентов, госпитализированных с ОДХСН, II-IV ФК по классификации NYHA, 66% мужчин, средний возраст 72,4±11,4 лет. Всем пациентам проводилось лабораторно-инструментальное обследование, степень стеатоза печени определяли методами транзитной эластометрии, с оценкой контролируемого параметра затухания ультразвука (CAP - Controlled attenuation parameter, S, дБ/м) при помощи аппарата FibroScan® 502 touch (Echosens, Франция) по стандартной методике. Лабораторными проявлениями повреждения печени считали повышение АСТ, АЛТ, ГГТП и ЩФ.

**Результаты.** Пациенты разделены на 2 группы: 1 – ОДХСН и НАЖБП (n=168), 2 – ОДХСН без НАЖБП (n=398). У пациентов с НАЖБП частота выявления лабораторных показателей повреждения печени составляла 53%, а у пациентов без НАЖБП - 49,2%. Группа пациентов с ОДХСН и НАЖБП характеризовалась с более высокими значениями уровня глюкозы [6,2 (5,3; 7,5) против 5,9 (4,9; 7,1) ммоль/л, p=0,048], гликированного гемоглобина [5,8 (5,2; 6,8) против 5,5 (5,1; 6,2) %, p=0,023], холестерина [3,9 (3,2; 4,9) против 3,6 (2,9; 4,5), p=0,020] и триглицеридов [1,1 против 0,9 ммоль/л, p<0,001], более низким соотношением АСТ/АЛТ [1,1 (0,8; 1,5) против 1,3 (1,0; 1,7), p=0,020] по сравнению с группой без НАЖБП. При этом группы достоверно не различались по уровню общего билирубина, АСТ, АЛТ, ЛДГ, ГГТП, ЩФ, ЛПВП и ЛПНП (p>0,05). Пациенты с НАЖБП, ОДХСН и лабораторными показателями повреждения печени характеризовались более неблагоприятным прогнозом в отношении риска смерти от всех причин, в течение 3-летнего периода наблюдения по данным многофакторного анализа Кокса (отношение рисков 2,70, 95% доверительный интервал 1,26-5,80, p=0,011).

**Выводы.** Таким образом, пациенты с НАЖБП и ОДХСН характеризовались более выраженными нарушениями углеводного и липидного обмена, по сравнению с пациентами без НАЖБП. Наличие лабораторных проявлений повреждения печени у пациентов с НАЖБП и ОДХСН ассоциировано с неблагоприятным прогнозом в течение 3-летнего периода наблюдения.



## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СТЕАТОЗА И ПЛОТНОСТИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

МИСАН И.А., АРИШЕВА О.С., ГАРМАШ И.В., КОБАЛАВА Ж.Д.  
РУДН, г. Москва, Российская Федерация

**Цель.** Оценить прогностическое значение стеатоза и плотности печени у пациентов при острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

**Материал и методы.** Обследовано 566 пациентов, госпитализированных с ОДХСН, II–IV ФК по классификации NYHA, 66% мужчин, средний возраст  $72,4 \pm 11,4$  лет.

Проводилось лабораторно-инструментальное обследование, степень стеатоза и плотности печени определяли методами транзитной эластометрии, с оценкой контролируемого параметра затухания ультразвука (CAP) при помощи аппарата FibroScan® 502 touch по стандартной методике.

Пороговые значения CAP <294 дБ/м соответствовали степени стеатоза 0 – S0, 295-309 дБ/м – S1, 310-330 дБ/м – S2, >331 дБ/м – S3. Для ориентировочной оценки плотности печени использовались следующие отрезные значения:  $\leq 5,8$  кПа – соответствовали нормальной плотности печени,  $\geq 5,9$  – стадии F1,  $\geq 7,2$  кПа – F2,  $\geq 9,5$  кПа – F3,  $\geq 12,5$  кПа – F4.

**Результаты.** Частота встречаемости стеатоза печени ( $\geq S1$ ) среди пациентов с ОДХСН составила 29%. Среди пациентов со стеатозом печени минимальный стеатоз (S1) выявлен в 19% случаев, умеренный стеатоз (S2) – 28,6%, выраженный стеатоз (S3) – 52,4%. Повышение плотности печени  $\geq F1$  встречалось у 78,9% пациентов. Среди них стадия F1 диагностирована в 13,3% случаев, F2 – 14,4%, F3 – 15,7%, F4 – 56,6%. При этом взаимосвязи между выраженностью стеатоза и плотности печени выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

Многофакторный регрессионный анализ Кокса показал, что низкие значения CAP (<234 дБ/м) были ассоциированы с более неблагоприятным прогнозом, большим риском смертности от сердечной недостаточности (СН) в течение 3-летнего периода наблюдения (скорректированное отношение рисков (скОР) 1,57, 95% доверительные интервалы (ДИ) 1,08-2,31,  $p=0,019$ ), после поправки на установленные факторы риска и потенциальные искажающие факторы. Наличие увеличения плотности печени  $>15,9$  кПа, также ассоциировалось с худшим прогнозом в отношении риска смерти от СН, в течение 3-летнего периода наблюдения при многофакторном анализе Кокса (скОР 1,24, 95% ДИ 1,01-1,52,  $p=0,040$ ).

**Вывод.** Таким образом, низкие значения CAP (<234 дБ/м) и наличие выраженного увеличения плотности печени ( $>15,9$  кПа) ассоциировалось с худшим прогнозом у пациентов с ОДХСН в течение 3-летнего периода наблюдения.

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ИПРАГЛИФЛОЗИНОМ

МИХАЙЛИС А.А.

ФГБОУ ВО «ПГУ», г. Пенза, Российская Федерация

**Актуальность.** Острая коронарная недостаточность (ОКН), при своем классическом клиническом проявлении в виде острого коронарного синдрома (ОКС), нередко характеризуется развитием коронарогенного стресса (КС) и стрессорной гипергликемии (СГ), которая является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, что требует разработки специальных лечебных и профилактических мер. В частности, особого интереса заслуживают гликокорректоры из группы селективных ингибиторов натрий-зависимого переносчика глюкозы 2-го типа.

**Цель.** Изучить влияние ипраглифлозина (ИГ) на течение и динамику гликемии и гликогемоглобинемии (HbA1c) у больных с разными путями эволюции ОКС.

**Материал и методы.** В исследование включены 120 больных ОКН, возрастом 33-96 лет, без сахарного диабета в анамнезе и катамнезе. Группы сравнения: 1) нестабильная стенокардия (НС), Q-негативный инфаркт миокарда (Q- ИМ), Q-позитивный инфаркт миокарда (Q+ ИМ); 2) не имевшие СГ и имевшие СГ; 3) получавшие только стандартную терапию и получавшие ИГ, помимо стандартной терапии. ИГ назначался в дозе 50-100 мг/сут, в зависимости от степени гипергликемии. Ежедневно определялись уровни гликемии и HbA1c. При статистической обработке использовались критерии Вилка-Шапиро, Стьюдента, Вальда-Вольфовица, Уилкоксона-Манна-Уитни и корреляционный анализ.

**Результаты.** Уровни гликемии и HbA1c в группах с НТГ на стандартной терапии составили: 1) НС –  $5,6 \pm 0,6$  ммоль/л и 5,9%; 2) Q- ИМ –  $5,9 \pm 1,1$  ммоль/л и 6,1%; 3) Q+ ИМ –  $7,4 \pm 2,6$  ммоль/л и 6,5% ( $p < 0,05$ ). В группах с НТГ на стандартной терапии с добавлением ИГ: 1) НС –  $5,4 \pm 0,4$  ммоль/л и 5,6%; 2) Q- ИМ –  $5,7 \pm 0,7$  ммоль/л и 5,7%; 3) Q+ ИМ –  $5,8 \pm 0,9$  ммоль/л и 5,8% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** 1) уровни гликемии и HbA1c при ОКН растут прямо пропорционально тяжести КС; 2) частота осложнений и неблагоприятных исходов прямо коррелирует с уровнями гликемии и HbA1c; 3) ИГ способен устранять СГ, что благоприятно сказывается на течении ОКС и его исходе, в связи с чем можно рекомендовать ИГ к применению при ОКС; 4) механизм колебаний уровня HbA1c в динамике КС требует отдельного изучения.

## ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

МИШКО М.Ю., БАНЩИКОВА Д.Д., ГАЙДУКОВА Т.В., МЕДВЕДЕВА Т.А.  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Российская Федерация  
ГБУЗ «ММКЦ "Коммунарка" ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Инфекция COVID-19 ассоциирована с выраженной гипоксией, а снижение числа и изменение качества эритроцитов при анемии ускоряет развитие гипоксии. При недостатке в организме железа наблюдается снижение синтеза молекул неспецифической и специфической иммунной защиты, что оказывает важное влияние и на течение инфекционного заболевания.

**Цель.** Изучить влияние дефицита железа на особенности течения инфекции COVID-19.

**Материал и методы.** Обследованы 30 пациентов с диагнозом новая коронавирусная инфекция, имеющих ЖДА в анамнезе. Медиана возраста пациентов составила 50 [49,25; 72] лет, уровня гемоглобина - 93 [60,25; 107] г/л, железа сыворотки крови 4,8 [3,57; 11,3] мкмоль/л.

**Результаты.** Объем поражения легочной ткани на момент госпитализации составил: КТ0 – 6,7%, КТ1 – 63,3%, КТ2 – 20%, КТ3 – 10%. Анемия легкой степени наблюдалась у 70% больных (n=21), средней степени – у 20% (n=6), тяжелой – в 10% случаев (n=3). Среди больных тяжелой анемией в 66,7% случаев (n=2) объем пневмонии соответствовал КТ3, у 1 пациента (33,3%) – КТ2; у пациентов с анемией средней степени тяжести объем поражения легких КТ2 наблюдался у 50% респондентов (n=3), КТ3 – у 1 больного (16,7%), КТ1 – у 33,3% (n=2); в группе больных с анемией легкой степени преобладал объем поражения, соответствующий КТ1 (81%, n=17), КТ2 – в 9,5% случаев (n=2), у 9,5% – поражения легких не отмечалось (n=2). В группе пациентов с анемией легкой степени преобладал менее тяжелый объем поражения легких КТ1 ( $\chi^2=8,6$ ,  $p=0,01$ ), тогда как у больных со среднетяжелой и тяжелой анемией – объем поражения составил 50 и 75%, причем в обеих группах показатели были идентичны ( $\chi^2=2,0$ ,  $p=0,15$ ). Установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем железа сыворотки крови и тяжестью пневмонии ( $r=-0,24$ ,  $p=0,04$ ) и положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем железа сыворотки крови и сатурацией крови ( $r=0,32$ ,  $p=0,04$ ).

**Выводы.** У пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, протекающей на фоне ЖДА, в большинстве случаев развивается пневмония, тяжесть течения которой зависит от тяжести анемии и коррелирует с уровнем железа сыворотки крови.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАННЕГО ДЕБЮТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

МИШКО М.Ю., КУШНАРЕНКО Н.Н., МЕДВЕДЕВА Т.А., КАРАВАЕВА Т.М., РУЦКИНА Е.А.  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Российская Федерация  
ГБУЗ «ММКЦ "Коммунарка" ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время доказана взаимосвязь ряда ассоциированных с подагрой SNP с риском развития других заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых. В связи с этим можно предположить участие данных полиморфизмов в механизмах формирования артериальной гипертензии у больных подагрическим артритом, наряду с изученными широко традиционными факторами риска.

**Цель.** Определение ассоциации полиморфизма генов фолатного цикла с развитием АГ у мужчин с подагрой в популяции русских Забайкальского края.

**Материал и методы.** Обследованы 69 мужчин с подагрой, медиана возраста составила 53,0 [41,5; 64,3] года. Пациенты генотипированы для выявления полиморфизмов генов фолатного цикла – MTHFR C677T, MTHFR A1298G, MTR A2756G, MTRR A66G. Группа больных подагрой была разделена на 2 подгруппы: больные подагрой с АГ (n=59) и больные без АГ (n=10), сопоставимые по факторам риска ССЗ. Обязательным условием включения пациента в исследование являлся дебют АГ после дебюта подагрического артрита.

**Результаты.** Ранее нами была показана ассоциация указанных полиморфизмов и их комбинаций с риском развития подагры. Пациенты с разными генотипами изученных SNP были сопоставимы по традиционным факторам риска ССЗ. Установлено, что у носителей гомозиготного по минорному аллелю генотипа T/T SNP гена MTHFR C677T наблюдался дебют АГ в более раннем возрасте (медиана возраста дебюта АГ составила 42,0 [39,0; 45,0] лет) по сравнению с носителями гомозиготного по доминантному аллелю и гетерозиготного генотипов (49,5 [45,75; 56,5],  $p=0,0019$  и 48,5 [39,75; 56,75] лет,  $p=0,018$  соответственно). Аналогичные данные получены у носителей генотипа G/G гена MTHFR A1298G (40,0 [39,5; 40,0] лет) по сравнению с носителями гомозиготного по доминантному аллелю и гетерозиготного генотипов (50,0 [41,25; 56,75],  $p=0,0008$  и 47 [45; 51,75] лет,  $p=0,001$  соответственно) и у минорных гомозигот SNP гена MTR A2756G (41,0 [40; 44,25] лет) в сравнении с доминантными гомозиготами (51,0 [46; 58] лет,  $p=0,02$ ).

**Выводы.** Исследование показало, что у мужчин с подагрой, являющихся носителями гомозиготных по минорному аллелю генотипов SNP генов MTHFR C677T, MTHFR A1298G, MTR A2756G, артериальная гипертензия дебютирует в более раннем возрасте.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ МИКРОЦИТАРНОЙ, ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

**МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Описание случая.** На амбулаторный прием обратилась пациентка Б. 24 лет с жалобами на слабость, головокружение, учащенное сердцебиение. Из анамнеза известно, что жалобы беспокоят на протяжении нескольких лет. Неоднократно обращалась к врачам. Со слов при обследовании выявляли снижение уровня гемоглобина минимально до 85 г/л, по результатам которого назначались различные препараты железа без особого эффекта.

Наследственность не отягощена. Прием лекарственных препаратов отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации регулярные, обильные. Беременность в 2020 г., завершившаяся естественными родами на сроке 39 недель, без осложнений. Со слов во время беременности так же выявлялся низкий гемоглобин, были назначены препараты железа с минимальным эффектом.

При объективном осмотре: пациентка астенического телосложения. Кожные покровы сухие, бледные. Видимые слизистые бледные. Со стороны других органов патологии не выявлено.

В общем анализе крови выявлена микроцитарная, гипохромная анемия легкой степени тяжести с уровнем гемоглобина – 100 г/л, MCV – 72 фл, MCH – 23 пг.

Учитывая показатели общего анализа крови пациентке рекомендован контроль ферритина, со слов пациентки впервые, который составил 120 мкг/л. Общая и ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС, НЖСС) снижены. В биохимическом анализе крови, коагулограмме без особенностей. Консультирована врачом гинекологом, патологии не выявлено. По результатам фиброгастродуоденоскопии - поверхностный гастрит, Н. pylori не выявлен. При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной системы гепатоспленомегалии не выявлено.

Следующим шагом в диагностике анемии у данной пациентки было: исследование фракций гемоглобина методом капиллярного электрофореза, по результатам которого была диагностирована бета-талассемия.

**Отличительная особенность данного клинического случая.** Талассемия – гемоглобинопатия, которая является одним из наиболее распространенных наследственных заболеваний, связанных с синтезом гемоглобина. По морфологическим характеристикам эритроцитов, талассемия похожа на железодефицитную анемию, а значит должна входить в круг диагностического поиска микроцитарной анемии при нормальном или повышенном уровне ферритина.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** В связи с отсутствием надлежащего обследования, пациенту длительное время выставлялся неправильный диагноз, с последующим назначением препаратов железа, которые могли стать причиной перегрузки организма железом.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ РАНДЮ–ОСЛЕРА–ВЕБЕРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕМАТОЛОГА**

**МОЛОСТОВА А.Ф., САЛИМОВА Л.М.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Описание клинического случая.** В клинику обратилась пациентка С. 30 лет с жалобами на «профузное» носовое кровотечение, слабость, головокружение. В анамнезе в течение последнего года беспокоят частые спонтанные носовые кровотечения с частотой около десяти за месяц, также стала нарастать слабость, появилась одышка при физической нагрузке. Неоднократно консультирована отоларингологом патологии не выявлено, при носовых кровотечениях проводились передняя и задняя тампонада носа. Направлена на консультацию гематолога для уточнения диагноза.

Наследственность отягощена: мать пациентки также страдала частыми носовыми кровотечениями, погибла в возрасте 40 лет со слов от «кровоизлияния в головной мозг». Прием лекарственных препаратов отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации регулярные, не продолжительные.

Беременность в 2017 г., завершившаяся естественными родами на сроке 40 недель, без осложнений.

При объективном осмотре: пациентка астенического телосложения. Кожные покровы сухие, бледные, на лице единичные телеангиоэктазии ярко-красного цвета, достигают 3 мм в диаметре, не пульсируют, бледнеют при надавливании. На слизистой полости рта единичные телеангиоэктазии. Со стороны других органов патологии не выявлено.

В общем анализе крови выявлена микроцитарная, гипохромная анемия средней степени тяжести. Ферритин 2 мкг/л. Коагулограмма без особенностей. Исследование агрегационной способности тромбоцитов без особенностей. Содержание факторов Виллебранда, VIII, IX, XII в норме.

Для коррекции анемии назначены препараты железа под контролем показателей крови. Также рекомендовано проведение МРТ головного мозга с контрастированием, где выявлены артериовенозные мальформации. С диагнозом «Наследственная геморрагическая телеангиэктазия» пациентка направлена на консультацию нейрохирурга, где ей было рекомендовано радиохирургическое лечение.

**Отличительная особенность данного клинического случая.** Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера-Вебера) – редкое заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу, характеризуемое различными сосудистыми дефектами, включая носовые кровотечения, телеангиэктазии и артериовенозные мальформации в легких и других внутренних органах.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Учитывая редкость данного заболевания и его скрытое течение, заподозрить его возможно только при правильной оценке жалоб больного, данных осмотра и семейного анамнеза.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФЛЭШ-МОНИТОРИНГА ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

МОРГУНОВ Л.Ю., ЗЕМСКОВА Е.В.

*РУДН, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** Сердечная недостаточность (СН) являются ведущей причиной госпитализации у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Необходима максимальная оптимизация гликемического контроля для их снижения.

**Материал и методы.** Для оценки эффективности терапии и частоты госпитализаций были сформированы две подгруппы пациентов по 40 человек с СД2 и СН. В группе 1 проводилась терапия ингибиторами натрий-глюкозного транспортера 2 типа (иНГЛТ2) + метформин, в группе 2 - иНГЛТ2 + метформин + инсулин; средний возраст  $53,7 \pm 2,1$ , и  $54,2 \pm 1,9$  года соответственно. Длительность СД составила  $12,4 \pm 2,2$  и  $14,6 \pm 1,8$  года; средний уровень HbA1c  $8,1 \pm 0,6$  % и  $7,9 \pm 0,7$  % соответственно. Всем установлены флэш-мониторы глюкозы. Среднее значение гликемии составило  $8,3 \pm 0,7$  % и  $8,0 \pm 0,8$  %; в время в целевом диапазоне  $58,3 \pm 7,1$  % и  $51,3 \pm 3$  %; вариабельность гликемии  $32,4 \pm 2,5$  % и  $44,3 \pm 3,9$  % соответственно. В группе 1 гипогликемии не наблюдались, в группе 2 –  $2,2 \pm 0,4$ . Число госпитализаций по поводу СН исходно составило 6 (15%) и 11 (27,5%), число повторных - 4 (10%) и 7 (17,5%) соответственно.

**Результаты.** Через год средний HbA1c в группе 1 составил  $7,4 \pm 0,2$  %, в группе 2 -  $7,2 \pm 0,3$  % ( $p > 0,05$ ), гликемия  $7,1 \pm 0,3$  ммоль/л и  $7,3 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), время в целевом диапазоне  $62,7 \pm 2,2$  % и  $56,8 \pm 2,3$  % ( $p > 0,05$ ), вариабельность гликемии  $31,9 \pm 1,8$  % и  $34,9 \pm 1,9$  % ( $p > 0,05$ ) соответственно. В группе 1 гипогликемии не наблюдались, в группе 2 снизились до  $0,7 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ). Число госпитализаций по поводу СН в группе 1 снизилось до 2 (5%), в группе 2 – до 6 (15%) ( $p < 0,05$ ), число повторных составило 1 (2,5%) и 3 (7,5%) соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с установленной системой флэш-мониторинга глюкозы снижается среднее значение гликемии, ее вариабельность и среднесуточное число гипогликемий, и число госпитализаций по поводу СН на 13,5%, повторных - на 10%.

## **ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ**

**МОСКАЛЕЦ О.В.**

*ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Российская Федерация*

**Введение.** Первичные иммунодефициты представляют гетерогенную группу заболеваний, связанных с различными моногенными мутациями. В большинстве случаев они дебютируют в раннем детском возрасте, однако некоторые формы, в частности общая переменная иммунная недостаточность (ОВИН) могут манифестировать значительно позже, и по данным литературы задержка с постановкой диагноза может достигать 20 и более лет. ОВИН имеет ряд клинических «масок»: синопульмональные инфекции (70-80%), аутоиммунные заболевания (10-40%), реже - лимфопролиферативный синдром, диарейный синдром, интерстициальные поражения легких. Таким образом, отсутствие специфических симптомов создает диагностические сложности.

**Описание случая.** Пациентка Н., 60 лет, в течение многих лет наблюдалась по поводу серонегативного ревматоидного артрита с ювенильным началом. Заболевание быстро прогрессировало, отмечался плохой ответ на стандартную терапию. Во время очередной госпитализации, связанной с высокой активностью ревматоидного артрита, было выявлено резкое снижение гамма-фракции белка, что послужило поводом к дальнейшему диагностическому поиску. При исследовании уровня сывороточных иммуноглобулинов были получены крайне низкие показатели: IgG 1,4 г/л, IgA 0,07 г/л, IgM 0,07 г/л. Кроме того, при иммунофенотипировании лимфоцитов периферической крови выявлено существенное снижение содержания В-лимфоцитов (0,5%). Проводился дифференциальный диагноз со вторичной гипогаммаглобулинемией, но в итоге пациентке был поставлен диагноз ОВИН.

**Отличительная особенность данного клинического случая.** Следует отметить, что неинфекционные проявления ОВИН встречаются гораздо реже, чем инфекционные. В данном случае только при детальном сборе анамнеза выяснилось, что у пациентки имеется хронический синусит, но в течение последних 10 лет отмечается ремиссия. В большинстве случаев такие больные длительное время наблюдаются у узких специалистов и плохо отвечают на стандартную терапию. Основным методом лечения ОВИН является заместительная терапия иммуноглобулина человека нормальным. Своевременное назначение этих препаратов в значительной степени снижает риск осложнений и улучшает прогноз.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** К сожалению, в данном случае диагноз был поставлен слишком поздно, и несмотря на назначенное лечение через год пациентка скончалась от сепсиса.



## НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

МОСКАЛЕЦ О.В.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Постковидный синдром характеризуется разнообразной клинической картиной, в том числе отмечается дебют аллергических заболеваний у лиц, ранее их не имевших, или изменение течения уже имеющейся аллергопатологии. В частности, отмечаются тяжелые обострения аллергического ринита на фоне ОРВИ. В связи с этим у данной категории больных медикаментозная профилактика ОРВИ особенно актуальна.

**Цель.** Сравнить эффективность топического интерферон альфа 2 b и комбинированного препарата, содержащего интерферон альфа 2 b и лоратадин, при постконтактной профилактике ОРВИ у больных аллергическим ринитом, ранее перенесших COVID-19.

**Материал и методы.** Обследовано 40 больных с аллергическим ринитом и верифицированным COVID-19 в анамнезе. В 1-й группе (23 чел.) с целью экстренной (постконтактной) профилактики назначали топический комбинированный препарат, содержащий интерферон альфа 2 b и лоратадин, во 2-й группе (17 чел.) - только препарат, содержащий только интерферон альфа 2 b. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. В 1-й группе персистирующий аллергический ринит был у 5 больных (21,7%), интермиттирующий — у 18 (78,2%), во 2-й группе, соответственно у 4 (23,5%) и 13 (76,5%). Всем пациентам была выдана анкета для самооценки тяжести заболевания в случае ОРВИ и динамики симптомов. Препараты применялись в случае контакта с больным ОРВИ (члены семьи, коллеги и др.) в течение 7 дней.

**Результаты.** В 1-й группе количество случаев ОРВИ составило 17,4% (4 чел.), во 2-й — 35,3% (6 чел.) ( $p < 0,005$ ). Степень тяжести аллергического ринита во время ОРВИ была следующей. Легкая степень в 1-й группе отмечалась в 73,9% случаев (17 чел.), во 2-й группе — в 17,6% (3 чел.), средней степени тяжести, соответственно, в 26% (7 чел.) и 48,4% (11 чел.) ( $p < 0,05$ ). При анализе анкет оказалось, что удовлетворенность результатами лечения пациентов, получавшим комбинированный препарат интерферон альфа 2 b + лоратадин была почти в 2 раза выше, чем у пациентов группы сравнения.

**Выводы.** Таким образом, у больных с аллергическим ринитом, ранее перенесшим COVID-19, для экстренной профилактики ОРВИ более предпочтительной является комбинированная форма интерферона альфа 2 b с лоратадином для топического применения, чем только топический интерферона альфа 2 b.

## ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОКС

МУРАДОВА Ф.Н., МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., ВАЛИКУЛОВА Ф.Ю., РУИНА О.В.,  
ХАНЬКЕВИЧ И.Д.

ФГБОУ ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «ГКБ № 5», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** По данным европейских регистров ОКС госпитальная летальность составляет 6-14%. Регистр ОКС (Москва, 2012 г.) показал, что доля умерших с ОКСпСТ - 28,3%, смерть в стационаре - 12,4% (при ОКСбпСТ - 1,9%). Негативное влияние ОКС на прогноз сохраняется после госпитализации.

**Цель.** Изучить предикторы неблагоприятных исходов пациентов с ОКС в постгоспитальном периоде.

**Материал и методы.** Проанализированы стационарные и амбулаторные карты 112 больных, перенесших ОКС. Стационарно оценивались демографические, клинико-anamnestические, лабораторные данные, результаты ЭХО-КГ, селективной коронароангиографии (СКГ). Конечные точки за год наблюдения - повторная госпитализация, смерть. Применен программный пакет Statistica, регрессионный логистический анализ.

**Результаты.** Средний возраст пациентов  $63,7 \pm 11,3$  лет, 70% (77 человек) составили мужчины, 30% (35 человек) женщины, индекс массы тела  $29,7 \pm 5,7$  кг/м<sup>2</sup>. ОКСпСТ выявлен у 25%, инфаркт миокарда (ИМ) – 35,7%, ИМ в анамнезе – 33,9%. Лабораторно: креатинин  $101,6 \pm 34,8$  мкмоль/л, тропонин  $0,4 \pm 1,68$  нг/мл, общий холестерин  $5,13 \pm 1,43$  ммоль/л, ЛПНП  $3,6 \pm 1,53$  ммоль/л, тощачковая гликемия  $7,0 \pm 2,5$  ммоль/л. ЭХО-КГ: ФВ -  $54,4 \pm 8,12\%$ , локальная гипокинезия – у 35,7%. СКГ проведена в 98,2% случаев: в 77,7% поражено 2 и более сосуда. Простентировано 60,7% пациентов, число стентов -  $1,1 \pm 1,10$ . При однофакторном анализе в постгоспитальном периоде смерть ассоциировалась (ОШ [ДИ 95%]) с ОКСпСТ 4,3 [0,90; 21,37], ИМ в анамнезе 13,9 [1,57; 123,63], более одного стента 2,46 [1,25; 4,84] ( $p < 0,05$ ), повторная госпитализация – с ОКСпСТ 4,2 [1,17; 15,48], многососудистым поражением 5,68 [1,17; 27,64] ( $p < 0,05$ ).

При многофакторном анализе определены независимые предикторы смерти (ОШ [ДИ 95%]): ОКСпСТ 80,2 [4,31; 149,3], ИМ в анамнезе 32,3 [2,62; 397,7] ( $p = 0,00007$ ), и повторной госпитализации: многососудистое поражение 6,15 [1,11; 33,90], количество стентов 2,37 [1,31; 4,31] ( $p = 0,0014$ ).

**Выводы.** 1. Определены независимые предикторы смерти и повторной госпитализации в течение года у пациентов, перенесших ОКС: ОКСпСТ, ИМ в анамнезе, многососудистое поражение, установлено более одного стента.

2. Диспансеризация таких пациентов должна быть интенсифицирована.

3. Целесообразно назначение таким больным более агрессивной терапии.

## **АНАЛИЗ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ – АКЦЕНТ НА АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЕ И СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**МУХАМАДИЕВА В.Н.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** За два года, прошедшие с начала пандемии COVID-19, многие пациенты столкнулись с проявлениями постковидного синдрома, при котором наблюдаются такие симптомы, как утомляемость, одышка, кашель, артралгия, миалгия. Аналогичные клинические проявления нередко встречаются при ревматических заболеваниях, что влечет за собой трудности дифференциальной диагностики в реальной клинической практике.

**Цель.** Изучить особенности астеновегетативных и скелетно-мышечных проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями после COVID-19.

**Материал и методы.** В исследование включен 271 пациент, из которых с ревматоидным артритом (РА) – 186 (69%) человек, со спондилоартритами (Спа) – 84 (31%). Среди пациентов 68 (25%) лиц мужского пола, 203 (75%) лиц женского пола. Средний возраст составил 56 [46; 65] лет. Средняя длительность ревматического заболевания составила 10,9 [5; 15] лет. Для выявления клинических симптомов, характерных для постковидного синдрома, применялся опросник, используемый в рамках углубленной диспансеризации для граждан, перенесших COVID-19.

**Результаты.** Согласно результатам опроса, астения встречалась в 65,4% случаях на 3 месяц после НКИ. Одними из самыми частых фиксируемыми жалобами среди пациентов были: утомляемость, повышенная истощаемость, раздражительность, расстройства сна, физическая слабость. На 6 месяц астения встречалась у половины опрошенных – 52,5%, а на 9 месяц 46,4%. Отмечено нарастание жалоб к 12 месяцу – 49,1%, по сравнению с показателями на 9 месяц. При разделении пациентов с РЗ на РА и Спа было выявлено, что такие жалобы как снижение переносимости физической нагрузки и/или хронический кашель, усталость, головная боль и когнитивные нарушения достоверно чаще встречались у пациентов с РА по сравнению со спондилоартритами (Спа) (30 (50,8%) против 11 (47,8%),  $p < 0,05$ ) на 3 и 6 месяцы после НКИ. Наблюдение и анкетирование пациентов с использованием опросника углубленной диспансеризации, было выявлено, что усиление болей в суставах встречалось у 80,2% на 3 месяц и 67,5% на 6 месяц ( $p < 0,05$ ). Тенденция к снижению зафиксирована к 12 месяцу – 37,5%.

**Выводы.** У пациентов с ревматическими заболеваниями после перенесенной новой коронавирусной болезни, вызванной штаммом Омикрон, жалобы на усталость, мышечные, головные боли, когнитивные нарушения и усиление болей в суставах встречались чаще всего на протяжении полугода. Одышка среди пациентов на 3 и 6 месяцы была зафиксирована в 44,4% и 18,9% соответственно.

## ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19, ВЫЗВАННОГО ШТАММОМ ОМИКРОН

МУХАМАДИЕВА В.Н.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что последняя волна инфекции COVID-19, вызванная штаммом Омикрон, вызывает менее тяжелые исходы в общей популяции по сравнению с предыдущими волнами. Однако, наблюдались ли такие улучшенные исходы также у людей с системными аутоиммунными ревматическими заболеваниями, остается неясным.

**Цель.** Оценить распространенность постковидных проявлений у пациентов с ревматическими заболеваниями после COVID-19, вызванная штаммом Омикрон.

**Материал и методы.** В исследование включены 57 человек, среди которых с ревматоидным артритом (РА) 44 (77,1%), со спондилоартритом (Спа) - 13 (22,8%), наблюдавшихся с ноября 2021 г. по сентябрь 2022 г. Средний возраст среди пациентов составил  $59,3 \pm 10,3$  лет. Для выявления клинических симптомов, характерных для постковидного синдрома, применялся опросник, используемый в рамках углубленной диспансеризации для граждан, перенесших COVID-19.

**Результаты.** Среди пациентов преобладали лица женского пола - 48 (84,2%), 9 (15,7%) – мужского пола. Продолжительность ревматического заболевания до COVID-19 составила  $9,4 \pm 5,6$  лет. Согласно результатам динамического наблюдения за пациентами, сохранение или появление симптомов после перенесенной новой коронавирусной инфекции отметили 67,2% пациентов, причем у всех было сочетание не менее двух различных групп симптомов. Наблюдение и анкетирование пациентов проводилось 6 месяцев. Так было выявлено, что среди пациентов такие жалобы как усталость, и/или мышечные боли, и/или головная боль, и/или дизавтономия, и/или когнитивные нарушения и усиление болей в суставах встречались чаще всего с одинаковой частотой – 77,7%, в динамике выявлено снижение данных проявлений к шестому месяцу после инфицирования: 55,1% и 56,8% соответственно. У 44,4% опрошенных на 3 месяц после инфицирования сохранялась одышка и пациенты отмечали снижение переносимости физической нагрузки, наличие хронического кашля. Следует отметить, что среднетяжелое течение COVID-19 было зафиксировано у 18 (31,5%) человек. Через 6 месяцев отмечено снижение жалоб со стороны дыхательной системы в два раза – 18,9%.

**Выводы.** У пациентов с ревматическими заболеваниями после перенесенной новой коронавирусной болезни, вызванной штаммом Омикрон жалобы на усталость, мышечные, головные боли, когнитивные нарушения и усиление болей в суставах встречались чаще всего на протяжении полугода. Одышка среди пациентов на 3 и 6 месяцы была зафиксирована в 44,4% и 18,9% соответственно.

## **СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ КОЛЛАГЕНА IV ТИПА И ИММУНОГЛОБУЛИНА G К КОЛЛАГЕНУ IV ТИПА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

**МУХАМЕТОВА Д.Д., АБДУЛГАНИЕВА Д.И., ОДИНЦОВА А.Х.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

*ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Коллаген IV типа (КЛIV) является основным компонентом базальных мембран клеток, который отвечает за поддержание структуры тканей, регенерацию. Хроническое воспаление кишечной стенки при язвенном колите (ЯК) может приводить к повышению уровня коллагена в крови, что может быть использовано в качестве неинвазивного маркера воспаления при ЯК.

**Цель.** Изучить содержание в сыворотке крови КЛIV и антител класса IgG к КЛIV при ЯК.

**Материал и методы.** В исследование проспективно включены 60 пациентов с ЯК и 20 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов с ЯК составил  $37,6 \pm 1,5$  лет, группы контроля –  $30 \pm 1,5$ . Оценка активности ЯК проводилась с помощью индекса Мейо: ремиссия была у 4 пациентов, легкая степень – у 26, умеренная – у 25, тяжелая – у 5. У всех пациентов проводилась оценка содержания антител класса IgG к КЛIV методом иммуноферментного анализа, у 56 пациентов определялся сывороточный уровень КЛIV.

**Результаты.** При обострении ЯК КЛIV ( $245,6 \pm 7,5$  нг/мл) был выше, чем в группе контроля ( $205,1 \pm 8,3$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). В ремиссию заболевания уровень КЛIV ( $200,9 \pm 20,8$  нг/мл) был сопоставим со здоровыми ( $205,1 \pm 8,3$  нг/мл), и статистически значимо был ниже, чем при обострении ( $245,6 \pm 7,5$  нг/мл;  $p < 0,05$ ).

Более высокие цифры изучаемого маркера увеличивались с активностью: при легкой степени КЛIV был  $239,7 \pm 12,5$  нг/мл, при средней –  $246,3 \pm 12,9$  нг/мл, при тяжелой –  $255,4 \pm 12,8$  нг/мл. Выявлена корреляционная связь КЛIV с частотой стула ( $r=0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

Уровень IgG к КЛIV при обострении  $16,9 [11,1; 49,6]$  мкг/мл ( $p > 0,05$ ) и ремиссии заболевания –  $82,0 [56,0; 220,4]$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ) был выше, чем у здоровых  $11,4 [6,9; 19,8]$  мкг/мл. При этом в ремиссию ЯК IgG к КЛIV был значимо выше, чем при обострении ( $p < 0,05$ ). Разница при различной активности ЯК не обнаружена. Связь между IgG к КЛIV и КЛIV не определена.

**Выводы.** При обострении ЯК выявлено повышение уровня КЛIV, который повышался с увеличением активности заболевания, уровень антител IgG к КЛIV был повышен как в ремиссию, так и при обострении болезни.

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИШЕЧНИКА КАК НЕИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

МУХАМЕТОВА Д.Д., МИНИМУЛЛИН И.М., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Ультразвуковое исследование (УЗИ) кишечника – неинвазивный, доступный и безвредный метод диагностики язвенного колита (ЯК). В последние годы разрабатываются стандартизированные методы количественной оценки результатов УЗИ кишечника при ЯК, одним из которых являются миланские ультразвуковые критерии ЯК.

**Цель.** Изучить миланские ультразвуковые критерии ЯК и основные параметры УЗИ кишечника для оценки активности ЯК.

**Материал и методы.** В исследование проспективно были включены 20 пациентов с ЯК. Средний возраст пациентов с ЯК составил 47 [41; 56] лет. Женщин было 12 (60%). Оценка активности ЯК проводилась с помощью индекса Мейо: ремиссия была у 4 пациентов, легкая степень – у 3, умеренная – у 6, тяжелая – у 7. Всем пациентам проводилась колоноскопия с оценкой индекса по Schroeder. Всем пациентам проводилось трансабдоминальное УЗИ кишечника на приборе Sonoscape S2N, линейным и конвексным датчиком, с расчетом миланских ультразвуковых критериев ЯК по формуле  $1,4 \times \text{толщина стенки толстой кишки [мм]} + 2 \times \text{кровоток в стенке толстой кишки при доплерографии}$ . Пороговым значением для отличия активного ЯК от неактивного было выбрано значение 6,2.

**Результаты.** При обострении ЯК отмечалось утолщение стенки толстой кишки у 82% пациентов и составило до 5,1 [4,05; 5,75] мм, что было статически значимо больше, чем в ремиссию заболевания – 3,1 [2,55; 4,05] мм ( $p < 0,05$ ). При этом утолщение стенки отмечалось также у 25% пациентов с неактивной болезнью. Усиление кровотока в стенке толстой кишки было определено у 94% пациентов.

Миланские ультразвуковые критерии ЯК при обострении заболевания составили 8,65 [7,39; 9,98], которые также значимо были выше значений группы пациентов с эндоскопической ремиссией заболевания – 4,85 [3,92; 6,04] ( $p < 0,05$ ).

Выявлена корреляционная связь между эндоскопической активностью ЯК по Schroeder и миланскими ультразвуковыми критериями ЯК ( $r=0,83$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** При обострении ЯК выявлено утолщение стенки толстой кишки, усиление кровотока; повышены миланские ультразвуковые критерии, которые коррелировали с эндоскопической активностью заболевания.

# АНТИТЕЛА К КОЛЛАГЕНАМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

МЯСОЕДОВА Е.И., ПАРУСОВА Ю.А., ЕЛДАШОВА Е.А., ЕГОРОВА Л.А.

ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Изменение регуляции ремоделирования внеклеточного матрикса может влиять на течение ряда патологических процессов, включая хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и ишемическую болезнь сердца (ИБС). Роль аутоиммунных реакций в этом процессе требует уточнения.

**Цель исследования** – определить уровни антител к коллагенам (АТК) I и III типов у пациентов с ХОБЛ и пациентов с ХОБЛ в сочетании с хронической ИБС.

**Материал и методы.** Обследовано 56 пациентов с ХОБЛ II–III степени тяжести (группа ХОБЛ, средний возраст 56 [45; 60] лет) и 50 пациентов с ХОБЛ II–III степени тяжести в сочетании с хронической ИБС (группа ХОБЛ + ХИБС, средний возраст 57 [47; 60] лет;  $p=0,78$ ). Критерии исключения из исследования: инфаркт миокарда в анамнезе, оперативные вмешательства на сердце. Уровень АТК I и III типов определялся с использованием тест-системы «Имтек» (Москва). Для вычисления средних показателей титра АТК использовалась функция среднего геометрического значения по следующей формуле:  $Lg x_{геом.} = \frac{lgx_1 + lgx_2 + lgx_3 + \dots + lgx_n}{n}$ , где  $x_{геом.}$  – среднее геометрическое значение титров антител,  $x_1$ – $x_n$  – титры антител,  $n$  – количество сывороток крови. Средние величины были приведены к десятичному логарифму, затем для наглядности и удобства восприятия информации мы возвращались к абсолютным цифрам. Статистическая обработка данных производилась с использованием программы STATISTICA 12.0 (StatSoft Inc., США).

**Результаты.** У всех пациентов в обеих группах в сыворотке крови были выявлены АТК I и III типов. Среднее геометрическое значение титра АТК I типа в группе ХОБЛ + ХИБС составило 2,22 (1/167), что было статистически значимо ( $p=0,03$ ) выше, чем в группе ХОБЛ, где этот показатель равнялся 2,11 (1/129). Среднее геометрическое значение титра АТК III типа в группе ХОБЛ + ХИБС достигло 2,29 (1/184), что было, опять же, статистически значимо ( $p=0,04$ ) выше, чем в группе ХОБЛ – 2,22 (1/164). Таким образом, наличие сопутствующей ХИБС у пациентов с ХОБЛ существенно усугубляет антительный ответ на нарушение баланса обмена коллагена.

**Выводы.** Наличие АТК у пациентов в исследуемых группах свидетельствует о наличии дисбаланса в обмене коллагена и подтверждает значение аутоиммунных реакций в патогенезе развития и прогрессирования изучаемой патологии.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДИМЕМИИ У РЕСПОНДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ СТАТУСОМ КУРЕНИЯ

НАХРАТОВА О.В., ЦЕНТЕР И.М., СВАРОВСКАЯ П.К., ЦЫГАНКОВА Д.П., БАЗДЫРЕВ Е.Д., АРТАМОНОВА Г.В.

*НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Российская Федерация*

**Актуальность.** Курение и дислипидемия относятся к модифицируемым факторам сердечно-сосудистого риска. Однако доказательная база о взаимоотношающемся влиянии этих самых распространенных факторов риска отсутствует.

**Цель.** Оценить распространенность вариантов дислипидемии в зависимости от статуса курения среди разных половозрастных групп населения крупного региона Сибири.

**Материал и методы.** Обследованы 1600 жителей Кузбасса в возрасте 35-70 лет, из которых 1124 (70,3%) – женского (ж) и 476 (29,7%) – мужского (м) пола. Участники были разделены на три возрастные группы: 35-49 лет, 50-59 лет, 60-70 лет. Учитывая статус курения сформированы три группы респондентов: в 1-ю группу вошли никогда не курившие, во 2-ю – бывшие курильщики (лица, которые на момент исследования отказались от курения в течение 12 месяцев до включения в исследование), 3-ю группу составили курящие в настоящее время (включая тех, кто бросил курить в течение текущего года). Оценивали показатели общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови с использованием стандартных тест-систем фирмы Thermo Fisher Scientific. Изменение уровней липидов оценивали в соответствии с рекомендациями «Диагностика и коррекция липидного обмена с целью лечения атеросклероза» (2012 г.). Обработку результатов проводили при помощи программы «Statistica 6.0».

**Результаты.** Среди некурящих лиц мужчин в возрасте 35-49 лет, в 2 раза чаще, чем среди женщин того же возраста был диагностирован высокий уровень ТГ (м 29,5%, ж 13,6%,  $p < 0,010$ ). Среди некурящих лиц женского пола, среднего возраста (50-59 лет) чаще регистрировалась гиперхолестеринемия (ж 79,4%, м 56,4%  $p < 0,002$ ). Кроме того, у данной группы лиц в 1,2 раза чаще наблюдался более высокий уровень ЛПНП (ж 85,9%, м 69,2%,  $p < 0,008$ ). В группе курящих респондентов выявлены значимые различия по уровню ЛПНП. Так, частота высокого уровня ЛПНП в группе 35-49 лет, среди мужчин была выше, чем у курящих женщин (м 65,9%, ж 48,7%  $p = 0,027$ ), аналогичная зависимость выявлена и у лиц более старшего возраста (60-70 лет, м 90%, ж 69,4%  $p < 0,024$ ). У мужчин (35-49 лет) отказавшихся от курения, чаще чем у женщин регистрировалась гиперхолестеринемия (м 53,1%, ж 30,6%,  $p < 0,017$ ) и более высокий уровень ЛПНП (м 69,4%, ж 40,3%,  $p = 0,002$ ). При проведении линейного и логистического анализа выявлено, что табакокурение в настоящее время или ранее ассоциировано со снижением уровня ЛПВП ( $b = -0,09$ ,  $p = 0,002$ ) и риском снижения уровня ЛПВП (ОШ 1,26, 95% ДИ: 1,0-1,6,  $p = 0,050$ ).

**Выводы.** К распространенному варианту дислипидемии был отнесен высокий уровень ЛПНП, который чаще регистрировался среди курящих мужчин в возрасте 35-49 и 60-70 лет. Аналогичная зависимость выявлена среди отказавшихся от курения у лиц молодого возраста (35-49 лет). Показана связь курения и отказа от него со снижением уровня ЛПВП.



## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ HCV + HBV**

**НЕПОМНЯЩИХ Д.Л., ПОСТНИКОВА О.А., ВИНОГРАДОВА Е.В., АБРАМОВА Е.Э., СУВОРОВА Т.С., ОВЕЧКИНА Ю.В., КОРОЛЕВА И.Е.**

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация  
ГБУЗ НСО «ГНОКБ», г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Исследование микст-гепатита С + В представляет серьезную проблему в связи с разнообразной и более тяжелой, в сравнении с моно-инфекцией HCV, клинической картиной, а также с наличием серонегативных вариантов HBV-инфекции. Кроме того, микст инфекция HCV+HBV характеризуется более быстрым прогрессированием патологического процесса в цирроз печени. В литературе имеются немногочисленные сообщения, касающиеся клинико-морфологических особенностей микст инфекций HCV+HBV.

**Цель.** Изучить клинико-морфологические особенности микст-инфекции HCV+ HBV.

**Материал и методы.** Проведено комплексное клиническое и патоморфологическое обследование 112 пациентов с микст-инфекцией HCV+HBV, в возрасте от 16 до 69 лет, 68 мужчин и 44 женщины. Диагноз верифицирован на основании клинических данных, результатов биохимического, иммуносерологического исследования, ПЦР-диагностики и биопсии печени. Группу сравнения составили 50 пациентов с HCV инфекцией.

**Результаты.** Клинико-морфологический анализ, проведенный на основании клинических синдромов, биохимических тестов и результатов патоморфологического исследования биоптатов печени позволил выделить 3 варианта течения микст-инфекции: типичный (с преобладанием типичных симптомов поражения печени) (61% случаев); холестатический вариант (25% наблюдений) и вариант с выраженными внепеченочными проявлениями (14% пациентов). При патоморфологическом исследовании биоптатов печени пациентов с различными вариантами клинического течения хронического гепатита В+С выявлен достаточно выраженный полиморфизм. Липидная инфильтрация была ведущей формой дистрофии гепатоцитов при типичном варианте и наличии внепеченочных синдромов. Диффузный интрацеллюлярный холестаз и ацидофильная дегенерация достигали наибольшей выраженности при холестатическом варианте. Кроме того, холестатический вариант микст-инфекции характеризовался наиболее значимой альтеративной компонентой (наличие очагов некробиоза и некроза, апоптотических телец Каунсильмена, постнекротических гранулем) и фиброзными изменениями в печени. В целом в биоптатах печени при микст-инфекции HCV+HBV отмечена большая глубина и распространенность дистрофических изменений гепатоцитов в сравнении с моноинфекцией HCV.

**Выводы.** Выявленные особенности позволяют рассматривать холестатический вариант микст-инфекции HCV+HBV как прогностически более неблагоприятный в плане быстрой трансформации в цирроз печени.

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАЗНОВОЗРАСТНЫХ ГРУПП СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ПРИВОЛЖСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**НИКИТИН К.И., ШИРЯЕВА А.В., КАРПУХИНА Е.В., ДОЩАННИКОВ Д.А., КАРПУХИН И.Б.**  
*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – это изменчивость продолжительности интервалов R–R последовательных циклов сердечных сокращений за определенные промежутки времени [1]. ВРС представляет собой интегральный показатель состояния сердечно-сосудистой системы, тонуса вегетативной нервной системы и общих адаптационных резервов организма. Именно этот метод может стать основой для скрининга субклинических функциональных расстройств в целях первичной профилактики заболеваний.

**Цель** – выявить наличие корреляции ВСР и уровня стресса у студентов старших курсов медицинского университета.

**Материал и методы.** Для оценки влияния стрессовых факторов на организм человека и возможностей адаптивных механизмов мы проанализировали результаты ВСР по итогам записи 5-минутной ритмограммы, а также баллы по шкале психологического стресса PSM-25 у студентов лечебного факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. Обследуемые, в количестве 112 человек, были разделены на 3 группы в соответствии с курсом их обучения. В группу А вошли студенты 4-го курса (39 человек), в группу Б – 5-го курса (30 человек), в группу С – 6-го курса (43 человека). Оценка ВРС проводилась по двум показателям – SDNN и LF/HF.

**Результаты.** В группе А среднее значение SDNN составило 64,8, в группе В – 75,3, в группе С – 55,4 мс. Средние показатели индекса LF/HF в этих группах были равны 0,83, 0,85 и 0,99, средние значения баллов по шкале PSM-25 – 95,6, 77,5 и 91,3 соответственно. При анализе полученных результатов были выявлены следующие закономерности:

- 1) Во всех трех группах среднее значение баллов по шкале PSM-25 соответствовало низкому уровню стресса. Однако при детальном рассмотрении можно заметить, что значение этого показателя в группе Б было достоверно меньше, чем в группах А и С.
- 2) Средние значения LF/HF соответствовали норме для данной возрастной группы. В группе С отмечалось значимое повышение симпатического влияния по сравнению с обследуемыми других групп.
- 3) Средние значения SDNN в трех группах соответствовали нормальным значениям. В группах В и С наблюдалось значительное снижение этого показателя, что указывает на преобладание тонуса симпатической нервной системы.

**Выводы.** Проанализировав полученные результаты и анамнестические данные у исследованных групп учащихся, можно сделать вывод, что у студентов 4-го и 6-го курса лечебного факультета имеют место более высокий тонус симпатической нервной системы и низкие показатели ВРС по сравнению со студентами 5-го курса. Такую тенденцию можно объяснить тем, что в период обследования студенты 4-го курса испытывали сильное эмоциональное напряжение из-за интенсивной учебной нагрузки, а обследуемые 6-го курса – ввиду приближающихся государственных экзаменов.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕНОКСИКАМА ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ**

**НИКИТИНА Н.М., БОГДАЛОВА Л.Р., МАГДЕЕВА Н.А., РЕБРОВ А.П.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) служат средствами базисной терапии для лечения спондилоартритов (СпА). Публикация подготовлена по результатам открытого одноцентрового проспективного контролируемого исследования «СТЕНА».

**Цель исследования** – изучить эффективность и безопасность применения теноксикама (Тексаред) у пациентов с аксиальным СпА.

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 больных с активным аксиальным СпА, имеющие значение индекса активности BASDAI более 4,0. Средний возраст пациентов составил  $43,7 \pm 9,7$  года. Пациенты получали НПВП теноксикам перорально в дозировке 20 мг/сут. Исходно и через 30 дней проводились опрос, общий осмотр пациентов, оценивались эффективность и переносимость терапии. Пациенты заполняли следующие опросники: общая оценка боли в спине и интенсивность ночной боли по визуальной аналоговой шкале, BASDAI, ASDAS-СРБ. Определялся исходный уровень артериального давления (АД) и через 30 дней, исследовались общий и биохимический анализ крови, включая оценку уровня С-реактивного белка (СРБ), общий анализ мочи.

**Результаты.** На фоне постоянного приема теноксикама (Тексаред) у 6 пациентов было отмечено снижение индекса BASDAI на 20%, у 4 – более 40%. Из 16 пациентов с высокой активностью СпА по ASDAS-СРБ у 5 была достигнута низкая активность заболевания. Среди больных с очень высокой исходной активностью заболевания по ASDAS-СРБ низкой активности достиг 1 пациент, тогда как клинически значимое улучшение наблюдалось еще у 4 человек. У 13 (43,3%) пациентов наблюдалось уменьшение продолжительности утренней скованности, при этом у 6 уменьшилась и выраженность скованности.

На фоне постоянного приема теноксикама (Тексаред) функция почек не изменялась. У 1 пациента наблюдалось умеренное повышение уровня трансаминаз крови, у 2 – дискомфорт в эпигастрии. Чаще всего среди побочных эффектов регистрировалось повышение АД – у 6 (22,25%) пациентов; это потребовало коррекции плановой антигипертензивной терапии, причем 1 пациенту она была назначена впервые. При анализе данных анкетирования по завершении исследования положительный эффект теноксикама (Тексаред) отметили 24 (80%) пациента.

**Выводы.** У больных аксиальным СпА с высокой и очень высокой активностью заболевания установлено положительное влияние терапии теноксикамом (Тексаред). Этот представитель НПВП отличается хорошей переносимостью, благоприятным профилем безопасности, отсутствием серьезных нежелательных явлений и небольшим числом побочных эффектов, не требующих отмены терапии.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РУПУС – СОЧЕТАНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**НИКИШИНА Н.Ю., МЕСНЯНКИНА А.А., АСЕЕВА Е.А., СОЛОВЬЕВ С.К.**  
*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациентка П., 34 лет поступила в клинику в январе 2021 г. с жалобами на общую слабость, выпадение волос, высыпания на лице, повышение температуры в вечернее время до 37°C, боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах стоп, правой кисти, в коленных суставах, в левом тазобедренном суставе, утреннюю скованность в течение часа, изменение цвета кожи пальцев кистей. Из анамнеза известно, в 2013 г. - замершая беременность (на сроке 10 недель), в 2016 г. выявлена тромбоцитопения (до  $5 \times 10^9/\text{л}$ ), в 2017 г. перелом шейки бедра справа, остеосинтез.

На лице эритематозные высыпания, двухфазный синдром Рейно, ладонные капилляриты. Выраженный сосудистый рисунок на коже нижних конечностей по типу ливедо- васкулита. Отмечается припухлость и болезненность суставов. ЧБС: 22, ЧПС: 9. ВАШ 80. Деформация суставов кистей по типу «шеи лебедя». вальгусная деформация первых плюснефаланговых суставов обеих стоп. По внутренним органам без особенностей. При обследовании выявлено: в общем анализе крови трехростковая цитопения, высокая иммунологическая активность (АНФ, анти Sm, АЦЦП, АТds DNA, снижение комплемента С3, С4, АТкRNP-70) При рентгенологическом исследовании выявлены признаки хронического эрозивного артрита III стадии, остеопения по данным денситометрии. OU-осложненная заднекапсулярная катаракта.

Пациентке назначен метилпреднизолон 16 мг/сут, мофетила микофенолат 1500 мг/сут, гидроксихлорохин 200 мг/сут, ритуксимаб 1000 мг в/в.

На фоне проведенной терапии отмечается положительная динамика - улучшения состояния, уменьшение выраженности суставного синдрома. При контрольном обследовании через 3 и 6 месяцев терапии была достигнута минимальная активность заболевания. Через 6 месяцев терапии уменьшена доза пероральных ГКС с 8 мг до 4 мг/сут. Проводимая терапия позволила снизить прием ГКС и добиться ремиссии заболевания.

**Отличительные особенности данного случая.** Сочетание СКВ и РА имеет особое клиническое течение, при котором преобладают признаки и симптомы РА, с активностью и наличием органических повреждений, связанных с СКВ.

## **ЗНАЧЕНИЕ БИОПСИИ ПОЧЕК В ВЫБОРЕ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ**

**НИКИШИНА Н.Ю., МЕСНЯНКИНА А.А., СТОЛЯРЕВИЧ Е.С.**  
*ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация*  
*ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациент Ц., 1991 г.р. В 2017 г. без видимой причины, на фоне относительного здоровья развился кожно-суставной, лихорадочный синдром и синдром Рейно. В течение 3 лет периодические обострения. В феврале 2020 г. – госпитализация, выявлен позитивный АНФ (6,5), антитела к дс ДНК 5050 МЕ/мл, СОЭ 51 мм/ч, анемия до 73 г/л, лейкопения до  $2,7 \times 10^9$ /л, суточная протеинурия 1,9 г/л, эритроциты 10, лейкоциты 15, цилиндры 5; признаки миоперикардита, периферическая чувствительная полинейропатия.

**Диагноз:** Системная красная волчанка (СКВ) с поражением других органов и систем. Лечение: пульс-терапия 6-метилпреднизолоном (6 МП) 1000 мг № 3 совместно с циклофосфаном (ЦФ) 1000 мг, преднизолон (Пр) 60 мг/сут внутрь, мофетила микофенолат (ММФ) 2000 мг/сут, плаквенил 400 мг/сут. ЦФ и ММФ не принимал. Направлен в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. При обследовании: лейкопения  $2,2 \times 10^9$ /л, суточная протеинурия 1,4 г/л, эритроцитурия – 16-18, лейкоцитурия – 25-27, цилиндров нет, креатинин и калий – в норме, мочевины 10,0 ммоль/л, СКФ 150 мл/мин, общий белок 54 г/л, АНФ 1/640, антитела к дсДНК 200 МЕ/мл, снижение С3 фракции комплемента до 0,54 г/л, антитела к С1q 100 МЕ/мл, Д-димер до 125,9 мкг/л, гиперкоагуляция. 17.09.2021 г. пациенту проведена нефробиопсия почки. При световой микроскопии в клубочках участки эндочаппилярной пролиферации с явлениями кариорексиса, экстракаппилярной пролиферацией, сегментарными, фиброзно-клеточными полулуниями. Определяется участок сегментарного склероза капиллярных петель по типу постнекротического рубцевания с образованием грубого сращения с капсулой Боумена. В <10% почечной паренхимы – небольшой очаговый склероз интерстиция и атрофия канальцев. Неспецифическая инфильтрация интерстиция мононуклеарами в зонах фиброза. При иммунофлуоресценции: IgG – мезангий и периферия капиллярных петель ++, IgA и IgM – следы; С3 – то же, что и IgG++, С1q, Каппа, Лямбда – то же, что IgG +. Заключение: «Фокальный пролиферативный и некротизирующий гломерулонефрит с преимущественным свечением IgG и 33% сегментарных фиброзно-клеточных полулуний, IV класса, индекс активности (ИА)-10 индекс хронизации (ИХ)-1».

**Отличительные особенности данного случая.** Особенностью данного случая стало выявление у пациента признаков неблагоприятного прогноза в виде участков некроза и наличием 33% сегментарных фиброзно-клеточных полулуний, что послужило основанием инициации терапии ГИБП (ритуксимаб 1000 мг) на фоне стандартной индукционной терапии Пр 35 мг/сутки, пульс терапии 6-МП по 1000 мг №3, ММФ с достижением терапевтической дозы в 2500 мг/сутки в течение 2 недель, гидроксихлорохин 400 мг/сутки, лозартан 100 мг/сутки, антикоагулянты.

## **ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ**

**ОВЕЧКИНА Ю.В., НЕПОМНЯЩИХ Д.Л., МИТРОХИН В.Е., КОРОЛЕВА И.Е., МАНЖИЛЕЕВА Т.В., СУВОРОВА Т.С., АБРАМОВА Е.Э.**

*ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация  
ГБУЗ НСО «ГНОКБ», г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Восстановление синусового ритма (СР) при трепетании предсердий (ТП) является приоритетной задачей из-за прогрессирующего ремоделирования и высокого риска urgentных желудочковых аритмий.

**Цель.** Оценить влияние степени тяжести течения ХСН на восстановление синусового ритма у больных с правопредсердным ТП методом сверхчастой чреспищеводной кардиостимуляции (СЧПКС).

**Материал и методы.** СЧПКС проведена 59 больным в возрасте от 40 до 77 лет. ХСН в исследовании соответствовала I-III ФК. Всем пациентам выполнялось ЭхоКГ. СЧПКС проводилась на фоне антиаритмических препаратов (ААП).

**Результаты.** Общая эффективность СЧПКС составила 71%. Пациентов разделили на две группы: 1-я (43 больных) – с положительным эффектом СЧПКС и 2-я (16 пациентов) – с отрицательным эффектом. Анализ показателей ЭхоКГ показал, что ФУ (%) в 1 и 2 группах составила  $28,21 \pm 1,02$  и  $24,31 \pm 1,24$  ( $p=0,039$ ), ФВ (%) -  $52,93 \pm 1,61$  и  $46,56 \pm 1,95$  ( $p=0,032$ ), КСР (см) -  $3,96 \pm 0,10$  и  $4,33 \pm 0,11$  ( $p=0,048$ ), КДР (см) -  $5,56 \pm 0,11$  и  $5,64 \pm 0,21$  ( $p=0,731$ ). Размеры левого предсердия в 1 группе составили  $4,71 \pm 0,09$  см, во 2-й -  $4,68 \pm 0,14$  см ( $p=0,889$ ). В 1 группе чаще отмечался II ФК ХСН ( $2,12 \pm 0,10$ ), а во 2 группе - II и III ФК ХСН ( $2,50 \pm 0,15$ ) ( $p=0,048$ ). У 28 из 59 больных (47,5%) дополнительно был назначен дигоксин в дозе 0,125 мг/сутки. Во 2-й группе дигоксин получали 75% больных, а в 1-й группе - 37%. СЧПКС на фоне дополнительного назначения дигоксина была эффективной в 40% случаев.

**Выводы.** Снижение сократительной способности левого желудочка уменьшает вероятность восстановления СР после СЧПКС. Дополнительное назначение дигоксина существенно не повлияло на эффективность проводимого лечения в связи с недостаточным влиянием его на основные показатели сократительной способности миокарда. Увеличенные размеры ЛП, но не выходящие за критические значения, не оказали влияния на эффективность проводимой СЧПКС.

## СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА (ВИТАМИНА D3) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ С 2020 ПО 2022 ГОДЫ

ОПОЛОНСКИЙ Д.В., МАКСИМОВ Н.И., ПЕРЕВЕДЕНЦЕВА С.Е., АХАТОВА И.Р., ГАРАЕВА Э.Р., ПЕРЕВОЩИКОВА С.В., ИВАНОВА Л.В., МАСЛОВА Н.Д., СТУКАЛОВА С.В., ПОПОВА Н.А.

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Мужчины и женщины Удмуртской Республики (УР) характеризуются низким содержанием холекальциферола (витамина D3) в сыворотке крови.

**Цель.** Сравнить частоту определения и содержание витамина D3 в сыворотке крови мужчин и женщин УР с 2020 по 2022 гг.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Проанализированы 4702 теста сыворотки крови на содержание витамина D3, выполненных мужчинам и женщинам УР с 2020 по 2022 гг.: 2020 г. – 1472 теста (329 (22%) – мужчины, 1143 (78%) – женщины), 2021 г. – 1682 теста (398 (24%) – мужчины, 1284 (76%) – женщины), 2022 г. – 1548 тестов (418 (27%) – мужчины, 1130 (73%) – женщины).

**Результаты.** В 2020 г., мужчины *vs* женщины: тяжелый дефицит (5-10 нг/мл),  $n=19$  (5,8%) *vs*  $n=34$  (3%); дефицит (10-20 нг/мл),  $n=65$  (19,8%) *vs*  $n=249$  (21,8%); близкое к оптимальному значению (20-30 нг/мл),  $n=91$  (27,7%) *vs*  $n=381$  (33,4%); оптимальное поступление (30-50 нг/мл),  $n=105$  (31,9%) *vs*  $n=375$  (32,9%); поступление на верхней границе нормы (50-70 нг/мл),  $n=39$  (11,9%) *vs*  $n=80$  (7%); передозировка (70-150 нг/мл),  $n=10$  (3%) *vs*  $n=21$  (1,8%). В 2021 г., мужчины *vs* женщины: тяжелый дефицит,  $n=10$  (2,5%) *vs*  $n=21$  (1,6%); дефицит,  $n=48$  (12,1%) *vs*  $n=184$  (14,3%); близкое к оптимальному значению,  $n=113$  (28,4%) *vs*  $n=334$  (26,0%); оптимальное поступление,  $n=145$  (36,4%) *vs*  $n=516$  (40,2%); поступление на верхней границе нормы,  $n=65$  (16,3%) *vs*  $n=162$  (12,6%); передозировка,  $n=17$  (4,3%) *vs*  $n=67$  (5,2%). В 2022 г., мужчины *vs* женщины: тяжелый дефицит,  $n=7$  (1,7%) *vs*  $n=28$  (2,5%); дефицит,  $n=66$  (15,8%) *vs*  $n=174$  (15,4%); близкое к оптимальному значению,  $n=134$  (32,1%) *vs*  $n=305$  (27,0%); оптимальное поступление,  $n=139$  (33,3%) *vs*  $n=402$  (35,6%); поступление на верхней границе нормы,  $n=57$  (13,6%) *vs*  $n=163$  (14,4%); передозировка,  $n=15$  (3,6%) *vs*  $n=58$  (5,1%).

**Выводы.** Исследование крови на содержание витамина D3 у мужчин УР проводят в 3 раза реже, чем у женщин. С 2020 по 2022 гг. выросло количество тестов на содержание витамина D3 у мужчин. Содержание витамина D3 сравнимо у мужчин и женщин.

## **ЦИСТАТИН С И sST2 У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**ОРАНЖЕРЕЕВА В.Н., БЕЛАЯ О.Л., ФАТЕЕВ С.С., КОВАЛЕНКО Е.В., МАРКОВА Л.И., ЛАЗУТИНА О.М.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Роль биомаркеров sST2 и цистатина С при хронической сердечной недостаточности (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) изучена недостаточно.

**Цель.** Оценить уровень sST2 и цистатина С (CysC) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), ХСН I-III ФК (NYHA) в сочетании и при отсутствии сахарного диабета 2 типа (СД2) и ХБП.

**Материал и методы.** Обследовано 120 пациентов обоего пола, медиана (Me) возраста 65 [63; 67] лет с стабильной ИБС, ХСН I-III ФК и наличием или отсутствием СД2 и/или ХБП, разделенных на 3 группы. В группы включено по 40 пациентов: в 1 группу - без сопутствующего СД2 и ХБП, Me возраста 64 [59,5; 66] года, во 2-ю – с сопутствующей ХБП без СД2, возраст 65 [63; 66] лет, в 3-ю – с СД2 и ХБП, возраст – 67 [64,5; 67,5]. Контроль - показатели 20 условно здоровых пациентов, возраст 61 [57; 64] год. Методом иммуноферментного анализа (ELISA) в сыворотке крови определяли sST2 и CysC с помощью наборов Presage® ST2 Assay и Human Cystatin-C (CST3) ELISA Kit.

**Результаты.** Me sST2 в группах достоверно различалась ( $p=0,004$ ) и была наибольшей при СД2 с ХБП (1 группа - 32,4 [29,2; 36,2], 2 - 33,6 [30,1; 39,2], 3 - 36,8 [32,5; 44,7] нг/мл). Me CysC также нарастала в ряду «1-2-3 группа», достигая максимума в группе с СД2 и ХБП (1 группа - 1,27 [0,99; 1,61], 2 - 1,83 [1,55; 2,29], 3 - 2,24 [1,68; 2,83] ( $p=0,0000$ )). В контроле Me sST2 19,3 нг/мл [18,3; 21,2]) и CysC - 0,76 мг/л [0,68; 0,77] были достоверно меньше таковых в группах наблюдения ( $p=0,0000$ ).

**Выводы.** Сопутствующие ХБП и СД2 у пациентов с ИБС и ХСН I-III ФК оказывают неблагоприятное влияние на сывороточную концентрацию биомаркеров миокардиальной и почечной дисфункции sST2 и CysC.



## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРАММОНИЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ДВГМУ

ПАН А.А., ЗАЙКОВА-ХЕЛИМСКАЯ И.В.

*ЧУЗ КБ «РЖД Медицина», г. Хабаровск, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время влияние гипераммониемии (ГА) на организм человека активно изучается. Всем известно повышение уровня аммиака при заболеваниях печени. Однако, данных по исследованию влияния ГА на здоровых людей не так много.

**Цель.** Оценить влияние гипераммониемии на уровень усталости, активного внимания, успеваемость у здоровых студентов ДВГМУ и выявить факторы, ассоциированные с гипераммониемией.

**Материал и методы.** У 30 студентов, не имеющих в анамнезе хронических заболеваний, для определения аммониемии использовали анализатор PocketChem BA PA 4140. Для выявления патологической усталости, применяли шкалу оценки усталости – Fatigue Assessment Scale. Уровень активного внимания определяли с помощью теста связи чисел (ТСЧ). Для выявления факторов, ассоциированных с гипераммониемией, разработали специальную анкету.

**Результаты.** У здоровых студентов в 97% случаев была выявлена гипераммониемия. Медиана концентрации аммиака составила  $206,8 \pm 40,3$  мкг/дл II (N до 74 мкг/дл). У 90% респондентов нарушена активность внимания по ТСЧ, медиана показателя составила  $55,3 \pm 5,3$  секунд (N до 40 секунд). Более чем в половине случаев (66,7%) выявлен повышенный уровень усталости, медиана значения составила  $26,7 \pm 3,21$  балла (N до 21 балла). Однако между скоростью прохождения ТСЧ, успеваемостью по учебе, усталостью и ГА не установлено значимой ассоциации ( $r = -0,100$ ,  $r = -0,240$  и  $r = -0,051$  соответственно). Была выявлена слабopоложительная ассоциация между гипераммониемией и такими факторами, как COVID19 в анамнезе ( $r = 0,239$ ), проживание в общежитии ( $r = 0,202$ ), активная физическая нагрузка в повседневной жизни ( $r = 0,300$ ). При этом ни один из вышеперечисленных факторов не показал статистической значимости, равно как и не было выявлено статистически значимой ассоциации между ГА и наличием вредных привычек, приемом препаратов, депривацией сна, трудовой деятельностью, в т.ч. в ночное время.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности гипераммониемии у здоровых молодых людей. В связи с этим, требуется дальнейшее углубленное исследование и динамическое наблюдение для выявления причин и, возможно, не диагностируемых заболеваний, влияющих на уровень аммиака.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛАБОРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19**

**ПАНИНА А.А., ОЛЕЙНИКОВА И.С. ШУШКОВА И.Г., ПАВЛОВСКАЯ В.Н.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Российская Федерация*

*ГУЗ Консультативно-диагностическая поликлиника №2, Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 важная роль принадлежит лабораторной диагностике. Помимо определения вирусной ДНК в биологических жидкостях методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), для ведения и дальнейшего наблюдения за пациентами используются легкодоступные и информативные лабораторные маркеры крови. Согласно временным методическим клиническим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» РФ 2022 (версия 16) необходимо выполнять следующие исследования: общий анализ крови с лейкоформулой, биохимические показатели, белки острой фазы, а также коагулограмму.

**Цель.** Провести ретроспективный анализ изменения лабораторных исследований у группы пациентов, наблюдавшихся в одном амбулаторно-поликлиническом учреждении, переболевших COVID-19 в начале 2022 г., и через 2-6 месяцев после выздоровления.

**Материал и методы.** В исследовании использовали результаты лабораторных исследований (гематологических, биохимических и коагулологических) 58 пациентов, наблюдавшихся в одном амбулаторно-поликлиническом учреждении г. Волгограда с диагнозом COVID-19, подтвержденным методом ПЦР, на момент заболевания и в течении полугода после выздоровления. Анализы были выполнены на базе лаборатории ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 2».

**Результаты.** На момент заболевания у 40% пациентов в общем анализе крови наблюдалось нормальное количество лейкоцитов в диапазоне  $4.3-8.4 \times 10^9/\text{л}$ , а повышенное СОЭ от 25 до 61 мм/ч у 82%, также был выявлен лейкоцитоз у 60% со средним значением  $10.5 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоцитоз (43%) и моноцитоз (14.5%) были обнаружены у 14 человек. Повышенное СРБ коррелировало с СОЭ и имело среднее значение 21 мг/л, значительные изменения были со стороны маркеров углеводного обмена: глюкоза и гликированный гемоглобин у 12 пациентов были в диапазоне 5.8-6.8 ммоль/л. У 14 пациентов была выявлена коагулопатия (увеличение АЧТВ до 45.1 сек и Д-димера до 0.87 мг/л). В течении 2-3 месяцев после заболевания наблюдалась нормализация показателей общего анализа крови и СОЭ у 92% пациентов. Маркеры углеводного обмена восстановились до нормальных значений у 8 пациентов за 4 месяца, а коагулограмма у 12 пациентов за 3-6 месяцев.

**Выводы.** У обследуемых пациентов с диагнозом COVID-19 были обнаружены однонаправленные значимые изменения в лабораторных показателях крови. В связи с тем, что данное заболевание является не просто острой респираторной вирусной инфекцией, а системным заболеванием с полиорганным поражением, требуется дальнейшее наблюдение и проведение дополнительных лабораторных исследований у данной группы пациентов.

## **КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ГЕНОВ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**ПАНКОВА Е.Д., ЧУЛКОВ В.С., ГАВРИЛОВА Е.С.**

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО НовГУ, г. Великий Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) рассматривается как печеночный компонент метаболического синдрома, и связана с многими кардиометаболическими и генетическими факторами. Существуют противоречивые данные об ассоциации между определенными вариантами последовательностей генов и НАЖБП.

**Цель.** Оценить кардиометаболический профиль и ассоциацию изменений вариантов последовательностей генов PPARGC1A rs8192678, PPARGC1A rs8192678, PPARG2 rs1801282, FTO rs9939609, LEP rs7799039, LEP rs1137101 с НАЖБП у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** Дизайн исследования: случай-контроль. В исследование включены 100 пациентов, которые разделены на две группы: группа 1 – с НАЖБП (n=50); группа 2 – без НАЖБП (n=50), сопоставимые по возрасту и полу. Проводились сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр, оценка композиционного состава тела (Inbody 370), лабораторные исследования, ультразвуковая эластография сдвиговой волной (Aixplorer, Франция), исследование однонуклеотидных полиморфизмов генов. Применялся пакет статистических программ MedCalc и онлайн-программа SNPStats. Данные в тексте представлены в виде Me [25-75%]. Статистически значимым принимался уровень  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Наиболее значимые различия среди лиц с НАЖБП в сравнении с таковыми без НАЖБП были по величине индекса массы тела (29 [25-31] vs 22,3 [20,4-25,8] кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ), соотношению окружности талии/окружность бедер (0,98 [0,92-1,02] vs 0,86 [0,84-0,91],  $p < 0,001$ ), массе висцерального жира (12,5 [9,0-17,0] vs 6,0 [4,0-9,0] кг,  $p < 0,001$ ), триглицеридов (1,2 [0,8-1,9] vs 0,8 [0,6-1,5] Ед/л,  $p = 0,013$ ), сывороточного лептина (29,5 [8,8-50,4]; vs 12,2 [8,5-27,1], нг/мл,  $p = 0,036$ ) и ингибитора активатора плазминогена 1 типа (163,5 [144,3-180,6] vs 149,1 [124,4-171,5] нг/мл,  $p = 0,019$ ). Генотип А/А последовательности rs9939609 гена FTO (ОШ 5,33; 95% ДИ 1,14-24,90;  $p = 0,041$ ) и генотип G/G последовательности rs7799039 гена LEP (ОШ 7,50; 95% ДИ 1,04-54,12;  $p = 0,026$ ) ассоциированы с НАЖБП у женщин.

**Выводы.** Среди лиц молодого возраста с НАЖБП были обнаружены более высокие показатели абдоминального ожирения в сочетании с метаболическими изменениями и дисбалансом адипокинов. Изменения последовательностей генов rs9939609 и rs7799039 ассоциированы с повышенным риском развития НАЖБП у молодых женщин в Российской популяции.

## АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЫ ТОНКОЙ КИШКИ

ПАРФЕНОВА О.А., СТУКЛОВ Н.И., ВЕРНЮК М.А., ЧЕРВОНЦЕВА А.М., КИСЛЫЙ Н.Д.

РУДН, г. Москва, Российская Федерация

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Лимфопролиферативные заболевания (ЛПЗ) с первичным поражением тонкой кишки встречаются относительно редко (20-30% случаев) несмотря на то, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является наиболее частой локализацией экстранодальных лимфом. Основные типы первичных лимфом тонкой кишки включают диффузную В-крупноклеточную лимфому (ДВККЛ), лимфома Беркитта (ЛБ), экстранодальную Т-клеточную лимфому. В связи с тем, что лимфома с первичным поражением тонкой кишки, встречается редко, данных о клинической картине заболевания недостаточно.

**Цель.** Изучить клинические особенности ЛПЗ с первичным поражением тонкого кишечника.

**Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы данные пациентов, проходивших обследование и лечение в отделении высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России за период с 2018 по 2020 гг.

**Результаты.** Обследованы 18 пациентов, из них мужчин - 10 (55,5%) и женщин 8 (44,5%). Средний возраст пациентов составил 54 года. До верификации диагноза, основной жалобой была боль различной степени интенсивности: 5 пациентов (27,7%) госпитализированы в связи с наличием интенсивного болевого синдрома, 9 пациентов (50%) отмечали длительную неинтенсивную боль. У 16 из 18 пациентов (88,8%) отмечались В-симптомы: 9 пациентов (56,1%) жаловались на потерю веса, лихорадка выше 38С наблюдалась у 6 пациентов (37,5%), ночная потливость - 1 пациента (6,2%). Диарея наблюдалась у 3 больных (16,6%). Всем пациентам были проведены мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и лечебно-диагностическое оперативное пособие с последующим гистологическим и иммуногистохимическим (ИГХ) исследованиями удаленной опухолевой ткани. Наиболее частым гистологическим вариантом была ДВККЛ (83% - 15 пациентов), в остальных случаях была установлена ЛБ. По данным инструментальной диагностики, 12 пациентам (66%) установлена IV стадия заболевания по Lugano из них 5 больных (41,7%) опухолевое образование было более 10 см, в остальных случаях (2 пациента – 13,4%) была установлена II стадия заболевания. По частоте встречаемости поражения подвздошная кишка была вовлечена в 72,2% случаев (13 пациентов), двенадцатиперстная кишка – у 8 пациентов (44,4%), тощая кишка – у 10 пациентов (55,5%). По данным стеральной пункции – костный мозг интактен у всех пациентов.

**Вывод.** Клиническая картина лимфомы тонкой кишки неспецифична, наиболее частым клиническим проявлением является болевой синдром и триада В-симптомов. Диагностика осуществляется гистологическим и ИГХ методом. Чаще выявляется ДВККЛ с локализацией в подвздошной кишке.

## **ПРЕДИКТОРЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ**

**ПЕГАСОВА М.А., ЧИЖОВ П.А., МЕДВЕДЕВА Т.В.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)- ведущая причина высокой смертности. Периодические осмотры позволяют своевременно выявить ССЗ, а также наиболее значимые факторы риска их развития.

**Цель.** Исследовать распространенность гипертонической болезни (ГБ), ожирения, курения, гиподинамии и величину кальциевого индекса у работников промышленного предприятия.

**Материал и методы.** В рамках кардиоскрининга на базе «Медицинского центра диагностики и профилактики» проведено обследование 86 работников промышленного предприятия с дислипидемией. 83,7% обследованных составили лица мужского пола, 16,3% - женского. Средний возраст -  $52,8 \pm 6,2$  лет. В зависимости от наличия ГБ все включенные были разделены на 2 группы: 71 человек с ГБ и 15 человек без ГБ. Было проведено анкетирование по выявлению факторов риска, определен индекс массы тела (ИМТ), выполнены эхокардиоскопия (ЭХО-КС), компьютерная томография (КТ) сердца с определением индекса коронарного кальция (ИКК). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 12.0.

**Результаты.** У лиц без ГБ ИМТ в пределах нормы, курят 53%, гиподинамия у 6,67%, отягощенная наследственность по ССЗ у 40%. В группе с ГБ у всех избыточный вес и ожирение, 76% имели отягощенную наследственность по ССЗ, гиподинамия у 29,6%, курение у 31%. В группе с ГБ у лиц с ИМТ более  $40 \text{ кг/м}^2$  ИКК составил 491, что достоверно выше по сравнению с лицами из этой группы с ИМТ  $30\text{-}35 \text{ кг/м}^2$ , у которых ИКК 189,2. Кроме того, анализ данных показал, что у лиц с ГБ по данным ЭХО-КС уплотнение корня аорты и створок аортального клапана у 87,3%, гипертрофия левого желудочка у 32,4%, дилатация левого предсердия (ЛП) у 45% обследованных, что достоверно чаще по сравнению с лицами без ГБ, в группе у которых уплотнение корня аорты выявлено у 26,7%, дилатация ЛП у 13,3.

**Выводы.** У больных с ГБ достоверно чаще встречаются ожирение, отягощенная наследственность, гиподинамия. При наличии ГБ поражение коронарных артерий достоверно выше, чем при нормальном АД. Ожирение 3 степени способствует более тяжелому поражению коронарных артерий у больных с ГБ.

## ГЕНДЕРНЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ РАЗЛИЧНОГО ХАРАКТРА НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ПЕНЗОВА В.В., ЕВСЕВЬЕВА М.Е., ДИДЕНКО О.А.

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Российская Федерация

**Актуальность.** Повышение сердечно-сосудистого риска связано с гипертонической реакцией на физическую нагрузку (B.N. Sonja, 2015).

**Цель.** Выявить частоту встречаемости гипертонической реакции на умеренную физическую нагрузку с помощью велоэргометрии (ВЭМ) у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** В исследование включены 48 мужчин и 33 женщины в возрасте от 18 до 35 лет с исходно нормальным офисным артериальным давлением (АД). Средний возраст составил  $26 \pm 2$  года. Исследование проведено с помощью ВЭМ комплекса «Валента», состоящего из велотренажера (Tunturi E40, Финляндия), аппарата для записи электрокардиограммы («Валента», Россия), программного обеспечения «Валента+» (Россия), ручного тонометра и фонендоскопа. Критерием прекращения физической нагрузки являлось достижение субмаксимальных значений частоты сердечных сокращений (ЧСС), что говорит о максимальном ответе сердечно-сосудистой системы. Использовался непрерывно возрастающий протокол в три ступени, мощность нагрузки (Вт) рассчитывалась индивидуально по формуле В.В. Власова в модификации Т.В. Тавровской (2007). Все участники поделены на три группы гемодинамической реакции: гипертонический, нормотонический и гипотонический типы. Определение типа реакции осуществлялось путем сравнения таких показателей, как систолическое АД, диастолическое АД, ЧСС и метаболические единицы (METs – рассчитывается в зависимости от Вт и веса испытуемого для каждой ступени). Критерии нормотонического типа реакции в зависимости от METs: 5 METs – 140/90-150/90 мм рт.ст., 7 METs – 150/90-160/90 мм рт.ст., 10 METs – 160/90-180/100 мм рт.ст., свыше 14 METs – не более 190/100 мм рт.ст. При гипертоническом типе отмечался прирост АД выше нормальных значений, при гипотоническом – достижение АД 140/80-150/90 мм рт.ст. на пике нагрузки (Н.Ф. Берестень, 2019). Статистическая обработка проведена в программе Excel (Microsoft, США).

**Результаты.** Из общего числа испытуемых у 21 (25,9%) отмечался гипертонический тип реакции, у 40 (49,4%) – нормотонический, у 20 (24,7%) – гипотонический. Среди мужчин выявлено 17 (35,4%) испытуемых с гипертоническим типом реакции, нормотоническим – 23 (47,9%), гипотоническим – 8 (16,7%); среди женщин гипертоническая реакция отмечается у 4 (12,1%), нормотоническая – у 17 (51,5%), гипотоническая – у 12 (36,4%).

**Выводы.** У лиц мужского пола в 3 раза чаще выявлен гипертонический тип реакции, чем у девушек. У женщин чаще встречается гипотонический тип реакции на дозированную физическую нагрузку. Ранняя диагностика гемодинамической реакции позволяет своевременно выявить, провести дополнительное обследование и скорректировать неадекватную гемодинамическую реакцию на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума.

## ЭТАПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ПЕЧЕРСКИХ М.В., ДАНИЛОВА М.Л., ШАКИРОВА А.Ф., ЮСУПОВА А.Р., ВАСИЛЬЕВ Д.В.  
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация  
БУЗ УР «ГКБ 6» МЗ УР, г. Ижевск, Российская Федерация

**Описание случая.** В ноябре 2022 г. в нефрологическое отделение БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» был госпитализирован мужчина 51 года с жалобами на отеки ног, бедер, живота, тупые боли в поясничной области больше справа, и выделение мочи с пенообразованием, повышение АД до 140/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью. Из анамнеза с февраля 2022 г. начал отмечать появление отеков на ногах, обращался за медицинской помощью к терапевту, для проведения дифференциальной диагностики консультирован ангиохирургом, кардиологом, фтизиатром и ревматологом - патология была исключена; рекомендовано дообследование в нефрологическом отделении. Объективно: плотные отеки голеней, до средней трети бедер, пастозность передней брюшной стенки. В анализах крови: ускорение СОЭ 47-52 мм/ч, гипопротейнемия 40-46 г/л, гипоальбуминемия 17-19 г/л, гиперхолестеринемия 6,8-10,5 ммоль/л. Микрогематурия до 29 500 в 1 мл, суточная протеинурия 7422-18761 мг/сутки. Лечение: пульс-терапия метилпреднизолон 1000 мг в/в капельно №3, циклофосфамид 1000 мг в/в капельно №1. С последующим приемом преднизолона в дозе 60 мг в сутки. После проведенной терапии сверхвысокими дозами ГКС и цитостатиком положительная динамика не наблюдалась: ускорение СОЭ до 36 мм/ч, гипопротейнемия до 47 г/л, гипоальбуминемия до 25 г/л, гиперхолестеринемия до 8,5 ммоль/л, микрогематурия до 15 750 в 1 мл, суточная протеинурия 11203-17344 мг/сутки. Пациент был направлен в ГКБ №52 г. Москвы для проведения биопсии почки и выбора патогенетической терапии. По данным гистологического исследования: в препарате 22 клубочка, склерозированных нет. Клубочки обычных размеров, без мезангиальной гиперклеточности. Стенки капиллярных петель немного утолщены, ригидны, одноконтурные. Интерстициальная инфильтрация практически отсутствует. Артерии – умеренная гипертрофия мышечного слоя. Артериолы – без особенностей. Иммунофлюоресценция: IgG - периферия капиллярных петель +++; IgM, IgA, C3 – негативно; C1q, каппа, лямбда, фибрин - нет в окраске гематоксилин-эозин, ШИК-реакция, Трихром по Массону. Заключение: Мембранозная нефропатия 1-2 степени. Учитывая анамнез, клинико-лабораторные изменения и данные биопсии рекомендовано внутривенное введение Ритуксимаба 1000 мг однократно, с последующим приемом преднизолона и постепенным снижением дозы. Через месяц лечения: умеренная пастозность голеней и стоп; СОЭ 20 мм/ч, гипопротейнемия 59 г/л; гипоальбуминемия 28 г/л, суточная протеинурия 280 мг/сут.

**Отличительные особенности данного случая.** Проведенный дифференциальный диагноз с привлечением многопрофильных специалистов и современных методов обследования, включая нефробиопсию, позволил установить диагноз, назначить своевременную патогенетическую терапию, включающую моноклональные антитела и достичь клинико-лабораторной ремиссии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ПАЦИЕНТКИ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ПЕЧЕРСКИХ М.В., ЦИРЕНЩИКОВА Н.А., ВЕРЕЩАГИНА Е.Л., ОВЧИННИКОВА А.А., ИВАНИНА П.О.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация  
БУЗ УР «ГКБ 6» МЗ УР, г. Ижевск, Российская Федерация

**Описание случая.** Пациентка П., 30 лет с 2017 г. получала комбинированную терапию системными ГКС, препаратами 5-АСК по поводу язвенного колита с тотальным поражением толстого кишечника. Наследственность отягощена: мать страдает язвенным колитом. В 2020 г. ухудшение состояния: диарея до 5 и более раз в сутки с обилием алой крови. По данным лабораторных и инструментальных методов фекальный кальпротектин – 498 мкг/г, слизистая оболочка рыхлая, отечная. Сосудистый рисунок отсутствует, определяются минимальные точечные эрозии, контактная кровоточивость. В связи с ухудшением клинической, лабораторной, эндоскопической картины, назначена терапия системными и местными ГКС: метипред 32 мг/сут с последующим снижением дозы до полной отмены, гидрокортизон ректально 125 мг, салофальк 4 г/сут. На фоне лечения частота дефекаций снизилась, купировался гематохезис. При отмене системных ГКС: увеличение актов дефекации более 5 раз в сутки с примесью алой крови. В связи со сформировавшейся гормональной зависимостью инициирован индукционный курс биологической антицитокиновой терапии Адалimumабом с июля 2020 г. 160 мг – купировалась диарея, гематохезис, последующее введение 80 мг, затем 40 мг. С ноября 2020 г. Адалimumаб 40 мг каждые 2 недели, однако в клинической и лабораторно-инструментальной картине отмечалась отрицательная динамика: частота дефекаций увеличилась до 20 раз в сутки, СРБ 27 мг/л, лейкоцитоз  $11 \cdot 10^9/\text{л}$ , тромбоцитоз  $1018 \cdot 10^9/\text{л}$ , колоноскоп проведен в среднюю треть сигмовидной кишки, просвет осмотренных отделов толстой кишки умеренно сужен, складки не прослеживаются, слизистая оболочка умеренно гиперемирована, определяются множество мельчайших геморрагий, спонтанная и контактная ранимость выражена. Отмечаются небольшие до 1 см участки слизистой с перестроенным сосудистым рисунком. Проводимая терапия ингибитором ФНО- $\alpha$  - Адалimumабом признана неэффективной. Возобновлена терапия системными ГКС: преднизолоном в дозе 60 мг/сут. В связи с ухудшением состояния направлена в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, где была выявлена цитомегаловирусная инфекция, что является противопоказанием для использования антагонистов ФНО- $\alpha$ . Проведена противовирусная терапия ганцикловиром, 25.01.21 - ПЦР на ЦМВ отрицательный. Учитывая наличие гормонозависимости, сохранение активности заболевания до 8 баллов по Мейо, принято решение о начале терапии Ведолизумабом. Стартовый курс был проведен в марте 2021 г. В августе 2021 г. на фоне терапии отмечалась положительная динамика: частота дефекаций снизилась до 4-6 раз в сутки, купировался гематохезис, СРБ снизился с 27 до 5 мг/л, регрессировали анемический и общевоспалительный синдромы, по данным копрологического исследования кровь не определяется.

**Отличительные особенности данного случая.** При язвенном колите на фоне сформировавшейся гормонозависимости необходимо всестороннее обследование пациента и выявление четких противопоказаний для применения препаратов генно-инженерной биологической терапии.



## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА RS4253778 ГЕНА PPARG У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ**

**ПИЛИПЕНКО В.В., ПЛОТНИКОВА О.А., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х., СОРОКИНА Е.Ю.**

*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ген *PPARG* регулирует гомеостаз энергии и экспрессируется в большом количестве в органах со значительным катаболизмом жирных кислот. Изучается возможность связи гена *PPARG* с предрасположенностью к сахарному диабету (СД) 2 типа.

**Цель.** Выявить частоту встречаемости полиморфизма rs4253778 гена *PPARG* у больных СД 2 типа и ожирением.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие 77 пациентов, из них 48 пациентов с СД 2 типа и сопутствующим ожирением II-III степени и 29 пациентов с ожирением II-III степени без СД 2 типа. У включенных в исследование пациентов с СД 2 типа уровень глюкозы натощак в среднем составил –  $5,7 \pm 0,36$  ммоль/л, гликированного гемоглобина –  $6,2 \pm 0,18\%$ . У пациентов с ожирением уровень базальной гликемии составил  $5,0 \pm 0,12$  ммоль/л. Геномную дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК) выделяли стандартным сорбционным методом с использованием многокомпонентного лизирующего раствора, разрушающего комплекс ДНК с белком, затем ДНК сорбировали на универсальный сорбент, осуществляли отмывку спиртом. ДНК выделяли с использованием набора реагентов "ДНК-сорб-В" (ИЛС, Россия). Амплификацию полиморфных участков исследуемых генов проводили с использованием аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией результатов в режиме реального времени, с использованием TaqMan-зондов и реагентов ("Синтол, Россия), комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для проведения амплификации использовали амплификатор "CFX96 Real Time System" ("Bio-Rad", США).

**Результаты.** Мутантный аллель С встречался у 35% среди всех пациентов, принимавших участие в исследовании, у 85,7% из них встречался гомозиготный генотип СС. У 95% обследованных пациентов СД 2 типа выявлен гомозиготный генотип GG полиморфизма rs4253778. Частота встречаемости мутантного С аллеля в этой группе составила 5%. Результаты генотипирования обследованных лиц с ожирением без СД 2 типа по полиморфному участку rs4253778 гена *PPARG* показали более высокую частоту встречаемости аллеля С (65%), из них гетерозиготный генотип CG составил 15%. Генотип GG выявлен у 35% пациентов с ожирением без СД 2 типа.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о более высокой частоте встречаемости мутантного аллеля С rs4253778 гена *PPARG* у пациентов с ожирением без СД 2 типа.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДЕКСА ТРИГЛИЦЕРИДЫ-ГЛЮКОЗА С ПОЛИМОРФИЗМОМ rs4253778 ГЕНА *PPARA* У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКОВСКОМ РЕГИОНЕ**

**ПЛОТНИКОВА О.А., ПИЛИПЕНКО В.В., АЛЕКСЕЕВА Р.И., ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х.**  
*ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Индекс триглицериды-глюкоза (TuG) отражает степень инсулинорезистентности и тесно связан с развитием сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель исследования** – выявить взаимосвязь индекса TuG с полиморфизмом rs4253778 гена *PPARA* у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2), проживающих в Московском регионе.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 40 пациентов с СД 2 в возрасте от 30 до 75 лет (средний возраст  $59,9 \pm 1,2$  лет). Все участники имели сопутствующее ожирение II–III степени. Продолжительность СД 2 составляла  $9,19 \pm 0,98$  лет. Исследование биохимических показателей крови включало определение содержания в сыворотке крови глюкозы, общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ). Индекс TuG оценивался по формуле с использованием полученных данных.

Выделение ДНК выполнялось на автоматической станции Ermotion 5075 фирмы Eppendorf (Германия). Генотипирование проводилось с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием taqman-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК, реагентов («Синтол», Россия).

**Результаты.** По результатам генотипирования, мутантный аллель С полиморфизма rs4253778 гена *PPARA* встречался у 35% обследуемых пациентов. У 30% пациентов выявлен гомозиготный генотип СС, у 5% – гетерозиготный генотип СС. Средний уровень базальной гликемии составил  $5,76 \pm 0,15$  ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) –  $5,96 \pm 0,08\%$ . Уровень общего ХС был равен  $4,97 \pm 0,16$ , ХС ЛПВП –  $1,22 \pm 0,04$ , ХС ЛПНП –  $3,24 \pm 0,11$ , ТГ –  $1,45 \pm 0,08$  ммоль/л. Индекс TuG в среднем по группе составил  $4,69 \pm 0,03$ .

Получена положительная корреляционная взаимосвязь между индексом TuG и уровнем HbA1c ( $r=0,4$ ,  $p < 0,01$ ), длительностью заболевания ( $r=0,4$ ,  $p < 0,05$ ), а также уровнем общего ХС ( $r=0,3$ ,  $p < 0,05$ ). В проведенном исследовании не была выявлена корреляционная взаимосвязь между индексом TuG и полиморфизмом rs4253778 гена *PPARA*.

**Выводы.** Индекс TuG не связан с полиморфизмом rs4253778 гена *PPARA* у исследованной группы пациентов. Несмотря на полученные результаты, генетические исследования необходимо продолжить с целью определения наследственной предрасположенности к мультифакторным кардиометаболическим заболеваниям для разработки индивидуализированного подхода к лечению пациентов с СД 2.

## **КАШЕЛЬ И ИЗЖОГА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В АСПЕКТЕ ВЗАИМОСВЯЗИ**

**ПОДЬЯЧЕВА В.В., НУРИЕВА А.Р., СИНЕГЛАЗОВА А.В.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Хронический кашель может быть, как вне пищеводным проявлением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), так и фактором риска развития желудочно-пищеводного рефлюкса. Стоит отметить, что хронический бронхит и ГЭРБ могут взаимно отягощать друг друга, что вызывает сложности при диагностике и лечении данных состояний. В связи с чем вызывает интерес изучение изжоги и ГЭРБ у лиц трудоспособного возраста с хроническим бронхитом.

**Цель.** Изучить частоту встречаемости изжоги и вероятной ГЭРБ у лиц трудоспособного возраста с критериями хронического бронхита.

**Материал и методы.** В поперечное исследование на базе КДЦ Авиастроительного района г. Казани были включены 274 лица. Мужчины составили 47,4%, женщины – 52,6%, медиана возраста 38,0 [33,0-47,0] лет. Проведено анкетирование, направленное на определение хронического бронхита (Бойцов, 2015 г.). Вероятная ГЭРБ была установлена при значении  $\geq 8$  баллов по опроснику GerdQ. Пациенты были сопоставимы по полу и возрасту при разделении на группы. Статистическая обработка производилась в MicrosoftExcel, IBM-SPSS-Statistics-26.

**Результаты.** Кашель среди опрошенных встречался в 11,7% случаев (n=274), хронический бронхит – в 6,9% случаев (n=19). Наличие изжоги отметил почти каждый второй обследуемый (n=131; 47,8%). Вероятная ГЭРБ диагностирована у 14,2% лиц (n=39).

Сравнительный анализ показал, что изжога значимо чаще встречалась у обследуемых, имеющих кашель (n=24; 75%), чем у опрошенных без кашля (n=107; 44,2%, p=0,001). Шансы развития изжоги увеличивались среди лиц с кашлем в 3,79 раза (95% ДИ: 1,64-8,76).

Пациенты с хроническим бронхитом отмечали изжогу в 68,4% случаев (n=13), при его отсутствии – в 46,3% случаев (n=118, p=0,062).

Вероятная ГЭРБ установлена у каждого пятого (n=4; 21,1%) с хроническим бронхитом, в то время как без него – в 13,7% случаев (n=35, p=0,326).

Кашель отметили 12,8% (n=5) опрошенных с вероятной ГЭРБ, без нее – в 11,5 % случаев (n=27; p=0,789).

**Выводы.** В половине случаев у лиц трудоспособного возраста установлено наличие изжоги, у каждого пятого – вероятная ГЭРБ. Кашель и хронический бронхит встречались реже. Однако исследуемые, имеющие кашель, чаще отмечали наличие изжоги.

## **ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПОЛОМ**

**ПОЛОЗОВА А.И., РЫЖОВ А.В., ИСАЕВА А.В., ВЛАСОВА Т.И.**

*ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** Артериальная гипертензия (АГ) - наиболее частая причина развития сердечно-сосудистых заболеваний и внезапной сердечной смерти. Определение факторов риска к развитию АГ у лиц молодого возраста позволит скорректировать их до развития осложнений.

**Материал и методы.** Проспективное исследование включило 156 студентов медицинского института ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», поделенных в дальнейшем на 6 групп в зависимости от пола и уровня среднего АД, измеряемого многократно на протяжении нескольких месяцев. АД измеряли в комфортной обстановке в утренние часы на обеих верхних конечностях. Средний возраст  $20,3 \pm 0,9$  лет. Группы 1М (n=29) и 1Ж (n=23) - мужчины и женщины с АГ (САД >139 мм рт.ст./ДАД >89 мм рт.ст.); Группы 2М (n=26) и 2Ж (n=26) - мужчины и женщины с нормальным повышенным АД (САД >129 мм рт.ст./ДАД >79 мм рт.ст.); Группы 3М (n=22) и 3Ж (n=30) - контроль (САД <130 мм рт.ст./ДАД <80 мм рт.ст.). Обследование включало измерение стандартных антропометрических и гемодинамических показателей, на основании которых рассчитывались такие показатели как ИМТ, адаптационный потенциал (АП), площадь поверхности тела (ППТ). Для показателей рассчитывали среднее групповое значение. Значимость различий выявляли методом t-критерия Стьюдента. Вычисления проводили в программе *Microsoft Excel 2010*.

**Результаты.** ИМТ имел статистическую значимость при сравнении показателей групп 1Ж и 3Ж с разницей 19,7%. Различия в ЧСС имели значение при сравнении групп М1 и М3 (15,2%), между группами Ж1 и Ж2 (14,4%), группами Ж1 и Ж3 (18,4%). При анализе ППТ разница между группами Ж1 и Ж3 (8,5%) оказалась значимой. Обхват талии и бедер оказался значимым между Ж1 и Ж2 (11,2%; 7,4%) и между Ж1 и Ж3 (15,7%; 10,1%). АП показал значимость различий между всеми группами в пределах 7,2-30,8%.

**Выводы.** У молодых женщин значимые факторы, предрасполагающие к развитию АГ - увеличение ИМТ, ППТ, окружностей талии и бедер. Повышение АП и средней ЧСС оказались результативны независимо от пола.

## ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

ПОСТНИКОВА А.Д., ДРОНОВ Д.Н., КАРПУХИНА Е.В., КАРПУХИН И.Б.

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одна из существенных проблем больных психиатрического профиля – частое появление сопутствующих соматических заболеваний, которые оказывают серьезное негативное влияние на качество жизни пациентов, способствуют увеличению экономических затрат на оказание медицинской помощи, приводят к сокращению продолжительности жизни. В спектре кардиологической патологии у пациентов с психиатрическими заболеваниями чаще всего встречаются острые и хронические формы ишемической болезни сердца, нейролептическая кардиомиопатия, острое нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь.

**Цель исследования** – изучить взаимосвязи психической и соматической патологии, а также выявить наиболее распространенные факторы сердечно сосудистого риска среди этой когорты пациентов.

**Материал и методы.** Участниками исследования стали пациенты психиатрического профиля старше 18 лет с диагнозом шизофрении. Всем пациентам было проведено скрининговое обследование сердечно-сосудистой системы, включающее сбор анамнеза, жалоб и физикальный осмотр. Для оценки приверженности к лечению использовался тест Мориски.

**Результаты.** В ходе работы было выполнено обследование 150 пациентов психиатрического профиля, включая 65 (43,3%) мужчин и 85 (56,7%) женщин. Согласно результатам анкетирования, 73,3% участников отмечали наличие гиподинамии, 31,3% курили, 13,3% регулярно употребляли алкоголь, 54,6% имели повышение индекса массы тела (ИМТ). Среди всех исследуемых жалобы на свое самочувствие высказывали 80% человек. Достоверная связь была обнаружена между жалобами пациентов на свое самочувствие и повышением ИМТ. Среди пациентов с повышенным ИМТ у 12% достоверно имелась гипертоническая болезнь. По результатам оценки шкалы комплаентности Мориски–Грин, 65% исследуемых были комплаентными, 20% оказались не приверженными к лечению, 15% находились в группе риска по развитию неприверженности.

**Выводы.** Полученные предварительные данные позволяют сделать выводы о высокой распространенности факторов риска развития сердечно сосудистых заболеваний у пациентов психиатрического профиля. При ведении таких больных крайне важно следить за показателем ИМТ, учитывать их приверженность к лечению, поскольку многие из них могут отказываться от приема назначенных препаратов в связи с их побочными эффектами.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

**ПРИХОДЬКО О.Б., КОСТРОВА И.В., ЛУЧНИКОВА Т.А., ШЕВНИНА А.А.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Введение.** Данное наблюдение демонстрирует сложности диагностики эозинофильного гранулематоза с полиангиитом и необходимость осуществления междисциплинарного подхода при проведении дифференциального диагноза.

**Описание случая.** Пациентка П., 49 лет госпитализирована в ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в день, кашель со слизистой мокротой, экспираторную одышку, отделяемое из носа слизистогнойного характера, затруднение носового дыхания, боль в голеностопных суставах, общую слабость. Приступы удушья - в течение 7 лет, лечилась самостоятельно. Затем появились боли в суставах, гнойные выделения из носа, снижение чувствительности и мышечная слабость в верхних конечностях, шаткость при ходьбе, похудела на 10 кг. Был выставлен диагноз: синдром Чардж-Стросса: бронхиальная астма, тяжелое течение, эозинофильное поражение периферической нервной системы, риносинусит. В анализах крови: эозинофилия (18%), увеличение СОЭ (28 мм/час) Анализ крови на ANCA: отрицательный. В течение последующих 2 лет, на фоне приема системных глюкокортикоидов (СГКС), состояние улучшилось. Ухудшение - в течение месяца. При осмотре состояние тяжелое, дыхание через нос затруднено. При аускультации - сухие свистящие хрипы на выдохе, в базальных отделах с обеих сторон - крепитация. Частота дыхания – 24 в мин. Спирометрия: умеренные вентиляционные нарушения по рестриктивному типу, значительные – по обструктивному, проба с бронхолитиком – положительная. Фибробронхоскопия: диффузный двусторонний эндобронхит, интенсивность воспаления I ст. Индивидуальное строение бронха Б6 справа и базальных бронхов слева. Полип левого главного бронха. Обтурация задне-наружных бронхов. Компьютерная томография: в средних и нижних отделах легких определяются массивные участки «матового стекла». Легочный рисунок усилен, со множественными тяжистыми тенями за счет уплотнения межсегментарных и межлобулярных перегородок. Рентгенография придаточных пазух носа: полипозный этмоидит. На фоне проводимой терапии СГКС и бронхолитиками была отмечена положительная динамика.

**Отличительные особенности данного случая.** Представленный клинический случай интересен трудностью диагностики, особенно, на ранних этапах развития заболевания. Диагноз данной пациентке был установлен через 3 года после появления первых клинических признаков. Представляет интерес сочетание эозинофильного гранулематоза с полиангиитом с фоновой патологией – индивидуальным строением бронхов с обеих сторон и полипом левого главного бронха.

## НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ПРИХОДЬКО О.Б., ЛУЧНИКОВА Т.А., РОМАНЦОВА Е.Б., ПРИХОДЬКО К.С.,  
ЛУЧНИКОВА А.А.

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация*  
*ФГБОУ ВО «АмГУ», г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В последние годы большое значение придается влиянию социальных факторов на состояние женщины во время беременности. В гестационный период обостряются противоречия, обусловленные воздействием социальной среды: это и гендерная дискриминация на рынке труда, и потеря экономической самостоятельности, и отказ от участия в общественной жизни, и изменения во внутрисемейных отношениях.

**Цель.** Изучить особенности медико-социального портрета беременных с бронхиальной астмой (БА) в различные временные периоды с 1995 по 2022 гг.

**Материал и методы.** Для оценки медико-социального портрета 486 беременных с БА использованы клиничко-anamнестические данные беременных на различных сроках гестации.

**Результаты.** Отмечена тенденция к увеличению числа беременных с БА, начиная с 2009 г. - в 1,5 раза ( $p > 0,05$ ). За изучаемый период произошло увеличение частоты I зрелого периода и снижение юношеского и II зрелого возраста. Увеличение частоты первородящих старшего возраста – до 15,7% (с 9,6% в 90-х и начале 2000-х гг.). Средний возраст беременных был 23,0-28,0 лет. На протяжении последнего десятилетия среди беременных увеличилось число служащих и снизилось число рабочих специальностей ( $p < 0,05$ ), тенденция к росту числа домохозяек – в 1,5 раза, увеличился процент женщин - индивидуальных предпринимателей. На фоне увеличения числа беременных с БА, имеющих высшее ( $p < 0,05$ ) и среднее специальное образование, отмечено больше зарегистрированных браков. На протяжении последних лет наблюдается тенденция к некоторому снижению материального благополучия и ухудшению жилищно-бытовых условий, что может быть связано с распространением новой коронавирусной инфекции, ухудшением социально-экономических условий жизни, метеорологическими условиями (наводнения) и вызванными этим психоэмоциональной нестабильностью и напряженностью семейных отношений. Следует отметить возросшую долю активного и пассивного курения, использование электронных сигарет - как среди беременных с БА, так и среди пациенток контрольной группы (на 6,8% и 9,1%, соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Учитывая характеристики медико-социального портрета беременных с БА, необходим междисциплинарный подход к наблюдению этой категории пациенток, включающий как медицинские, так и социальные аспекты.

## **АНАЛИЗ СПЕКТРА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**ПРИХОДЬКО О.Б., ШЕВНИНА А.А., КОСТРОВА И.В.**

*ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время большое внимание уделяется разработке неинвазивных методов диагностики заболеваний легких. В частности, активно изучается состав выдыхаемого человеком воздуха и возможности применения его анализа для диагностики патологии органов дыхания. Это новый, относительно простой, неинвазивный метод не только диагностики, но и мониторинга течения заболеваний.

**Цель.** Провести сравнительный анализ выдыхаемого воздуха пациентов с туберкулезом легких и пневмонией с применением оптико-акустической спектроскопии как одного из наиболее чувствительных методов газоанализа.

**Материал и методы.** Анализ выдыхаемого воздуха проводился на внутрирезонаторном оптико-акустическом газоанализаторе ИРА-1, позволяющим наиболее точно регистрировать спектр поглощения газовых проб в диапазоне длин волн 9,2-10,8 мкм и использует непосредственно выдыхаемый воздух, что не требует дополнительной подготовки. Обследовано 60 человек, из них 20 здоровых, 20 - с туберкулезом и 20 - с внебольничной пневмонией (ВП).

**Результаты.** Для каждого участника исследования на основе 15 сканов спектра выдыхаемого воздуха рассчитывали средние значения интегральных оценок 1 и 2 в двух используемых диапазонах соответственно. Интегральные оценки спектров поглощения выдыхаемого воздуха здоровых людей отличаются от интегральных оценок больных с ВП и туберкулезом как в 1, так и во 2 используемых диапазонах. Анализ представленных данных показал, что для диагностики ВП и туберкулеза легких можно использовать как 1, так и 2 диапазоны спектра. Для проведения дифференциального анализа между ВП и туберкулезом были рассчитаны пороговые значения интегральных оценок, проведена оценка чувствительности и специфичности метода. При выполнении расчетов был использован ROC-анализ, который проводился только по значению интегральных оценок 1. Таким образом, если у пациента интегральных оценок 1 более 1,42, то с точностью 85% у него можно подозревать наличие пневмонии. Если величина интегральных оценок 1 более 2,26, то в 95% вероятен туберкулез легких.

**Выводы.** На основании полученных данных вычислены пороговые значения интегральных оценок спектра поглощения выдыхаемого воздуха, позволяющие проводить скрининговую диагностику у обследуемых лиц. Составлена диагностическая модель, позволяющая проводить первичный скрининг с целью выявления ВП и туберкулеза.



# **ВЛИЯНИЕ ПРЕСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**ПРОХОРОВ П.Ю.**

*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

**Актуальность.** Полноценный сон необходим молодым людям для нормального функционирования психических функций во время обучения в университете. Пресомнические расстройства могут дополнительно влиять на психическое здоровье студентов.

**Цель.** Изучить влияние пресомнических нарушений на психоэмоциональный статус молодых людей.

**Материал и методы.** Осенью 2022 г. и весной 2023 г. 329 студентов (234 девушки и 95 юношей) 3, 4 и 6 курсов медицинского института ТулГУ проходили анкетирование. Оценка сна производилась с использованием Питтсбургского опросника индекса качества сна (PSQI; Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al., 1989). В зависимости от времени засыпания среди молодых людей были выделены группы: без трудностей и с трудностями (более 20 минут) отхода ко сну. Уровень психологического дискомфорта оценивался с использованием опросника состояния здоровья (PHQ-9; Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B., 2001). Статистическая обработка выполнена с использованием MS Office Excel 2021. Данные представлены как  $M \pm m$ .

**Результаты.** Средняя сумма баллов (б) по PSQI среди девушек без проблем с засыпанием составила  $3,6 \pm 0,2$  б, среди девушек с пресомническими расстройствами  $5,9 \pm 0,3$  б, у юношей  $3,2 \pm 0,2$  б и  $5,3 \pm 0,4$  (при  $p < 0,001$ ). Средняя сумма баллов PHQ-9 была ниже у девушек и юношей без нарушений ( $6,5 \pm 0,4$  и  $4,5 \pm 0,5$  б), чем у студентов, испытывающих трудности с отходом ко сну ( $8,3 \pm 0,6$ ,  $p = 0,02$  и  $6,2 \pm 0,8$ ,  $p = 0,08$ ). Юноши без нарушений реже набирали сумму баллов больше 4 (38% и 60%,  $p < 0,5$ ). Признаки тяжелого психологического дискомфорта чаще встречались у девушек с пресомническими расстройствами (18% и 9%,  $p < 0,5$ ). При изучении отдельных проявлений психологического дискомфорта было обнаружено, что девушки без проблем со сном реже (21%) отмечали признаки апатии по сравнению с девушками с пресомническими нарушениями (33%,  $p < 0,5$ ). Юноши с трудностями засыпания чаще сообщали о дефиците энергии (43% и 26%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Проблемы с инициацией сна могут негативно отражаться как на общем психоэмоциональном состоянии молодых людей, так и усиливать проявления апатии и ощущение дефицита энергии.

## ИНТРАДИАЛИЗНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ И СИНДРОМ ПОВЫШЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИШЕЧНИКА

ПЯТЧЕНКОВ М.О., ЩЕРБАКОВ Е.В., ТРАНДИНА А.Е.

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Среди факторов, способствующих нарушениям целостности и повышению проницаемости кишечного барьера у больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН), рассматривают мезентериальную ишемию, развивающуюся на фоне интрадиализной гипотензии (ИДГ).

**Цель.** Изучить связь ИДГ с уровнем фекального зонулина (биомаркер повышенной эпителиальной проницаемости кишечника) у больных, получающих лечение программным гемодиализом.

**Материал и методы.** В исследование включены 70 пациентов (41 мужчина/29 женщин) с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на амбулаторном гемодиализе не менее 6 месяцев. Медиана возраста составила 59 (43,5-69) лет, индекс массы тела (ИМТ) – 25,7 (23,3-31) кг/м<sup>2</sup>, 17 (24,3%) имели сахарный диабет 2 типа, 53 (75,7%) – артериальную гипертензию. На протяжении 4 недель всем больным проводился мониторинг уровня систолического (САД) и диастолического артериального давления, которое регистрировали до, после и каждые 30 минут диализной терапии. ИДГ диагностировали при наличии во время процедуры гемодиализа эпизодов снижения САД на  $\geq 20$  мм рт.ст. и/или ниже 90 мм рт.ст., сопровождающихся симптомами (слабость, головокружение, обморок, тошнота, рвота, судороги и др.) и/или требующих медикаментозной коррекции. Концентрацию фекального зонулина определяли методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческого набора (BlueGene Biotech, Китай). Критерии исключения: острые воспалительные и некомпенсированные хронические заболевания; энтеропатии (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, целиакия и другие).

**Результаты.** В течение периода наблюдения проведены 980 процедур гемодиализа, 185 (18,9%) из которых сопровождались значимым снижением САД. ИДГ была зарегистрирована у 20 (28,6%) больных: бессимптомная – у 14 (20%), симптомная – у 6 (8,6%). Характеристика больных с ИДГ: 13 мужчин, 7 женщин, медиана возраста – 62,5 (48,5-67,3) года, ИМТ – 26,7 (24,9-29,6) кг/м<sup>2</sup>, продолжительность диализной терапии – 52 (24-113,6) месяцев. Из больных, не имеющих ИДГ, была сформирована группа сравнения (11 мужчин, 9 женщин, возраст – 55,5 (50,5-60,8) лет), сопоставимая по основным клиническим параметрам. Уровень фекального зонулина у лиц с ИДГ и без нее соответственно составил 197,1 (103,4-230,9) против 208,2 (167,8-234,4) нг/мл и значимо не различался между группами ( $p=0,445$ ). Наличие симптомов, сопутствующих снижению САД во время диализа, также не оказывало значимого влияния на содержание фекального зонулина у лиц с ИДГ: 214,8 (174,2-247,4) нг/мл у больных с симптомной ИДГ против 185,1 (94-224,7) нг/мл у пациентов с бессимптомной ИДГ ( $p=0,274$ ).

**Выводы.** ИДГ, по всей видимости, не оказывает значимого влияния на развитие синдрома повышенной эпителиальной проницаемости кишечника у больных ТПН. Последующие исследования в более крупных когортах пациентов с использованием комбинированных подходов оценки целостности и проницаемости кишечного барьера должны определить точную связь между этими состояниями.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

РОМАНОВ Д.С.

ФГБОУ ВО СибГМУ, г. Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Эпидемический уровень распространенности метаболического синдрома (МС) населения определяет необходимость установления частоты этой патологии у пациентов с саркоидозом. Наличие МС, вероятно, утяжеляет состояние больного саркоидозом, осложняет подбор терапии. Расширение представлений о распространенности компонентов МС у пациентов с саркоидозом может лечь в основу вторичной профилактики неблагоприятных исходов.

**Цель.** Определить распространенность компонентов метаболического синдрома у пациентов с саркоидозом, проживающих на территории Томской области.

**Материал и методы.** Проанализированы амбулаторные медицинские карты 274 пациентов с саркоидозом, находящихся на диспансерном учете у областного саркоидолога. Распределение пациентов по полу: мужчин 96 (35%) средний возраст  $48 \pm 3$  лет и 178 женщин (65%) средний возраст  $57 \pm 4$  лет. В качестве компонентов МС рассматривались: повышение артериального давления (АД)  $\geq 130/85$  мм рт.ст. или достигнутое целевое АД на фоне приема антигипертензивной терапии; нарушение гликемии натощак  $> 6,1$  ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет 2 типа; ожирение (индекс Кетле  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>); дислипидемия: повышение общего холестерина  $> 5,2$  ммоль/л, триглицеридов  $\geq 1,7$  ммоль/л, липопротеины низкой плотности  $> 3,0$  ммоль/л, снижение липопротеинов высокой плотности  $< 1,0$  ммоль/л у мужчин,  $< 1,2$  ммоль/л у женщин. Статистическая обработка данных с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Office» и STATISTICA 10.0 фирмы StatSoft inc. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что наиболее часто выявляемым компонентом МС была артериальная гипертензия (АГ), встречалась в 42% случаев. Дислипидемия регистрировалась практически у каждого третьего больного (34%). Ожирение и сахарный диабет 2 типа у 57% и 27% пациентов соответственно. Сравнительный анализ распространенности компонентов МС в группах больных, выделенных по полу, показал значимые различия ( $p < 0,05$ ): АГ выявлена у 50% женщин и 26% мужчин. Ожирение диагностировано у 24% женщин и 14% мужчин. По остальным показателям разница была не существенной.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности компонентов МС у пациентов, страдающих саркоидозом на территории Томской области. Своевременная диагностика метаболических нарушений позволит вовремя скорректировать стратегию ведения, лечения больных, а также вторичную профилактику неблагоприятных исходов.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ КОРРЕКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**РОМАЩЕНКО О.В., АЛФЕРОВ П.К., ГРИЩЕНКО Н.Д., НАДЕЖДИН С.В., РУМБЕШТ В.В., СТАЦЕНКО Л.В., ЛАПТЕВА И.А., ВЕТРОВА Е.К., ШЕВЦОВА И.С.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

*НИУ «БелГУ», г. Белгород, Российская Федерация*

*ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить значимость степени артериальной гипертензии (АГ) для проявления цитопротекторных свойств метаболических лекарственных препаратов (ЛП) у пациентов с ИБС и сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ).

**Материал и методы.** Обследовали 30 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения I-III функционального класса с сопутствующей АГ. Цитопротекторные свойства метаболических ЛП (триметазидин и цитофлавин) оценивали по разработанному нами способу методом флуоресцентной микроскопии на аппарате Eclipse Ti-U (Nikon, Япония), для чего исследовали свечение лейкоцитов крови, окрашенных Calcein AM и Ethidium bromide. Определяли живые и мертвые клетки, рассчитывали индекс жизнеспособности клеток (ИЖ) как в исходном состоянии, так и после внесения в пробу ЛП в терапевтической концентрации. Всего было проанализировано 20 000 клеток. Материалы обрабатывали статистически.

**Результаты.** Обнаружены два варианта изменения жизнеспособности клеток под влиянием метаболических ЛП *in vitro* – повышение либо снижение ИЖ. Методом прогностического анализа Вальда были определены факторы прогноза цитопротекторной активности метаболических ЛП. Одним из существенных факторов оказалась степень АГ. Так, триметазидин проявляет цитопротекторную активность при I степени АГ (прогностический коэффициент (ПК) = +5) и не проявляет таковой при 2-й или 3-й степени АГ (ПК = -1, коэффициент информативности фактора (КИФ) = 0,57). Цитофлавин проявляет цитопротекторную активность только при I степени АГ (ПК=+6) и не проявляет таковой при 2-й или 3-й степени АГ (ПК=-1; КИФ=0,69).

**Выводы.** По данным тестирования *in vitro*, у пациентов с ИБС и ГБ цитопротекторные свойства триметазидина и цитофлавина проявляются только при мягкой АГ. Повышение АД свыше 160/100 мм рт.ст. является фактором ограничения цитопротекторных свойств изученных метаболических ЛП.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СУСТАВОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

РУДЕНКО И.Б., БИКЧУРИНА К.Р., МУСАЕВА Р.З., КУЗНЕЦОВА К.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время проводится активная работа по созданию диагностических критериев раннего остеоартрита (ОА). Своевременная диагностика и активное ведение пациентов с ранним ОА позволит увеличить шансы эффективности лечения и проведения профилактических мероприятий при данной патологии.

**Цель.** Провести оценку функционального состояния коленных и тазобедренных суставов у когорты молодых людей с помощью использования альгофункционального индекса Лекена и шкалы WOMAC.

**Материал и методы.** Проведено тестирование 123 студентов ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в 2023 г. с помощью индекса Лекена, WOMAC и шкалы ВАШ. Из них было 97 женщин и 26 мужчин в возрасте от 18 до 24 лет.

**Результаты.** По ВАШ степень выраженности боли в суставах у студентов, в среднем, составила  $35,5 \pm 5,5$  мм и характеризовалась как слабая боль. По результатам оценки индекса Лекена у 98% студентов была уже легкая степень ограничения жизнедеятельности, у 2% – умеренная. По индексу WOMAC также было выявлено ухудшение функционального состояния суставов у определенной части тестируемых. У 87 студентов (70,7%) болевой синдром отсутствовал, у 22 (17,8%) – соответствовал слабой боли, у 10 студентов (8,1%) – отмечалась средняя боль, у 4 (3,25%) – сильная боль. Общая скованность у 89 студентов (72,3%) отсутствовала, у 22 (17,8%) – слабая, у 8 (6,5%) – средняя, у 4 (3,25%) – сильная. Ограничения функциональной способности в суставах у 104 студентов (84,5%) отсутствовали, у остальных: 10 (8,1%) – характеризовались как слабые, у 8 (6,5%) – средние, у 1 (0,8%) – сильные.

**Выводы.** Полученные результаты с использованием альгофункционального индекса и шкал у молодых людей свидетельствуют о имеющихся дисфункциях суставов и у 98% студентов тяжесть течения изменений в коленных и тазобедренных суставах уже оценена как легкая. В данном случае нельзя исключить развитие раннего ОА. Поэтому разработка и применение диагностических критериев позволили бы своевременно установить диагноз и назначить необходимую терапию.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МУЖЧИН, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА**

**РУДОЙ М.Д., МАКАРОВА Е.В.**

*ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Многочисленные исследования подтверждают связь воздействия шума с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Актуально изучение изменений стенки сосудов, возникающих при действии шума на организм человека.

**Цель исследования** – изучить изменения сосудистой стенки у мужчин, возникающие под воздействием производственного шума, с помощью объемной сфигмографии.

**Материал и методы.** Обследовано 238 мужчин, проходивших периодические медицинские осмотры (ПМО) в поликлинике ФБУН «Нижегородский научно-исследовательский институт гигиены и профпатологии» Роспотребнадзора. Обследованные были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 148 мужчин, работающих в условиях воздействия производственного шума, в группу сравнения – 90 мужчин, не имеющих контакта с вредными производственными факторами. Пациентам было выполнено комплексное обследование в рамках ПМО. Состояние сосудистой стенки оценивалось с помощью объемной сфигмографии на аппарате VaSera VS-1500N. При проведении объемной сфигмографии были определены индекс жесткости сосудистой стенки справа (R-CAVI) и слева (L-CAVI), расчетный возраст артерий (РВА), распространенность синдрома раннего сосудистого старения (EVA-синдрома).

**Результаты.** Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, распространенности курения, ожирения и артериальной гипертензии. R-CAVI составил 7,25 (6,8; 7,8) в основной группе и 7,1 (6,5; 7,6) в группе сравнения, L-CAVI – 7,2 (6,9; 7,8) и 7,1 (6,6; 7,7) соответственно. РВА равнялся 44 (39; 54) годам в основной группе и 39 (34; 39) лет в группе сравнения, распространенность EVA-синдрома – 28,4 и 7,8% соответственно. Было установлено превышение индекса жесткости сосудистой стенки как справа ( $p=0,016$ ), так и слева ( $p=0,025$ ), а также превышение РВА ( $p=0,035$ ) и распространенности EVA-синдрома ( $p=0,003$ ) в основной группе пациентов. В группе лиц, работающих в условиях производственного шума, РВА статистически достоверно превышал паспортный возраст пациентов ( $p < 0,001$ ), тогда как в группе сравнения такого превышения не наблюдалось ( $p=0,52$ ).

**Выводы.** У лиц, работающих под воздействием производственного шума, повышается индекс жесткости сосудистой стенки, что приводит к несоответствию между паспортным возрастом пациента и биологическим возрастом его артерий.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

РУИНА О.В., МЕЛЬНИЧЕНКО О.В., САПЕРКИН Н.В., БУРОВА Ю.А.

ФГБОУ «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «ГКБ № 5», г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблема стартовой антибактериальной терапии (АБТ) в условиях роста резистентных штаммов при урологических вмешательствах требует проведения микробиологического мониторинга.

**Цель.** Определение этиологического спектра и уровня антибиотикорезистентности микробиоты в урологическом стационаре и оптимизация стартовой АБТ.

**Материал и методы.** Проанализированы микробиологические исследования мочи 1765 урологических пациентов стационара. Использовали программу WHONET, 5.4. Идентифицировано 178 этиологически значимых штаммов от больных по общепринятым микробиологическим методикам. Чувствительность определяли диско-диффузионным методом. Основные диагнозы госпитализированных: мочекаменная болезнь – в 30%, гиперплазия простаты – в 21%, рак мочевого пузыря – в 13%, рак почки – в 6% и рак простаты – в 11% случаев.

**Результаты.** В структуре возбудителей преобладали грамотрицательные бактерии - 72,2%. В 24% случаев - грамположительные бактерии, в 3,8% - грибы. Более 50% результатов оказались отрицательными. Чаще выделялись: *Escherichia coli* (34,2%), *Klebsiella pneumoniae* (21,1%), *Pseudomonas aeruginosa* (11,5%), *Enterococcus spp.* (12,8%). Более половины штаммов *Klebsiella pneumoniae* и *Escherichia coli* являлись продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС), что предполагает устойчивость к цефалоспорином. Более 80% этих штаммов чувствительны к амоксициллину/клавуланату.

Выявлены единичные штаммы-продуценты карбапенемаз, что является тревожной тенденцией и затрудняет подходы к лечению. К фторхинолонам оказались чувствительными 55,4% штаммов *Klebsiella pneumoniae*, 78,5% штаммов *Escherichia coli*. Очевидно, *Escherichia coli* имеет более благоприятный профиль резистентности по сравнению с *Klebsiella pneumoniae*. Уровень резистентности *Pseudomonas aeruginosa* определялся наличием у пациента факторов риска полирезистентной флоры (предшествующая госпитализация и АБТ, коморбидность, гемодиализ, пребывание в домах длительного ухода или в отделении реанимации). При наличии факторов риска выявлялись полирезистентные штаммы.

### Выводы.

1. Стартовая АБТ должна учитывать локальные данные по антибиотикорезистентности.
2. Назначение цефалоспоринов не оправдано в качестве рутинной практики. Защищенные пенициллины более эффективны.
3. При повторных госпитализациях и АБТ в последние 3 месяца оправдано в качестве эмпирической АБТ и периоперационной антибиотикопрофилактики назначение эртапенема, активного в отношении грамотрицательных БЛРС – продуцентов, но не способствующего селекции панрезистентных штаммов *P. aeruginosa*.

## **ТРОМБОЗ СТЕНТА У БОЛЬНЫХ ИБС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**РЫБАС А.В., БОЛТЕНКО М.Б., АФАНАСЬЕВА Е.Н., ХРИЕНКО Е.А., ЗВЯГИНА М.Н., ЭЮПОВА Э.Э., ФОМИНЫХ Ю.А.**

*ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь, Российская Федерация*

**Введение.** Тромбоз стента коронарной артерии – редкое осложнение кардиоваскулярного вмешательства у больных ИБС, сопряженное с большим риском летального исхода. Тромбозы стентов чаще развиваются у мужчин старше 60 лет, которые имеют другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. У больных с сахарным диабетом вероятность тромбоза после стентирования в 2-3 раза выше. Причиной коагуляционного каскада у пациентов с COVID-19 является цитокиновый шторм, развивающийся через 5-7 дней после начала симптомов, а также активации тромбоцитов посредством интерлейкина-6 и тканевых факторов. Таким образом, создаются предпосылки к развитию тромботических осложнений у пациентов с коронавирусной инфекцией.

**Описание случаев.** Представляем серию клинических наблюдений (4 случая) пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST. Пациенты в возрасте от 51 до 65 лет мужского пола поступили в отделение интенсивной терапии и реанимации регионального сосудистого центра с диагнозом ОКС. Пациентам помимо стандартных анализов выполняли электрокардиографию, обзорную рентгенографию органов грудной полости, эхокардиоскопию и коронароангиографию. Всем больным проводили ЧКВ – баллонную ангиопластику и/или стентирование коронарных артерий с установкой стентов с лекарственным покрытием. На 7-9 сутки пребывания в стационаре у всех 4 пациентов оказался положительным ПЦР-тест на коронавирус: выявление SARS-CoV-2 с клиническими проявлениями (лихорадка, общее недомогание), но без поражения легких по данным компьютерной томографии (при поступлении тест был отрицательным). У 1 пациента развился острый тромбоз стента с летальным исходом, у троих – подострый тромбоз стента. Все пациенты получали двойную антиагрегантную терапию – ацетилсалициловую кислоту в сочетании с тикагрелором в рекомендуемых дозах и прямые антикоагулянты.

**Отличительные особенности данных случаев.** Эти клинические случаи интересны тем, что коронавирусная инфекция является еще одним возможным предиктором развития тромбоза стентов; у этой категории больных необходимо рассмотреть возможность усиления антитромботической терапии.



## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО sST2 И ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ И НЕ БОЛЕВШИХ COVID-19**

**РЫЖКОВ И.М., КОВАЛЕНКО Е.В., ФАТЕЕВ С.С., МАРКОВА Л.И., БЕЛАЯ О.Л., ЖУКОЛЕНКО Л.В.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Результаты исследований влияния, перенесенного COVID-19 на уровень биомаркеров sST2 и галектина-3, отражающих процессы ремоделирования и фиброза миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), немногочисленны.

**Цель.** Оценка концентрации sST2 и галектина-3 в сыворотке крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН I-III функционального класса (ФК), перенесших и не болевших COVID-19.

**Материал и методы.** Обследованы 100 пациентов (мужчин – 66, женщин – 34), медиана (Ме) возраста 65 [63; 67] лет с наличием ИБС (стенокардия напряжения/постинфарктный кардиосклероз), ХСН I-III ФК (NYHA), выделенных в 2 группы в зависимости от наличия в анамнезе перенесенного 3-6 месяцев назад COVID-19. В 1 группу включено 53 пациента, перенесших COVID-19, Ме возраста 65 [61; 68] лет, во 2-ю группу (сравнения) – 47 пациентов, не болевших COVID-19, Ме возраста 66 [64; 67] лет. Контролем служили показатели sST2 20 условно здоровых лиц, Ме возраста 61 [57; 64]. Методом иммуноферментного анализа (ELISA) в сыворотке крови количественно определяли уровень sST2 и галектина-3 с помощью иммуноферментных наборов Presage® ST2 Assay и RayBio® Human Galectin-3 ELISA Kit.

**Результаты.** У пациентов, перенесших COVID-19, медиана (Ме) биомаркера sST2 - 38,4 [35,5; 44,8] нг/мл была достоверно выше, чем в группе сравнения - 29,6 [27,9; 32,7] нг/мл ( $p=0,0000$ ). Концентрация галектина-3 в 1 группе составила 19,9 [12,1; 28,4] нг/мл, в группе сравнения – 15,8 [11,7; 22,3] нг/мл ( $p=0,035$ ). В контрольной группе оба показателя биомаркеров были достоверно ниже таковых в обеих исследуемых группах ( $p=0,0000$ ) и составили соответственно 19,3 [18,3; 21,2] и 6,55 [4,9; 7,2] нг/мл.

**Выводы.** Перенесенный COVID-19 у пациентов с ИБС и ХСН I-III ФК оказывает неблагоприятное влияние на сывороточную концентрацию биомаркеров ремоделирования и фиброза миокарда sST2 и галектина-3.

## ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

САВЕЛЬЕВА В.В. КУЗЬМИНОВ В.С.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) остается одним из ключевых факторов развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней, несмотря на возрастающую роль профилактики как одного из способов предотвращения или замедления прогрессирования заболеваний и их последствий.

**Цель.** Изучение уровня осведомленности мужчин и женщин в вопросах профилактики АГ.

**Материал и методы.** В ходе данного исследования оценивали данные социологического опроса 101 респондента в возрасте 18-60 лет с использованием платформы «Google Формы». Обработка данных осуществлялась в «Microsoft Excel». В обработке и представлении данных использованы экстенсивные показатели, сравниваемые с оценкой значимости различий по t-критерию Стьюдента.

**Результаты.** На первый вопрос об информированности влияния курения на уровень артериального давления (АД) ответы респондентов разделились следующим образом: 13% женщин и 40,4% мужчин не осведомлены об указанном факторе риска, при этом связь между факторным (пол) и результативным (осведомленность) признаками значима ( $p < 0.01$ ). Далее нами изучалась осведомленность респондентов о влиянии другой вредной привычки (алкоголь) на уровень АД. Абсолютное большинство женщин (87%) информированы о неблагоприятном действии алкоголя на уровень АД, среди мужчин – только 46,8% ( $p < 0.01$ ).

Немаловажную роль в развитии АГ влияет психоэмоциональный стресс, поэтому следующим вопросом был: «Осведомлены ли Вы о влиянии стресса на артериальное давление?». Ответы опрошенных распределились следующим образом: большинство женщин знают о влиянии стресса на уровень АД (89%), а среди опрошенных мужчины – 68,8% ( $p < 0.05$ ).

Режим питания также является существенным фактором в развитии АГ. В первую очередь, это связано с повышенным потреблением соли и продуктов, содержащих большое количество пряностей, помимо этого, режим питания напрямую влияет на массу тела, избыток которой также является фактором риска развития АГ. Абсолютное большинство женщин (83,3%) осведомлены о влиянии режима питания ( $p < 0.01$ ) и избыточной массы тела (95,5%) на уровень АГ ( $p < 0.05$ ). У мужчин осведомлены 46,8% и 76,7% соответственно.

Гиподинамия является одним из ведущих факторов риска в развитии АГ, поэтому респондентам был задан вопрос: «Осведомлены ли Вы о влиянии низкой физической активности на АД?». Информированность женщин (87%) также оказалась выше, чем у мужчин (75,7%) ( $p < 0.01$ ).

Среди опрошенных женщин 13% страдают АГ, 3,7% перенесли инсульт, 1,8% - инфаркт миокарда (ИМ), столько же страдают аритмией. Мужчин с АГ значительно больше – 59,6%, перенесли инсульт – 14,9%, ИМ – 6,4% ( $p < 0.01$ ).

**Выводы.** Осведомленность женщин в вопросах профилактики АГ в указанной выборке значительно выше, чем у мужчин.

## ЛЕГОЧНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ, ЛЕГОЧНЫЙ ГАЗООБМЕН И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

САВУШКИНА О.И., МАЛАШЕНКО М.М., ЧУШКИН М.И.

*ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко», г. Москва, Российская Федерация*

*ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация*

*ФГБНУ «ЦНИИТ», г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** COVID-19 обуславливает широкий спектр симптомов, связанных с вовлечением многих систем организма. Симптомы и функциональные нарушения, сохраняющиеся дольше 12 недель, обозначены как постковидный синдром, требующий соответствующего лечения. В повседневной клинической практике обращают внимание, что на одышку, повышенную утомляемость, снижение качества жизни после перенесенного COVID-19 пациенты продолжают жаловаться более полугода.

**Цель.** Изучить влияние COVID-19, осложненного вирус-ассоциированным поражением легких, на физическое и эмоциональное состояние пациентов и сопоставить данные с результатами легочной вентиляции и легочного газообмена.

**Материал и методы.** Обследован 91 пациент (медиана возраста 51 (44,3-59) год) с диагнозом «состояние после COVID-19». Функциональное состояние респираторной системы было проанализировано с помощью спирометрии, бодиплетизмографии, диффузионного теста, качества жизни – с помощью шкал одышки (mMRC), силы мышц (MRC Weakness), качества жизни (VAS-QoL), тревоги и депрессии (HADS). В зависимости от длительности от начала COVID-19 до проведения исследований пациенты были разделены на 3 группы: 1 – 63 (69%) пациентов в период до 90, 2 – 21 (23%) пациентов в период 90-180, 3 – 7 (8%) пациентов в период более 180 дней. Также проанализированы данные в зависимости от максимального объема поражения легких в острый период заболевания ( $KT_{\text{max}}$ ): группа А ( $KT_{\text{max}} \leq 50\%$ ) - 34(37%) и Б ( $KT_{\text{max}} > 50\%$ ) - 57(63%) пациентов.

**Результаты.** На протяжении полугода после COVID-19 выявлено нарушение диффузионной способности легких (ДСЛ) в группах 1 и 2, тогда как в группе 3 ДСЛ нарушена не была. Во всех группах легочные объемы сохранялись в пределах нормы, однако, были выявлены одышка, снижение силы мышц и качества жизни. В группах А и Б легочные объемы были в норме, тогда как в группе Б ДСЛ была снижена, а степень выраженности одышки была выше, сила мышц и качество жизни в группах А и Б были снижены.

**Выводы.** Одышка, снижение силы мышц и качества жизни у пациентов, перенесших COVID-19, сохраняются в течение полугода не зависимо от  $KT_{\text{max}}$  при сохранении в пределах нормы легочных объемов и статистически значимом улучшении ДСЛ.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ЕГО ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОНЕ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ТРЕТИЙ ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

САВЧЕНКО М.В., ЮХИНА Ю.Е.

*БУЗОО Клинический кардиологический диспансер, г. Омск, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить динамику показателей метаболического статуса и охарактеризовать факторы риска (ФР) сахарного диабета 2 типа (СД2) среди пациентов на третьем этапе кардиореабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) на фоне высокоинтенсивной терапии статинами.

**Материал и методы.** Проведен анализ 300 амбулаторных карт. Медиана возраста составила  $63,6 \pm 10,1$  года, 225 мужчин (75,0%). Изучали количественные (уровень глюкозы крови натощак, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, окружность бедер, индекс формы тела) и качественные признаки (избыточная масса тела, ожирение, другие ФР СД2, сахарный диабет или предиабет *de novo*).

**Результаты.** Абсолютное большинство пациентов имели еще 2 независимых ФР СД2 – артериальную гипертензию и возраст  $\geq 45$  лет. При оценке только традиционных ФР в среднем у пациентов регистрировали 5 ФР (минимум – 2 ФР, максимум – 9 ФР). При учете дополнительных ФР в среднем у пациентов регистрировали 7 ФР (минимум – 3, максимум – 11). На втором месте по частоте встречаемости среди ФР были дислипидемия, постоянный прием статинов и избыточная масса тела/ожирение, на третьем месте – низкая физическая активность. Исходно СД2 имелся у 12,3% пациентов. За время наблюдения отмечен значимый прирост новых случаев СД2 (14 случаев). Предиабет исходно имелся у 44 пациентов (14,7%), к завершению наблюдения число пациентов с предиабетом составило 78 (26,0%). Учитывая тот факт, что порог гликемии натощак  $\geq 5,6$  ммоль/л некоторыми зарубежными экспертными группами классифицируется как предиабетическое состояние, а также отечественные данные о клинической значимости высококонормального уровня гликемии (5,6-6,0 ммоль/л), мы проанализировали изменение частоты его регистрации. Высоконормальный уровень глюкозы крови наблюдался исходно у 64 пациентов (21,3%), к завершению наблюдения число пациентов с высококонормальной глюкозой составило 90 человек (30,0%). Выявлен значимый прирост частоты указанного признака за время наблюдения. Чаще всего нарушения углеводного обмена (признак «предиабет», «СД2») регистрировали среди пациентов с исходно высококонормальным уровнем глюкозы крови. Таким образом, исходный высококонормальный уровень глюкозы крови повышал вероятность развития СД2 в 3 раза, предиабета – в 2 раза.

**Выводы.** У пациентов после ОКС на третьем этапе кардиореабилитации регистрируется высокая распространенность традиционных и некоторых дополнительных ФР СД2 – 90% больных имеют  $\geq 6$  ФР. По завершении программы кардиореабилитации распространенность СД2 в группе составила 17,0%, продемонстрировав значимый прирост ( $p < 0,000$ ). Зарегистрировано значимое увеличение доли пациентов с высококонормальным уровнем глюкозы крови среди пациентов с исходным уровнем гликемии натощак  $< 5,6$  ммоль/л. Наиболее часто неблагоприятные изменения углеводного обмена *de novo* (предиабет; СД2) регистрировали у пациентов с исходным уровнем глюкозы крови в диапазоне 5,6-6,0 ммоль/л.

## УЧАСТИЕ ДЕГИДРАТАЦИИ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19

САКАЕВА Э.Р., ШУТОВ А.М., ЕФРЕМОВА Е.В., РЕБРОВСКАЯ М.М., СЕМЕНОВА Е.С.  
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Российская Федерация

**Актуальность.** Острое повреждение почек (ОПП) может осложнять течение COVID-19, у многих пациентов развиваясь на догоспитальном этапе. При этом вклад дегидратации в развитии данной патологии недостаточно ясен.

**Цель.** Изучить роль дегидратации в развитии внебольничного острого повреждения почек при COVID-19.

**Материал и методы.** Обследованы 329 пациентов с подтвержденным COVID-19. Средний возраст  $58,0 \pm 14,3$  лет, мужчин – 172. ОПП диагностировали согласно Российским клиническим рекомендациям по острому повреждению почек (ОПП) 2020 г. Для определения прerenального ОПП рассчитывали отношение азота мочевины крови к креатинину крови, для диагностики дегидратации - расчетную осмолярность сыворотки крови. Для оценки независимого влияния факторов риска на исходы применяли множественную логистическую регрессию. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** ОПП диагностировано у 70 (21,3%) пациентов. У пациентов с высокой коморбидностью (индекс коморбидности Чарлсон  $\geq 5$ ) ОПП развивалось чаще. У 58 (82,9%) пациентов наблюдалось внебольничное ОПП, среди них у 16 (27,6%) оно имело прerenальный характер, из которых 13 (81,3%) пациентов имели расчетную осмолярность сыворотки крови свыше 295 мОсм/л. Независимыми факторами, прямо связанными с прerenальным догоспитальным ОПП были расчетная осмолярность сыворотки крови ( $p < 0,001$ ), уровень С-реактивного белка ( $p < 0,001$ ) и возраст ( $p = 0,003$ ) ( $R^2 = 0,23$ ,  $F = 33,34$ ).

**Выводы.** Острое повреждение почек осложняет течение COVID-19 у 21,3% пациентов, у 82,9% из них развивается еще на догоспитальном этапе лечения. Пациенты с COVID-19 и индексом коморбидности Чарлсон  $\geq 5$  имеют повышенный риск ОПП. У большинства (81,3%) пациентов с прerenальным ОПП при госпитализации имеются признаки дегидратации. Независимыми факторами риска внебольничного ОПП являются расчетная осмолярность сыворотки крови, уровень С-реактивного белка и возраст пациента.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ**

**САЛИМОВА Л.М., НАЗИРОВА А.А.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациент А. 60 лет обратилась к гематологу в связи с тромбоцитозом. Известно, что пациента длительное время беспокоят ноющие боли, тяжесть в эпигастрии, правом подреберье, слабость. Со слов пациента, в 1995 г. выставлен диагноз: «Внепеченочная портальная гипертензия», когда впервые возникло кровотечение из варикозно- расширенных вен (ВРВ) пищевода. В 1997 г., по причине тромбоза селезеночной вены, выполнена спленэктомия, гастротомия с прошиванием ВРВ. В 2012 г. - рецидив кровотечения из ВРВ пищевода, заподозрен тромбоз воротной вены. Проводилась антикоагулянтная, гипосекреторная, обволакивающая терапия. Со слов пациента, с 2012 по 2023 г. у врачей не наблюдалась. При проведении физикального осмотра - умеренная болезненность в проекции печени при пальпации. В ходе проведения лабораторно-инструментальных методов обследования выявлены следующие изменения. ОАК: тромбоцитоз ( $750 \times 10^9/\text{л}$ ), нормохромная анемия 1 степени. Коагулограмма: D-димер 1,53 мкг/мл, фибриноген 6,2 г/л. Допплерография висцеральных сосудов - гиперэхогенные, гетерогенные образования, вероятно тромботические массы в воротной вене. Заподозрен тромбоз воротной вены. По эзофагогастродуоденоскопии - варикозное расширение вен пищевода 1 степени. В ходе проведения обследования на тромбофилию и хроническое миелопролиферативное заболевание обнаружена соматическая мутация V617F в 14 экзоне гена JAK-2. Пациент консультирован гастроэнтерологом. Для подтверждения диагноза проведена компьютерная томография печени и висцеральных сосудов. В результате обследования был выставлен диагноз: Хроническое миелопролиферативное заболевание (JAK-2+). Эссенциальная тромбоцитемия. Тромбоз воротной вены. Внепеченочная портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода 1 степени. Назначено лечение: ривароксабан в дозировке 15 мг 1 раз в сутки перорально, гидроксикарбамид 500 мг в сутки длительно перорально, пропранолол 20 мг 3 раза в сутки перорально под контролем артериального давления. Повторное ЭГДС рекомендовано провести через 3 месяца, КТ - через 6 месяцев.

**Отличительная особенность данного клинического случая.** Хронические миелопролиферативные заболевания являются фактором риска развития тромбоза воротной вены. Для подтверждения диагноза рекомендовано проводить магнитно-резонансную томографию и/или компьютерную томографию.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** В виду отсутствия специфических симптомов, пациенту длительное время не проводили диагностику и лечение тромбоза воротной вены.

## ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ – ОТ ИНФЕКЦИОНИСТА К КАРДИОЛОГУ

САНДУГЕЙ А.В., ГАУЭРТ В.Р., ЕМАНУЙЛОВА Н.В., НЕУСЫПИН В.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация

**Актуальность.** Ярославская область активный природный очаг Лайм-боррелиоза (ЛБ). Частота поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) (Лайм-кардита (ЛК)) в остром периоде ЛБ стоит на третьем месте проявлений заболевания и составляет от 0,2 до 10% в зависимости от географических особенностей боррелии. Частота субклинических признаков поражения ССС, выявляемых при проведении дополнительных методов исследования остается неизвестной.

**Цель.** Определить частоту и особенности поражения ССС в остром периоде ЛБ, выявить влияние боррелиозной инфекции на развитие нарушений ритма и проводимости.

**Материал и методы.** Обследованы 44 человека, из них 18 больных ЛБ. Сформированы 2 группы пациентов, сопоставимые по полу и возрасту и индексу массы тела. Первая группа – больные в острой стадии ЛБ без сердечно-сосудистой патологии, группа контроля – 26 здоровых лиц. Серологическую диагностику ЛБ проводили с помощью реакций непрямой иммунофлюоресценции (НРИФ), иммуноферментного анализа (ИФА), иммунного блотинга (ИБ). Анализ изменений ССС проводили с помощью ЭХОКС, ЭКГ, кардиомониторирования по Холтеру.

**Результаты.** При проведении мониторинга по Холтеру у пациентов острым ЛБ выявлено снижение по сравнению с контролем  $\text{Max ЧСС}$  днем, увеличение средней ЧСС и  $\text{Max ЧСС}$  в ночное время. Увеличение средней ЧСС ночью свидетельствует об активации САС. У больных острым ЛБ прямо коррелировали уровни СРБ и IgM со средней ЧСС ночью ( $r=0,78$ ,  $p=0,0457$ ) и ( $r=0,62$ ,  $p=0,0057$ ) соответственно. У больных острым ЛБ ЦИ был снижен менее 1,2 у.е. за счет увеличения средней ЧСС ночью, из-за преобладания активности симпатического отдела ВНС. Нарушения реполяризации в виде отрицательного зубца Т прямо коррелировали с ускоренной СОЭ ( $r=0,78$ ,  $p=0,0120$ ), что является подтверждением воспалительной природы выявленных патологических изменений ССС у обследованных больных. Отмечались достоверные изменения показателей ЭХОКС в первой группе в виде увеличения КДРЛЖ 52,0 (50,0-55,0) мм,  $p=0,0031$ , против группы контроля 47,0 (45,0-50,0) мм и УО 79,7 (72,0-90,3) мл,  $p=0,0064$ , против 59,0 (51,0-76,0) мл и ряда других показателей ЭХОКС.

**Выводы.** ЛК легкой степени тяжести наблюдали в 43,2% случаев заболевания острым ЛБ. Данные изменения могут объясняться и воздействием симпатoadренальной системы, вследствие инфекционно-токсического фактора.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**САФРОНОВА С.С., ДРУК И.В., ГОРОЩЕНЯ О.И.**

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и артериальной гипертензией (АГ) – группа повышенного риска развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ), для которых определена приоритетная сахароснижающая терапия кардиопротективными препаратами– ингибиторами натрий-глюкозного ко-транспортера (иНГЛТ2) или агонистами рецепторов ГПП1 (арГПП1).

**Цель.** Охарактеризовать сахароснижающую терапию в группе пациентов с СД2 и АГ молодого и среднего возраста без АССЗ в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗОО ГП №13. В соответствии с критериями включения (обезличенные (отсутствие ФИО, СНИЛС) данные пациентов с СД2: пол, возраст, терапия, осложнения, сопутствующие заболевания, HbA1c) и исключения (неполнота сведений) из 1202 амбулаторных карт в исследование включены карты пациентов с СД2 и АГ молодого и среднего возраста. Процедуры описательной статистики проводили с использованием Microsoft Excel и SPSS Statistics. Данные представлены как M (Q1; Q3).

**Результаты.** Проанализированы 300 амбулаторных карт пациентов молодого и среднего возраста, из которых с АГ 58,3% (n=175). В анализ включены 146 карт пациентов с СД2, АГ без АССЗ: мужчин 39,0% (n=57), средний возраст 54 лет (32; 59). Частота регистрации хронических диабетических осложнений 43,8% (n=64): ретинопатия 9,6%, нейропатия 32,3%, нефропатия 11,0%. Сахароснижающая терапия: только диета 1,4% (n=39); монотерапия 37,0% (n=54): метформин 26,7%, сульфонилмочевина (СМ) 0,7%, иНГЛТ2 0,7%, препараты инсулина 8,9%; двухкомпонентная пероральная сахароснижающая терапия - 30,8%, трехкомпонентная - 4,8%, комбинированная с инсулином - 26,0%. В составе комбинированной терапии препараты с кардиопротективным эффектом назначались в 10,3% (n=15): иНГЛТ2 - 9,6%, арГПП1 - 0,7%. Медиана HbA1c в группе 8,0% (4,77; 13,80). Количество пациентов с достигнутым HbA1c <6,5% - 22,2% (2/9), <7,0% - 33,6% (n=46). При назначении препаратов СМ и/или инсулина HbA1c <6,0% - 2,2% (2/90).

**Выводы.** При анализе амбулаторных карт пациентов с СД2 и АГ без АССЗ частота применения кардиопротективных препаратов была низкой - 10,3%, потенциальная избыточность терапии (HbA1c <6,0% на фоне применения СМ и/или препаратов инсулина) отмечена в 2,2%. Учитывая повышенный риск АССЗ среди пациентов с СД2 и АГ, оптимизация ПССТ должна заключаться в повышении использования препаратов, обладающих кардиопротективным эффектом.



## **ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ САГА**

**СЕЛЕЗНЕВ С.В., ЩУЛЬКИН А.В., МЫЛЬНИКОВ П.Ю., КОСЯКОВ А.В.**

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Несмотря на сложившийся в последние годы доказательный и системный подход к лечению артериальной гипертензии (АГ) далеко не во всех случаях удается достичь ее контроля.

**Цель.** Оценить концентрацию антигипертензивных препаратов (АГП) в плазме крови у больных контролируемой и неконтролируемой АГ.

**Материал и методы.** Обследовали 46 пациентов с АГ. По результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД) пациенты были рандомизированы на две группы: первая группа - пациенты с контролируемой АГ; вторая - больные с неконтролируемой АГ. У обеих групп пациентов брали венозную кровь утром до и через 2 часа после приема препаратов для оценки концентрации лизиноприла, амлодипина, валсартана и индапамида.

**Результаты.** В первую группу вошли 27 больных, во вторую группу – 19 больных. У пациентов с неконтролируемой АГ медиана концентраций лизиноприла, индапамида, амлодипина и валсартана до и после приема препаратов не отличалась от пациентов, достигших целевых значений АД ( $p > 0,05$ ). У части больных с неконтролируемой и контролируемой (проявленной впервые) АГ концентрация АГП была ниже предела количественного определения.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что фармакокинетика АГП, по-видимому, не играет существенной роли в развитии неэффективности проводимой терапии АГ. Терапевтический лекарственный мониторинг можно использовать для проверки приверженности к лечению.

## СИНДРОМ СНЕДДОНА – ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ

СЕНТЯКОВА Т.Н., КУНГУРЦЕВА О.А.

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Российская Федерация  
ГБУЗ НСО «ГКБСМП № 2», г. Новосибирск, Российская Федерация

**Введение.** Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные болезни занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Наиболее частой их причиной является атеротромбоз. Но среди причин окклюзионных поражений сосудов необходимо выделение и других факторов. Мы наблюдали больную с множественными окклюзионными поражениями сосудов, связанных с синдромом Снеддона (СС), который длительное время был не распознан.

**Описание случая.** Больная 69 лет, госпитализирована 17.03.2022 г. с диагнозом: Повторный ишемический инсульт (ИИ), с жалобами на резкую слабость, невозможность самостоятельно передвигаться, боль во всем теле, язвы на коже. Считает себя больной несколько лет. Ранее страдала гипертонической болезнью, ИБС, в 2008 г. перенесла ИИ, в последующем отмечала цереброваскулярные атаки. Кожные изменения несколько лет, которые ранее никак не интерпретировались. Ухудшение состояния в течение 2 недель. Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное, лежа. Генерализованное ливедо ретикулярис, множественные некрозы кожи. Пальпация скелетных мышц болезненная. Отечность голеней. АД 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия. Влажные хрипы в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. ОАК: умеренный лейкоцитоз. ОАМ: умеренные изменения мочевого осадка. Липидный спектр крови в пределах нормы. Гемостаз – гиперкоагуляция, АФС-антитела не обнаружены. СКФ 15 мл/мин. Острофазовые показатели крови не изменены. ОРОГК: застойные изменения в легких. МСКТ мозга: признаки хронической ишемии. ЭКГ при поступлении: синусовая тахикардия, нарушение внутрижелудочковой проводимости; ЭКГ: трансмуральное повреждение передне-перегородочной области. ЭХОКГ: акинез передне-перегородочного и верхушечного сегментов. Сердечные тропонины в динамике с резким нарастанием показателя. Терапия включала антикоагулянты, дезагреганты, β-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики. Несмотря на лечение прогрессировала полиорганная недостаточность, больная скончалась 23.03.2022 г. Ливедо, ИИ в анамнезе, развитие инфаркта миокарда, АГ, прогрессирующая почечная недостаточность позволили диагностировать СС, тромботическую васкулопатию, прогрессирующее течение, генерализованное поражение сосудов кожи, ЦНС, сердца, почек. Острый инфаркт миокарда II типа. ХБП 4 ст. ОССН на фоне ХСН 2 Б. Клинический диагноз был подтвержден на вскрытии. В сосудах мелкого и среднего калибра головного мозга, сердца, почек, легких, кожи констатированы отек стенки с отслоением выстилки, очаги коагуляционных некрозов, периваскулярный фиброз. В диагностике СС важно знакомство врачей с этой патологией. Учет клинических проявлений в совокупности (ливедо, ИИ, инфаркты) при отсутствии дислипидемии и признаков системного воспаления позволяют заподозрить невоспалительную тромботическую васкулопатию. Для ранней диагностики СС целесообразна кожная биопсия. Необходимо учитывать возможность СС в рамках АФС синдрома. В лечении СС следует более активно применять антикоагулянты и дезагреганты.

## ПРОБЛЕМЫ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

**СЕРГЕЕВА В.А.**

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Инфицирование SARS-CoV-2 способствует ухудшению эндотелиальной функции и прогрессированию атеросклероза, поэтому в острый период заболевания COVID-19 и постковидном периоде большинство пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) нуждается в адекватной гиполипидемической терапии (ГЛТ).

**Цель.** Оценить проводимую ГЛТ у пациентов, имеющих высокий сердечно-сосудистый риск (ССР), в период пандемии COVID-19.

**Материал и методы.** Проведено клиническое интервью по особенностям ГЛТ в период пандемии COVID-19 и лабораторная диагностика липидного обмена (ЛО) 114 пациентов с последующей статистической оценкой.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 51 мужчина (44,7%), 63 женщины (55,3%) – пациенты трех кардиологических клиник с наличием показаний к приему ГЛТ и высоким ССР. Медиана возраста 69 (63; 76) лет. Информированы о проблеме атеросклероза только 30 участников (26,3%). Собственные показатели ЛО смогли назвать только 29 участников (25,4%). ГЛТ пациентов, случайным образом, попавшим в исследование, была в 100% случаев представлена только статинами. Регулярно ежедневно (не менее года) получают статины 56 пациентов (49,1%), нерегулярно – 38 пациентов (33,3%), впервые препараты начали получать 20 пациентов (17,6%). Большинству (71,9%) впервые ГЛТ была назначена врачами стационарного звена. Среди пациентов, получающих ГЛТ длительно (n=94), 86,2% не отметили какой-либо коррекции ГЛТ за все время приема. Большинство участников исследования (n=87) (76,3%) перенесли COVID-19. До инфекции, препараты ГЛТ не получали 15 человек (17,2%), 23 пациента (26,4%) прервали прием ГЛТ во время инфекции, однако, после выздоровления вернулись к постоянному приему, 29 (33,3%) не прерывали прием во время COVID-19, 20 (23,0%) прервали прием статинов во время COVID-19 и не возобновляли его вплоть до настоящей госпитализации. Медианы основных показателей ЛО (ммоль/л) пациентов: общий холестерин 5,0 (4,2; 6,08); липопротеины низкой плотности 3,19 (2,5; 3,87); липопротеины высокой плотности 1,38 (1,2; 1,8); триглицериды 1,4 (0,95; 1,93). Из общего числа обследованных (n=114) целевых значений ЛО удалось достичь только у 4,39% (n=5).

**Выводы.** Среди проблем ГЛТ в период пандемии COVID-19 можно выделить низкую информированность пациентов, недостаточный контроль ими ЛО и низкую приверженность к постоянному приему препаратов.

## САРКОПЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

**СЕРГЕЕВА В.А.**

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** Последствия завершенной пандемии COVID-19 остаются еще до конца неизученными. Проявления усталости в пожилом и старческом возрасте после перенесенной коронавирусной инфекции могут свидетельствовать о дебюте либо прогрессировании саркопении.

**Цель.** Изучение пожилых пациентов с астенией в плане дебюта постковидной саркопении.

**Материал и методы.** В условия терапевтического стационара обследованы 46 пациентов пожилого и старческого возраста, перенесшие COVID-19, с проявлениями астении без признаков декомпенсации сердечно-сосудистой и легочной патологий. В программу обследования включены антропометрические показатели, анкета SARC-F, FSS (шкала тяжести усталости), кистевая динамометрия, биоимпедансный анализ состава тела (БИА), пикфлоуметрия (ПФМ).

**Результаты.** Медиана (Ме) возраста пациентов составила 65 (61; 73) лет. Преобладали женщины (73,9%). Ме массы тела пациентов 26,8 (24,1; 31,5) кг, у 32,6% отмечено ожирение, у 34,8% избыточная масса тела, 14 пациентов (30,4%) имели сахарный диабет 2 типа (из них у 5 развитие отмечено в постковидный период). При оценке утомляемости Ме баллов по FSS составила 43 (19,5; 51); 63,0% пациентов отмечали выраженную усталость (более 36 баллов). Проведение комплексного исследования пациентов позволило установить наличие саркопении у 8 (17,4%). На основании антропометрии и БИА у 6 из них (75%) установлено саркопеническое ожирение. В группе пациентов с саркопенией выраженность астении (54,5 (50; 60) баллов) со статистической достоверностью превалировала над группой пациентов без саркопении (38,5 (19,5; 52,5) баллов), тест Манна-Уитни  $p=0,008$ . В настоящее время некоторыми исследователями ПФМ предложено использовать для диагностики респираторной саркопении. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) у большинства пациентов была ниже должных значений (87,0%). В группе пациентов с саркопенией ПСВ была ниже (215,6 л/мин), чем у пациентов без нее (281,3 л/мин),  $p=0,05$ . Отмечена корреляционная взаимосвязь ПСВ в группе пациентов с саркопенией и силы сжатия левой кисти ( $r_p=0,69$ ,  $p=0,02$ ).

**Выводы.** Симптомы усталости, утомляемости часто игнорируются в терапевтической практике, так как не являются специфичными, особенно среди пожилых лиц. Выявление тяжелой астении по шкале FSS, может свидетельствовать о наличии саркопении, требует консультации гериатра и дальнейшего обследования.

## ПОЗДНИЙ ДЕБЮТ ГЛУТАРОВОЙ АЦИДУРИИ 2 ТИПА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА С COVID-19

СЕРЕБРЕННИКОВ В. Н., СЕРЕБРЕННИКОВА К.В., ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.  
ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, г. Красногорск,  
Российская Федерация  
ФИЦ Биотехнологии РАН, г. Москва, Российская Федерация

**Введение.** Приводим клиническое наблюдение глутаровой ацидурии 2-го типа (ГА2), которое впервые диагностировано на фоне переносимого COVID-19.

**Описание клинического случая.** Мужчина 18 лет был госпитализирован в состоянии гипогликемической комы (глюкоза в крови 1,8 ммоль/л.). При исследовании диагностирована COVID-19 с двусторонней пневмонией средней тяжести. После выздоровления от инфекции пациент обследован в эндокринологическом отделении. Были исключены инсулин продуцирующие опухоли, недостаточность надпочечников, другие причины гипогликемии. Во время проведения теста с голоданием появилась сильная головная боль, тошнота, рвота, произошло снижение уровня глюкозы до 3,4 ммоль/л, инсулина до 5,5 МЕ/л и С-пептида до 0,7 нг/мл. Проба была прекращена через 28 часов от начала исследования. Выявленные повышенные уровни ацилкарнитинов (C<sub>4-6</sub>, 8, 10, 12, 14, 16, 16:1, 18) в плазме крови и повышенная экскреция с мочой этилмалоновой, глутаровой, изовалериановой кислот свидетельствовали о множественном дефиците ацил-КоА дегидрогеназ. Молекулярно-генетическое исследование показало наличие мутации в гене ETFDH, кодирующего перенос электронов флавопротеина: вариант а) с.886G>C (p.Gly296Arg) – впервые выявлен при данном заболевании и вариант б) с.1601C>T (p.Pro534Leu) – патогенный, приводящий к глутаровой ацидурии 2С. Установлен диагноз. Глутаровая ацидурия 2-го типа, осложненная недиабетической гипогликемической комой от 22.10.2021 г. COVID-19, осложненная внебольничной вирусно-бактериальной двусторонней пневмонией тяжелого течения. Рекомендована диета, с ограничением потребления белков, липидов и высоким уровнем углеводов, прием добавок с карнитином и рибофлавином. Трудоспособность восстановлена.

### Отличительные особенности данного случая.

1. Нами описано клиническое наблюдение дебюта ГА 2 у взрослого человека во время развития COVID-19, которая явилась триггером клинических проявлений редкого наследственного нарушения обмена веществ.
2. Новая мутация с.886G>C (p.Gly296Arg), выявленная нами, требует всестороннего изучения с целью ответа на вопрос: является ли она причиной неполной пенетрантности гена ETFDH, которая отсрочивает дебют заболевания на более поздний возраст.
3. Своевременное проведение генетического тестирования позволяет поставить окончательный диагноз, начать патогенетическое лечение и избежать фатальных осложнений, что способствует улучшению качества жизни у пациентов с врожденным нарушением обмена жирных кислот.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**СКРОБОВА Е.А.**

*БУ ХМАО – Югра «Сургутская клиническая травматологическая больница», г. Сургут, Российская Федерация*

*БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Российская Федерация*

**Актуальность.** Увеличение числа цереброваскулярных заболеваний является ведущей причиной смертности и инвалидности. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий определяют максимальные риски сердечно-сосудистых событий. Больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения госпитализируются в профильное отделение, реабилитация начинается в первые 48 ч. Фотохромотерапия как реабилитационная технология применяется при лечении заболеваний, в патогенезе которых большое значение имеют состояние сосудистой стенки и сосудистая реакция.

**Цель** – определить эффективность технологии фотохромотерапии у коморбидных больных с ишемическим инсультом (ИИ).

**Материал и методы.** Методом сплошной выборки за 2021 г. на клинической базе БУ «Сургутская клиническая травматологическая больница» была изучена частота госпитализаций больных с инсультом. Лечение получили 800 больных, среди которых ИИ и транзиторные ишемические атаки (ТИА) встречались с частотой 5,67:1. Все больные имели высокую коморбидность (артериальная гипертензия, ИБС, фибрилляция предсердий, ожирение, сахарный диабет 2-го типа). 55 пациентов, которым проводилась селективная фотохромотерапия (на аппарате «СпектрЛКЦ-02»), составили 1-ю группу исследования, во 2-ю группу (группу сравнения) вошли 65 пациентов, у которых эта технология не применялась.

Дизайн исследования – одномоментное, когортное, рандомизированное, осуществлявшееся методом сплошной выборки. Критерии включения: все больные с ИИ, ТИА на фоне метаболически ассоциированной коморбидной патологии без SARS-CoV-2-инфекции. Критерии исключения: ИИ и ТИА у больных COVID-19, развившиеся на фоне другой коморбидной патологии. Диагноз ИИ и ТИА, а также коморбидной патологии устанавливался в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями.

**Результаты.** В анализ вошли 120 (15%) больных ТИА с соотношением женщин и мужчин 2,33:1 в возрасте от 30 до 79 лет с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, в 2/3 случаев – с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, ожирением I–II–III степени. Индекс коморбидности Чарльсон варьировал от 4 до 7. У исследуемых оценивались неврологический и когнитивный статус.

**Выводы.** Применение селективной фотохромотерапии создает предпосылки для более раннего восстановления когнитивного и двигательного статуса на 1-м и 2-м этапах медицинской реабилитации. Это можно объяснить улучшением трофики тканей, антигипоксическим и нейропластическим эффектами селективной фотохромотерапии.

## АНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

СМИРНОВА Е.А., СЕДЫХ Е.В.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация

ГБУ РО ОККД, г. Рязань, Российская Федерация

**Актуальность.** Анемия – распространенное заболевание при сердечной недостаточности (СН), независимо связанное со снижением переносимости физической нагрузки (ФН), увеличением числа госпитализаций и смертности от всех причин.

**Цель.** Изучить распространенность анемии, ее влияние на клиническую картину и качество жизни (КЖ) пациентов с острой декомпенсацией СН (ОДСН).

**Материал и методы.** Обследованы 80 пациентов (средний возраст  $68,4 \pm 11,1$  лет, 62,5% мужчины), госпитализированные в связи с ОДСН. Анемию и ее степень диагностировали в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Дефицит железа (ДЖ) диагностировали при снижении ферритина  $<100$  мкг/л или при уровне ферритина 100-299 мкг/л + коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ)  $<20\%$ .

**Результаты.** Распространенность анемии среди больных с ОДСН составила 35,1% (легкой степени - 64,3%, умеренной - 25,0%, тяжелой - 10,7%); железодефицитная - 89,3%, анемия хронических заболеваний - 10,7%. 45,8% пациентов с анемией имели сниженную ФВ ЛЖ, 41,7% - сохраненную, 12,5% - умеренно сниженную, 53,6% - 3 ФК, 46,4% - 4 ФК ХСН. Одышка в покое беспокоила 78,6% пациентов, приступы сердечной астмы - 25,0%. Объективно у пациентов с анемией выявлялись периферические отеки (92,9%), гидроторакс (57,1%), ортопноэ (53,6%), асцит (32,1%), гидроперикард (21,4%), анасарка (17,9%), отек легких (7,1%). Пациенты с анемией имели более низкий уровень гемоглобина ( $108,3 \pm 19,0$  vs  $145,2 \pm 13,4$  г/л,  $p < 0,001$ ), сывороточного железа ( $6,1 \pm 4,3$  vs  $12,6 \pm 8,1$  мкмоль/л,  $p < 0,001$ ), КНТ ( $9,7 \pm 7,5$  vs  $18,4 \pm 12,1$  г/л,  $p = 0,001$ ), более высокий креатинин ( $151,7 \pm 85,0$  vs  $112,0 \pm 34,0$  мкмоль/л,  $p < 0,05$ ), чаще злоупотребляли алкоголем (33,3% vs 11,3%,  $p < 0,05$ ). Сочетание анемии и ДЖ (31,3%) сопровождалось увеличением NT-proBNP ( $5683,0$  [3494,5; 7863,6] vs  $2208,5$  [1029,8; 2839,0] пг/мл), уменьшением дистанции в тесте 6-минутной ходьбы ( $159,8 \pm 76,0$  против  $239,6 \pm 82,7$ ), снижением КЖ по визуально-аналоговой шкале ( $33,4 \pm 17,1$  vs  $46,3 \pm 20,7$ ,  $p = 0,04$ ), способности к самообслуживанию по EUROQOL GROUP EQ-5D: 52,0% были не в состоянии передвигаться vs 6,3%,  $p < 0,001$ , 44,0% не в состоянии осуществлять уход за собой, 60,0% не в состоянии заниматься повседневной деятельностью vs 18,8%,  $p = 0,008$ .

**Выводы.** Анемия выявлена у 35,1% пациентов с ОДСН, у 31,3% в сочетании с ДЖ. Ее наличие ассоциировано с более тяжелыми клиническими проявлениями СН, злоупотреблением алкоголем, повышенным уровнем креатинина. Сочетание анемии с ДЖ снижает переносимость ФН и ухудшает КЖ.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

**СМИРНОВА М.П., ЧИЖОВ П.А.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дефицит железа (ДЖ) отмечается у 5-60% пациентов с ХСН, негативно влияя на качество жизни и прогноз. Хроническая болезнь почек (ХБП) выявляется более чем у 30% пациентов с ХСН. Показатели обмена железа, эритроцитарные индексы у больных ХСН и ХБП на фоне ДЖ изучены недостаточно.

**Цель.** Изучить показатели обмена железа, эритроцитарные индексы у пожилых пациентов ХСН и ХБП с сопутствующим ДЖ.

**Материал и методы.** У 146 больных ХСН и ХБП I-III стадии, возраст  $67,9 \pm 4,2$  года, определяли уровень гемоглобина (HGB) в г/л, гематокрит (HCT) в %, средний объем эритроцита (MCV) в фл, среднее содержание (МСН) в пг и концентрацию (МСНС) в г/л гемоглобина в эритроците, концентрацию железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина (FER) в мкг/л, трансферрина (TRF) в г/л. Коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) определяли по формуле:  $Fe, \text{ мкмоль/л} \times 398 / TRF, \text{ мг/дл}$ . Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ. ДЖ диагностировали при снижении FER <100 мкг/л или FER 100-300 мкг/л при КНТЖ <20%. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 12.0.

**Результаты.** У 70 (48%) пациентов диагностирован II ФК ХСН по NYHA, у 55 (38%) – III ФК, у 21 (14%) – IV ФК. При нарастании ФК ХСН отмечалось достоверное снижение Fe, КНТЖ, HGB, HCT, MCV, МСН и МСНС. ХБП I выявлена у 10 (7%) обследуемых, ХБП II – у 78 (53%), ХБП IIIA у 46 (32%), ХБП IIIB у 12 (8%). При нарастании стадии ХБП отмечалось достоверное снижение уровня Fe, КНТЖ, МСН и МСНС. ДЖ выявлен у 104 (71%) обследованных. При наличии ДЖ у лиц с ХБП II и IIIA достоверно ниже уровень Fe, FER, КНТЖ, HGB, HCT, MCV, МСН и МСНС.

**Выводы.** При увеличении ФК ХСН выявлено снижение Fe, КНТЖ, HGB, HCT, MCV, МСН, МСНС. Нарастание стадии ХБП сопровождается снижением Fe, КНТЖ, МСН, МСНС. На фоне сопутствующего ДЖ у пациентов с ХСН и ХБП II-IIIА отмечается дополнительное снижение показателей обмена железа и эритроцитарных индексов.



## ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

СМИРНОВА М.С., МЕДВЕДЕВ К.А., ФЕДОРОВ Е.М.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Коронавирусная инфекция COVID-19 остается одной из наиболее потенциально тяжелых и распространенных острых респираторных вирусных инфекций в России. Сообщается о сохранении высокого уровня госпитальной летальности при этом заболевании.

**Цель исследования** – оценить причины внутрибольничных летальных исходов при COVID-19.

**Материал и методы.** Ретроспективно проанализированы 84 истории болезни пациентов, умерших в ковид-госпитале, развернутом на базе ГБУЗ НО «Борская центральная районная больница» в январе–феврале 2021 г. Во всех случаях производилось патологоанатомическое вскрытие. Средний возраст умерших составил  $72,6 \pm 12,0$  года, среди них было 45 (53,6%) мужчин. Распределение пациентов в зависимости от степени поражения легких по данным компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) при поступлении оказалось следующим: КТ-2 – 14 (16,7%), КТ-3 – 25 (29,8%), КТ-4 – 45 (53,6%) человек. 70 (83,33%) больных проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии от нескольких часов до 35 дней. Инвазивная искусственная вентиляция легких длительностью от нескольких часов до 20 дней проводилась 64 (76,20%) пациентам, неинвазивная вентиляция легких от нескольких часов до 19 дней – 49 больным (58,33%); среди этих пациентов 37 человек (44,05%) получали оба вида респираторной поддержки.

**Результаты.** Наиболее частыми тяжелыми осложнениями COVID-19 были: острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) – у 72 (85,71%) больных; инфекционно-токсический шок – у 13 (15,48%) пациентов; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу – у 11 (13,10%) человек. Реже наблюдались гидроторакс (n=8; 9,52%), полиорганная недостаточность (ПОН), острое почечное повреждение (ОПП) и бактериальная пневмония (n=7; 8,33% в каждом случае). Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) развился у 5 (5,95%) пациентов, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС синдром) – у 4 (4,76%), пневмоторакс – у 5 (5,95%), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоз глубоких вен (ТГВ) – у 1 (1,19%). У ряда больных имелись сразу несколько тяжелых осложнений.

**Выводы.** Ретроспективный анализ историй болезни 84 умерших в январе–феврале 2021 г. пациентов показал, что наиболее частыми тяжелыми осложнениями COVID-19 были ОРДС, инфекционно-токсический шок и ОНМК по ишемическому типу.

## ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ПНЕВМОНИТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

СМИРНОВА М.С., ЭДЕЛЕВ А.С.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Актуальность.** Ранее гиперчувствительный пневмонит (ГЧП) считался редкой патологией, но в настоящее время в структуре интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) на его долю приходится около 10%. Длительный, нередко в течение многих лет, контакт с небольшими дозами антигена может оставаться незамеченным, в связи с чем заболевание выявляется уже на стадии фиброза в легких.

**Описание клинического случая.** Пациентка В., 1961 г.р., работала на птицефабрике (зоотехник), где контактировала с биологическими антигенами (перо птиц, мучная пыль, корма) и профессиональными ирритантами. В 2005 г. перенесла пневмонию с длительным сохранением кашля. В марте 2005 г. началось кровохарканье, источник которого не был выявлен. Кашель стал постоянным. В 2006 г. в стационаре вновь была рентгенологически выявлена «пневмоническая инфильтрация». В 2007 г. после массивного контакта с птицей у пациентки возникли выраженная одышка, удушье, крапивница, распирание в груди, установлена сенсibilизация к перу и кормам. Была начата терапия системными и ингаляционными глюкокортикостероидами (ГКС). На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) легких в нижних отделах легких были обнаружены зоны «матового стекла». Пациентка была консультирована в Северо-Западном научном центре гигиены и общественного здоровья, где ей был установлен диагноз: «гиперчувствительный пневмонит профессионального генеза, хроническая форма, фаза ремиссии. Бронхиальная астма аллергического генеза. Аллергическая крапивница».

Больной была противопоказана работа с вредными веществами химической природы, пылью, аллергенами, промышленными аэрозолями. С тех пор наблюдались частые обострения и ежегодные госпитализации, которые пациентка связывает с продолжающимся кратковременным контактом с профессиональным антигеном. В период цветения приступы удушья происходили до 10 раз/сут, отмечались постоянная одышка, кашель. По данным МСКТ легких 2015 г., в S5 средней доли правого легкого и S8 нижней доли левого легкого выявлялись субплевральные очаги локального фиброза. Анализ на АНЦА – отрицательно. Пациентка получала лечение: ГКС внутривенно и ингаляционно, плазмаферез, медилпреднизолон от 1/3 до 3 таблеток через день, будесонид (суспензия) и ипратропия бромид + фенотерол через небулайзер.

**Отличительная особенность клинического случая.** ГЧП является ИЗЛ, частота которого недооценена и продолжает расти. Приведенный случай показывает, что ГЧП может выявляться поздно, протекать тяжело и приводить к развитию прогрессирующей дыхательной недостаточности и фиброза легких. Соответствующие больные нуждаются в своевременной диагностике и специализированной помощи.

## ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ У ПАЦИЕНТА С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

СМИРНОВА М.С., ЭДЕЛЕВ А.С.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Введение.** Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) являются актуальной проблемой в связи с трудностью диагностики и терапии. В последние годы принято выделять ИЗЛ с прогрессирующим легочным фиброзом.

**Описание случая.** Больная Г., 75 лет, поступила в ГКБ 5 с жалобами на одышку при минимальной нагрузке, редкий кашель со слизистой мокротой, боли и скованность в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе, слабость. Страдает бронхиальной астмой с 2018 г. В октябре 2021 г. перенесла COVID-19, КТ 25%. В феврале 2022 г. пневмония, проводилась антибактериальная терапия. В октябре 2022 г. лечилась стационарно с обострением бронхиальной астмы. В январе 2023 г. появились боли в грудной клетке, слабость, одышка. МСКТ 01.02.2022 г.: ретикулярные изменения, матовые стекла, признаки фиброза. ФВД. Легкие обструктивные нарушения. ОФВ1 78%. Пульмонологом назначен метилпреднизолон 4 табл. со снижением до 2 табл. Консультирована кардиологом, диагноз: пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Анемия легкой степени тяжести. Профессиональные вредности и вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Спит на перьевых подушках. Инвалидность 3 группы. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые. В легких рассеянные свистящие хрипы, двусторонняя инспираторная крепитация в базальных отделах сзади. ЧД 21 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 145/85 мм рт.ст. ЧСС 68 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Сатурация 97%, после теста с 3-мин. ходьбой – 93%. МСКТ 14.11.2022 г.: ретикулярные изменения, матовые стекла, тракционные бронхоэктазы, усиление фиброза, участки “сотового легкого”, расширен ствол легочной артерии. АНА положительные, иммуноблот отрицательный. Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение средней тяжести. ИЗЛ с фиброзирующим процессом, неуточненное (больше данных за хронический фибротический гиперчувствительный пневмонит). ДН I. Проводилась терапия: ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС)/ длительно действующий бета-агонист, ГКС внутривенно, через небулайзер, метилпреднизолон 2 табл., тиотропий/олодатерол, рекомендован антифибротик нинтеданиб.

**Трудности в диагностике и лечении пациента.** Данный случай демонстрирует сложность диагностики при ИЗЛ. Прогрессирование легочного фиброза у больных с ИЗЛ приводит к дыхательной недостаточности, требует наблюдения и активной терапии.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САРКОПИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

СОКОЛОВА А.В., ДРАГУНОВ Д.О., ГУМЕРОВА Е.Р., АРУТЮНОВ Г.П., КОШУРНИКОВ Д.С., ДОЛОТКАЗИНА Е.Н., ГАЖА Т.А.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*НИИОЗММ ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация*

*ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить распространенность саркопии у коморбидных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической болезнью почек (ХБП).

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе гериатрического центра ГБУЗ "ГВВ № 3 ДЗМ" в 2018-2023 гг. Включено в исследование 107 пациентов с установленным диагнозом ХСН, средний возраст составил  $69,6 \pm 11,3$  года. Мужчин – 45 (42%), женщин – 62 (58%). Мышечную силу определяли с помощью механического кистевого динамометра ДК-25. Для оценки мышечной функции проводили SPPB тест. Состав тела оценивали с помощью биоимпеданса (АВС-02, «Медасс», РФ). СКФ рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ. Альбуминурию определяли методом сухой химии, с помощью тест-полосок исследовали альбумин/креатининовое соотношение в утренней порции мочи. Для статистической обработки данных использовали язык R, среда обработки RStudio.

**Результаты.** В группе были пациенты с различными функциональными классами (ФК) ХСН по NYHA: с 1-м ФК – 15 (14%) пациентов, со 2-м – 37 (35%), с 3-м – 50 (47%), с 4-м ФК – 5 (5%). У 105 пациентов была выявлена ХБП различных стадий: С2 (ХБП2) имели 32 (34%) пациента, С3а (ХБП3а) – 31 (33%), С3б (ХБП 3б) – 32 (34%), С4 (ХБП4) – 10 (11%), и только 2 (2%) пациента не имели ХБП. Наибольшее число декомпенсации ХСН выявлено у пациентов с ХБП3б и ХБП С4, которые имели 3-й ФК. Уровень альбумина был выше в группе ХБП2 и у не имевших поражения почек. У 42 (39%) пациентов с ХСН и ХБП выявлена пресаркопения и у 41 (38%) пациентов – саркопения. Наиболее распространено снижение массы мышц у пациентов со 2-й и 3-й стадиями ХБП. Выраженное снижение в группе пациентов со 2-й и 3-й стадиями ХБП из-за большего числа женщин с 3б стадией. Статистической значимости зависимость между силой хвата кисти и ХБП достигла только у лиц женского пола. Снижение мышечной силы растет с выраженностью ХБП, но у мужчин данная зависимость четко не прослеживается. Согласно многофакторному регрессионному анализу, наибольшим образом на риск возникновения саркопии влияли жировая масса (ОШ 1,14, 95% ДИ 1,01-1,34,  $p=0,057$ ), индекс мышечной массы (ОШ 0,61, 95% ДИ 0,42-0,79,  $p=0,002$ ), мужской пол (ОШ 1,17, 95% ДИ 60,9-85,77,  $p < 0,001$ ), уровень альбумина (ОШ 0,75, 95% ДИ 0,54-0,96,  $p=0,043$ ). Зависимость между стадией ХБП и саркопией наиболее значимо показана при анализе результатов SPPB-теста. По мере нарастания стадии ХБП результат теста ухудшается. Это связано с тем, что SPPB-тест комплексно оценивает не только мышечную силу, но и функцию, которая ухудшается по мере прогрессирования стадии ХБП.

**Выводы.** Нарастание саркопии происходит по мере снижения фильтрационной функции почек у пациентов с ХСН и ХБП. Для определения степени саркопии у пациентов с ХБП наилучшим способом является проведение SPPB-теста.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ МЕТФОРМИНОМ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ САРКОПЕНИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

СОКОЛОВА А.В., ДРАГУНОВ Д.О., КЛИМОВА А.В., АРУТЮНОВ Г.П., ЛЫТКИНА К.А., КУЛАГИНА Н.П., КУРБАНОВА С.А.

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*НИИОЗММ ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация*

*ГБУЗ «ГВВ № 3 ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить параметры, отражающие саркопению, оценить эффективность применения метформина у коморбидных пациентов.

**Материал и методы.** Систематический поиск клинических исследований проводился в базах данных MEDLINE через PubMed, Кокрановского Центрального Регистра контролируемых испытаний (CENTRAL), ResearchGate с января 1990 г. по март 2019 г. Для статистической обработки полученных данных использовали язык R с программной средой RStudio. Сформированы группы: 194 пациента, получавших метформин, и 197 пациентов, получавших плацебо.

**Результаты.** Возраст включенных в исследование пациентов в среднем составил 49 лет. Медиана наблюдения в исследованиях составила 12 недель. Применение метформина у пациентов с различным метаболизмом глюкозы (сахарный диабет 2 типа, нарушение толерантности к глюкозе, предиабет) не привело к значимым изменениям композиции тела (тощая масса тела в среднем увеличилась на 0,9 кг (MD 0,8815 доверительный интервал (ДИ) (-0,11; 1,87),  $p=0,0818$ ), жировая масса снизилась на 0,7% (MD -0,6856 ДИ (-1,54; 0,17),  $p=0,1170$ )), но достоверно увеличило мышечную силу на 0,5 кг (SMD 0,5241 ДИ (0,2265; 0,8217),  $p=0,0006$ ).

**Выводы.** Метаанализ позволил подтвердить, что применение метформина оказывает влияние на мышечную силу, что позволяет рассматривать этот препарат для лечения саркопении. К сожалению, малое количество исследований не позволило проанализировать влияние метформина на ряд характеристик: мышечную силу, мышечную функцию (скорость ходьбы, функциональные тесты).

## **ВКЛАД СИСТЕМЫ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА В 12-МЕСЯЧНУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ**

**СПАСЕНКОВ Г.Н., ХЛЫНОВА О.В., КОРЯГИНА Н.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., НУРИСЛАМОВА А.А., БОРОДУЛИН Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.**

*ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», г. Пермь, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность.** В 2020 г. мир столкнулся с беспрецедентным вызовом в виде пандемии коронавируса, что потребовало пересмотра многих существующих медицинских подходов. Пермский край не стал исключением, применяя новаторские стратегии в сфере медицины для борьбы с последствиями пандемии. Особое внимание было уделено созданию системы удаленного мониторинга здоровья пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы.** В исследовательский процесс были включены 253 пациента ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер». Участники проходили обследование после перенесенного инфаркта миокарда в период с 2019 по 2022 гг. Обследование и лечение пациентов проводилось согласно действующим клиническим рекомендациям.

**Результаты.** Использование УМ позволило медицинским специалистам реагировать на изменения состояния пациентов в режиме реального времени, что, как показали результаты, способствовало улучшению показателей ЛПНП ( $p=0,049$ ) и ИА ( $p=0,019$ ) у пациентов, добровольно согласившихся на систему УМ, так же пациенты, присоединившиеся к программе УМ, продемонстрировали впечатляющую выживаемость в 97,3% через год после начала исследования. Эти данные контрастируют с результатами тех пациентов, которые не были включены в систему мониторинга – их показатель выживаемости составил 88,6%.

**Выводы.** Проведенное исследование ярко демонстрирует потенциал удаленного мониторинга в современной медицине. Сравнив две группы пациентов – тех, кто был подвергнут системе удаленного мониторинга, и тех, кто от нее отказался, – было установлено статистическое различие в данных общего анализа крови и биохимических показателей между группами. Эти данные подтверждают необходимость дальнейшего развития и внедрения системы УМ для улучшения качества медицинского обслуживания.

## **СРАВНЕНИЕ РАБОТЫ СИСТЕМЫ УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ГОРОДУ ИЛИ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**СПАСЕНКОВ Г.Н., ХЛЫНОВА О.В., КОРЯГИНА Н.А., ПЕСТЕРЕВ Е.А., КОРЯГИН В.С.,  
НУРИСЛАМОВА А.А., БОРОДУЛИН Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.**

*ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», г. Пермь, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская  
Федерация*

**Актуальность.** В ответ на глобальную пандемию новой коронавирусной инфекции в 2020 г. в Пермском крае были внедрены инновационные подходы в здравоохранении. В связи с серьезным увеличением случаев сердечно-сосудистых заболеваний встала необходимость эффективно следить за состоянием здоровья таких пациентов, особенно, перенесших инфаркта миокарда. Особое внимание было уделено созданию системы удаленного мониторинга здоровья пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель.** Сравнить эффективность работы системы удаленного мониторинга в зависимости от принадлежности пациентов к городу или сельской местности.

**Материал и методы.** В исследование включены 146 пациентов, которые перенесли ИМ в ГБУЗ ПК «ККД» в период с 2019 по 2022 гг. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от их принадлежности к городу (72 пациента) или сельской местности (74 пациента). Все пациенты были подвергнуты программе удаленного мониторинга.

**Результаты.** Пациенты на УМ демонстрировали систематическое улучшение показателей по уровню общего ХС, ЛПНП и ЛПВП независимо от их географической принадлежности. Неожиданным и весьма интересным результатом исследования оказалось выявление статистически значимых различий между пациентами, проживающими в г. Перми и на территориях Пермского края. Именно пациенты из сельской местности продемонстрировали улучшенные показатели по общему ХС ( $p=0,045$ ), ЛПНП ( $p=0,010$ ) и ЛПВП ( $p=0,049$ ).

**Выводы.** Полученные данные могут свидетельствовать о том, что система удаленного мониторинга оказывает более значительное влияние на пациентов, проживающих на территориях, отдаленных от краевого центра. Возможно, такой эффект наблюдается за счет компенсации недоступности полного спектра медицинских услуг.

## **РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА СРЕДИ ВРАЧЕЙ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**СТАЦЕНКО М.Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М.В., ФЕДОТОВ В.В., ШАПОШНИКОВА М.Ю.**  
*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** Многие авторы рассматривают гиперурикемию как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и метаболических нарушений. Однако отсутствуют исследования, направленные на поиск связи между уровнем мочевой кислоты (МК) сыворотки крови и значением кардиометаболического риска.

**Цель.** Установить связь между уровнем МК сыворотки крови и прогрессированием КМР среди преподавателей и врачей Волгоградской области.

**Материал и методы.** Обследовано 200 преподавателей и врачей в возрасте от 39 до 69 лет. КМР обследуемых был посчитан с использованием разработанной электронно-вычислительной машины (ЭВМ) (свидетельство о государственной регистрации № 2022665741 от 19 августа 2022 г.). Работа ЭВМ основана на шкале CMDS по оценке КМР, представленной в Национальных рекомендациях по ожирению. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета программ Microsoft Excel 2010, SPSS statistics версия 26.

**Результаты.** Повышенный индекс массы тела имели 128 (64%) обследуемых. Повышенное значение окружности талии/окружности бедер – 82 (41%) обследуемых. Повышенное значение систолического и диастолического артериального давления – 140 (70%) обследуемых. Висцеральное ожирение имел 61 (30,5%) обследуемый. Проведен ROC-анализ взаимосвязи уровня МК и КМР. Площадь под кривой равна 0,679, а значение "Quality" – 0,6. Данную модель можно считать достаточно достоверной. При этом очень высокий уровень КМР обнаруживался у всех обследуемых при отсечке значения МК 269,5 мкм/л (чувствительность – 68,4%; специфичность – 56,2%), что является нормой содержания МК в сыворотки крови у обоих полов. Выявленная взаимосвязь в данной выборке дает возможность говорить об особой роли МК как независимого фактора КМР.

**Выводы.** В результате использования ЭВМ в кратчайшие сроки удалось установить положительную связь между уровнем МК и КМР, а также определить значение уровня МК сыворотки крови, при котором в обследуемой группе наблюдается очень высокий КМР, что позволяет на ранних этапах при дополнительном обследовании выявить сопутствующие заболевания, а также разработать индивидуальные методы профилактики.



## **ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

**СТАЦЕНКО М.Е., СТРЕЛЬЦОВА А.М.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить характер связи между показателями висцерального ожирения (ВО) и структурно-функционального состояния сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** В сравнительном поперечном исследовании участвовали 120 пациентов, в возрасте 45-65 лет, обоего пола с АГ I-II степени, 1-2 стадии (с НАЖБП (FLI >60) и без нее). Основную группу составили 60 пациентов с АГ и НАЖБП, в контрольную – 60 пациентов с АГ без НАЖБП. Проведено клиническое обследование, измерение «офисного» АД, ЭхоКГ, биоимпедансометрия тела (БИМТ) и определение толщины эпикардальной жировой ткани (тЭЖТ). Значимыми считали различия, превышающие 95% вариабельности признака ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** По основным клинико-демографическим показателям группы были сопоставимы. БИМТ показала, что у пациентов с коморбидной патологией выше % подкожного (42,4 (33,4; 47,5) vs 30,4 (25,0; 38,6) %,  $p < 0,001$ ) и висцерального жира (ВЖ) (12,5 (11,0; 15,0) vs 8,0 (6,0; 10,0) %,  $p < 0,001$ ) по сравнению с пациентами с изолированной АГ. Данные ЭхоКГ продемонстрировали, что у пациентов с АГ и НАЖБП по сравнению с пациентами с АГ без НАЖБП, увеличена толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (11 (10,5; 12) vs 10,8 (10; 11) мм,  $p=0,019$ ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) (12 (11; 12) vs 10,5 (10; 12,4) мм,  $p=0,012$ ), длина и ширина правого (36 (34; 36) vs 34 (31,5; 37) мм,  $p=0,012$  и 50 (48; 56) vs 46,5 (45; 50,5) мм,  $p < 0,001$ , соответственно) и левого предсердия (38 (35; 39,5) vs 35 (33; 36) мм,  $p < 0,001$  и 53,3 (49; 57) vs 48 (47; 52) мм,  $p < 0,001$ , соответственно), тЭЖТ (5,0 (4,0; 6,5) мм vs 3,0 (2,0; 3,5) мм,  $p < 0,001$ ). Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у пациентов с АГ и НАЖБП была больше, чем у больных изолированной АГ (227,5 (217,5; 275) vs 226 (190; 250) г,  $p=0,029$ ). У пациентов с АГ и НАЖБП чаще, чем при изолированной АГ, выявляли признаки ГЛЖ (81,7% против 68,3% случаев; ОШ 2,06; 95% ДИ 0,87-4,88,  $p=0,070$ ). При изучении геометрии левого желудочка (ЛЖ) выяснено, что в 1-й и 2-й группе концентрическая гипертрофия ЛЖ наблюдалась у 45 (75,0%) и 33 (55,0%) (ОШ 2,45; 95% ДИ 1,12-5,37,  $p=0,017$ ) пациентов, соответственно. Обнаружена зависимость ММЛЖ и ТМЖП от количества (%) ВЖ, которая описывается уравнениями:  $ММЛЖ = 178,7 + 5,34 \cdot ВЖ$  и  $ТМЖП = 10,3 + 0,2 \cdot ВЖ$ . При увеличении количества висцерального жира на 1% следует ожидать увеличения ММЛЖ на 5,34 г, а ТМЖП на 0,2 мм. Уровень значимости для ММЛЖ и ТМЖП составил  $< 0,01$  (95% ДИ 3,36-7,32 и 95% ДИ 0,05-0,14, соответственно). При оценке зависимости ММЛЖ от тЭЖТ (регрессионное уравнение:  $УММЛЖ = 181,1 + 12,8 \cdot Х_{тЭЖТ}$ ) отмечено, что увеличение тЭЖТ на 1 мм может сопровождаться увеличением ММЛЖ на 12,8 г.

**Выводы.** У больных АГ и НАЖБП достоверно чаще, чем у больных АГ без НАЖБП, встречается концентрическая ГЛЖ, а также имеется тесная достоверная связь между увеличением выраженности ВО и ГЛЖ.

## **ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**СТАЦЕНКО М.Е., ТУРКИНА С.В., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М. Н., ТЫЩЕНКО И. А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** У пациентов с гиперурикемией (ГУ) неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) встречается чаще, а среди больных со стеатозом печени повышение мочевой кислоты (МК) отмечается у подавляющего большинства по сравнению с популяцией. Требуется дальнейших исследований оценка роли гиперурикемии (ГУ) в изменении структуры печени при НАЖБП и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Цель.** Изучение значения ГУ в формировании структурных изменений печени у пациентов с НАЖБП и ХСН.

**Материал и методы.** Обследованы 100 больных с ХСН ишемического генеза I-II А стадии I-III функциональных классов (средний возраст  $55,4 \pm 4,3$  года) и НАЖБП (Клинические рекомендации: НАЖБП у взрослых, 2022 г.). Распределение пациентов на группы проводилось согласно уровню МК в крови (за ГУ принимали уровень МК более 360 мкмоль/л): основная ( $n=50$ , с ГУ) и контрольная ( $n=50$ , с МК в пределах нормы). Группы были сопоставимы по клинико-демографическим характеристикам, тяжести ХСН. Сахарный диабет относился к критериям исключения. Структуру печени оценивали расчетными индексами стеатоза (FLI), процентного содержания жира (ПСЖ) по Kotronen A. и фиброза (NFS) печени. Обработку результатов проводили встроенными функциями программы MS Excel и программой «STATISTICA 7.0».

**Результаты.** Средние значения МК составили  $392,4 \pm 26,6$  vs  $195,1 \pm 54,1$  мкмоль/л: в основной и контрольной группе. В основной группе больных был достоверно выше: FLI ( $82,6 \pm 8,2$  vs  $65,2 \pm 5,8$  у.ед.), ПСЖ ( $20,1 \pm 4,1$  vs  $15,1 \pm 2,5\%$ ), NFS ( $-0,5 \pm 0,9$  vs  $-2,5 \pm 0,8$ ). В группе пациентов с ГУ отмечены статистически значимые корреляции между ПСЖ печени и уровнем МК:  $r=0,36$ ,  $p < 0,05$ ; МК с NFS и FLI:  $r_1=0,3$ ,  $r_2=0,23$ ,  $p < 0,05$  соответственно.

**Выводы.** У больных ХСН и НАЖБП при ГУ выявлены достоверно более выраженные жировые и фиброзные изменения печени по сравнению с группой контроля, коррелирующие с уровнем МК.

## ОЦЕНКА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЛИЦ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

СТАЦЕНКО М.Е., ТУРКИНА С.В., ТИТАРЕНКО М.Н., КОСИВЦОВА М.А., ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация

**Актуальность.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) в большинстве случаев наблюдается у пациентов с ожирением. Однако в 20% случаев НАЖБП развивается у пациентов с нормальным индексом массы тела (НИМТ). Ключевое звено в патогенезе НАЖБП пациента с ожирением - инсулинорезистентность (ИР). Частота встречаемости ИР у пациентов с НИМТ не изучена.

**Цель.** Оценить ИР у пациентов НАЖБП с НИМТ.

**Материал и методы.** Обследованы 100 больных с признаками НАЖБП (клинические рекомендации: НАЖБП у взрослых, 2022 г.) в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст  $54,1 \pm 4,3$  года). Все пациенты были разделены на 2 группы согласно уровню ИМТ: основная ( $n=50$  человек с ИМТ  $\leq 24,9$  кг/м<sup>2</sup>) и контрольная ( $n=50$  с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>). Пациенты были сопоставимы по основным клинико-демографическим характеристикам. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, ожирением 3 степени из исследования были исключены. Оценка наличия ИР проводилась путем определения индекса триглицериды-глюкоза (ТyG), определяли уровень мочевого кислоты, общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП), рассчитывали индексы FLI и FIB-4. Обработку результатов проводили с помощью программы «STATISTICA 7.0».

**Результаты.** Индекс ТyG у пациентов с НИМТ составил  $4,68 [4,43; 4,96]$ , с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> -  $4,91 [4,69; 5,23]$  ( $p < 0,05$ ). Частота встречаемости ИР в основной группе составила 62,8% (ТyG  $> L_n 4,68$ ), тогда как в контрольной группе - 92% ( $p_{1,2} < 0,05$ ). В основной группе выявлены достоверные корреляционные связи между индексом ТyG и уровнем общего билирубина, и ГГТП ( $r=0,75$ ;  $r=0,63$ ,  $p < 0,05$  соответственно), мочевого кислоты и индексом FIB-4 ( $r=0,39$ ,  $p < 0,05$ ). В контрольной группе индекс ТyG коррелировал с показателем уровня мочевого кислоты ( $r=0,45$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем АЛТ и АСТ:  $r=0,48$  и  $r=0,62$ ,  $p < 0,05$  соответственно. Кроме того, отмечена статистически значимая корреляционная связь между индексом ТyG и уровнем ГГТП ( $r=0,56$ ,  $p < 0,05$ ), и индексом FLI ( $r=0,62$  при  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У больных с НАЖБП и НИМТ ИР встречалась в 62,8%. Отмечена достоверная корреляционная взаимосвязь между индексом ИР и уровнем билирубина, ГГТП, мочевого кислоты и FIB-4.

## ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2 У ВАКЦИНИРОВАННЫХ И НЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

СТЕБЛЕЦОВ С.В., ЗАКИРОВА А.С., МАСЛЕННИКОВА О.М.  
ФГБУ ДПО ЦГМА, г. Москва, Российская Федерация

**Цель.** Изучить особенности течения COVID-19 у привитых и непривитых пациентов.

**Материал и методы.** Был пролечен 421 пациент с коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, осложнившейся двусторонней полисегментарной пневмонией. Из них 254 человека были не привиты, 167 человек прививались вакцинами Спутник V (98 человек), Спутник Лайт (12 человек), КовиВАК (31 человек), Эпивак Корона (26 человек). Группы вакцинированных и невакцинированных пациентов были сопоставимы по возрасту и полу. Пациентам проводилась компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с расчетом объема пораженной легочной ткани по данным программного обеспечения Thoracic VCAR. Пациенты получали глюкокортикостероиды, антикоагулянты, муколитические, ферментативные, гастропротективные препараты. Проводились физиотерапевтические процедуры и лечебная гимнастика.

**Результаты.** Из непривитых пациентов у 8 человек (3,2%) развилась пневмония с выраженной степенью поражения легочной ткани (КТ 4). В группе привитых максимальная степень поражения легочной паренхимы доходила до КТ 3, которая была выявлена у 8 человек (4,8%). Основную долю среди непривитых пациентов (46,1%) составила КТ 2, среди привитых (57,5%) – КТ 1.

Течение пневмонии у привитых пациентов не доходило до тяжелой степени тяжести (КТ 4), как следствие, сроки госпитализации, а также период реабилитации уменьшались. Сроки госпитализации у вакцинированных пациентов составляли в среднем  $11,4 \pm 3,8$  койко-дней. У не вакцинированных пациентов течение заболевания имело более затяжной характер на каждой из стадий поражения, стабилизации и разрешения с удлинением сроков заболевания до нескольких месяцев, в среднем сроки госпитализации составляли  $13,6 \pm 5,4$  дней.

У пациентов, привитых вакцинами Спутник V и КовиВАК в большинстве случаев степень поражения легочной ткани была КТ 1 (61,2% и 74,2% соответственно). У 83,3% привитых вакциной Спутник Лайт диагностировалась КТ 2, при этом увеличения распространения поражения легочной паренхимы не наблюдалось. При оценке тяжести пневмонии пациентов, привитых вакциной ЭпиВак Корона выявлено смещение распределения в сторону высокой степени поражения легочной ткани.

**Выводы.** Течение пневмонии, ответ организма на лечение, в том числе на иммунную таргетную терапию, а также сроки лечения кардинально различались у привитых и непривитых пациентов.

## **ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ В ИСХОДЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**СТЕПЧЕНКО М.А., МИХАЙЛЕНКО Т.С., КУНАКОВА А.Е., КУНАКОВ Д.В.**  
*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация*

**Актуальность.** К настоящему времени хорошо известны более двух десятков причин железодефицитной анемии (ЖДА), однако существует описание и крайне редких причин возникновения этого заболевания.

**Описание клинического случая.** Пациент Н., мужчина 33 лет, был госпитализирован в связи с тяжелой степенью анемии. Из анамнеза известно, что в 2004 г. ему была проведена трансплантация печени от живого родственного донора (матери) по поводу цирроза печени в исходе болезни Вильсона–Коновалова. В 2017 г. у пациента была диагностирована поздняя стадия хронического отторжения трансплантата, фиброз печени F3. От ретрансплантации он отказался по семейным обстоятельствам. Наблюдается по месту жительства.

При объективном обследовании: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком, геморрагий нет. Печень у края реберной дуги, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 8–10 см. Наличие панцитопении (Hb – 65 г/л, Ht – 22,6 %, MCV – 64,5 фл, MCH – 18,6 пг, тромбоциты –  $39 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $1,4 \times 10^9$ /л) в общем анализе крови послужило основанием для выполнения стеральной пункции. В анализе пунктата костного мозга: бластные клетки – 1,4%; красный росток – 26,8; лимфоциты – 4,8 %; моноциты – 1,0%. Костный мозг многоклеточный, количество мегакариоцитов нормальное. Данные стерального пунктата позволили исключить патологию, связанную с костномозговой недостаточностью. Уровень сывороточного железа составил 2,8 мкмоль/л.

С целью подтверждения портальной гипертензии, в частности наличия варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, была выполнена фиброгастродуоденоскопия. Эндоскопически – варикозное расширение вен пищевода II ст. по N. Soehendra, K. Vinmoeller, портальная гипертензионная гастропатия I ст. по NIES. При фиброколоноскопии был обнаружен хронический колит.

Пациенту было назначено лечение: такролимус пролонгированного действия 6,5 мг 1 раз/сут, урсодезоксихолевая кислота 500 мг 3 раза/сут, омепразол 20 мг утром и на ночь, заместительная терапия компонентами крови (эритроцитарная взвесь лейкоредуцированная №3 1015 мл), гидроксида полимальтозат (III) 100 мг 2 раза/сут. Проведенная терапия дала положительный эффект.

**Отличительная особенность клинического случая.** Данный клинический случай представляет практический интерес в связи с выявлением редкой причины ЖДА – наличия портальной гипертензии (варикозное расширение вен пищевода) на фоне цирроза трансплантата печени (F4 по METAVIR), класс A по Child–Turcotte–Pugh, MELD 11 баллов, в исходе болезни Вильсона–Коновалова.

## ОЦЕНКА ИСТИННОЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

СУХАНОВ С.А., ЗАНОЗИНА О.В.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Цель исследования** – оценить жесткость сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2), перенесших новую коронавирусную инфекцию, с помощью объемной сфигмографии.

**Материал и методы.** Обследованы 28 пациентов с СД 2, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию в 2020–2021 гг. Контрольную группу составили 10 молодых людей без СД. При проведении исследования использовался диагностический комплекс VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония). Оценивались индекс САVI (Cardio-Ankle Vascular Index – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс), отражающий истинную жесткость сосудистой стенки, индекс ABI (Ankle Brachial Index – лодыжечно-плечевой индекс), показывающий степень стеноза или окклюзии артерий нижних конечностей в результате атеросклероза, и индекс аугментации в аорте. У пациентов с СД 2 определялись гликемические показатели (гликемия натощак, через 2 ч после еды, амплитуда гликемических колебаний, гликированный гемоглобин), липидограмма. Обработка данных выполнялась с помощью программного пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

**Результаты.** Средний возраст больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, составил  $62,3 \pm 3,2$  года, индекс массы тела –  $34,5 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup>. Уровень общего холестерина был равен  $5,8 \pm 0,42$  ммоль/л, липопротеидов низкой плотности –  $3,8 \pm 0,31$  ммоль/л, гликированного гемоглобина –  $7,4 \pm 0,32\%$ . У пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, средний САVI составил 7,54, ABI – 1,04. При этом сердечно-лодыжечный сосудистый индекс больше 9,0 был зарегистрирован у 5 пациентов (у 3 из них заболевание протекало в тяжелой форме), пограничные его значения (от 8 до 9) имели место у 9 участников (среди них заболевание протекало в тяжелой форме у 6 человек). У 14 больных были зарегистрированы нормальные значения сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (в этой группе тяжелое течение было у 1 пациента). Найдены значимые корреляции САVI с возрастом ( $r=0,9$ ;  $p < 0,05$ ), уровнем гликированного гемоглобина ( $r=0,99$ ,  $p < 0,05$ ), амплитудой гликемических колебаний ( $r=0,88$ ,  $p < 0,05$ ), а также ассоциация с тяжестью, перенесенной новой коронавирусной инфекции. В контрольной группе средний возраст участников составил 23 года, средний индекс САVI – 5,58, ABI – 1,16.

**Выводы.** При помощи объемной сфигмографии с использованием диагностического комплекса VaSera-1500 (Fukuda Denshi, Япония) можно быстро определить жесткость сосудистой стенки у пациентов с СД 2, перенесших новую коронавирусную инфекцию, что позволит в дальнейшем определить объем дообследования и медицинской реабилитации.

## **ВОЗМОЖНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ИСТИННОЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОДНОНУКЛЕОТИДНЫМ ПОЛИМОРФИЗМОМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ**

**СУХАНОВ С.А., ЗАНОЗИНА О.В., НЕКРАСОВ А.А, КОБАЛАВА М.В., ЛАГОНСКАЯ В.Н.**  
*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*  
*ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Цель:** оценить взаимосвязь истинной жесткости сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) с однонуклеотидным полиморфизмом некоторых генов.

**Материал и методы.** Нами обследованы 44 пациента с СД2. Контрольную группу составили 15 молодых людей без СД2. У пациентов с СД2 оценивали гликемические показатели (гликемию натощак, через 2 часа после еды, амплитуду гликемических колебаний, гликированный гемоглобин), липидограмму, микроальбуминурию. Для определения жесткости сосудистой стенки использовали диагностический комплекс VaSera-1500 (Fukuda Denshi, Япония). Оценивали индекс САVI (сердечно-лодыжечный сосудистый индекс), отражающий истинную жесткость сосудистой стенки, индекс АВИ (лодыжечно-плечевой индекс), отражающий степень стеноза или окклюзии артерий нижних конечностей в результате атеросклероза, и индекс аугментации в аорте. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с детекцией в реальном времени и ИФА определяли мутации однонуклеотидных полиморфизмов генов (ОНП), потенциально оказывающих влияние на жесткость сосудистой стенки: матриксной металлопротеиназы 1 1607insG, С-реактивного белка С1444Т, интерлейкина 2 Т330G, переносчика жирных кислот FABP2, эндотелина 1 Lys198Asn, ангиотензиногена 2 Met235Thr, ингибитора активатора пламиногена SERPINE (PAI) 1. Обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США).

**Результаты.** Средний возраст больных, перенесших новую короновирусную инфекцию, составил  $61,3 \pm 4,3$  года, индекс массы тела –  $32,4 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>. Общий холестерин составлял  $6,1 \pm 0,38$  ммоль/л, липопротеиды низкой плотности –  $4,1 \pm 0,29$  ммоль/л, гликированный гемоглобин –  $7,6 \pm 0,59\%$ . У пациентов с СД2 средний САVI составил 7,72, АВИ – 1,01. В контрольной группе (средний возраст 22 года) индекс САVI составил 5,23, АВИ – 1,14. Найдены значимые корреляции САVI с возрастом ( $r=0,9$ ;  $p < 0,05$ ), уровнем гликированного гемоглобина ( $r=0,99$ ,  $p < 0,05$ ), амплитудой гликемических колебаний ( $r=0,88$ ,  $p < 0,05$ ). Также получены ассоциации САVI с минорными аллелями некоторых ОНП (матриксной металлопротеиназы 1 1607insG, С-реактивного белка С1444Т, интерлейкина 2 Т330G, переносчика жирных кислот FABP2, эндотелина 1 Lys198Asn).

**Выводы.** С помощью объемной сфигмографии можно быстро определить жесткость сосудистой стенки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Нами показана возможная взаимосвязь истинной жесткости сосудистой стенки у пациентов с СД2 с однонуклеотидным полиморфизмом некоторых генов.

## **ПОЛИАРТРИТ ПОСЛЕ COVID-19 – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ**

**СУЩУК Е.А., ИВАХНЕНКО И.В., КРАЮШКИН С.И.**

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация

**Актуальность.** Вирус SARS-CoV-2 может индуцировать развитие хронической мышечно-скелетной патологии, включая ревматоидный артрит (РА), реактивный артрит (РеА), системные заболевания соединительной ткани и др. Возникновение полиартритов заставляет в первую очередь рассматривать у пациентов дебют аутоиммунного заболевания, прогноз таких артритов и способы лечения остаются недостаточно изученными.

**Цель.** Выполнить систематический обзор литературы о клинических особенностях, прогнозе и лечении пациентов с полиартритами после доказанной инфекции SARS-CoV-2, проанализировать собственный опыт лечения пациентов с проявлениями симметричного полиартрита мелких суставов после COVID-19.

**Материал и методы.** Выполнен поиск публикаций по проблеме с ключевыми словами COVID-19, SARS-CoV-2, симметричный полиартрит в международных библиографических базах, осуществлен анализ описаний случаев полиартрита, диагностированных после перенесенного COVID-19.

**Результаты.** Обнаружено описание 58 случаев развития артрита, ассоциированного с COVID-19, из них 23 случая РеА, 12 случаев РА и 14 случаев - пост-вирусный артрит. В 2 случаях РА описан как серонегативный, в остальных – серопозитивный, преимущественно АЦЦП (+). В 9 случаях описана характерная картина симметричного полиартрита, негативного по ревматоидному фактору (РФ), антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антинуклеарным антителам (АНА), без выраженного повышения СРБ и СОЭ. Для лечения были использованы НПВП, глюкокортикоиды, в ряде случаев лефлюномид, метотрексат и гидроксихлорохин. Собственное наблюдение включает женщину 54 лет с болями, ограничением подвижности, утренней скованностью до 90 минут в суставах кистей и стоп в течение 7 недель, симптомы появились через 3 недели после COVID-19. Отмечалась болезненность в тесте поперечного сжатия пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, плюснефаланговых суставов с обеих сторон. Счет болезненных суставов кистей 10, стоп – 7. Экссудация и утолщение синовиальной оболочки в 12 суставах кистей и 8 суставах стоп. РФ, АЦЦП и АНА – отрицательно; СРБ 3 мг/л, СОЭ 6 мм/ч. Рентгенография кистей без патологических проявлений. Выполняются классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 (6 баллов), активность по DAS-28 5,31 (высокая). Проведена терапия НПВП, низкими дозами глюкокортикоидов с позитивным эффектом.

**Выводы.** Можно выделить особую форму симметричного серонегативного полиартрита после перенесенного COVID-19, которая фенотипически схожа с РА, но отличается отсутствием эрозий.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕГО ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

СУЩУК Е.А., КОЛЕСНИКОВА И.Ю., КРАЮШКИН С.И.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация

**Цель.** Провести анализ клинических проявлений у больных системной красной волчанкой (СКВ) с дебютом в различном возрасте и выделить особенности течения при дебюте СКВ в возрасте старше 50 лет.

**Материал и методы.** В исследование включали пациентов с верифицированным диагнозом СКВ. Категории дебюта: при возникновении заболевания в возрасте до 18 лет (независимо от возраста фактического установления диагноза) – СКВ с дебютом в детском возрасте (СКВдет), при возникновении в возрасте 18-49 лет – СКВ с дебютом в зрелом возрасте (СКВзр) и при возникновении в возрасте 50 лет и старше – СКВ с поздним дебютом (СКВпозд). Проведен анализ частоты симптомов и признаков, учитывали симптомы в течение всего курса заболевания. Для анализа использованы критерии  $\chi^2$  и критерий Фишера, критерий Манна-Уитни,  $p < 0,05$  принимали за статистически значимые.

**Результаты.** Включены 129 пациентов с СКВ, из них 11 – с СКВпозд, 30 – с СКВдет и 88 – с СКВзр. Медиана (Me) возраста дебюта при СКВпозд составила 56 лет SLE (M (SD) 56,3 (2,57), диапазон 50-61 лет). Me продолжительности болезни при СКВпозд составила 8 лет (M (SD) 6,8 (3,32), диапазон 1,0-11 лет), при СКВдет 5,5 лет (M (SD) 5,5 (3,62), диапазон 0,5-14 лет), при СКВзр 4 года (M (SD) 7,6 (7,67), диапазон 0,5-27 лет). Пациенты с СКВпозд значительно чаще отмечали кластерные головные боли – у 63,6% с СКВпозд, в сравнении с 6,7% при СКВдет и 9,1% при СКВзр ( $p < 0,001$ ), и мигренозные головные боли – у 54,5% пациентов с СКВпозд и у 3,3% с СКВдет, у 11,4% с СКВзр ( $p < 0,001$ ). Значимых различий в частоте поражения суставов, мышц, покровов, желудочно-кишечного тракта отмечено не было. Поражение сердечно-сосудистой системы чаще отмечено при СКВпозд, преимущественно в форме сердечной недостаточности (45,5% при СКВпозд), артериальной гипертензии (81,8% при СКВпозд) и цереброваскулярной патологии (63,3%), для всех сравнений  $p < 0,005$ . Значимых различий в активности СКВ по индексам SLAM, ECLAM, SLEDAI-2K и BILAG-2004 не обнаружено. Повреждение по индексу SLICC/ACR оказалось выше при СКВпозд (M (SD) 2,82 (1,67) баллов),  $p=0,01$ . Качество жизни значимо не различалось у пациентов с разным возрастом дебюта.

**Выводы.** При позднем дебюте СКВ чаще имеется болевой синдром, преимущественно за счет кластерной и мигренозной головной боли и поражение сердечно-сосудистой системы. Активность СКВ не определяет частоту встречаемости болевого синдрома.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАЛИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ТАЮТИНА Т.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

**Актуальность.** Амбулаторный этап легочной реабилитации больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) успешен, если осуществлен комплексный подход к его реализации.

**Цель.** Оценить эффективность комплексного подхода к реализации амбулаторного этапа реабилитации с обязательной модификацией образа жизни у больных ХОБЛ после перенесенного обострения средней степени тяжести.

**Материал и методы.** Проведен анализ эффективности реабилитации у курящих больных ХОБЛ, перенесших обострение средней степени тяжести с выделением групп: клинического наблюдения - с модификацией образа жизни и контрольной - без. Критерии оценки: выраженность симптомов, функциональные показатели бронхолегочной системы, качество жизни (опросник MOS-SF-36). Пациенты обеих групп имели высокую и очень высокую степень табачной зависимости: 6-7 баллов (тест Фагерстрема) у 45,5% и 40%, 8-10 баллов – у 36,4% и 50% соответственно. Группа наблюдения была разделена на две подгруппы: первая – отказавшиеся от табакокурения, вторая – перешедшие на альтернативные методики в качестве промежуточного этапа. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica for Windows 10.0».

**Результаты.** В группе наблюдения отмечалась тенденция к росту  $MOС_{50}$  ( $p=0,078$ ) в первой подгруппе,  $MOС_{75}$  ( $p=0,061$ ,  $p=0,085$ ) в первой и второй подгруппах. Уровень сатурации крови кислородом вырос в обеих подгруппах, при этом статистически значимо - в первой, во второй отмечалась тенденция к росту ( $p=0,061$ ). Степень выраженности одышки снизилась на 24,2% и 22,9%, переносимость физической нагрузки улучшилась на 3,2% и 11,3%, показатели теста шестиминутной ходьбы увеличились на 2,2% и 5%, показатель индекса BODE снизился на 5% и 46% соответственно. Отмечалось значимое улучшение показателей физического функционирования на 7,1% и 4,9% в первой и второй подгруппах соответственно, в первой подгруппе - ролевого функционирования на 7,9% и суммарного уровня физического здоровья на 5,1%.

**Выводы.** Комплексный подход к реализации легочной реабилитации больных ХОБЛ с обязательной коррекцией факторов риска должен осуществляться в плановом порядке в рамках первичной медико-санитарной помощи населению, определяя прежде всего качество жизни пациентов.

## **РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗ В ФОРМЕ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА**

**ТЕРЕНТЬЕВА Н.Н.**

*СурГУ, г. Сургут, Российская Федерация*

**Введение.** Лимфангиолейомиоматоз (ЛАМ) - редкое заболевание легких, которое поражает в основном женщин детородного возраста. Согласно имеющимся оценкам, ЛАМ заболевают от трех до пяти женщин на миллион. Выделяют два варианта ЛАМ – спорадический и ассоциированный с туберозным склерозом (ТС). Трудности диагностики и особенности течения ЛАМ демонстрирует наш клинический случай.

**Описание случая.** Пациентка К, 46 лет поступила в неврологическое отделение с диагнозом ОНМК. Ранее обследовалась в урологическом отделении с клиникой макрогематурии, при обследовании выявлена ангиомиолипома единственной правой почки, проведена радикальная нефрэктомия справа, начата подготовка к программному гемодиализу. На фоне проводимой подготовки появилась клиника ОНМК, лечение которого проводилось согласно стандартам.

Анамнез жизни: нефрэктомия слева в 1991 г. (со слов - губчатая почка), экстирпация матки по поводу миомы в 1998 г. Роды 1 (дочь умерла в возрасте 4-х лет).

Аллергологический и семейный анамнез не отягощены.

Объективный осмотр: наличие губчатых разрастаний на лице, которые ежегодно в течение 10 лет удаляла при помощи лазерной шлифовки.

Лабораторные данные: железодефицитная анемия.

Инструментальные исследования: КТ легких – по всем легочным полям определяются множественные рассеянные разнокалиберные тонкостенные воздушные полости - признаки лимфангиолейомиоматоза; выраженного гидроторакса справа; выпот в перикард. Патологоанатомическое исследование операционного материала: картина ангиомиолипомы почки.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Несмотря на проводимую терапию, у пациентки наблюдалось присоединение COVID-19 (подтверждена ПЦР-тестом и КТ легких) с развитием прогрессирующей дыхательной недостаточности, приведшие к летальному исходу. Данные анамнеза, объективного обследования и дополнительных методов исследования натолкнули на мысль о ЛАМ в форме ТС. Специфические поражение кожи – ангиофибромы; ангиолипомы почек; смерть дочери (вероятно патология наследственная), укладываются в ТС – так как в отличие от ТС, передача ЛАМ от матери к дочери не описана. Поскольку истинная распространенность ЛАМ неизвестна в связи с трудностями диагностики и ошибочной трактовкой клинических данных, не исключено, что при возрастающих возможностях диагностики, и в первую очередь при широком внедрении компьютерной томографии, это заболевание окажется не таким редким, как представляется в настоящее время.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**ТЕРЕХОВ И.В.**

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, Российская Федерация*

**Актуальность.** Учитывая высокую распространенность вирусных инфекций, способных существенно ухудшать течение бактериальной пневмонии, дальнейшее изучение характера клиничко-иммунологических проявлений в случае присоединения у пациентов с пневмонией ОРВИ, является актуальной научно-практической задачей.

**Цель.** Изучить продукцию цитокинов и эффекторных молекул воспаления у пациентов с внебольничной бактериальной пневмонией (ВП), протекающей на фоне острой респираторной вирусной инфекции.

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 33 лет с ВП, из которых 30 человек без признаков острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), 30 больных ВП с симптомами ОРВИ и 25 больных с ОРВИ, без признаков ВП, а также 15 практически здоровых лиц. В сыворотке крови определяли концентрацию ИЛ-1 $\beta$ , -2, -4, -8, -10, -11, -12, -13, -15, -18, -17A, -20, -23, -24, -28A, -33, MCP-1, РАИЛ-1, ФНО $\alpha$ , ИФН $\alpha$ , ИФН $\gamma$ , MIP3 $\alpha$ , G-CSF, TGF $\beta$ , FGF $\beta$ , VEGF-A. Возбудителями ОРВИ в 45,3% случаев являлись аденовирусы, в 29,1% - респираторно-синцитиальный вирус. В 25,6% случаев этиологию ОРВИ установить не удалось.

**Результаты.** В группе пациентов с ОРВИ, в сравнении с ВП, наблюдалась более высокая концентрация ИЛ-8, ИЛ-11, ИЛ-12, ИЛ-13, ИЛ-15, ИЛ-17A, ИЛ-24, MIP3 $\alpha$ , G-CSF, VEGFA. Пневмония вне зависимости от тяжести течения, в сравнении с ОРВИ, характеризовалась более высокой продукцией ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-20, ИЛ-23, ИЛ-33 и ИФН $\alpha$ . В случае нетяжелого течения ВП, вирусная ко-инфекция способствовала повышению уровня ИЛ-8, РАИЛ-1, ИФН $\gamma$ , ИЛ-17A, ИЛ-20, в случае тяжелого - РАИЛ-1, ИЛ-10, ИЛ-20, ИЛ-33, MCP-1, G-CSF, TGF, FGF, ФНО $\alpha$ . Нетяжелое течение ВП на фоне ОРВИ характеризовалось снижением продукции ИЛ-1 $\beta$ , MIP3 $\alpha$ , G-CSF, FGF $\beta$ , VEGF-A и ИФН $\alpha$ , тяжелое - ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-28A.

**Выводы.** Присоединение ОРВИ у пациентов с ВП модифицирует иммунный ответ, очевидно за счет изменения активности макрофагов при тяжелой пневмонии и Т-хелперов при нетяжелой ВП. Присоединение вирусной инфекции способствуя повышению продукции ФНО $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$ , потенциально утяжеляет течение заболевания, что следует учитывать при назначении патогенетической антицитокиновой терапии.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ В МОНИТОРИНГЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

**ТЕРЕХОВ И.В., БОНДАРЬ С.С.**

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, Российская Федерация*

*ГБУЗ КО "Калужская городская клиническая больница №4 имени А.С. Хлюстина", г. Калуга, Российская Федерация*

**Актуальность.** Высокая заболеваемость инфекциями нижних отделов респираторного тракта, значительное количество осложнений и неблагоприятных исходов у пациентов с пневмонией, определяет необходимость дальнейшего изучения взаимосвязей между клиническими, рентгенологическими и иммунологическими проявлениями заболевания.

**Цель.** Изучить взаимосвязи между продукцией цитокинов, тяжестью состояния и рентгенологическими проявлениями у больных внебольничной бактериальной пневмонией (ВП).

**Материал и методы.** Обследованы 88 пациентов с ВП и 15 практически здоровых лиц, в сыворотке крови которых определяли концентрацию ИЛ-1 $\beta$ , -4, -6, -8, -10, -12, -13, -17A, рецепторного антагониста ИЛ-1 (РАИЛ-1), МСР-1, ФНО $\alpha$ , интерферонов (ИФН $\alpha$ , ИФН $\gamma$ ). Оценку тяжести ВП осуществляли с использованием шкалы PORT.

**Результаты.** У больных с легким течением ВП в сравнении с практически здоровыми лицами отмечалось статистически значимое повышение уровня ИЛ-1 $\beta$  в 26,5 раз, ИЛ-6 в 7,6 раза, ИЛ-8 и ИФН $\alpha$  в 4,8 раза, ИЛ-13 в 4,6 раза, ИЛ-12 и ИЛ-7A в 3,9 раза, ИЛ-10 в 3,8 раза, ФНО $\alpha$  и ИФН $\gamma$  в 2,0 раза, МСР-1 на 17,9%, а также снижение РАИЛ-1 на 17,9%. Среднетяжелое течение, в сравнении с нетяжелым, характеризовалось повышением продукции ИЛ-8 в 5,2 раза, ИФН $\alpha$  на 89,4%, ИЛ-10 на 75,8%, ИЛ-6 на 42,8%, ИФН $\gamma$  на 42,1%, ФНО $\alpha$  на 38,9%, МСР1 на 31,8%, ИЛ-1 $\beta$  на 19,9%. Тяжелое течение сопровождалось дальнейшим повышением продукции ИФН $\gamma$  на 98%, МСР-1 на 87,7%, ИЛ-17A на 37,4%, уровень остальных цитокинов статистически значимо не изменялся. Тяжесть пневмонии наиболее тесно коррелировала с уровнем ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-17A и ИФН $\alpha$ . Объем инфильтративных изменений наиболее существенно коррелировал с продукцией МСР-1, интенсивность инфильтрации – с уровнем ИЛ-13 и ИЛ-17A. Тяжесть ВП более тесно связана с интенсивностью инфильтративных изменений, чем с их распространенностью.

**Выводы.** Тяжесть пневмонии находится в прямой связи с объемом и интенсивностью инфильтративных изменений в легких, выявляемых рентгенологически. В целях прогноза течения ВП и своевременного выявления риска развития тяжелых форм, целесообразна комплексная оценка в динамике заболевания концентрации таких цитокинов, как ИЛ-6, МСР1, ИЛ-17A.

## ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ДЕФИЦИТА АНТИОКСИДАНТОВ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ТЕРЕХОВ И.В., ЛОГАТКИНА А.В.

*КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, Российская Федерация*

**Актуальность.** ИБС является лидирующей причиной смертности в старших возрастных группах. Мужской пол ассоциируется с высоким риском преждевременной смерти от сердечно-сосудистой патологии. В этой связи особую актуальность в данной группе пациентов имеет повышение эффективности методов профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

**Цель.** Изучить влияние дефицита антиоксидантов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) мужского пола на показатели липидного обмена и эндотелиальной дисфункции.

**Материал и методы.** Обследованы 75 пациентов мужского пола в возрасте от 40 до 60 лет с АГ со средним и высоким сердечно-сосудистым риском, а также 25 практически здоровых лиц с нормальным артериальным давлением. В сыворотке крови определяли концентрацию эндотелина-1 (ЭТ1), оксида азота (NO), эндотелиального селектина (sE), молекулы сосудистой адгезии VCAM-1, ангиотензина-II, ренина, аполипопротеинов А1 (апоА1) и В100 (апоВ), С-реактивного белка (СРБ), а также концентрации антиоксидантов (АОС).

**Результаты.** АГ сопровождалась повышением уровня ЭТ1 на 41,1% ( $p=0,033$ ), sE на 17,2% ( $p=0,2$ ), VCAM-1 на 19,7% ( $p=0,046$ ), ренина на 7,6% ( $p=0,49$ ), АТ-II на 39,0% ( $p=0,01$ ), СРБ на 30,8% ( $p=0,23$ ), апоВ на 44,9% ( $p < 0,001$ ). При этом отмечалось снижение уровня NO на 10,7% ( $p=0,042$ ), апоА1 на 43,7% ( $p < 0,001$ ), антиоксидантов на 20,1% ( $p=0,012$ ).

Дефицит антиоксидантов у мужчин с АГ был ассоциирован с существенным изменением уровня отдельных исследованных маркеров. При этом имело место повышение уровня АТ-II на 36,3% ( $p=0,0002$ ), sE на 35,7% ( $p=0,02$ ), VCAM-1 на 27,0% ( $p=0,001$ ), ЭТ-1 на 37,0% ( $p=0,0012$ ), СРБ на 50,1% ( $p=0,008$ ). Уровень других исследованных регуляторов на фоне дефицита антиоксидантов существенно не изменялся.

**Выводы.** У мужчин с АГ со средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, в сравнении с практически здоровыми лицами, отмечается дефицит антиоксидантов, который ассоциирован с провоспалительной активацией эндотелия. Восполнение дефицита антиоксидантов может рассматриваться в качестве дополнительной терапевтической стратегии, направленной на ограничение проявлений эндотелиальной дисфункции и профилактику сердечно-сосудистых осложнений.

## АССОЦИИ НОВОГО БЕЛКА И ЛИПИДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ТИМОЩЕНКО О.В., РАГИНО Ю.И., СТАХНЕВА Е.М., ШРАМКО В.С.

НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация

**Актуальность.** Высокая заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями обуславливает постоянный поиск новых механизмов их патогенеза. Низкий уровень белка Клото может сочетаться с высокой вероятностью дебюта и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС).

**Цель.** Изучить ассоциации сывороточного белка Клото у мужчин с ИБС и липидным профилем.

**Материал и методы.** В исследование включены 98 мужчин с ИБС (средний возраст  $64,1 \pm 1,4$  года) и 80 мужчин без ИБС (средний возраст  $68,1 \pm 14,4$  лет). Концентрацию белка Клото в сыворотке крови измеряли при помощи иммуноферментного метода ELISA.

**Результаты.** Уровни белка Клото оказались более низкими у мужчин с ИБС, чем у мужчин без ИБС, но различия были статистически не значимые – 444 пг/мл [229; 683] и 524 пг/мл [259; 1064], ( $p=0,243$ ). В опытной группе белок Клото имел тенденцию к увеличению с возрастом, а в контрольной группе, наоборот, снижался. У мужчин с ИБС уровни белка Клото были ниже при ХС не-ЛВП более 3,8 ммоль/л в 1,8 раз – 395 пг/мл [151; 565] и 716 пг/мл [346; 1245], ( $p=0,019$ ) и при коэффициенте атерогенности более 3,5 ниже в 1,8 раз – 399 пг/мл [150; 572] и 705 пг/мл [358; 1389], ( $p=0,011$ ), чем у мужчин без ИБС. В группе мужчин с ИБС отрицательная корреляционная связь выявлена между белком Клото и коэффициентом атерогенности ( $r=-0,229$ ;  $p=0,025$ ).

**Выводы.** Уровень белка Клото имеет тенденцию к снижению у мужчин с ИБС, выявленные ассоциации белка Клото с липидными показателями могут предполагать наличие у него антиатерогенных свойств.

## **АССОЦИИ НОВОГО СЫВОРОТОЧНОГО БЕЛКА КЛОТО И ЛИПИДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН**

**ТИМОЩЕНКО О.В., ЩЕПИНА Ю.В., РАГИНО Ю.И., СТАХНЕВА Е.М., ШРАМКО В.С., РЯБИКОВ А.Н.**

*НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Российская Федерация*

**Актуальность.** По данным ряда исследований снижение циркулирующего белка Клото может рассматриваться как предиктор развития атеросклероза, так как прослеживается ассоциация с увеличением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) брахиоцефальных артерий (БЦА), маркером субклинического атеросклероза, а также с увеличением частоты сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель.** Изучить ассоциации уровней белка Клото и липидных показателей с атеросклерозом БЦА у мужчин.

**Материал и методы.** В исследование включены мужчины 50-65 лет ( $n=63$ , медиана возраста 54 [53; 60] лет), проходящие ультразвуковое исследование БЦА в НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН. Осуществлен забор крови натощак для биохимических анализов. Концентрация белка Клото в крови измерена с помощью иммуноферментного метода ELISA. Проведен корреляционный анализ по Спирмену и многофакторный логистический регрессионный анализ. Статистически значимыми различия данных считали при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Обнаружена тенденция к более высоким значениям сывороточного белка Клото в группе лиц с атеросклерозом БЦА по сравнению с группой без атеросклероза БЦА (705 [463; 1255] и 447 [282; 881] пг/мл,  $p=0,061$ ). Также у мужчин этой группы выявлены более высокие показатели триглицеридов (ТГ) (1,7 [1,1; 2,2] и 1,4 [0,9; 1,8] ммоль/л,  $p=0,046$ ) и более низкие значения холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) (1,1 [0,8; 1,3] и 1,4 [0,9; 1,6] ммоль/л,  $p=0,016$ ). При корреляционном анализе в группе мужчин с атеросклерозом БЦА выявлена прямая связь уровня белка Клото с уровнем ТГ ( $r=0,290$ ;  $p=0,031$ ) и отрицательная – с ХС ЛВП ( $r=-0,361$ ;  $p=0,046$ ). По данным логистического регрессионного анализа вероятность обнаружения атеросклеротических бляшек в БЦА возрастает в 1,2 раза (95% ДИ 1,0-1,4,  $p=0,038$ ) при увеличении возраста и в 9,2 раза (95% ДИ 2,3-36,5,  $p=0,002$ ) при наличии артериальной гипертензии.

**Выводы.** В клинической выборке мужчин 50-65 лет относительный риск наличия атеросклероза БЦА прямо ассоциирован с возрастом и наличием артериальной гипертензии и не ассоциируется с уровнем белка Клото в крови.



## **ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ: НОВЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ**

**ТИНАЕВА Р.Ш., ВОЛОДИНА Д.М.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Цель.** Исследовать и распространить лечение синдрома вегетативной дисфункции (СВД) с помощью фотоманнитотерапевтического прибора «Зеленая лампа Невотон».

**Материал и методы.** 120 пациентов стационарных медицинских учреждений, прошедшие тестирование состояния здоровья с помощью прибора RaDoTech, прошли курс лечения с использованием аппарата фотоманнитотерапии «Зеленая лампа Невотон», который состоял из 10 процедур в течение 10 дней. По окончании лечения участники исследования были повторно протестированы на том же приборе с целью оценки эффективности и безопасности проведенного лечения.

**Результаты.** Средний возраст больных составил  $45 \pm 1,0$  лет: 10% исследуемых (12 человек) перенесли COVID-19 в легкой форме, 68% (82 человека) – средней и 22% (26 человек) – тяжелой. 70% пациентов (84 человека) - лица женского пола, 30% (36 человек) – мужского пола. Все пациенты имели симптомы СВД: постуральная ортостатическая тахикардия, предобморочные состояния, приступообразные головные боли, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, нарушения сна. По результатам тестирования состояния здоровья пациентов с помощью прибора RaDoTech были выявлены отклонения в психоэмоциональном состоянии у 95% (114 человек) исследуемых. Пациентам была проведена монотерапия с использованием аппарата «Зеленая лампа Невотон» – излучателем зеленого света для лечения неврологических заболеваний путем воздействия на организм монохромным световым излучением, постоянным магнитным полем малой интенсивности и тонизирующим массажем. Воздействия осуществлялись контактно на воротниковую область пациента мягкими круговыми движениями. Общее время процедуры – 30 минут. По итогам тестирования после окончания курса мы обнаружили, что всего у 11% пациентов (13 человек) психоэмоциональное состояние оставалось нарушенным. Среднее значение показателей исследуемых пациентов составило 0,90.

**Выводы.** Фотоманнитотерапия зеленого спектра открывает новые возможности для лечения синдрома вегетативной дисфункции.

## ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ТКАЧЕНКО В.В., КАРПУНИНА Н.С.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация

**Цель.** Оценить гормональный профиль у мужчин молодого возраста с инфарктом миокарда (ИМ) и феноменом замедленного коронарного кровотока (ФЗКК) на ангиограмме в сравнении с классическим атеротромбозом (ИМ 1 типа).

**Материал и методы.** Работа выполнена в период с 2019 по 2022 гг. Объем наблюдений составил 99 мужчин. Обследуемые были разделены на 2 группы: 60 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) и феноменом замедленного коронарного кровотока (ФЗКК) и 39 пациентов с ИМпST и обструктивным поражением коронарных артерий. Диагноз ИМпST устанавливали в соответствии с действующими рекомендациями. Под ФЗКК понимали медленное антеградное прохождение контрастного вещества в коронарном артериальном дереве при отсутствии стеноза или спазма эпикардиальной коронарной артерии. Для оценки выраженности андрогенной дисфункции определяли в крови уровни тестостерона, свободного тестостерона, пролактина, лютеинизирующего гормона, белка крови, связывающего половые стероидные гормоны, кортизола.

**Результаты.** Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела и проводимой терапии. Средний возраст в группах составил 39,0 [34; 42] и 41,0 [38; 44] год ( $p=0,19$ ). Отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, употребление алкоголя и ранее установленная гипертоническая болезнь одинаково встречались в обеих группах. В 1-й группе значимо ниже было количество курящих ( $p=0,03$ ). По тяжести сердечной недостаточности по классификации Killip группы были подобраны однородно; по локализации в 1-й группе преобладал передний ИМ (43,3%), во 2-й – нижний ИМ (38,5%). У 11 (18,3%) пациентов 1-й группы и у 7 (17,9%) пациентов 2-й группы выявлены мышечные мосты. Параметры биохимического анализа крови, включая рСКФ, были сопоставимы в группах и находились в пределах референсных значений. Исходя из рекомендованной точки разделения по уровню тестостерона 12,1 нмоль/л, доли мужчин с предполагаемым андрогенодефицитом составили 63,3% и 69,2% в группах соответственно. Этот показатель оказался существенно выше, чем в среднем в популяции подростков и молодых мужчин (5-20%). Пациенты с ФЗКК значимо отличались более высоким уровнем свободного тестостерона (14,35 [3,2; 36,9] и 10,7 [3,3; 36,3] пг/мл,  $p=0,04$ ) и более низкой концентрацией кортизола в сыворотке крови ( $524,7 \pm 286,2$  и  $669,1 \pm 396,8$  нмоль/л;  $p=0,02$ ). Следует отметить обратную связь между уровнем тестостерона и количеством пораженных артерий, а также уровнем глюкозы ( $r=-0,41$ ,  $p=0,01$  и  $r=-0,42$ ,  $p=0,01$  соответственно).

**Выводы.** Выявлена связь между изученными параметрами и ангиографической картиной при инфаркте у мужчин молодого возраста. Обращает на себя внимание существенно более высокая частота встречаемости андрогенодефицита в сравнении с общей популяцией. Продолжением должно стать проспективное наблюдение с оценкой одногодичной выживаемости.

## СТРУКТУРА ПРИЧИН АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ТКАЧЕНКО Е.И., БОРОВКОВА Н.Ю.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Цель исследования** – оценить причины снижения гемоглобина у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Проспективно проанализировано 873 случая больных с ХСН на базе кардиологического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Среди причин формирования ХСН преобладали гипертоническая болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца (67,25%), гипертоническая болезнь без ишемической болезни сердца (12,03%) и другие состояния (20,73%). Среди исследуемых было 46% женщин и 54% мужчин, средний возраст больных составил  $60,73 \pm 11,1$  лет. Стадию и функциональный класс ХСН определяли по классификациям, актуальным на момент исследования. Проводилось общеклиническое и инструментальное обследование. Оценивались концентрация гемоглобина по общему анализу крови, показатели обмена железа – железо сыворотки и сывороточный ферритин. У пациентов с мегалобластной и/или гиперхромной анемией определялась концентрация фолиевой кислоты и витамина В<sub>12</sub>. Для исключения эрозивно-язвенных процессов в желудке и двенадцатиперстной кишке выполнялась фиброгастроуденоскопия. Для обработки данных использовался статистический пакет программ (StatSoft; Statistica 12.0).

**Результаты.** Среди 873 обследованных больных с ХСН анемия была выявлена у 191 (21,9%) человека. Причина снижения гемоглобина была известна у 95 (10,96%) пациентов. 20% имели железодефицитную анемию (ЖДА), у большинства (75,8%) была анемия хронического заболевания (АХЗ) с сопутствующим железодефицитом (38,9%) и без него (36,9%). У 4,2% больных анемия имела мегалобластный характер: 3,2% случаев В<sub>12</sub>-дефицитной и 1% – фолиеводефицитной анемии. АХЗ развилась вследствие воспалительных заболеваний у 31 человека, заболеваний почек – у 27, онкологических заболеваний – у 14. Причинами ЖДА являлись недостаток питания, заболевания желудочно-кишечного тракта, гематурия и полименорея у женщин. В целом, анемия характеризовалась легкой или средней степенью тяжести: у женщин уровень гемоглобина составил 113 [103; 116] г/л, у мужчин – 118 [109; 124] г/л, нормохромная (МСН =  $27,9 \pm 2,9$  пг), нормоцитарная (МСV =  $87,7 \pm 6,09$  фл). У 96 (11,07%) пациентов анемия была определена как анемия при ХСН: других причин этого состояния у них найдено не было.

**Выводы.** Анемия часто развивается у больных ХСН. У них преобладают АХЗ, ЖДА и их сочетание, реже наблюдается В<sub>12</sub>- и фолиеводефицитная анемия. Причины снижения гемоглобина у пациентов с ХСН многообразны и требуют дальнейших исследований.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ ПО УРОВНЮ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ**

**ТОКАРЕВА А.С., КУРАШИН В.К., БОРОВКОВА Н.Ю., КОНТОРЩИКОВ М.М.,  
ТУШИНСКАЯ Л.А.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) является одним из наиболее значимых показателей липидного обмена и используется для прогнозирования сердечно-сосудистого риска. Было убедительно доказано наличие непосредственной связи между уровнем ЛПНП, риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений (С.А. Бойцов с соавт., 2017). При этом распространенность дислипидемии по уровню ЛПНП среди населения Нижегородского региона изучена недостаточно.

**Цель исследования** – проанализировать частоту встречаемости дислипидемии по уровню ЛПНП (ДЛ-ЛПНП) в Нижегородском регионе.

**Материал и методы.** Был обследован 2501 человек в возрасте 35–74 лет среди населения Нижегородского региона. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели, артериальное давление и частота сердечных сокращений. Проводилось лабораторное исследование, включающее определение уровня креатинина, мочевой кислоты, липидного профиля, острофазовых белков. Рассчитывались индекс массы тела (ИМТ), индекс висцерального ожирения (ИВО) по формуле Amato, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. ДЛ-ЛПНП выявлялась, если уровень ЛПНП превышал 3,0 ммоль/л. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 26 (США).

**Результаты.** Среди населения Нижегородского региона ДЛ-ЛПНП была установлена у большинства респондентов в возрасте 35–74 года (66%). Среди лиц женского пола встречаемость ДЛ-ЛПНП была выше, чем у мужчин (68% против 64%). Были обнаружены различия в этом показателе среди представителей городского (68%) и сельского населения (60%). Распространенность ДЛ-ЛПНП среди мужчин и женщин в различных возрастных группах составила: в возрасте 35–39 лет – 62 и 54%, 40–44 года – 61 и 51%, 45–49 лет – 72 и 70%, 50–54 года – 75 и 82%, 55–59 лет – 67 и 75%, 60–64 года – 63 и 77%, 65–69 лет – 58 и 69% и 70–74 года – 56 и 63% соответственно.

**Выводы.** ДЛ-ЛПНП была установлена у значительной доли населения Нижегородского региона, несколько чаще она выявлялась среди городского населения. Встречаемость ДЛ-ЛПНП в молодом возрасте была выше среди мужчин, однако в старших возрастных когортах данное нарушение чаще имели лица женского пола.

## СОСТОЯНИЕ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ТОКАРЕВА Л.Г., ПОЛЯНСКАЯ А.Р.

*ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Состояние костно-мышечной системы является важным фактором качества жизни и сохранения автономности пожилых пациентов. В последние годы все актуальней становится проблема сочетания потери минеральной плотности костей с потерей мышечной массы – «остеосаркопении». Однако в доступной нам литературе клинические сведения о сочетании патологии костно-мышечной системы недостаточно, что и определило цель нашего исследования.

**Цель.** Оценить частоту встречаемости сочетания потери минеральной плотности костей и снижения мышечной силы (динапении) у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Включены 90 пациентов в возрасте 60 лет и старше (70 женщин и 20 мужчин, средний возраст  $70,2 \pm 7,6$  лет, индекс Чарльсон  $4,04 \pm 1,8$  баллов). Среднее количество гериатрических синдромов составило – 4,9, среди которых: снижение зрения (67%), хронический боевой синдром (64%), нарушение равновесия (52%), старческая астения (48%), полипрагмазия (38%). Всем пациентам проведена комплексная гериатрическая оценка. Диагностика динапении включала опросник SARC-F и функциональные тесты (кистевая динамометрия, тест 5 подъемов со стула). Потеря минеральной плотности костей оценивалась с помощью двухабсорбционной рентгеновской денситометрии и радиочастотной эхографической мультиспектротометрии.

**Результаты.** Среди включенных пациентов у 23 (25%) пациентов наблюдалось снижение мышечной силы рук (по результатам кистевой денситометрии), у 57 (63%) снижение мышечной силы ног (по результатам теста 5 подъемов со стула). В целом, у 58 (64%) пациентов зарегистрировано снижение мышечной силы. По данным DXA и REMS у 37 (41%) пациентов имелась остеопения, у 14 (16%) – остеопороз. То есть снижение МПК выявлено в 51 (56%) случае. Среди всех обследованных пациентов сочетание потери мышечной силы и снижение МПК выявлено в 46 (51%) случаях. У пациентов с сочетанным снижением МПК и мышечной силы средний балл КБТФФ –  $8,15 \pm 0,7$ , у пациентов только со снижением МПК (14 пациентов) –  $11,07 \pm 0,82$ ,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Таким образом частота сочетания потери мышечной функции и снижение МПК составляет 51% среди обследованных пациентов. Более того, в этой категории пациентов отмечены худшие показатели физического функционирования.

## **СРАВНЕНИЕ ДВУХ МНОГОЗАДАЧНЫХ ПОДХОДОВ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

**ТРУБНИКОВА О.А., ТАРАСОВА И.В., КУХАРЕВА И.Н., СЫРОВА И.Д., СОСНИНА А.С., КУПРИЯНОВА Д.С., БАРБАРАШ О.Л.**

*НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Российская Федерация*

**Актуальность.** Комбинированные программы тренировок в настоящее время получают все большее распространение для когнитивного восстановления. Применение мультизадачного подхода, сочетающего моторный компонент с различными когнитивными задачами, может оптимизировать когнитивные и физические функции и улучшить качество жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Цель.** Оценить нейрофизиологический статус пациентов, прошедших мультизадачный тренинг после коронарного шунтирования (КШ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 70 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет, перенесшие КШ, которые были случайным образом разделены на две группы: когнитивный тренинг (КТ) I (n=30) и КТ II (n=40). Пациенты обеих групп были клинически сопоставимы. КТ проводился с 3-4-го дня после КШ, один раз в день в течение 5-7 дней. Использовались два оригинальных протокола тренинга с использованием в качестве когнитивного компонента трех когнитивных задач (устный обратный счет, вербальная беглость и дивергентная задача) в обоих случаях, а в качестве моторного компонента - пострурального теста в КТ I и зрительно-моторной реакции в КТ II. Всем пациентам была проведена оценка психомоторных и исполнительных функций, внимания и кратковременной памяти за 2-3 до КШ и по окончании тренинга (11-12 сутки после КШ).

**Результаты.** После проведения мультизадачного тренинга ускорение психомоторной реакции выявлено в обеих группах. Улучшение двух и более когнитивных показателей выявлено у 93,3% больных КТ I и у 72,5% больных КТ II. Улучшение кратковременной памяти и внимания чаще встречалось в группе КТ I, чем КТ II (56,7% против 15%; ОШ 7,41,  $p=0,0005$ ) как и улучшение всех доменов (психомоторных и исполнительных функций, внимания и кратковременной памяти) (46,7% против 20%; ОШ 3,5,  $p=0,02$ ).

**Выводы.** Мультизадачный тренинг КТ I был более эффективен в улучшении когнитивных функций у пациентов, перенесших КШ, обеспечивая больший эффект трансфера по сравнению с КТ II. Результаты этого исследования будут полезны для дальнейшего развития мультизадачного подхода в когнитивной реабилитации.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАПИДНЫХ ФИЗИКАЛЬНЫХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИЙ**

**ТУЛИЧЕВ А.А., СЫРОМЯТНИКОВА Н.А., БАЛАЛЕЙКИН П.С.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация  
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №3» (Нижегородский гериатрический центр), г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Цель исследования** – проанализировать чувствительность и специфичность рапидных физикальных проб у больных с пневмониями различного генеза.

**Материал и методы.** На базе приемного отделения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 3» (Нижегородский гериатрический центр) проведено обследование 100 пациентов с лихорадочным синдромом. Всем больным выполнялись рапидные физикальные пробы, основанные на эмпирических наблюдениях. До проведения проб строгих ограничений не вводили. Внимание обращалось на ранее перенесенные и хронические заболевания легких: пневмонии, плевриты, туберкулез, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальную астму. Методология проведения проб была следующей: I проба – больного просят глубоко вдохнуть, при наличии инфильтрации (положительная проба) отмечаются кашель, боль или неприятные ощущения, особенно на стороне поражения; II проба – пациента просят быстро проговорить фамилию, имя, отчество, дату рождения и адрес прописки или проживания, при наличии инфильтрации (положительная проба) развиваются кашель, боль или неприятные ощущения, особенно на стороне поражения, или же отмечается усиление одышки; III проба – пациента просят покашлять несколько раз, при наличии инфильтрации (положительная проба) регистрируются одышка, боли или неприятные ощущения, особенно выраженные на стороне поражения. Далее для проверки точности проб выполнялись сначала рутинное рентгенологическое обследование, а затем мультиспиральная компьютерная томография. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакетов программ STATISTICA 10.0 (StatSoft, США) и Excel (Microsoft, США).

**Результаты.** Среди обследованных было 54% мужчин и 46% женщин, средний возраст пациентов составил  $69,1 \pm 7,53$  лет. COVID-19 был диагностирован у 50%, грипп – у 4%, пневмонии инфекционного генеза – у 36%, ХОБЛ – у 10% участников исследования. Положительная I проба отмечалась у 64% больных с COVID-19, у 50% – с инфекционными пневмониями. При гриппе проба была отрицательна. При ХОБЛ I проба оказалась положительной у 3 пациентов, что, вероятно, ассоциировано с тяжелым течением заболевания. Топика поражения, по данным рентгенологического исследования, в случае уточнения пациентом локализации боли подтверждалась в 52,9% случаев. При проведении II пробы у пациентов с пневмониями отмечалось усиление одышки (57,0%), у остальных обследованных – кашель (5,25%). В случае ХОБЛ одышка усиливалась у всех. Положительная III проба наблюдалась у 67,5% пациентов (часто это были усиление и удлинение приступа кашля, боль или одышка). Были проанализированы чувствительность и специфичность проб. Расчет для I пробы: чувствительность – 63%; специфичность – 47%. Расчет для II пробы: чувствительность – 53,5%; специфичность – 32,5%. Расчет для III пробы: чувствительность – 57,6%; специфичность – 28,5%.

**Выводы.** Физикальные рапидные пробы в условиях повсеместного распространения острых респираторных инфекций и COVID-19 могут применяться для уточнения наличия инфильтрации до рентгенологического исследования с учетом показателей чувствительности и специфичности.

## **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**ТУПИКОВА Т.Е., ЛЕТАЕВА М.В., КОРОЛЕВА М.В.**

*ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Российская Федерация*

**Актуальность.** Известно, что сердечно-сосудистые заболевания, в том числе ишемическая болезнь сердца (ИБС), являются значимыми предикторами более тяжелого течения COVID-19, развития осложнений и смертельных исходов.

**Цель.** Оценить сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 у больных ИБС.

**Материал и методы.** В исследование включены 60 пациентов, выписанные из стационара после перенесенного COVID-19. Средний возраст больных -  $70,0 \pm 13,5$  лет: 32 (53,3%) мужчины и 28 (46,7%) женщин. Основная группа – 43 пациента с ИБС, контрольная – 17 пациентов без ИБС. Для оценки гиперкоагуляции при COVID-19 определяли: Д-димер, фибриноген, тромбоциты, протромбиновое время. После выписки всем больным была назначена профилактическая терапия антикоагулянтами. Через 3 месяца был проведен телефонный опрос для выявления нежелательных явлений и сердечно-сосудистых осложнений COVID-19.

**Результаты.** В первую (основную) группу вошли пациенты от 57 до 93 лет (средний возраст составил  $73,0 \pm 8,6$  лет), во вторую (контрольную) – от 33 до 90 лет (средний возраст –  $58,7 \pm 18$  лет).

В первой группе у 37 человек (86,1%) новая коронавирусная инфекция протекала в среднетяжелой форме и у 6 (14,0%) в тяжелой, все представители второй группы перенесли заболевание средней степени тяжести.

При поступлении больных в стационар АПТВ у больных с ИБС было достоверно выше, чем в группе больных без ИБС - 28,4 сек и 24,2 сек соответственно ( $p=0,02$ ).

Достоверных различий по уровню тромбоцитов, Д-димеру, фибриногену в исследуемых группах не выявлено ( $p \geq 0,05$ ).

В дальнейшем 10 пациентов (23,3%) из группы с ИБС и 4 пациента (23,5%) без ИБС прекратили прием антикоагулянтов по разным причинам. В 1 группе у 7 человек (16,3%) была выявлена декомпенсация хронической сердечной недостаточности, у 1 (2,3%) ОНМК и у 1 (2,3%) летальный исход. Среди пациентов второй группы осложнений не выявлено.

**Выводы.** Достоверных различий в коагуляционных маркерах у пациентов с ИБС и без ИБС не получено, за исключением АПТВ. Однако в группе больных с ИБС сердечно-сосудистые осложнения были достоверно чаще, чем у пациентов без ИБС ( $p < 0,05$ ).



## **ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**ТУРАПОВА А.Н., ПОНЕЖЕВА Л.О., ПОНЕЖЕВА Ж.Б.**

*ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва, Российская Федерация  
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают лидирующее место в структуре инфекционной патологии. Заболеваемость ОРВИ регистрируется повсеместно и круглогодично. Этиологическое разнообразие возбудителей ОРВИ, их быстрая изменчивость, высокая контагиозность, формирование устойчивости к лекарственным средствам, объясняют частое развитие эпидемий и пандемий инфекций респираторного тракта. Поиск различных схем терапии и профилактики ОРВИ остается весьма актуальной проблемой здравоохранения во всем мире.

**Цель.** Сравнить характеристики иммунологической эффективности противовирусных препаратов в лечении ОРВИ.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 60 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 23 лет с неосложненными формами ОРВИ. Всем пациентам проведены исследование концентрации секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в назальных пробах и оценка интерфероновой системы в динамике.

Больные рандомизированы в 2 сопоставимые группы: в 1-й группе (n=30), пациенты в течение 5 дней получали 2 раза в сутки ректальные свечи, содержащие 1 млн МЕ ИФН- $\alpha$ 2b, и интраназально гель, содержащий 36 000 МЕ/1 г ИФН- $\alpha$ 2b 3 раза в сутки в течение 5 дней. Во 2-й группе (n=30) больным назначали умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней.

**Результаты.** При исследовании интерферонового статуса у пациентов до лечения выявлены высокая концентрация ИФН- $\alpha$  в сыворотке и низкие показатели индуцированной продукции ИФН- $\gamma$ . Оценка иммуномодулирующей эффективности различных схем терапии ОРВИ выявила достоверное снижение индуцированного ИФН- $\alpha$  во обеих группах сравнения, и ниже условной нормы на фоне применения умифеновира. Выявлено значимое повышение индуцированной продукции ИФН- $\gamma$  в группе 2. Оценка продукции sIgA в назальных пробах после лечения выявила достоверное повышение продукции sIgA в группе 1 и выраженное снижение его продукции в группе 2.

**Выводы.** Комбинация ректальной и интраназальной форм рекомбинантного ИФН- $\alpha$ 2b с антиоксидантами оказывает влияние на гуморальный иммунитет, что обеспечивает выраженный протективный эффект в профилактике инфицирования патогенами, а также превосходит умифеновир по иммуномодулирующему эффекту.

## **ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТИТАРЕНКО М.Н., КОСИВЦОВА М.А., ТЫЩЕНКО И.А., ЛОПУШКОВА Ю.Е.**

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) рассматривается как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности от них. Пациенты с НАЖБП и нормальной массой тела (НМТ), по данным зарубежных эпидемиологических исследований, подвержены такому же или даже большему риску сердечно-сосудистых катастроф, повышенного риска ССЗ, как и лица с избыточной массой тела и ожирением.

**Цель.** Оценить сердечно-сосудистый риск у пациентов НАЖБП с НМТ.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в рамках гранта администрации Волгоградской области «Оценка риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с нормальной массой тела в Волгоградской области». В исследование вошло 832 пациента с НАЖБП (клинические рекомендации: Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых: клиника, диагностика, лечение, 2022 г.), из которых 12,3% имели нормальную массу тела (ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup>) (102 пациента в возрасте старше 18 лет, средний возраст 56,9±9,2 года). Проводили оценку наличия факторов кардиометаболического риска: нарушений углеводного обмена, дислипидемии, артериальной гипертензии. Оценка риска развития сердечно-сосудистых событий проводилась по шкалам SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes. После исключения пациентов с ИБС и лиц моложе 40 лет из дальнейшего анализа, когорты больных составила 41 человек. Обработку результатов проводили с помощью программы «STATISTICA 10.0».

**Результаты.** У обследованной группы пациентов отмечены множественные факторы кардиометаболического риска: нарушения углеводного обмена у 51,0% пациентов (из них у 41,2% в рамках сахарного диабета 2 типа); гиперлипидемия – у 55,9%; артериальная гипертензия - у 29,4%, 12,7% пациентов уже имели ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда. Оценка сердечно-сосудистого риска показала, что в 2,4% присутствовал низкий риск ССЗ. 43,9% и 53,7% соответствовали среднему и высокому риску ССЗ.

**Выводы.** Всем пациентам с НАЖБП и НМТ необходимо проводить оценку факторов и риска развития сердечно-сосудистых катастроф, рекомендовать мероприятия по профилактике их развития.

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ**

**ТУРКИНА С.В., СТАЦЕНКО М.Е., ТЫЩЕНКО И.А., КОСИВЦОВА М.А., ТИТАРЕНКО М.Н., ТУМАРЕНКО А.В., РОДИОНОВА И.В., УСТИНОВА М.В.**

*ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Российская Федерация*

**Актуальность.** Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) - ведущая этиология хронических заболеваний печени. В эпидемиологическом исследовании ЭССЕ-РФ-2 индекс стеатоза печени  $FLI \geq 60$  выявлен у 31,8% населения. У большинства пациентов НАЖБП ассоциируется с сопутствующими метаболическими заболеваниями, ожирением. Однако, от 7 до 20% лиц с НАЖБП имеют нормальную массу тела (НМТ). Отсутствие «видимых» факторов метаболического риска у пациентов с НМТ приводит к поздней диагностике НАЖБП, подчас на стадии фиброза печени, а также отсутствию настороженности в отношении развития у этой категории внепеченочных осложнений, в частности недооценке сердечно-сосудистого риска у них.

**Цель.** Определение частоты встречаемости НАЖБП, а также оценка степень выраженности фиброза печени у пациентов с НМТ, проживающих в Волгоградском регионе.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в рамках гранта администрации Волгоградской области «Оценка риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с нормальной массой тела в Волгоградской области». В исследование вошли 611 пациентов с НАЖБП (клинические рекомендации: Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых: клиника, диагностика, лечение, 2022 г.). Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от значения индекса массы тела (ИМТ). В первую группу вошли 99 пациентов с ИМТ до 25 кг/м<sup>2</sup> (м/ж 41/58, средний возраст 47 [36; 61]), во вторую группу включен 161 пациент с ИМТ от 25,1 до 29,9 кг/м<sup>2</sup> (м/ж=84/77, средний возраст 60 [53; 63]), третья группа была представлена 351 пациентом, имеющими ожирение I-II ст. (ИМТ от 30 кг/м<sup>2</sup>, м/ж=274/77, средний возраст 58 [52; 64]). Расчет индекса FIB-4 проводился с помощью онлайн-калькулятора.

**Результаты.** В исследуемой когорте пациентов доля пациентов с НАЖБП и НМТ составила 16,2%, с избыточной массой тела и ожирением – 26,4% и 57,4% соответственно. Оценка индекса FIB-4 показала, что в 1 группе FIB-4  $>2,67$  у.е присутствовал у 16,1% больных, что было сопоставимо с данными пациентов 2-й (14,9%) и 3 группы (16,2%).

**Выводы.** Отмечена высокая частота встречаемости НАЖБП у лиц с НМТ. Всем пациентам с НАЖБП и НМТ необходимо проводить оценку факторов и риска прогрессирования фиброза печени.

## УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ЛИЦ С ВЕРОЯТНОЙ САРКОПЕНИЕЙ

ТУРОВИНИНА Е.Ф., ПЕРЕТЯГИНА Н.Р., КЛЕЩЕВНИКОВА Т.М.,  
ЛОГИНОВА Н.В., ЕЛФИМОВА И.В.

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация*

*ГАОУЗ ТО «Городская поликлиника № 12», г. Тюмень, Российская Федерация*

*Департамент здравоохранения Тюменской области, г. Тюмень, Российская Федерация*

**Актуальность.** Дефицит витамина D является распространенной проблемой здравоохранения во всем мире. Витамин D регулирует и модулирует физиологию и функцию множества систем человека, включая скелетные мышцы. Снижение его уровня приводит к увеличению частоты развития саркопении (СП).

**Цель.** Оценить уровень витамина D у лиц с вероятной СП различных возрастных групп.

**Материал и методы.** Группы исследования - №1 - 45-59 лет (n=482), №2 - 60-74 лет (n=462), №3 - 75 лет и старше (n=291) с вероятной СП, не принимавших витамин D. Все граждане, подписавшие информированное согласие обследованы по протоколу Европейского консенсуса по СП. Определялся уровень витамина D. Статистическая обработка проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** В группе 1 вероятная СП определена на уровне 6,6% (n=32), в группе 2 - 17,1% (n=79), в группе 3 - 41,2% (n=120). Между группами значимых отличий по уровню витамина D не выявлено, K-W, p=0,86, при этом медиана уровня витамина D во всех группах соответствует недостаточности - 50,4 нмоль/л, 50,2 нмоль/л и 52,2 нмоль/л. Наиболее часто дефицит витамина D встречался в группе 2 - 40,5% (n=32), ( $\chi^2=0,023$ ), а выраженный дефицит - в группе 3 - 19,2% (n=23) ( $\chi^2=0,003$ ).

**Выводы.** В результате исследования выявлено, что по мере взросления усугубляется синдром взаимного отягощения - дефицит витамина D и дефицита мышечной массы. Данный аспект следует учитывать при формировании программ профилактически СП для улучшения здоровья и продолжительности жизни этих групп населения.

# АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ОСНОВНЫХ НЕЛИПИДНЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БЕЗ НЕЕ

ТЮРЮПОВ М.С., ШУЛЕНИН Д.К., ОДНОКОЛ П.О., ШЕРШНЕВА А.А.  
*ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Традиционно факторами риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) считаются: артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, ожирение. Однако не всегда только наличием данных факторов риска возможно объяснить развитие коронарного атеросклероза. В настоящее время исследуется возможная связь генетических особенностей пациента с развитием коронарной болезни сердца.

**Цель.** Провести анализ ассоциаций основных нелипидных геномных биомаркеров у пациентов с ИБС и без нее.

**Материал и методы.** Проспективно оценено течение артериальной гипертензии у 164 пациентов: возраст 67 (57-74) лет, 90 (54,9%) пациентов мужского пола, 74 (45,1%) – женского пола. Частота ишемической болезни сердца составила 84 наблюдения (51%). На основании этого пациенты были разделены на 2 группы: имеющие ИБС на фоне артериальной гипертензии и имеющие только артериальную гипертензию. Группы были однородны по половозрастным характеристикам и сопутствующей патологии. Изучались ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов ангиотензинпревращающего фермента (rs4646994), ингибитора активатора плазминогена 1 типа (SERPINE1), провоспалительных цитокинов IL-1b (-31C/T; -1473 C/G), врожденного иммунитета – толл-подобного рецептора 3 типа (-412 L/F) с ИБС. Расчеты проводили в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Во всех случаях проверки гипотез различие признавали статистически значимым при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Установлено, что наличие ИБС ассоциировано с однонуклеотидными полиморфизмами SERPINE1, IL-1 (-31 C/T), IL-1 (-1473 C/G), толл-подобного рецептора 3 типа (-412 L/F). Так, пациенты с ишемической болезнью сердца значимо чаще были носителями варианта 4G4G SERPINE1 (40% против 9,5%,  $p=0,007$ ), варианта CT IL-1b (-31 C/T) (60,9% против 36,9%,  $p=0,044$ ), варианта GC IL-1b (-1473 G/C) (60,9% против 34,9%,  $p=0,036$ ), варианта FF толл-подобного рецептора 3 типа (-412 L/F) (25% против 3,2%,  $p=0,046$ ). Также отмечено более редкое носительство варианта ID полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (rs4646994) (19% против 40,7%,  $p=0,08$ ).

**Выводы.** Таким образом, можно сделать вывод, что полиморфизм гена, ассоциированного с более высокой экспрессией ингибитора активатора плазминогена 1 типа (4G4G), полиморфизмы IL-1b (CT, CG) и толл-подобного рецептора 3 типа (FF) ассоциированы с высоким риском развития ИБС у пациентов с артериальной гипертензией.

# ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ГЕНОМНЫХ БИОМАРКЕРОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-CoV-2, У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ТЮРЮПОВ М.С., ШУЛЕНИН Д.К., ШЕРШНЕВА А.А.  
ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Актуальность.** Инфекция, вызванная SARS-CoV-2, может значительно отягощать сопутствующую патологию *развитием* осложнений, не всегда объясняемых ее патогенезом или тяжестью. Некоторые исследователи объясняют эту изменчивость генетическими характеристиками пациента.

**Цель.** Изучить связь некоторых геномных биомаркеров с сердечно-сосудистыми осложнениями в остром периоде инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

**Материал и методы.** Ретроспективно оценено течение инфекции, вызванной SARS-CoV-2, у 164 пациентов: 90 (54,9%) - мужчины, 74 (45,1%) – женщины. Возраст составил 67 (57-74) лет. Частота артериальной гипертензии составила 164 наблюдения (100%), ишемической болезни сердца (ИБС) – 84 (51%). Сформированы 2 группы пациентов: достигшие составной конечной точки MACE (106 пациентов, 65%) и нет (58 пациентов, 35%). Группы были однородны по гендерно-возрастным и соматическим характеристикам. Изучалась связь достижения составной точки с генотипированием человеческого лейкоцитарного антигена 2 класса HLA-DRB 1 и однонуклеотидным полиморфизмом гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) (rs4646994). Расчеты проводили в статистическом пакете R, версия 4.3.1. Различия признавались статистически значимым при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе пациентов, достигших составной конечной точки, наблюдается выше частота носительства варианта DD полиморфизма АПФ (rs4646994) (28,9% против 45,5%), аллеля \*3 HLA-DRB 1 (16,7% против 7,1 %), реже встречался аллель \*13 HLA-DRB 1 (16,7% против 31,4%). Различия стремятся к достоверным:  $p=0,058$ ,  $0,085$  и  $0,055$ , соответственно. При анализе ассоциаций геномных биомаркеров с достижением MACE в группе пациентов, имеющих только артериальную гипертензию, выявлена более частая встречаемость аллеля \*8 HLA-DRB 1 у лиц, достигших составной конечной точки (18,2% против 3,5%),  $p=0,048$ . В группе пациентов с ИБС, достигших составной конечной точки, выявлено более редкое носительство аллеля \*15 HLA-DRB 1 (28,6% против 100%),  $p=0,03$ .

**Выводы.** Таким образом, можно выявить основные неблагоприятные и протекторные аллели для пациентов с разной степенью выраженности сердечно-сосудистой патологии. Так, в группе пациентов, не имеющих ИБС, аллель \*8 HLA-DRB 1 ассоциирован с сердечно-сосудистыми осложнениями в остром периоде НКИ. У пациентов с ИБС протекторным влиянием обладает аллель \*15 HLA-DRB 1.

## АСПЕКТЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНАЦИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

УКЛИСТАЯ Т.А., ПОЛУНИНА О.С., УКЛИСТАЯ Е.А.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Российская Федерация

**Актуальность.** При хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) одним из ведущих факторов, ухудшающих прогноз течения заболевания, является наличие коморбидной патологии в виде хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Цель.** Изучить значение генетических факторов в оценке неблагоприятного течения у больных ХОБЛ с наличием ХСН.

**Материал и методы.** Осуществлено наблюдение за 24 больными ХОБЛ с легочным сердцем на протяжении 5 лет. Мужчин было 10, женщин - 14, средний возраст  $58,9 \pm 7,7$  лет, средняя длительность ХОБЛ –  $16,9 \pm 8,2$  года, частота обострений –  $2,9 \pm 1,0$ . По результатам наблюдения было выделено две группы: с благоприятным и неблагоприятным течением заболевания. Течение оценивалось как неблагоприятное при наличии следующих критериев: смерть от сердечной недостаточности, нарастание признаков ХСН, увеличение на 1 и более функционального класса ХСН, частота госпитализаций по поводу ХСН более 1 раза в год. У всех больных методом полимеразной цепной реакции определяли генетические полиморфизмы генов, имеющих отношение к различным звеньям патогенеза ХОБЛ и ХСН: фактора некроза опухоли- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) (-308G>A), интерлейкина-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) (3953 C>T); каталазы (-262C>T); ангиотензинпревращающего фермента (ACE) (I/D), рецептора ангиотензина 2 типа 1 (AGT2R) (1166A>C). При статистической обработке данных использовали метод регрессионного анализа выживаемости Каплана-Мейера с вычислением достоверности по критерию long rank.

**Результаты.** Через 5 лет наблюдения неблагоприятные события зарегистрированы у 14 больных. При этом группы лиц, имевших и не имевших неблагоприятные события, существенно не отличались по полу, возрасту, индексу курения, длительности ХОБЛ, частоте обострений и выраженности бронхообструкции. При анализе попарных сочетаний генотипов генов провоспалительных цитокинов и ренин-ангиотензиновой системы установлено, что в группе, носителей гаплотипов СС/II по полиморфизмам С3953Т гена IL-1 $\beta$  и I/D гена ACE вероятность отсутствия развития неблагоприятных событий больше по сравнению с группой, носителями гаплотипов СТ или ТТ/ID или DD ( $p=0,033$ ).

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы при формировании среди больных ХОБЛ группы повышенного риска неблагоприятного течения заболевания.

## НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

УРЯСЬЕВ О.М., СОЛОВЬЕВА А.В., БАРАНОВ В.В., КОРОЛЕВ А.Е., СМАЗНОВА О.А., ИВАНЕВА Е.А., МОЖАЕВА О.М.

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

*ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** При COVID-19 возможно прямое и опосредованное поражение поджелудочной железы и развитие сахарного диабета (СД) на фоне высоких доз глюкокортикостероидов (ГКС) при тяжелом течении инфекции.

**Цель исследования** – изучить нарушения углеводного обмена у пациентов с COVID-19.

**Материал и метод.** Проанализированы истории болезни 38 пациентов (7 мужчин и 31 женщина), госпитализированных в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (г. Рязань) в 2021 г. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа (n=10) – больные с известным СД 2-го типа, 2-я группа (n=10) – пациенты с СД, вызванным приемом ГКС при данной госпитализации, 3-я группа (n=18) – лица без нарушений углеводного обмена. Все пациенты были госпитализированы в связи с поражением легких и развитием дыхательной недостаточности. Проводился сравнительный анализ больных в группах по полу, возрасту, коморбидности, тяжести поражения легких в соответствии с данными компьютерной томографии (КТ), показателю сатурации при поступлении, уровню С-реактивного белка (СРБ). Статистический анализ данных проводился при помощи STATISTICA 10.0.

**Результаты.** Анализируемые группы статистически значимо не различались по полу. Медиана возраста по группам составила 67 (64; 69), 61 (44; 67) и 60,5 (50; 70) лет, без статистически значимых различий. Артериальная гипертензия чаще встречалась в группе пациентов с СД 2-го типа ( $p=0,03$ ). Уровень СРБ при поступлении без статистически значимых различий был ниже в 1-й группе, чем во 2-й и 3-й группах: 38,8 (23,9; 71,4), 82,7 (41,1; 119) и 92,6 (28,7; 111,6) мг/л соответственно. Объем поражения легочной ткани при КТ легких был выше в группе стероидного СД – 45 (35; 60) % справа и 50 (30; 60) % слева. В 1-й группе аналогичные показатели составили 30 (20; 60) и 30 (15; 35) %, в 3-й – 42,5 (28; 60) и 32,5 (30; 42) %. Статистическая значимость была получена для объема поражения левого легкого между 1-й и 2-й группами ( $p=0,04$ ). Сатурация при поступлении по группам статистически значимо не различалась.

**Выводы.** Стероидный СД при COVID-19 развивается у пациентов с более тяжелым поражением легких, которое требует более высоких доз ГКС. Для исключения, не диагностированного до госпитализации СД 2-го типа рекомендовано исследование уровня гликированного гемоглобина.



## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ПЕРФОРАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**УСАЧЕВА Е.В., УСАЧЕВ Н.А.**

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Российская Федерация*

*БУЗОО «ГП №4», г. Омск, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациент 24 лет, поступил по неотложной помощи с признаками острой кишечной непроходимости (КН). При поступлении был проведен анализ на новую коронавирусную инфекцию – результат положительный, несмотря на это принято решение о неотложном оперативном вмешательстве. По результатам операции выставлен диагноз Острая обтурационная спаечная КН. Далее проводилось консервативное лечение. Через 14 дней в связи с отрицательной динамикой была выполнена релапаротомия, обнаружены множественные перфорации кишечника, перфорации ушиты, налажено дренирование брюшной полости. Несмотря на проводимое лечение на 50-е сутки госпитализации наступила смерть. По результатам аутопсии выставлен диагноз: Коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, вирус идентифицирован, средней степени тяжести. Спаечная болезнь органов брюшной полости. Состояние после лапаротомии, висцеролиз, этеролиз, энтеротомия. Санация и дренирование брюшной полости. Осложнения: Ковид-ассоциированный энтероколит. Сегментарные нарушения мезентериального кровообращения. Послеоперационный парез кишечника. Множественные перфорации тонкой кишки. Синдром водно-электролитных нарушений. Операция: релапаротомия, ушивание перфоративных отверстий, дренирование брюшной полости. Тонкокишечный свищ. Респираторный дистресс-синдром, экссудативная стадия: интерстициальное воспаление с утолщением и отеком межальвеолярных перегородок, продуктивно-деструктивный тромбоваскулит сосудов легких, мозга, почек. Отек легких. Острая легочно-сердечная недостаточность. Отек, набухание вещества головного мозга. Сопутствующий: Эндогенное заболевание (олигофрения). Анемия средней степени тяжести.

**Особенностью данного случая** является четкая взаимосвязь коронавирусной инфекции, вызвавшей ковид-ассоциированный энтероколит, протекающий с тяжелой коагулопатией, сегментарных нарушений мезентериального кровообращения и как следствие – множественных перфораций кишечника. Несмотря на относительно стабильное состояние пациента, отсутствие отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, газового состава крови, комплексное консервативное лечение и систематические перевязки не удалось купировать нарушения со стороны системы гемостаза и активный воспалительный процесс.

**Трудности ведения пациента** были обусловлены наличием органического расстройства личности, затруднявшим получение субъективной информации, поздним обращением за медицинской помощью, наличием сопутствующей патологии и присоединением вторичной инфекции. Таким образом, проявлениями COVID-19 могут являться в том числе нарушения микроциркуляции на уровне кишечника, что обуславливает необходимость обеспечения комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике пациентов, инфицированных SARS-CoV-2 в целях обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской помощи и предотвращения летальности у таких пациентов.

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ОБЛАСТНОМ COVID-ГОСПИТАЛЕ**

**УСТИНОВ М.С., МАКОВА Е.В.**

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Российская Федерация*

*ЧУОО ВО «Медицинский университет "Реавиз"», г. Самара, Российская Федерация*

**Цель.** Исследовать случаи летальных исходов в инфекционном отделении для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

**Материал и методы.** Проанализированы 315 медицинских карт пациентов, умерших в инфекционном отделении за период с 16.04. по 30.06.2020 г. Диагноз пациентам устанавливали в соответствии с Временными методическими рекомендациями – профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Минздрава РФ, Версии 5-7. Лабораторное подтверждение коронавирусной инфекции методом ПЦР проводилось в лаборатории СОКБ им. Середавина с помощью набора (РеалБест РНК SARS-CoV-2) по ТУ 21.20.23-106-23548172-2020 г. Положительные тесты перепроверялись в референс лаборатории на базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области» Компьютерную томографию проводили без контраста на 32-срезовом томографе Aquilion 32 (Toshiba, Япония). У всех больных была диагностирована пневмония.

**Результаты.** Больные были разделены на 2 группы. 1 группа – пациенты с подтвержденной коронавирусной инфекцией методом ПЦР к РНК вируса SARS-Cov-2 (97 человек). 2 группа – пациенты с неподтвержденной новой коронавирусной инфекцией методом ПЦР (218 человек). В первой группе средний возраст составил 70,8 лет, соотношение мужчин и женщин - 57,7%/42,3%. Средний проведенный в стационаре койко-день составил 12,4 дня. Во второй группе средний возраст пациентов был 67,3 года, соотношение мужчин и женщин было 56,4%/43,6%. Средний койко-день составил 8,8 дней.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с летальным исходом новой коронавирусной инфекции, подтвержденной методом ПЦР, был более старший средний возраст, большее преобладание мужчин и более длительный койко-день пребывания в стационаре.

## ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ С НОРМАЛЬНЫМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

ФАЛЕТРОВА С.В., УРЯСЬЕВ О.М., БЕЛЬСКИХ Э.С.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время активно изучается вклад избыточной жировой ткани в модификацию течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Предполагается, что одним из возможных механизмов влияния избыточной жировой ткани является окислительный дистресс, приводящей к избыточной окислительной модификации белков, накопление которых будет стимулировать иммунные клетки к выработке провоспалительных цитокинов и, возможно, отягощать течение заболевания.

**Цель.** Сравнить показатели окислительной модификации белков в плазме крови у пациентов с ХОБЛ с ИМТ  $<25$  кг/м<sup>2</sup> и ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> при неинфекционном обострении.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 70 человек: 41 здоровый доброволец (группа 1, средний возраст 59 [57; 65] лет), 29 пациентов с неинфекционным обострением ХОБЛ (группа 2, средний возраст 65 [63; 65] лет; 22 курильщики, 7 экс-курильщики). Каждая группа была разделена на две подгруппы в зависимости от ИМТ. Пациенты с ХОБЛ в подгруппах были сопоставимы по уровню показателя ОФВ<sub>1</sub>. Спирографию проводили с помощью спирометра MicroLab (Великобритания). Уровни спонтанной (СП) и металл-индуцированной окислительной модификации белков (ОМБ) плазмы крови оценивали спектрофотометрически по методике Levine в модификации с оценкой образования 2,4-динитрофенилгидразонов. Оценивали уровень спонтанной (СП ОМБ) и металл-индуцированной окислительной модификации белков (МК ОМБ). За резервно-адаптационный потенциал (РАП) ОМБ принимали разницу 1 - СП ОМБ/МК ОМБ.

**Результаты.** У пациентов с ХОБЛ было выявлено увеличение уровня СП ОМБ на 498% (395,3 [289; 547] у.е./мл плазмы,  $p < 0,001$ ) и снижение РАП ОМБ на 47% (0,415 [0,278; 0,493],  $p < 0,001$ ) по сравнению со здоровыми добровольцами (79 [51; 137] и 0,785 [0,723; 0,938]). В подгруппах здоровых добровольцев, разделенных по ИМТ, исследуемые показатели значимо не различались. В подгруппах пациентов с ХОБЛ уровень СП ОМБ был значимо меньше в 1,68 раза при ИМТ  $<25$  кг/м<sup>2</sup> (325 [267; 396],  $p < 0,001$ ) по сравнению с ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup> (548 [439; 602]). Сравнение уровня СП ОМБ между курящими (397 [298; 554] у.е./мл плазмы) и экс-курильщиками (325 [296; 389] у.е./мл плазмы) не позволило выявить значимых отличий.

**Выводы.** При неинфекционном обострении у пациентов с ХОБЛ и избыточным весом уровень окислительно модифицированных белков в плазме крови выше, чем у пациентов с ХОБЛ без избыточной массы тела.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ**

**ФАТЕНКО А.С., БЕЛЯЕВА Е.А.**

*ФГБОУ ВО ТулГУ, г. Тула, Российская Федерация*

**Актуальность.** Для снижения риска смерти и улучшения функционального состояния рекомендуется включение всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в программы кардиореабилитации. Сопутствующий остеоартрит (ОА) коленных суставов затрудняет реабилитацию в связи с ограничением мобильности пациентов из-за болей и уменьшения объема движений в суставах.

**Цель.** Сравнить результаты восстановительной терапии у пациентов, получавших (основная группа) и не получавших (контрольная группа) лечение ОА коленных суставов на этапе постинфарктной реабилитации.

**Материал и методы.** Основная группа - 20 человек, 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%), средний возраст 64,5 года и контрольная группа - 20 человек, 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%), средний возраст - 62,4 года. Группы были сопоставимы по тяжести инфаркта миокарда. Пациенты основной группы получали терапию SYSADOA и локальную инъекционную терапию препаратами гиалуроновой кислоты, полинуклеотидов и тропоколлагенов. Контрольная группа - самостоятельное ситуационное применение НПВС и отказ от других видов лечения.

**Результаты.** При проведении теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) в основной группе отмечается увеличение дистанции более 301 м с 35% больных до 55%. В контрольной группе ТШХ значительные изменения не зафиксированы, дистанция более 301 м увеличилась на 5%. При проведении ЭХОКГ в основной группе в динамике зафиксировано улучшение сократительной способности миокарда, в виде увеличения пациентов с сохраненной ФВ до 85%. При исследовании контрольной группы через 8 недель по данным ЭХОКГ ФВ снизилась с сохраненной на 5%. В течение реабилитации в основной группе приступы стенокардии не рецидивировали, не отмечено повышение АД более 5 мм рт.ст., пульса выше 70 ударов в мин., нарушений сердечного ритма, гастроинтестинальные жалобы не проявлялись.

**Выводы.** Больным в послеинфарктном периоде с ОА коленных суставов требуется проведение одномоментной реабилитации. Терапия ОА приводит к увеличению восстановительного потенциала после инфаркта миокарда за счет устранения болевого синдрома и обеспечения адекватной двигательной активности.

## **ДИНАМИКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**ФАХРУТДИНОВА А.Ш., СИНЕГЛАЗОВА А.В., НУРМИЕВА Л.С., КУДРЯШОВА Н.К.**  
*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*  
*ООО «КДЦ Авиастроительного района», г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Высокая распространенность предиабета создает предпосылки для дальнейшего роста заболеваемости сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний, что требует настороженности по раннему выявлению предиабета. Является актуальным изучение взаимосвязи факторов кардиометаболического риска (ФКМР) и предиабета для усовершенствования профилактических подходов в ведении данных пациентов.

**Цель.** Изучить динамику предиабета во взаимосвязи с ФКМР у лиц молодого возраста.

**Материал и методы.** Проведено проспективное 2-летнее наблюдение в КДЦ Авиастроительного района г. Казани. Пациенты разделены согласно профилю углеводного обмена. В группу с предиабетом включены лица с нарушенной толерантностью к глюкозе, нарушенной гликемией натощак, с уровнем гликированного гемоглобина 6-6,5%. Исключены пациенты с сахарным диабетом. Обследован 101 пациент, включая 49 мужчин (48,5%) и 52 женщин (51,5%) в возрасте Me 35 [30-39] лет. Оценены ФКМР: ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, абдоминальное ожирение (АО), артериальное давление (АД)  $>130/85$  мм рт.ст., дислипидемия, гиперинсулинемия. Данные обработаны в SPSS Statistics 23.

**Результаты.** В начале наблюдения предиабет диагностирован у 11,9% (n=12) пациентов. При проспективном наблюдении у 69,3% (n=70) обследованных не изменился углеводный профиль. У 18,8% (n=18) лиц развился предиабет. У 5,9% (n=6) лиц отмечен переход из предиабета в нормогликемию. Новые случаи предиабета ассоциированы с увеличением параметров АО (p=0,012), систолического АД (p=0,003), значений НОМА индекса (p=0,044). В группе лиц с предиабетом в динамике нарастали средние значения инсулина с 12,8 [5,9-19,5] мкМЕ/мл до 18,5 [11,6-32,6] мкМЕ/мл (p=0,028) и НОМА индекса с 2,5 [1,1-4,9] ммоль/л до 4,0 [2,2-8,7] ммоль/л (p=0,028).

**Выводы.** У лиц молодого возраста с ФКМР возникновение предиабета связано с АО, повышением систолического АД и инсулинорезистентностью. Это свидетельствует о необходимости своевременной диагностики и коррекции ФКМР с целью профилактики новых случаев предиабета.

## ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ФЕЙСХАНОВА Л.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Ревматоидный артрит является заболеванием, влияющим на сердечно-сосудистую систему и на функцию миокарда, в частности. Помимо этого, большое значение имеют наличие коморбидных состояний и лекарственная терапия, назначенная для лечения основного заболевания.

**Цель.** Определить изолированное влияние лекарственных препаратов на функцию сердца у пациентов с ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** В исследовании участвовал 281 пациент с ревматоидным артритом (РА). Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, ЭКГ высокого разрешения с определением альтернации зубца Т и дисперсии интервала QT, ЭхоКГ с импульсно-волновой доплерографией и тканевая доплерография (ТД).

**Результаты.** Выполнен анализ предикторов риска ВСС в зависимости от терапии РА. Обнаружено, что у пациентов, находящихся на терапии лефлуномидом, дисперсия интервала QT была достоверно выше (66 [44-72] мс), чем у пациентов, не принимавших этот препарат (50 [34-59] мс) ( $p < 0,05$ ). Обнаружено, что прием ритуксимаба сопровождался более высокими соотношениями Е/А митрального (1,29 [1,03-1,53]) и трикуспидального клапанов (1,4 [1,2-1,6]) при сниженных соответствующих показателях пика А, а также увеличением пика Е трикуспидального клапана (60 [51,8-63,2]) см/с и фракции выброса 68 [64,8-70] % по сравнению с лицами, не принимавшими этот препарат: 0,86 [0,74-1,19], 1,2 [1-1,4], 51 [45-57] см/с, 65 [62-68] %, соответственно. При анализе результатов ТД выявлено, что значение глобального продольного стрейна левого желудочка оказалось достоверно ниже у лиц, получавших терапию ГКС (-19,2±2,9 (-20 – -18,4) %) и метотрексатом (-19,3±2,8 (-20 – -18,6) %), чем у пациентов, не принимавших эти препараты: -20,3±2,4 (-21,1 – -19,6) % и -20,5±2,4 (-21,4 – -19,7) %, соответственно ( $p < 0,05$ ). А у лиц, принимавших ритуксимаб, он был выше: -22,2±1,8 (-23,6 – -20,8) %, чем у пациентов без ритуксимаба: -19,5±2,7 (-20,0 – -18,9) % ( $p < 0,005$ ).

**Вывод.** Таким образом, ГКС, лефлуномид, метотрексат и ритуксимаб дифференцированно влияют на функцию миокарда. Знание этих особенностей позволит выстраивать тактику ведения этих пациентов.

## **ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФУНКЦИЮ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**ФЕЙСХАНОВА Л.И.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Анкилозирующий спондилит (АС) характеризуется влиянием на диастолическую функцию миокарда, проводящую систему сердца, аорту. Однако, помимо этого, немаловажное значение имеет воздействие применяемых лекарственных препаратов на функцию миокарда.

**Цель.** Определить изолированное влияние лекарственных препаратов на функцию сердца у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 153 пациента с АС. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, векторкардиография (ВКГ), ЭКГ высокого разрешения с определением альтернации зубца Т и дисперсии интервала QT, ЭхоКГ с импульсно-волновой доплерографией и тканевая доплерография (ТД).

**Результаты.** При сопоставлении параметров ВКГ в зависимости от терапии у пациентов с АС были обнаружены статистически значимые различия: у лиц, принимавших ингибиторы ФНО-а, МВ-азимут достигал  $41 [29-62]^\circ$  и был ниже, чем у пациентов, не принимавших эти препараты; у них МВ-азимут составлял  $69,5 [42-81,2]^\circ$  ( $p < 0,05$ ). Индекс ММЛЖ у пациентов, принимавших сульфасалазин, был достоверно выше, чем у лиц без этой терапии:  $107,8 [90,7-123,8]$  и  $97,8 [83,1-118]$  г/м<sup>2</sup>, соответственно ( $p < 0,05$ ). У пациентов, принимавших секукинумаб, показатель e'S оказался достоверно выше ( $11 [9,5-11]$ ), чем у лиц без этой терапии ( $8,1 [7,2-11]$ ) см/с ( $p < 0,05$ ). В группе, принимавшей ингибиторы ФНО-а, показатель S'R был ниже, чем в группе, не принимавшей эти препараты:  $11,5 [10,5-12,5]$  и  $15 [15-16,2]$  см/с, соответственно ( $p < 0,01$ ).

**Вывод.** Таким образом, ингибиторы ФНО-а, сульфасалазин, секукинумаб дифференцированно влияют на функцию миокарда. В связи с этим, при назначении препаратов следует учитывать эти особенности при определении тактики ведения пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ФЕЙСХАНОВА Л.И.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** У пациентов с ревматоидным артритом важную прогностическую роль играют сердечно-сосудистые заболевания, среди которых большое значение имеет артериальная гипертония и ее влияние на миокард.

**Цель.** Выявить электрофизиологические и структурно-геометрические особенности миокарда у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) на фоне ревматоидного артрита (РА).

**Материал и методы.** В исследовании участвовал 281 пациент с РА, из которых у 52% выявлена АГ 1 степени. Лица с АГ 2-3 степени были исключены из исследования. Всем пациентам проведена векторкардиография (ВКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

**Результаты.** Проведен сравнительный анализ параметров ВКГ в зависимости от наличия АГ. Достоверные различия обнаружены при сравнении МВ-азимута: среди пациентов с АГ он составил  $78 [67,5-84]^\circ$  и был выше, чем среди пациентов без АГ, где средний МВ-азимут достигал  $72,5 [64-80]^\circ$  ( $p < 0,01$ ). У пациентов с РА и АГ достоверно выше значения индекса массы миокарда левого желудочка, относительной толщины стенки, что свидетельствовало о развитии гипертрофии миокарда у этих пациентов. Кроме того, соотношения Е/А трансмитрального и транстрикуспидального кровотока у них оказались ниже, чем у пациентов без АГ, причем в большей степени за счет повышения пиков А. Эта картина снижения диастолической функции сопровождалась достоверным повышением конечного диастолического размера левого желудочка.

**Выводы.** Наличие АГ у пациентов с РА сопровождается электрофизиологическими нарушениями, свидетельствующими о электрической неоднородности миокарда, на фоне структурно-геометрического ремоделирования с тенденцией к гипертрофии, которая сопровождается ухудшением диастолической функции обоих желудочков.



## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ДЛЯ СКРИНИНГА АКСИАЛЬНОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

**ФИЛИПЕНКО Д.Е., ВАСИЛЬЕВА А.О., КАПУСТИНА Е.В., ШЕСТЕРНЯ П.А.**

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Аксиальный псориатический артрит (аксПсА) является наименее изученным среди различных вариантов псориатического артрита (ПсА). Отсутствие классификационных и диагностических критериев предопределяет сложности для выявления заболевания и определении лечебной тактики.

**Цель.** Оценить различные критерии воспалительной боли в спине (ВБС) для скрининга аксПсА у больных псориазом (ПсО).

**Материал и методы.** В исследование включались пациенты с ПсО старше 18 лет, обратившиеся в Краевой кожно-венерологический диспансер (ККВД) г. Красноярска в период с 12.03.2022 г. по 01.08.2023 г., подписавшие информированное добровольное согласие. Для скрининга аксПсА использовались критерии ВБС по ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society, 2009), A.Calin с соавт. (1977) и M. Rudwaleit с соавт. (2006); для скрининга периферического ПсА - вопросник mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool). Все пациенты были консультированы ревматологом, верификация диагноза ПсА проводилась в соответствии с диагностическими критериями CASPAR. Научное исследование одобрено локальным этическим комитетом.

**Результаты.** Соответствие, как минимум, по одному из критериев ВБС было выявлено у 106 больных – 45 мужчин (42%) и 61 женщина (58%), в возрасте 45.5 [36.0; 56.0] лет. Критериям ВБС ASAS соответствовали менее половины пациентов – 50 (47,2%), в то время как критериям A.Calin с соавт. - 55 (51,9%), Берлинским критериям из 3 вопросов – 75 (70,8%), Берлинским критериям из 4 вопросов – 87 (82,1%), включая 19/29/41 пациентов, не соответствовавших критериям ASAS. Вероятный ПсА (mPEST  $\geq 3$  баллов) был заподозрен у 75 из 106 пациентов (70,8%). Таким образом, согласно клиническим рекомендациям (наличие ВБС по ASAS или mPEST  $\geq 3$  баллов) консультации ревматолога подлежали 83 из 106 пациентов (78,3%). Диагноз ПсА был верифицирован у 60 из этих 83 пациентов (72,3%). Среди оставшихся 23 пациентов, не соответствовавших критериям ASAS или имевших mPEST менее 3 баллов, у 15 пациентов был диагностирован ПсА, согласно критериям CASPAR.

**Выводы.** Используемые в настоящее время инструменты для скрининга ПсА не в полной мере охватывают весь спектр клинических проявлений ПсА – фактически каждый шестой пациент (14,6%) оказывается не подлежащим консультации ревматологом. Необходимо дальнейшее изучение скрининговых и диагностических инструментов аксПсА.

## ХРОНИЧЕСКИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВЗРОСЛЫХ КАК ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА. СЕРИЯ ИЗ 10 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

ФИЛОНЕНКО Е.П., ПЕТУХОВА А.А., ПАТРИКЕЕВА И.М., ИНАМОВА О.В., ГАЙДУКОВА И.З.  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», г. Санкт-Петербург,  
Российская Федерация  
ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», г. Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Хронический мультифокальный остеомиелит (ХМО) – редкое хроническое аутовоспалительное заболевание костей, развивающееся преимущественно в детском возрасте. Особенности течения и лечения ХМО взрослых неизвестны.

**Цель.** Изучить клинические особенности и возможности консервативного лечения ХМО взрослых.

**Материал и методы.** Из 1609 выписных эпикризов сформирована выборка из 10 случаев с гистологически верифицированным ХМО.

**Результаты исследования** представлены в *таблицах 1-4.*

*Таблица 1. Возраст дебюта ХМО в исследуемой популяции, n=10.*

	Средний возраст, г.	Возраст клинического дебюта, г.	Возраст рентгенологического дебюта, г.
Мужчины (n=5)	38,85±17,41	29,2±19,08	31,0±17,41
Женщины (n=5)	32,73±15,86	10,0±5,79	10,0±5,79
Итого	35,79±16,03	22,0±17,57	23,12±17,64

*Таблица 2. Количество очагов поражения костей, n=10.*

Изолированное поражение костей, n	6
Сочетанное поражение нескольких костей, n	4

*Таблица 3. Хирургическое лечение ХМО взрослых, n=10.*

Лечение	Пациенты, n
Диагностическая трепанобиопсия, n	10
Лечебные костные резекции, n	6
Рецидивы после костной резекции, n	6
Хирургическое лечение на фоне иммуносупрессивной терапии, n	0

*Таблица 4. Медикаментозное лечение ХМО взрослых, n=10.*

Препараты	Пациенты, n
НПВП	10
Глюкокортикоиды (ГК), внутрь	3
Сульфасалазин, 2-3 г/сутки	1
Метотрексат, 15-25 мг/нед	4
Микофенолата мофетил, 1-3 г/сутки	1
Лефлуноמיד, 20 мг/сутки	1
Циклофосфамид	1
Золендроновная кислота, 5 мг в/в	2
Памидроновая кислота, 90 мг в/в	1
Адалимумаб, 40-80 мг/2 недели	2
Инфликсимаб, в/в 5 мг/кг / 8 недель	2

Медикаментозное лечение (*табл. 4*) было назначено по показанию ХМО с положительным эффектом.

**Выводы.** ХМО взрослых может поражать любые кости и клинически не отличается от ХМО детей. Медикаментозная терапия эффективна в лечении пациентов с ХМО и превосходит хирургическое лечение, которое следует считать неэффективным.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

**ФИРСТОВ В.Д., КОКОРИН В.А.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Ряд работ ставят под сомнение эффективность шкал оценки риска развития кровотечений при ТЭЛА (RIETE, VTE-BLEED, PE-SARD) в определении категории высокого риска кровотечений. Эти шкалы до сих пор не валидизированы и не получили широкого распространения.

**Цель.** Оценить эффективность предложенных шкал оценки риска кровотечений у пациентов с ТЭЛА высокого и промежуточного риска летального исхода в прогнозировании развития крупных кровотечений.

**Материал и методы.** Из 150 пациентов (56 мужчин, 94 женщины, средний возраст  $64,7 \pm 16,2$  года) с подтвержденным диагнозом ТЭЛА, в течение 12 месяцев, крупные кровотечения (ЖКК, маточные, легочные, макрогематурия, САК) развились у 28 (18,7%), малые (носовые, гематомы, десны) – у 22 (14,7%). Из тех, кто имел крупные кровотечения, 6 пациентов (21,4%) получили тромболитическую (ТЛТ) и антикоагулянтную (АКТ) терапию, 22 (78,6%) – только АКТ. Из тех, кто имел малые кровотечения 4 больных (18,2%) получили ТЛТ и АКТ, 18 (81,8%) – только АКТ. Проведена оценка риска кровотечений с использованием шкал RIETE, VTE-BLEED и PE-SARD.

**Результаты.** По RIETE пациенты распределялись на группы низкого (0 баллов), среднего (1-4 балла) и высокого ( $\geq 5$  баллов) риска. Пациенты среднего риска имели крупные кровотечения в 17,7% случаев, высокого риска – в 25% случаев ( $p=0,435$ ). В группу низкого риска никто из оцениваемой выборки не вошел.

По VTE-BLEED пациенты были поделены на группы низкого (0-1 баллов) и высокого ( $\geq 2$  баллов) риска. Пациенты низкого риска имели крупные кровотечения в 11,5% случаев, высокого риска – в 10,6% случаев ( $p=0,875$ ).

По PE-SARD пациенты были поделены на группы низкого (0 баллов), среднего (1-4 баллов) и высокого ( $\geq 5$  баллов) риска. Пациенты низкого риска имели крупные кровотечения в 7,3% случаев, среднего риска – в 21,1% случаев, высокого риска – в 21,4% случаев ( $p > 0,05$  для всех сравнений).

**Вывод.** Ни одна из изученных шкал не позволяет достоверно оценить вероятность развития крупных кровотечений у пациентов с ТЭЛА, получающих антитромботическую терапию, в соответствии с предложенной стратификацией групп риска, что требует их усовершенствования или разработки новых прогностических моделей.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ФУРСОВ А.Н., ПОТЕХИН Н.П., ЗАХАРОВА Е.Г., ЧЕРНОВ С.А., ГАЙДУКОВ А.В., ГОРОДНИЧЕВ К.Ю., МАКЕЕВА Т.Г., ЛЯПКОВА Н.Б., СУЩИН Г.О.

ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Атеросклеротический стеноз почечных артерий (СПА) наиболее частая причина развития вазоренальной артериальной гипертензии (ВРАГ). В настоящее время нет убедительных доказательств, что эндоваскулярные методики восстановления почечного кровотока превосходят результаты оптимальной антигипертензивной терапии (АГТТ). В тоже время при определении подходов к эндоваскулярному лечению СПА необходимо учитывать различные фенотипы больных с ВРАГ, в частности клинический вариант с резистентной АГ при стенозе более 75%.

**Цель.** Изучить отдаленные результаты эндоваскулярной коррекции гемодинамически значимого СПА на фоне резистентной АГ.

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов (45 мужчин, 15 женщин) с ВРАГ на фоне СПА >75%. Средний возраст обследованных  $52,5 \pm 6,2$  года. У всех больных был односторонний СПА. Проводили биохимические исследования крови, выполняли мониторинг АД. Все больные получали комбинированную АГТТ в виде сочетания ингибитора АПФ (иАПФ) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (БРА) с тиазидными диуретиками (ТД), недигидропиридиновыми антагонистами кальциевых каналов (АКК), бета- (БАБ) и альфа- (ААБ) адреноблокаторами, агонистами имидазолиновых рецепторов (АИР), антагонистами минералкортикоидных рецепторов (АМКР). Оценка эффективности АГТТ проводили сразу и через 2 года после эндоваскулярного вмешательства.

**Результаты.** Через 1-2 суток после вмешательства у всех больных достоверно снизился уровень как систолического АД (с  $168,2 \pm 6,9$  мм рт.ст. до  $134,4 \pm 4,6$  мм рт.ст.), так и диастолического (с  $110,5 \pm 6,1$  мм рт.ст. до  $83,8 \pm 7,8$  мм рт.ст.). Расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по СКД-ЕPI также снизилась с  $70,5 \pm 6,3$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$  до  $55,2 \pm 3,2$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$  ( $p < 0,05$ ). Если исходно характер АГТТ был 3-5 компонентным (иАПФ/БРА+ТД+АКК+ААБ+АМКР или АИР), то стал преимущественно 3-х компонентным (в 85% случаев). Через 2 года после эндоваскулярной коррекции СПА рецидивов по данным дуплексного сканирования не отмечалось. Уровень систолического АД к концу периода наблюдения составил  $135,2 \pm 3,5$  мм рт.ст., а диастолического АД  $83,7 \pm 4,2$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). Расчетная СКФ повысилась до  $77,6 \pm 6,7$  мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ , однако по сравнению с исходной недостоверно ( $p > 0,05$ ). 3-х компонентная АГТТ (иАПФ/БРА+ТД+АКК или БАБ) сохранялась у большинства больных (в 75% случаев).

**Выводы.** Эндоваскулярная коррекция СПА достоверно снизила уровень АД сразу после манипуляции, причем гипотензивный эффект сохранялся и на протяжении последующих 2-х лет наблюдения, при этом заметно уменьшилось количество антигипертензивных препаратов. В раннем послеоперационном периоде достоверно обратимо снижается рСКФ, как следствие, вероятно, контраст-индуцированной нефропатии. Показатели рСКФ к концу 2-х летнего периода наблюдения были сопоставимы с исходными.

## НЕЦИРРОТИЧЕСКАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

ХАВАНШАНОВ А.К., БАЛАБАНОВ А.С., ПОНОМАРЕНКО Д.С., ПАВЛОВ А.И.,  
ПРОХОРЧИК А.А., БАКШЕЕВ В.И.

ФГБУ «НМИЦ ВМГ им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, г. Красногорск,  
Российская Федерация

**Введение.** Нецирротическая портальная гипертензия включает в себя группу состояний, влияющих на сосудистую систему печени и связанных с рядом факторов риска (инфекции, иммуноопосредованные заболевания, гематологические, генетические болезни, протромботические нарушения, прием азатиоприна). Диагностика таких случаев требует комплексного подхода, в том числе и генетического тестирования.

**Описание клинического случая.** Пациент К., 46 лет, с сентября 2022 г. отметил постепенное нарастание общей слабости. В январе 2023 г. при стационарном обследовании определялись анемия (Hb 71 г/л), лейкопения  $2,65 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения  $74 \times 10^9/\text{л}$ , варикозное расширение вен пищевода I степени; выявлены спленомегалия (150 x 75 мм), расширение воротной и селезеночной вен, тромботические массы в селезеночной и нижней брыжеечной венах. На фоне приема препаратов железа Hb повысился до 113 г/л. В марте 2023 г. выявлены варикозно расширенные вены пищевода III степени, свода прекардиального отдела желудка II степени; сохранились расширение воротной и селезеночной вен до 19 мм и 12 мм соответственно, спленомегалия (160 x 63мм), гиперспленизм (лейкопения  $1,28-3.8 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения  $66-132 \times 10^9/\text{л}$ ). При диагностическом поиске генеза портальной гипертензии, тромбоза воротной, селезеночной и нижней брыжеечной вен, гиперспленизма данных за цирроз печени, онкопатологию, хроническое миелопролиферативное заболевание не получено (выполнены трепанобиопсия костного мозга (30.03.2023 г.), пункционная биопсия печени (11.04.2023 г.: дольковая структура печени сохранена; часть гепатоцитов с проявлениями гидропической и жировой дистрофии, в заметном количестве обнаруживаются гепатоциты в состоянии апоптоза, с явлениями анизокариоза, с вакуолизированными ядрами, двухъядерные формы). Генетическое тестирование на полиморфизм в генах свертывающей системы крови показало наличие мутаций в гене F2 (фактор II свертывания крови) 20210 G>A G/G и в гене F5 (фактор V свертывания крови) 1691 G>A (Arg506Gln) G/G, что позволило определиться с диагнозом «тромбофилия».

**Отличительные особенности данного случая.** Портальная гипертензия может возникать при отсутствии цирроза печени. Такие больные подлежат комплексному обследованию, в том числе генетическому тестированию, для выявления причин нецирротической портальной гипертензии и назначению патогенетического лечения.

## LIVER FRAILITY INDEX КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

ХАЗИЕВА Г.Р., БЕЛОУСОВА Е.Н., ГАЛИЕВА А.М, МУХАМЕТОВА Д.Д.,  
БАДМА-ГОРЯЕВА Ц.С., ДИНОВ Р.М.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Астения - общее снижение функциональных резервов организма. По данным последних исследований, было показано, что астения влияет на прогноз выживаемости у пациентов с циррозом печени (ЦП). Методов для определения степени астении у пациентов с ЦП много, одним из наиболее простых и точных является индекс Liver Frailty Index (LFI), позволяющий оценить риск смерти и выживаемость у больных с ЦП.

**Цель.** Оценить степень астении у пациентов с ЦП с помощью LFI.

**Материал и методы.** В исследование было включено 56 пациентов с ЦП: женщин - 36 (64%). Средний возраст - 51,5 [43; 59] года. Степень тяжести ЦП по классификации Child-Pugh: класс А – 15 (27%) пациентов, класс В – 20 (35,5%), класс С – 21 (37,5%). Среднее значение MELD - 6 [8; 20]. У всех пациентов был определен LFI (трехкратное измерение максимальной силы сжатия ведущей руки (кг); время, необходимое на 5 приседаний (сек); и время, затраченное на удержание равновесия в положении «ноги в стороны», «полутандемная постановка стоп», «тандемная постановка стоп» в течение 10 секунд). Статистическую обработку и анализ полученных данных проводили при помощи прикладной программы SPSS v23.

**Результаты.** Среднее значение силы ведущей руки по динамометрии составило – 22 [17,2; 26,4] кг. Стойка «ноги в стороны» была выполнена 53 (94%) пациентами, 3 (5%) – не справились с заданием в связи с выраженной общей слабостью; «полутандемная постановка стоп» – 52 (92%) выполнили, 4 (7%) – нет, «тандемная постановка стоп» – 49 (87,5%) выполнили, 7 (12,5%) - нет. Среднее время, затраченное на приседания – 12,5 [7; 15,55] сек. Среднее значение индекса LFI составило 4,08 [3,46; 4,93]. По результатам LFI: 15 (26%) пациентов - «хрупкие» (frail), 31 (55%) – «умеренно хрупкие» (pre-frail) и 9 (16%) – «крепкие» (robust). При ЦП индекс LFI коррелировал с показателем Child-Pugh ( $r=0,39$ ;  $p < 0,05$ ) и индексом MELD ( $r=0,36$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов с ЦП индекс LFI демонстрирует высокие значения, что указывает на выраженную астению у данной категории больных. LFI также значимо коррелирует со значениями индексов Child-Pugh и MELD.

## **ДИНАМИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА ПО ПРОШЕСТВИИ ГОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

**ХАМИТОВ Р.Ф., СОБОЛЕВА Е.А.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация  
ГБУ РМЭ Медсанчасть №1, г. Йошкар-Ола, Российская Федерация*

**Цель.** Провести анализ клинической симптоматики у пациентов, перенесших COVID-19, спустя год после развития заболевания.

**Материал и методы.** Динамическое наблюдение за 53 пациентами, перенесшими COVID-19, с оценкой клинических проявлений, с использованием шкал ВАШ, mMRC, HADS.

**Результаты.** Средний возраст 62 года [56-66], мужчин 33,3%, женщин 66,7%. Распределение по степени тяжести перенесенного COVID-19: легкой степени 4%, средней степени - 48%, тяжелой степени - 32%, крайней степени тяжести - 16%. Сопутствующая патология: ИБС в 9,8%, ГБ - 78,4%, СД - 34,1% случаев. Основные жалобы первично: одышка в 100% случаев (mMRC 3 - 45,5%), кашель в 88,6% (ВАШ 6±3), мышечная слабость в 82,9%, когнитивные нарушения 85,7%, артралгии 25,7%. Через 6 месяцев одышка в 96,4% (mMRC 2 - 48,3%), кашель в 60,7% (ВАШ 3), мышечная слабость 50,0%, когнитивные нарушения в 85,7 %, артралгии - 53,6%. Через 1 год одышка в 87,1% (mMRC 2 - 45,2%), кашель 45,2% (ВАШ2), мышечная слабость 32,3%, когнитивные нарушения 74,2%, артралгии 61,3%. По шкале HADS первично субклинически выраженная тревога отмечалась у пациентов с тяжелым течением (Me - 10 баллов), субклиническая депрессия у пациентов со средней степенью тяжести НКВИ (Me - 9 баллов). Через 6 месяцев баллы тревоги и депрессии не превысили нормативных показателей. По прошествии года отмечалась субклиническая тревога (Me - 8 баллов) у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением COVID-19, баллы по показателю тревоги были в нормативных показателях.

**Выводы.** Оценка клинических проявлений постковидного синдрома по прошествии года показывает сохраняющуюся клиническую симптоматику, особенно у коморбидных пациентов. У пациентов с разной степенью тяжести COVID-19 на первый план выходят различные методики восстановительных программ, сохраняющие свою актуальность по прошествии года.



## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У РАБОТНИКОВ ПЫЛЕОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ

**ХАЧАТРЯН К.В., СЕРЕБРЯКОВ П.В.**

*ФГБНУ «НИИ МТ», г. Москва, Российская Федерация*

*ФГБУ НМИЦО ФМБА России, г. Москва, Российская Федерация*

*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Воздействие на организм вредных производственных факторов может способствовать развитию производственно-обусловленных заболеваний, к которым относятся и сердечно-сосудистые заболевания, немалую роль в развитии которых играют нарушение липидного обмена, ожирение, способствующие формированию атеросклероза. Артериальная жесткость является интегральным показателем сердечно-сосудистого риска и может быть использована в качестве скрининга для выявления доклинического атеросклероза, определения групп высокого сердечно-сосудистого риска.

**Цель.** Оценить показатели липидного обмена и эластических свойств сосудистой стенки у рабочих пылеопасных производств.

**Материал и методы.** Исследование проведено в клинике ФГБНУ «НИИ МТ». Обследованные (81 чел.) были разделены на 2 группы: работающие в контакте с промышленным аэрозолем (50 чел.) и вне его воздействия (31 чел.). В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) рассматривались подгруппы работников: А – с ИМТ <30 кг/м<sup>2</sup>, Б - с ИМТ ≥30 кг/м<sup>2</sup>. Проводилась оценка показателей липидного и углеводного обменов, а также эластических свойств сосудистой стенки методом объемной сфигмографии на аппарате VaSeraVS-1500N (Fukuda Denchi CO., LTD, Япония). Определялись значения скорости распространения пульсовой волны (PWV), сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI), сосудистого возраста.

**Результаты.** У обследованных из группы 1Б по сравнению с 2Б группой при сопоставимых значениях календарного (53,7±1,5 лет и 55,7±1,4 лет соответственно) и расчетного сосудистого (50,7±5,6 лет и 50,8±3,1 лет соответственно) возраста средние значения PWV (8,3±0,08 м/с и 7,6±0,04 м/с соответственно, t=7,83, p <0,05) и CAVI (7,7±0,1 м/с и 7,2±0,1 м/с соответственно, t=5,42, p <0,05) достоверно выше. В 1А и 2А группах наблюдалась обратная зависимость. В 1Б группе по сравнению с 2Б группой отмечались достоверно более высокие средние значения уровня глюкозы (6,8±0,07 мМ/л и 6,4±0,04 мМ/л; t=4,96, p <0,05), липопротеинов низкой плотности (4,1±0,03 мМ/л и 3,9±0,02 мМ/л; t=5,35, p <0,05), общего холестерина (7,0±0,56 мМ/л и 5,6±0,03 мМ/л; t=2,51, p <0,05) и триглицеридов (2,8±0,09 мМ/л и 2,5±0,03 мМ/л; t=9,28, p <0,05) соответственно.

**Выводы.** Работа в условиях воздействия промышленных аэрозолей людей с ИМТ ≥30 кг/м<sup>2</sup>, вероятно, может усугубить уже имеющийся у них повышенный сердечно-сосудистый риск.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕРКАНИДИПИНА В ТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**ХЛЯМОВ С.В., МАЛЬ Г.С.**

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Российская Федерация*

**Актуальность.** АГ - частый вид кардиотоксичности анти-VEGF агентов, требующий дифференцированного подбора АГП для пациентов, принимающих бевацизумаб.

**Цель.** Определить эффективность лерканидипина при АГ, вызванной бевацизумабом, у онкологических пациентов.

**Материал и методы.** Ретроспективный обзор медицинских карт пациентов с колоректальным раком, получавших лечение бевацизумабом. Кардиотоксичность оценивалась по шкале STCAE v5.0. Лерканидипин 10 мг/день - терапия 1 линии при АГ  $\geq$  II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). АГП 2 линии или модификация лечения ранее существовавшей АГ (группа В). Описательная статистика для анализа характеристик пациентов (среднее значение, 95% ДИ). Значения р значимы при  $\leq 0,05$ .

**Результаты.** Бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 54 года (диапазон: 43-69 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. У 85 пациентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) фиксирована АГ I-III степени. АГП назначены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8). У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ  $\geq$  II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ  $\geq$  II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 развилась АГ, назначен лерканидипин 10 мг/день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ (n=14), либо другое ССЗ (n=6). В дополнение они получали либо амлодипин 5 мг/день (n=10, группа В), либо нитрендипин 10 мг/день (n=6), либо фозиноприл 10 мг/день (n=4).

В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95% ДИ: 76,2-100) АД нормализовалось в течение 7 дней после введения лерканидипина 10 мг ежедневно. Через 1 неделю у 3 пациентов АД было  $>140/90$  мм рт.ст. Их АД контролировалось после увеличения лерканидипина до 20 мг/сутки (n=2) и фозиноприлом 2,5 мг/сутки (n=1). В группе В у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100) АД контролировалось через 1 неделю приема лерканидипина.

**Выводы.** Показана эффективность лерканидипина в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ в монотерапии на рекомендуемой начальной и на максимальной суточной дозе, также в комбинации с фозиноприлом.

## **ОЦЕНКА МАРКЕРА NTproBNP У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**ХОРОЛЕЦ Е.В., ШЛЫК С.В.**

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

**Актуальность.** Прогноз больных острым инфарктом миокарда на госпитальном этапе зависит от многих факторов. Продолжается поиск маркеров прогноза заболевания.

**Цель.** Изучить данные пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от выраженности острой сердечной недостаточности (ОСН).

**Материал и методы.** Включены 150 пациентов ОМпST, ОСН Killip II-IV ФК. Критерии исключения: острая почечная, печеночная недостаточность, сахарный диабет, онкологические заболевания. Анализ биохимических показателей и NTproBNP при госпитализации и выписке из стационара. Статистическая обработка с применением статистических программ Statistica 10.0 for Windows,  $p < 0,05$  считали статистически значимыми различия.

**Результаты.** В зависимости от тяжести ОСН выявлены статистически значимые отличия в группе Killip II: возраст ( $60,7 \pm 1,1$  лет), МВ-КФК ( $45,2 \pm 5,0$  ЕД/л), креатинина ( $82,0 \pm 2,4$  ммоль/л), скорость клубочковой фильтрации ( $83,7 \pm 2,1$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>) от значений группы Killip III-IV: возраст ( $68,7 \pm 2,4$  лет), МВ-КФК ( $141,7 \pm 79,7$  ЕД/л), креатинина ( $98,4 \pm 10,0$  ммоль/л), скорость клубочковой фильтрации ( $65,2 \pm 5,0$  мл/мин/ $1,73$  м<sup>2</sup>) ( $p < 0,05$ ). На этапе госпитализации по шкале GRACE проведена оценка риска госпитальной детальности, средний балл в группе Killip III-IV  $208,2 \pm 6,5$  был выше, чем у группы Killip II  $155,0 \pm 2,1$  баллов ( $p < 0,05$ ). Средний уровень NTproBNP  $2684,0 \pm 499,0$  пг/мл в общей группе. При этом, концентрация NTproBNP у пациентов Killip III-IV ( $4484,1 \pm 139,7$  пг/мл) в два раза была выше, чем в группе Killip II ( $2218,7 \pm 505,0$  пг/мл) ( $p < 0,05$ ) при госпитализации. При выписке больных из стационара сохранялись высокие значения NTproBNP у пациентов Killip II ( $2126,6 \pm 285,5$  пг/мл) и Killip III-IV ( $4529,7 \pm 214,6$  пг/мл). Установлено увеличение и сохранение высоких значений NTproBNP на госпитальном этапе лечения пациентов ОИМпST, что отражает прогрессирование степени тяжести сердечной недостаточности.

**Выводы.** Пациенты ИМпST с осложненным течением острой сердечной недостаточностью имели высокий уровень и отсутствие динамики NTproBNP на этапе госпитального лечения, что отражает прогноз заболевания.

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ АНЕМИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

**ЧЕРНЫШОВА Т.Е., ВАЛИНУРОВ А., СТЯЖКИНА С.Н**  
*ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Анемия является характерным компонентом стресс-синдрома при язвенном колите (ЯК) и во многом определяет прогноз заболевания.

**Цель.** Оценить факторы риска, частоты и типа анемии при ЯК, перспективы ее коррекции.

**Материал и методы.** В соответствии с рекомендациями European Crohn's and Colitis Organisation Anaemia Consensus проведен скрининг диагностики анемии за период 2018-2023 гг. у 101 пациента, включенного в «Республиканский регистр больных ЯК Удмуртии». В сложных случаях оценивали уровень витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты в крови. Всем пациентам проведена фиброгастроуденоскопия с оценкой рН желудочного сока и морфологии слизистой, колоноскопия с забором биоптатов из отделов толстой и подвздошной кишки.

**Результаты.** У 51 (50,5%) пациента зарегистрирована железодефицитная анемия (ЖДА). Частота ЖДА была взаимосвязана с характером терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты и системными глюкокортикостероидами (ГКС), усугубляясь по критериям EORTC при подключении иммуносупрессоров ( $r=0,42$ ;  $p < 0,01$ ).

Биологическая терапия инфликсимабом не оказывала значимого влияния на показатели анемии. В<sub>12</sub>-дефицитная анемия отмечена в 12,2% случаев. В каждом втором случае концентрация ферритина была менее 100 мкг/л, что расценено как сочетание ЖДА с анемией хронических заболеваний (АХЗ). Основными значимыми факторами анемии был неполноценный пищевой рацион: частый диспепсический и болевой синдромы, связанные, прежде всего, с нарушениями энтерального переваривания и всасывания, полиморбидность.

Все пациенты с ЖДА получали препараты двухвалентного железа. Насыщение трансферина железом было более низкое у больных получавших ГКС в сочетании с иммуносупрессорами ( $p < 0,01$ ). У 23 из 51 пациента с ЖДА коррекция анемии не была достигнута и характеризовалась низкой приверженностью к лечению. В этой группе оценены перспективы применения препарата гемового железа, преимуществом которого являются природное происхождение, двойной механизм абсорбции из пищеварительного тракта: эндоцитоз и прямой транспорт через гем-специфические транспортеры. Во всех случаях зарегистрирован значимый прирост уровня эритроцитов, гемоглобина и средней концентрации гемоглобина в эритроците, начиная с 2-3 недели терапии при отсутствии побочных эффектов.

**Выводы.** Анемия, ассоциированная с ЯК, является сочетанием ЖДА и АХЗ. Перспективная терапевтическая стратегия лечения - применение гемового железа.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ ОСЛОЖНЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ЧЕРНЫШОВА Т.Е., МИРЗОЯН И.А., МОИСЕЕВА А.А., БАКИРОВА Н.М.  
ФГБОУ ВО ИГМА, г. Ижевск, Российская Федерация

**Цель.** Частота регистрации метаболически здорового (МЗО) и метаболически осложненного (МОО) ожирения в Удмуртии, особенности психоэмоционального статуса.

**Материал и методы.** Проведен анализ распространенности и структуры ожирения у 68720 человек по результатам «Центра Здоровья УР». Оценивались антропометрические и клиничко-лабораторные данные, показатели психометрических тестов: шкал депрессии и тревоги Бека, стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, копинг-поведения в стрессовых ситуациях по С. Норман.

**Результаты.** Распространенность ожирения составила 28908 (42,1%) человек. МЗО зарегистрировано в 11,0% случаев, в 31,0% случае - фенотип МОО, более характерный для женщин, чем для мужчин (1,0 против 0,44). Ожирение 1 степени диагностировано в 48,2%, 2 степени – в 41,4%, 3 степени - в 10,4% человек.

Средние значения уровня депрессии и тревожности колебались между низкой и средней степенью тревожности. При оценке взаимосвязи между уровнями тревожности и депрессии в группах пациентов МЗО и МОО зарегистрирована слабая корреляция, состав для депрессии ( $r=0,05$ ;  $p=0,04$ ) и для тревоги ( $r=0,06$ ;  $p=0,05$ ). Средние значения адаптационного потенциала были ниже при МЗО, чем при МОО (194 против 262 баллов), отражая при МЗО хорошую сопротивляемость стрессу. Выявлены значимые различия копинг-поведения. Показатель общей конструктивности - способности к самоопределению, проявлению личной ответственности составил при МЗО  $52,8 \pm 1,9$  против  $33,3 \pm 1,6$  при МОО ( $p < 0,01$ ). Потенциал психической активности - умение формировать и отстаивать свои позиции был выше при МЗО -  $32,9 \pm 4,5$  против  $21,1 \pm 5,2$  при МОО ( $p < 0,05$ ). Ресурс психического здоровья «Я-идентичность» также был ниже при МОО, составив  $-6,9 \pm 1,4$  против  $-3,0 \pm 1,0$  ( $p < 0,01$ ), что отражало проблемы восприятия в этой группе своего образа и проблемы владения собственным «Я» в критических и стрессовых ситуациях. При МЗО степень повышения массы тела не влияла на восприятие своего образа, что, возможно, связано с современной концепцией «бодипозитив» и новой тенденцией в медиапространстве «плюс-сайз».

**Выводы.** Зарегистрирована высокая распространенность избыточной массы тела в Удмуртской Республике и значимые различия копинг-поведения респондентов, что важно учитывать при разработке биопсихосоциального подхода к реабилитации лиц с МОО.

## **ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ДОСТИЖЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОХВАТА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**ЧЕСНОКОВ Е.А., ШАРАПОВА Ю.А., НЕХАЕНКО Н.Е.**

*ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить влияние повышения информированности граждан на увеличение охвата профилактическими мероприятиями взрослого населения, проживающего в сельской местности.

**Материал и методы.** Для изучения информированности по вопросам диспансеризации проведен опрос сельского населения Терновского района Воронежской области, с последующей обработкой полученных результатов и анализом. В данном исследовании использовался комбинированный опросник, содержащий 29 вопросов, разделенных на 4 блока. Пациенты самостоятельно заполняли анкеты в бумажном варианте, результаты обрабатывали с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Проведенное анкетирование показало низкий уровень знаний о целях и задачах диспансеризации, поверхностный уровень медицинских знаний о хронических неинфекционных заболеваниях и отсутствие приверженности к участию в профилактических мероприятиях. С целью повышения знаний населения о диспансеризации проведена активная информационная кампания. Опубликованы статьи в районной прессе (газета «Савальские зори»), в сети интернет, социальных группах «Одноклассники» и «Вконтакте», на школах здоровья, лекциях в трудовых коллективах, листовках, плакатах в поликлинике, врачебных амбулаториях и ФАПх. В результате охват диспансеризацией взрослого населения за 1 квартал 2023 г. в Терновском районе составил 1328 человек. Прирост к аналогичному периоду прошлого года составил 213%.

**Выводы.** Активное применение методов информирования населения, в том числе с использованием средств массовой информации, интернета, социальных групп, позволяют повысить приверженность и увеличить охват профилактическими мероприятиями взрослого населения, проживающего в сельской местности.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ПО ДЕФИЦИТУ ЖЕЛЕЗА

ЧИЖОВ П.А., ПЕГАСОВА М.А.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация

**Актуальность.** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) часто осложняется разнообразными коморбидными состояниями, которые негативно влияют на течение и прогноз при ХСН. Частым коморбидным состоянием является дефицит железа (ДЖ), который встречается более чем у 50% пациентов с ХСН и негативно влияет на прогноз. Влияние коморбидности по ДЖ на частоту госпитализаций у пациентов с ХСН изучена недостаточно.

**Цель.** Изучить влияние коморбидности по ДЖ на частоту госпитализаций у пациентов с ХСН.

**Материал и методы.** У 294 пациентов терапевтического отделения (средний возраст  $71,3 \pm 0,4$  года) с ХСН разного ФК NYHA определяли уровень железа (Fe) в мкмоль/л, ферритина в мкг/л, трансферрина в г/л в сыворотке крови определяли фотометрическим методом. Процент насыщения трансферрина железом (КНТЖ) рассчитывали по формуле:  $\text{КНТЖ} = (\text{железо сыворотки, мкмоль/л} \times 398) / \text{трансферрин, мг/дл}$ . ДЖ устанавливали по рекомендациям Европейского кардиологического общества: ферритин сыворотки крови  $<100$  мкг/л или ферритин в диапазоне 100-299 мкг/л и КНТЖ  $<20\%$ . После выписки пациентов оценивали частоту госпитализаций, связанных с ухудшением течения АГ или ИБС, или сопровождающихся клиникой декомпенсации ХСН в течение 1 года по данным программ статистического учета и при телефонных контактах с пациентами.

**Результаты.** Дефицит железа диагностирован у 213 (72%) обследованных больных, отсутствие ДЖ – у 81 (28%) больного. При анализе данных по группе в целом установлено, что у 67% обследованных за период 1 год не отмечалось госпитализаций. 97 больных (33%) госпитализированы в течение 1 года после выписки. При этом 1 госпитализация в течение года была у 64 пациентов (22%), 2 – у 29 (10%), 3 – у 4 человек (1%). У 17 человек (6%) госпитализация в течение первого года сопровождалась летальным исходом. При анализе влияния коморбидности ДЖ на частоту госпитализаций выявлена достоверно большая частота госпитализаций у пациентов с ХСН – 33% против 23% в группе без ДЖ ( $p=0,032$ ).

**Выводы:** негативное влияние коморбидности по ДЖ у пациентов с ХСН проявляется достоверным увеличением частоты госпитализаций в течение 1 года наблюдения.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**ШАВЕРСКАЯ Э.Ш., АРАСЛАНОВА Г.И., ЦИРЕНЩИКОВА Н.А.**  
*БУЗ УР «ГКБ 6» МЗ УР, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) характеризуется высокой распространенностью среди взрослого населения, в том числе у лиц пожилого возраста.

**Цель.** Выявить особенности течения ГЭРБ у людей в пожилом возрасте.

**Материал и методы.** Обследованы 50 амбулаторных пациентов в возрасте 60-74 лет с диагнозом ГЭРБ. Средний возраст составил  $72,5 \pm 2$  года. Среди обследованных пациентов было 30 женщин (60%) и 20 мужчин (40%).

**Результаты.** Курение выявлено у 8 человек (16%), не курят 42 человека (84%). У курящих были выявлены эндоскопические проявления ГЭРБ в виде рефлюкс-эзофагита у 3 человек (37,5%), множественных эрозий пищевода у 2 человек (25%) и пищевода Баретта у 1 пациента (12,5%). 13 пациентов (26%) имели нормальную массу тела (ИМТ  $23,5 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>), 11 пациентов (22%) избыточную массу тела (ИМТ  $26,7 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup>) и 26 человек (52%) имели ожирение 1 степени (ИМТ  $32,9 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup>). Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлена у 31 пациента (62%), из них 11 пациентов (22%) имели сочетание с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) и 8 пациентов (16%) диагноз сахарный диабет 2 типа (СД). Наиболее часто отмечен прием ацетилсалициловой кислоты – 42 человека (84%), других нестероидных противовоспалительных препаратов – 32 человека (64%), блокаторы кальциевых каналов – 36 человек (72%), нитраты – 8 человек (16%). У пациентов с длительным анамнезом ССС, сочетанной с патологией ОДА или СД, чаще встречаются рефлюкс-эзофагиты и эрозии пищевода: у 8 человек из 11 (72%) и у 6 человек из 8 (75%), чем при изолированной патологии ССС: у 12 из 31 человек (38,7%).

**Выводы.** Выявлены основные факторы риска ГЭРБ у пациентов в пожилом возрасте - курение, избыточная масса тела, ожирение, прием лекарственных средств для коррекции коморбидного фона. Эти факторы приводят к снижению эффективности клиренса пищевода, прямому повреждающему действию и снижению давления в нижнепищеводном сфинктере, что усугубляет развитие ГЭРБ.



## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ**

**ШАВЕРСКАЯ Э.Ш., ПЕЧЕРСКИХ М.В., АВЕРКИЕВА И.Л.**

*ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить факторы риска ЖКБ и эффективность консервативного лечения пациентов с ЖКБ и гиперхолестеринемией.

**Материал и методы.** Обследованы 32 пациента в возрасте от 29 до 65 лет ( $50,8 \pm 6,3$  лет). Из них 90,6% женщин ( $51,1 \pm 5,9$  лет), 9,4% мужчин ( $48,0 \pm 2,1$  лет). Все исследуемые получали препарат УДХК в дозе 10 мг на кг массы тела на протяжении трех месяцев. Пациентам с гиперхолестеринемией был добавлен розувастатин в дозе 20 мг.

**Результаты.** У пациентов с ЖКБ нами выявлены следующие факторы риска: избыточная масса тела у 34,4% пациентов (ИМТ  $27,7 \pm 1,48$  кг/м<sup>2</sup>), ожирение у 56,2% пациентов (ИМТ  $33,3 \pm 2,09$  кг/м<sup>2</sup>); гиперхолестеринемия – 59,3% пациентов (общий холестерин (ОХ)  $6,06 \pm 0,66$  ммоль/л); возраст >40 лет – 93,8% пациентов; женский пол – 90,6% пациентов.

Пациенты были разделены на три группы:

1-я группа – пациенты с гиперхолестеринемией, получавших комбинацию УДХК и розувастатина (31,2%). Содержание ОХ до начала терапии –  $6,42 \pm 0,73$  ммоль/л. После курса лечения – полный литолиз конкрементов был выявлен у 10%, уменьшение размеров – у 60%, с уменьшением конкрементов на 2-4 мм; отсутствие литолиза – у 30%. При этом, содержание ОХ после 3 месяцев терапии составил  $5,80 \pm 0,89$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

2-я группа – пациенты с гиперхолестеринемией, получавших монотерапию УДХК (28,2%). Содержание ОХ до начала терапии –  $5,66 \pm 0,20$  ммоль/л. После курса лечения – полный литолиз не достигнут ни у одного пациента, уменьшение размера конкрементов – у 44,4%, с уменьшением размера конкрементов на 1-4 мм, отсутствие литолиза – у 55,6%. Содержание ОХ после лечения составил  $5,4 \pm 0,34$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

3-я группа – пациенты с ЖКБ без гиперхолестеринемии на монотерапии препаратом УДХК (40,6%). После курса терапии полный литолиз зафиксирован у 7,8%; уменьшение размера конкрементов – у 38,4%, отсутствие эффекта – 53,8%.

**Выводы.** ЖКБ ассоциируется с возрастом, полом, гиперхолестеринемией, избыточной массой тела и ожирением. Комбинация УДХК и розувастатина более эффективна в качестве литолитической терапии у пациентов ЖКБ с гиперхолестеринемией, по сравнению с монотерапией УДХК.

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГРИППА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В СЕЗОН ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 2014-2015 ГГ.**

**ШАПОВАЛОВА О.В., ТАДЖИЕВ Т.**

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Грипп остается практически неконтролируемой глобальной инфекцией, наносящей колоссальный социально-экономический ущерб.

**Цель.** Рассмотреть этиологическую структуру гриппа за 2014-2015 гг., провести оценку эффективности осельтамивира.

**Материал и методы.** Рассмотрена этиологическая структура гриппа у пациентов, госпитализированных в КИБ им. С.П. Боткина в сезон подъема заболеваемости 2014-2015 гг. (n=159). Пациенты разделены на две группы: получавшие (n=105) и не получавшие (n=54) терапию осельтамивиром.

**Результаты.** Доля вируса А(Н1N1) составила 42% (n=67), А(Н3N2) – 31% (n=49), В – 20% (n=32), микст-формы: А(Н1N1) + А(Н3N2) – 3% (n=5); А(Н3N2) + В – 2% (n=3). При поступлении пациенты жаловались на повышение температуры в 100%, слабость – 80%, боль в мышцах – 75%, боли в суставах – 24%, головную боль – 64%, головокружение в 21%, светобоязнь – 43%, снижение аппетита – 54%, тошноту – 42%, рвоту – 4%. У всех отсутствовала вакцинация против гриппа. В 96% заболевание протекало в среднетяжелой форме, в 4% в тяжелой. В 2% (n=3) заболевание протекало с явлениями менингизма. Максимальная температурная реакция  $38,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$  возникала на  $2,9 \pm 1,0$  день болезни с тенденцией к снижению в дальнейшем. Выявлено что температура на 3-5 день болезни в группе принимавших осельтамивир (Me 36,8 (Q1/Q3; 36,4/38,2) в 1,1 раза меньше, чем у не принимавших (Me 38,5 (Q1/Q3; 37,2/38,8),  $p=0,04$ . Продолжительность лихорадки в 1 группе –  $6,7 \pm 2,8$  дней, что в 1,4 раза меньше, чем во 2 группе –  $9,4 \pm 4,8$  дней,  $p=0,034$ . В 1 группе к 3-5 дню болезни чаще снижалась частота возникновения снижения аппетита, тошноты, слабости, ознобов;  $p=0,04$ ,  $p=0,007$  и  $p=0,05$ . Койко-день и длительность заболевания в 1 группе были меньше, чем во 2-й: Me 7 (Q1/Q3; 6/12) и Me 9,5 (Q1/Q3; 7,7/13,2) койко-день,  $p=0,05$  и длительность болезни Me 9 (Q1/Q3; 7,7/13) и Me 11 (Q1/Q3; 9/16,5) дней,  $p=0,045$  соответственно.

**Выводы.** В этиологической структуре гриппа преобладали вирусы А(Н1N1), А(Н3N2), В, их сочетания в 5% случаев. Осельтамивир уменьшает выраженность, длительность симптомов гриппа на срок до 1–2 дней, нормализует температуру тела к 3-5 дню болезни (30%) и интоксикацию (25-40%) при заражении перечисленными типами вируса.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКРОВАТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ШАФИГУЛЛИНА А.А., КИРИЛЛОВА Э.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Ультразвуковое исследование суставов является основополагающим инструментальным методом диагностики в ревматологии.

Фокусное ультразвуковое исследование (УЗИ) выполняется у постели больного на портативном аппарате врачом-клиницистом по упрощенному протоколу. Возникает вопрос, насколько прикроватное УЗИ сопоставимо с УЗИ, выполненным на аппарате экспертного класса врачом ультразвуковой диагностики.

**Цель.** Оценить воспроизводимость фокусного УЗИ в ревматологии в сравнении с УЗИ экспертного класса.

**Материал и методы.** В исследование были включены 22 пациента с установленным диагнозом ревматоидного артрита. Всем пациентам было проведено УЗИ лучезапястных суставов. Были определены пять оцениваемых параметров: наличие выпота в полости сустава, васкуляризации синовиальной оболочки, эрозий, остеофитов и теносиновита сухожилий мышц-разгибателей.

Оценка степени согласия между фокусным и стандартным УЗИ определялась с помощью расчета логистической регрессии с помощью построения ROC-кривых и коэффициента каппы Коэна.

**Результаты.** При оценке выпота в полость сустава предсказательная способность фокусного УЗИ была определена как очень хорошая - площадь под кривой (AUC ROC) 0,862; чувствительность метода 86,7%, специфичность 85,7%. Анализ васкуляризации синовиальной оболочки: чувствительность метода 61,9%, специфичность 100%, площадь под кривой составила 0,81 (предсказательная способность очень хорошая). Оценка наличия эрозий: чувствительность 0%, специфичность 100%, площадь под кривой 0,361, что соответствует неудовлетворительному показателю. При оценке остеофитов площадь под кривой составила 0,729 (хорошая предсказательная способность), чувствительность 62,5%, специфичность 63,3%. При оценке теносиновитов мышц – разгибателей предсказательная способность фокусного УЗИ была определена как средняя - площадь под кривой 0,635; чувствительность 47,1%, специфичность 80%.

Оценка степени согласия путем расчета каппы Коэна: оценка наличия выпота в полости сустава была определена как существенное согласие между экспертами (0,688); васкуляризации как почти полное согласие (1,000). Оценка согласия о наличии эрозий, остеофитов и теносиновита мышц-разгибателей определена как умеренное согласие (0,526; 0,528; 0,555 соответственно).

**Выводы.** Фокусное УЗИ показало высокую воспроизводимость в оценке воспалительных процессов в суставе, умеренную воспроизводимость в оценке дегенеративных изменений и низкую – в оценке деструктивных изменений в суставах.

# **ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА ФРАКЦИЮ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСТАНЦИЮ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**ШАШЕНКОВ И.В., ГОРБУНОВА М.В., БАБАК С.Л.**

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

*Клиника МИПЗ, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Заболевание COVID-19 за период 2020-2022 гг. стало новым самостоятельным фактором риска развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в популяции. Вопросы лечения и реабилитации пациентов кардиологического профиля, перенесших COVID-19 и имеющих признаки обострения своего основного заболевания после эпизода COVID-19, в настоящее время находятся на первом плане мировой и отечественной кардиологической практики.

**Цель.** Оценить эффекты усиленной наружной контрпульсации (УНКП) в качестве средства вспомогательной терапии коронарогенной ХСН после перенесенного COVID-19.

**Материал и методы.** 72 больных ХСН (58 мужчины и 14 женщин, средний возраст  $62 \pm 10,8$  лет), соответствующих I-II ФК по NYHA, с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ)  $35\% \leq \text{ФВЛЖ} \leq 50\%$ , имеющих в анамнезе ИБС и как минимум один инфаркт миокарда, с признаками ХСН, выявленными после перенесенного COVID-19, были рандомизированы в отношении 3:1 на группу 35-часовой УНКП-терапии с давлением воздействия 250-300 мм рт.ст., состоящую из 54 человек (44 мужчин и 10 женщин) и группу sham-УНКП с гемодинамически незначимым давлением воздействия  $< 80$  мм рт.ст., состоящую соответственно из 18 человек (14 мужчин и 4 женщины). Все участники исследования получали оптимальную медикаментозную терапию ХСН и ИБС, соответствующую текущим клиническим рекомендациям Европейского кардиологического общества (ESC). Перед включением в исследование, через месяц после завершения курса УНКП (или sham-УНКП), через полгода и через год после завершения курса всем участникам была выполнена эхокардиография (ЭХО-КГ) и был проведен тест 6-минутной ходьбы (6МХ).

**Результаты.** У всех 54 пациентов группы УНКП отмечен устойчивый прирост ФВЛЖ с  $42 \pm 7\%$  перед началом курса УНКП до  $50 \pm 6\%$  после его завершения ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев после завершения курса УНКП-терапии ФВЛЖ у пациентов в группе УНКП составила  $49 \pm 7\%$  ( $p < 0,05$ ).

Также среди пациентов в группе УНКП отмечен существенный и устойчивый прирост в дистанции теста 6МХ: с 394 [341; 434] м перед началом курса УНКП до 481 [438; 532] м после завершения курса лечения, 473 [426; 515] м - через полгода и 467 [419; 510] м - через год после завершения курса лечения ( $p < 0,05$ ). В то же время в группе sham-УНКП никакой существенной динамики ФВЛЖ и дистанции 6МХ не отмечено. Ни один из исследуемых не умер в течение года наблюдения.

**Выводы.** Добавление УНКП к оптимальной базисной медикаментозной терапии ХСН и ИБС, приводит к приросту ФВЛЖ и увеличению дистанции 6МХ в течение года после завершения курса терапии у больных коронарогенной ХСН, перенесших COVID-19.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ФАКТОР РИСКА ОСТЕОПОРОЗА

**ШЕВЧУК В.В., КАШКИНА Н.В.**

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность.** Сахарный диабет считают фактором риска остеопороза и патологических переломов, однако, до настоящего времени, механизмы развития и прогрессирования остеопороза при нарушениях углеводного обмена исследованы недостаточно.

**Цель.** Оценить влияние компенсации и длительности течения диабета на минеральную плотность кости (МПК).

**Материал и методы.** Обследовано 80 женщин, страдающих сахарным диабетом 2 типа, получающих терапию препаратами из группы ингибиторов дипептидилпептидазы-4, с ожирением 1 степени (индекс массы тела 30,0-34,9). Поскольку возраст пациентов значительно влияет на риск остеопорозного перелома в исследование была включена узкая группа в возрасте 60-63 лет. В исследование не были включены пациенты с предшествующими клинически манифестными переломами, с ревматоидным артритом, остеоартритом, курильщицы, употребляющие алкоголь, принимающие глюкокортикоиды. В качестве критериев остеопороза использовали высокую индивидуальную 10-летнюю вероятность основных патологических переломов по FRAX, которая соответствует порогу вмешательства и/или превышает его и результаты определения минеральной плотности кости в шейке бедра методом двухэнергетической рентгеноденситометрии (DXA). Диагностически значимым считали снижение МПК на 2,5 и более стандартных отклонений по T-критерию в шейке бедра. Компенсацию углеводного обмена оценивали по уровню гликированного гемоглобина (гли-Hb), целевым показателем для обследованных считали уровень до 7,0%, так как установлено, что хроническая гипергликемия является пусковым фактором многих патологических процессов.

**Результаты.** Среди обследованных больных уровень гли-Hb был до 7,0% - у 36 человек, 7,1-7,5% – 24 человек, 7,6-8,0% - 12 человек, более 8,0% - 8 человек. Длительность сахарного диабета до 5 лет – 28 человек, 5-10 лет – 23 человека, 10-15 лет - 17 человек, более 15 лет – 12 человек. Установлено, что вероятность риска переломов по FRAX нарастал при увеличении уровня гли-Hb, коэффициент корреляции показал среднюю степень взаимосвязи между этими показателями ( $r=0,52$ ). При этом длительность сахарного диабета сопровождалась выраженным увеличением риска патологических переломов, нарастая от 6-7% при минимальной длительности заболевания до 12-15% при стаже сахарного диабета более 15 лет.

**Выводы.** Учет «диабетического анамнеза» при использовании FRAX, а не только измерений МПК позволяет более точно прогнозировать вероятность переломов и планировать тактику лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

## ВОЗМОЖНОСТИ АЛИМЕНТАРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У РАБОТНИКОВ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

ШЕЕНКОВА М.В.

ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, г. Мытищи, Российская Федерация

**Актуальность.** Среди работников промышленных предприятий регистрируется высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний. Современная концепция кардиоваскулярной патологии включает положения о мультифакториальности. Анализ модифицируемых причин развития дислипидемии работников горнодобывающей промышленности, магистральной составляющей которых является нерациональное питание, представляет несомненную актуальность.

**Цель.** Изучить особенности питания в аспекте развития атерогенной дислипидемии работников горнодобывающих предприятий.

**Материал и методы.** Обследованы 57 мужчин 47-62 лет, работники горнодобывающей промышленности. Обследованные разделены на две группы с учетом липидного спектра крови. Основная группа - работники с атерогенной дислипидемией (37 человек), контрольная группа (20 человек) - работники с оптимальным липидным профилем. Группы сопоставимы по стажу, возрасту, уровню физической активности. Произведено определение показателей липидного спектра, оценка фактического питания частотным методом с количественной оценкой потребленных пищевых продуктов. Достоверность различий определялась с использованием критерия Пирсона.

**Результаты.** Рационы работников с атерогенной дислипидемией превосходили физиологические потребности в энергии в 63,8%, среди контрольной группы превышение рекомендованной энергетической ценности отмечено в 42,8% ( $p>0,05$ ). Превышение суточной нормы потребления жиров среди основной группы отмечено в 61,1%, в контрольной группе – 38,7% ( $p>0,05$ ). Отмечалось статистически значимое различие между группами по превышению потребления холестерина: в основной группе - в 66,7%, в контрольной группе – в 33,3% ( $\chi^2=4,67$ ,  $p<0,05$ ). Превышение нормы потребления насыщенных жирных кислот отмечено у 63,8% обследованных основной и 33,3% контрольной группы ( $p>0,05$ ). Восполнение физиологической потребности в полиненасыщенных жирных кислотах на адекватном уровне выявлено у 19,4% работников основной и у 42,9% работников контрольной группы ( $p>0,05$ ). Обследованные контрольной группы достоверно чаще употребляли нормальное количество пищевых волокон (57,1% случаев), чем обследованные основной группы (25% случаев),  $\chi^2=4,59$ ,  $p<0,05$ .

**Выводы.** Результаты проведенного исследования выявили достоверные различия по содержанию холестерина, потреблению ПНЖК и пищевых волокон в рационе лиц с дислипидемией при сравнении с контрольной группой работников, что свидетельствуют о важности формирования привычек рационального питания с целью эффективного снижения сердечно-сосудистого риска и профилактики атеросклероза работников горнодобывающих предприятий.

## СИНДРОМ БРАДИЭНТЕРИИ – ФАКТОР РИСКА КОМОРБИДНОСТИ

**ШЕМЕРОВСКИЙ К.А.**

*ЧОУВО «СПбМСИ», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема коморбидности является одной из ключевых проблем современной медицины, однако факторы риска коморбидности остаются мало изученными.

**Цель.** Провести скрининг синдрома брадиэнтерии при разных заболеваниях.

**Материал и методы.** Использован метод «Хроноэнтерографии» - недельный мониторинг циркадианного ритма энтеральной функции, позволяющий диагностировать эуэнтерию (регулярный энтеральный ритм, 7 раз/неделю) и брадиэнтерию (нерегулярная дефекации, 5-6, 3-4, 1-2 раза/неделю). Обследованы лица с артериальной гипертензией (АГ), ожирением, тревогой, депрессией и колоректальным раком. Определяли уровень тревоги и депрессии по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS).

**Результаты.** Скрининг артериальной гипертензии показал, что у лиц с эуэнтерией АГ встречалась в 21% случаев, а у лиц с брадиэнтерией – в 34% случаев. Синдром брадиэнтерии повышал риск АГ в 2,8 раза.

Скрининг ожирения показал, что среди лиц с эуэнтерией частота ожирения составляла 7%, а среди лиц с брадиэнтерией – 24%. Синдром брадиэнтерии повышал риск ожирения в 3,4 раза.

Скрининг тревоги показал, что у лиц с эуэнтерией она не выявлялась, у лиц с I стадией брадиэнтерии (5-6 раз/нд) тревога выявлена у 12% пациентов, со II стадией брадиэнтерии (3-4 раза/нд) – у 33%, а при III стадии брадиэнтерии (1-2 раза/нд) – у 57%. У лиц с эуэнтерией депрессия не выявлялась. При брадиэнтерии I стадии депрессия имела место в 12% случаев, II стадии – в 17%, а при III стадии – в 43%. Чем тяжелее брадиэнтерия, тем чаще встречались тревога и депрессия у пациентов кардиологического профиля.

Брадиэнтерия II стадии доминировала в возрасте 40-49 лет, а колоректальный рак доминировал в возрасте 70-79 лет. Чем старше человек, тем выше риск возникновения рака толстой кишки на фоне предшествующей брадиэнтерии.

**Вывод.** Синдром брадиэнтерии является фактором риска коморбидности и повышает риск возникновения 4-х видов патологии: АГ – почти в 3 раза, абдоминального ожирения – почти в 3 раза, тревоги и депрессии, а также колоректального рака.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ОТЕКА КОСТНОГО МОЗГА НА МРТ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

**ШЕПЕЛЯЕВА Л.С., ГОРОХОВА В.А., СНИГИРЕВА А.В., НАГИБИН Р.М., ПАРУЛЯ О.М., ЖОМОВА М.В., НОСКОВ С.М.**

*ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Российская Федерация*

**Актуальность.** Понятие отека костного мозга (ОКМ) при МРТ исследовании коленных суставов сформировано в 1998 г. Однако до сих пор суть ОКМ при остеоартрите коленных суставов (ОА) остается неясной.

**Цель.** Определить клиническое значение ОКМ посредством сопоставления встречаемости ОКМ с другими МРТ-проявлениями, клиническими признаками и некоторыми лабораторными параметрами.

**Материал и методы.** В исследование включено 122 стажированных больных ОА 1-3 стадий с оценкой боли по ВАШ более 60 мм. По каждому исследуемому параметру проводили поиск групп с частотой выявления ОКМ в 100% случаев.

**Результаты.** Больных без ОКМ было 19 (15,5%). Среди примененных разнообразных клинических и лабораторных показателей только у 5 МРТ-параметров у 73 пациентов выявлены группы со 100% встречаемостью ОКМ (объем ОКМ = 7,06 (1,04; 20,84) см<sup>3</sup>). Это - дегенерация крестообразных связок (47 случаев, 45,6%), минимальная толщина хряща большеберцовой кости менее 1 мм (42 случая, 40,8%), уплотнение синовиальной оболочки (27 случаев, 26,2%), дегенерация медиальных менисков IV степени (23 случая, 22,3%) и выраженный объем синовиального выпота (16 случаев, 15,5%). 30 больных с ОКМ не вошли в эту когорту (объем ОКМ = 1,08 (0,48; 8,28) см<sup>3</sup>, Z=2.81, p<0,005). Природа 100% связи ОКМ с другими МРТ-признаками выглядит следующим образом: дегенерация крестообразных связок (65,8%), толщина хряща большеберцовой кости менее 1 мм без наличия первого признака (26,0%), уплотнение синовиальной оболочки без наличия первого и второго признаков (8,2%).

**Выводы.** Обнаружение дегенерации крестообразных связок, толщины хряща большеберцовой кости менее 1 мм и уплотнения синовиальной оболочки позволяет установить ОКМ в 100% случаев. Поражение костной ткани при необратимом характере дегенерации крестообразных связок, хряща, менисков и синовиальной оболочки является компонентом запущенной остеоартритической болезни. Этому поражению кости не соответствуют потенциально обратимые термины «отек» и «повреждение». Необходимость и возможности терапевтической тактики также пока не ясны.



## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

ШКЛЯЕВ А.Е., ГАЛИХАНОВА Ю.И.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

**Актуальность.** Функциональная диспепсия (ФД) – актуальная медицинская и социальная проблема, что связано с высокой распространенностью данного заболевания и снижением уровня качества жизни у лиц молодого возраста.

**Цель.** Сравнить качество жизни у лиц с различными вариантами ФД.

**Материал и методы.** Обследованы 155 человек (средний возраст –  $21,1 \pm 0,2$  лет), сформированы 4 группы: 1-я – практически здоровые ( $n=49$ ), 2-я – пациенты с постпрандиальным дистресс-синдромом (ПДС),  $n=50$ , 3-я – лица с синдромом эпигастральной боли (СЭБ),  $n=32$ , 4-я – респонденты со смешанной формой ФД (СФ ФД),  $n=24$ . Группы были сопоставимы по половозрастным характеристикам. Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36. Статистическая обработка данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

**Результаты.** Результаты расчета Н-критерия Краскела-Уоллиса показали, что статистически значимые различия у исследуемых групп имелись по таким шкалам опросника SF-36, как «общее состояние здоровья» ( $H(3, 155) = 11,82; p=0,008$ ); «социальное функционирование» ( $H(3, 155) = 9,52; p=0,023$ ); «психическое здоровье» ( $H(3, 155) = 8,03; p=0,045$ ) и «физический компонент здоровья» ( $H(3, 155) = 8,05; p=0,045$ ). Для того чтобы установить, какие именно группы различаются между собой, провели множественное попарное сравнение групп. Выполненный анализ шкалы «общего состояния здоровья», выявил, что в группе больных СФ ФД состояние здоровья оказалось достоверно более низким по сравнению с группой здоровых респондентов ( $p=0,019$ ). При сравнительном анализе результатов по шкале «социальное функционирование» были выявлены более низкие баллы у пациентов с СЭБ в сравнении со здоровыми лицами. Показатель «психического здоровья» значимо снижен в группе больных СФ ФД по сравнению группой больных ПДС ( $p=0,041$ ). Также в группе больных ФД выявлено статистически значимое снижение «физического компонента здоровья» у пациентов со СФ ФД по сравнению со здоровыми лицами ( $p=0,029$ ).

**Выводы.** Различные варианты ФД дифференцированно снижают качество жизни по шкалам опросника SF-36, что, очевидно, связано с преобладанием разных механизмов в их патогенезе.

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПИТЬЕВОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

ШКЛЯЕВ А.Е., ДУДАРЕВ В.М.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск, Российская Федерация

**Цель.** Обосновать эффективность применения минеральной воды «Увинская» у пациентов с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материал и методы.** 60 больным неэрозивной ГЭРБ по данным ФГДС, набравшим 8 и более баллов по опроснику GERDQ, разделенным на 2 группы по 30 человек в каждой, проведена суточная рН-импедансометрия пищевода с использованием аппарата «Гастроскан ИАМ» исходно и через 1 месяц после начала лечения. Пациенты 1-й группы (30 человек) принимали медикаментозную терапию (омепразол 40 мг в сутки, итоприд 150 мг в сутки). Пациенты 2-й группы (30 человек) дополнительно принимали слабощелочную сульфатно-натриево-кальциевую минеральную воду «Увинская» по 100 мл 3 раза в день мелкими глотками, температурой 25 градусов за 30 минут до еды. Данные обрабатывались при помощи компьютерной программы Gastroscan.

**Результаты.** У пациентов 1-й группы исходно значение рН в нижнем отделе пищевода (НОП) составило 3,4 (3,1; 4,9), после лечения – 4,6 (4,2-5,7). Число эпизодов жидких гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) в данной группе больных снизилось с 88 (47; 176) до 38 (11; 55). У пациентов 2-й группы значение рН в НОП после курсового лечения увеличилось значимо больше, чем в 1-й группе – с 3,3 (3,0; 4,6) до 5,3 (4,4; 6,0),  $p < 0,05$ . Также, во 2-й группе больных зафиксировано более выраженное уменьшение общего количества ГЭР, в сравнении с группой пациентов, не получавших минеральную воду – с 89 (51; 154) до 21 (7; 41).

**Выводы.** Комплексное курсовое лечение с применением минеральной воды «Увинская» оказывает более выраженный ощелачивающий эффект по сравнению с изолированной фармакотерапией – рН в НОП приближается к нейтральным значениям за счет более существенного снижения общего количества ГЭРБ.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ 2-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИНАМИКОЙ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА G К SARS-COV-2**

**ШУМАТОВА Н.В.**

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время продолжает оставаться актуальной ретроспективная оценка длительности сохранения иммунного ответа у лиц, вакцинированных против COVID-19.

**Цель.** Изучить динамику уровня IgG к SARS-CoV-2 в течение 2 лет на фоне специфической профилактики и перенесенного заболевания.

**Материал и методы.** В ходе исследования в динамике оценивались уровни антител к SARS-CoV-2-IgG (ИФА-БЕСТ) и антител к домену спайкового S-белка SARS-CoV-2-IgG (Abbott), уровни D-димера и результаты дуплексного сканирования вен нижних конечностей у пациентки 52 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей.

**Результаты.** В марте и июне 2021 г. уровни SARS-CoV-2-IgG составляли соответственно 12,36 и 12,21 кп. Проведенное в июне 2021 г. дуплексное сканирование выявило незначительную несостоятельность вен н/3 правой голени и лимфостаз до средней трети обеих голеней. Перед планируемой вакцинацией уровни антител, оцененные двумя методами, были 11,77 кп и 669,44 ВАУ/мл. 30.07.2021 была проведена вакцинация препаратом КовиВак без побочных эффектов. Через месяц после вакцинации уровни антител составили 11,33 кп и 325,44 ВАУ/мл. В декабре 2021 года выявило продолжающееся уменьшение уровня IgG к S-белку SARS-CoV-2 - до 142,72 ВАУ/мл. 18.02.2022 появились умеренные головные боли, недомогание, насморк и подъем температуры тела до 37,3°C. Симптомы сохранялись 3-4 дня. 1.02.2022 появились признаки тромбоза вен левой нижней конечности, получала лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. В апреле 2022 года отмечено существенное увеличение уровня IgG к S-белку SARS-CoV-2 - до 1029 ВАУ/мл. При проведении ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей в апреле 2022 г. выявлено незначительное расширение большой подкожной вены слева от н/3 бедра до в/3 голени (признаков тромбоза не выявлено). В августе 2022 г. и в сентябре 2023 года уровни IgG к S-белку составляли соответственно 460,99 ВАУ/мл и 229,74 ВАУ/мл. Уровень D-димера был в пределах нормы - 253 нгFEU/мл (март 2021) и 340 нгFEU/мл (апрель 2022).

**Выводы.** Клинический случай показал закономерный существенный рост уровня антител к S-белку коронавируса после перенесенного заболевания и парадоксальное снижение его уровня после вакцинации.

## **ИГРА ПРИОРИТЕТОВ В ОБУЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**ШУМОВА А.Л., ТАРАСЕНКО Н.И.**

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Хроническая болезнь почек (ХБП) вносит существенный вклад в нарушение жизнедеятельности пациентов и вынуждает существенно менять образ жизни. Также, на фоне сопутствующих заболеваний добавляется количество лекарственных препаратов и управление приемом лекарств приводит к серьезной проблеме и вынуждает больных расставлять приоритеты в приеме препаратов и нарушать рекомендованные схемы лечения.

**Цель.** Изучить информированность и приверженность пациентов с хронической болезнью почек лекарственной терапии в условиях стационара.

**Материал и методы.** Было опрошено 30 пациентов с ХБП С1-С5 находившихся на стационарном лечении. Возраст пациентов от 34 до 67 лет, из них 14 женщин и 16 мужчин.

Все пациенты имели ХБП и заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС). Опрос включал оценку образа жизни, питания, регулярность приема препаратов.

**Результаты.** Установлено, что для лечения ХБП до госпитализации регулярно принимали назначенные препараты 53% (16 человек), кардиопрепараты - только 12 человек (40%), продолжили регулярный прием кардиопрепаратов в условиях стационара 6 человек (20%), объясняя свой выбор необходимостью лечения основного заболевания. Большинство больных проявили интерес к получению информации о возможности поддержания своего здоровья, отметили, что знали о работе «Школ для больных», но не посещали занятия, так как имели несколько заболеваний и затруднялись с выбором. Предпочтительной темой для обсуждения явилась «Влияние сопутствующих заболеваний на течение ХБП».

**Выводы.** При выборе тематики терапевтического обучения пациентов следует опираться на их приоритеты в приверженности к схемам лечения и собственном представлении о возможности поддержания здоровья.

## **ВЕРОЯТНОСТЬ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ARG72PRO ГЕНА TP53**

**ЩЕМЕЛЕВА Е.В., СКОРОДУМОВА Е.А., ПИВОВАРОВА Л.П., АРИСКИНА О.Б., ПОВЗУН А.С.**  
*ГБУ Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург,  
Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время концепция персонализированной медицины переживает стремительное развитие благодаря высокому уровню молекулярных и информационных технологий. В результате внедрения таких технологий в рутинную клиническую практику, среди которых определение генотипического профиля больного, можно ожидать достижения более высокого уровня диагностики, результатов терапии заболеваний и, в конечном итоге, улучшение прогноза пациента.

Ген TP53 кодирует синтез белка p53, участвующего в регуляции апоптоза. Обычно мутации этого гена связывают с различными онкологическими заболеваниями, но в последние годы появились публикации результатов исследований, выявляющие связь полиморфизма этого гена TP53 с сосудистыми и метаболическими нарушениями.

**Цель.** Оценить вероятность нарушения липидного обмена у пациентов с подагрой в зависимости от полиморфизма Arg72Pro гена TP53.

**Материал и методы.** В исследование было включено 67 пациентов с подагрой, не получающих терапию статинами, из них 58 мужчин и 9 женщин. Всем пациентам выполнялась липидограмма и оценивалась частота встречаемости полиморфизма Arg72Pro гена TP53 методом полимеразной цепной реакции. Проведена статистическая обработка результатов.

**Результаты.** В зависимости от полиморфизма Arg72Pro гена TP53 пациенты были разделены на 2 группы. В первой (I) группе - 37 человек, носители генотипа arg/pro: 89,2% мужчин, 10,8% женщин, средний возраст  $59,9 \pm 1,6$  лет. Во второй (II) - 30 человек с генотипом arg/arg: 83,3% мужчин, 16,7% женщин, средний возраст  $58,5 \pm 1,8$  лет. Пациентов с генотипом pro/pro в выборке не оказалось. При этом в группе I дислипидемия (включая гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного профиля пациента) была выявлена у 22 больных (59,5%), а в группе II дислипидемия наблюдалась только у 10 человек (33,3%), при этом различия являются статистически значимыми ( $p < 0,05$ ). Отношение шансов составило 2,933 (ДИ 95% 1,075-8,001).

**Выводы.** У пациентов с носительством генотипов arg/pro полиморфизма Arg72Pro гена TP53 отмечается значимо более высокая частота дислипидемии, что в результате может приводить к более раннему и частому развитию сердечно-сосудистой патологии у больных подагрой.

## ЭТНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ЩЕНДРИГИН И.Н., ЛИЛА А.М.

ООО «Центр ответственной ревматологии «Индукция»», г. Ставрополь, Российская Федерация

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Демографические процессы в Ставропольском крае (СК) имеют свои этнические особенности. На протяжении последних 40 лет ранговый порядок расположения этносов по численности в СК менялся – как вследствие миграционных процессов, так и под влиянием естественного движения. Известны различия в этническом генетическом фоне в восприимчивости к развитию ревматоидного артрита (РА) между европейскими и азиатскими популяциями и обнаружен внушительный список этнических специфических генов РА. Оценка этнической структуры пациентов с РА в СК не только значительно увеличит наше понимание генетической подверженности к РА, но и позволит учитывать этногенетическую разнородность РА при оказании помощи данной категории пациентов.

**Цель.** Изучить этническую структуру взрослых пациентов с РА в СК.

**Материал и методы.** Ретроспективно обследован 871 пациент (старше 18 лет) с достоверным диагнозом «РА» (168 мужчин и 703 женщины, средний возраст  $65,5 \pm 1,5$  лет), установленным согласно классификационным критериям (ACR/EULAR, 2010г.), находившихся под наблюдением авторов в период 2020-2022 гг. Были выделены 20 основных этносов, наиболее распространенных в СК. Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ MS EXCEL.

**Результаты.** По национальности пациенты распределились следующим образом: русские – 671, даргинцы – 42, армяне – 39, украинцы – 29, туркмены – 16, ногайцы – 16, карачаевцы – 14, чеченцы – 10, евреи – девять, черкесы – семеро, татары – шестеро, рожденные в межэтническом браке – шестеро. В расчет не включены представители этносов, число которых было менее пяти.

**Выводы.** Мы оценили этническую структуру взрослых пациентов с РА в СК. В нашем исследовании были некоторые ограничения. Результаты нашего исследования продемонстрировали отсутствие корреляции между численностью преобладающих этносов в структуре населения СК и этносов с РА. Данное уточнение касается, в частности, украинцев, туркмен и ногайцев, что определенным образом таргетирует данные группы. В дальнейших исследованиях следует рассмотреть эффективность лекарственной терапии у обследованных пациентов с учетом их этнической принадлежности.

## **ИЗУЧЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ТРУДОВЫМИ МИГРАНТАМИ**

**ЩЕПЕТИН Н.В., ОРЛОВА Н.В., ЯКУШЕВ Ю.Ю.**

*ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Нарушения углеводного и липидного обменов являются факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель.** Изучить распространенность нарушений углеводного и липидного обменов среди пациентов, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром, являющихся трудовыми мигрантами.

**Материал и методы.** В исследование включены 50 трудовых мигрантов и 107 граждан России, которые были госпитализированы в отделение кардиореанимации ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ» г. Москвы в 2022 г. с острым коронарным синдромом. Биохимический анализ крови включал определение уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов очень низкой плотности, уровня глюкозы сыворотки крови. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе IntelCeleron.

**Результаты.** Средний возраст пациентов-трудовых мигрантов составил 52,7 [50,1; 54,8] года, пациентов-граждан России составил - 64,4 [61,9; 66,9] ( $p < 0,05$ ). Анализ полученных биохимических данных показал, что среди пациентов трудовых мигрантов уровни общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности были достоверно выше в сравнении с пациентами гражданами России. Наиболее значимые различия выявлены для уровня липопротеинов низкой плотности: среди трудовых мигрантов. Достоверной разницы значений уровней липопротеинов очень низкой плотности среди исследуемых групп выявлено не было. При этом пациенты, жители России, в отличие от трудовых мигрантов, значительно чаще применяли для коррекции нарушений липидного обмена статины. Уровень глюкозы сыворотки крови среди пациентов трудовых мигрантов составил 7,8 [6,8; 8,85] (ммоль/л), пациентов граждан России – 7,05 [6,47; 7,63] (ммоль/л) ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Среди пациентов трудовых мигрантов с острым коронарным синдромом преобладают нарушения липидного обмена, которые встречаются достоверно чаще в сравнении с пациентами с острым коронарным синдромом, являющихся гражданами России.

## АСТЕНИЯ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

ЩЕРБАКОВ Е.В., ПЯТЧЕНКОВ М.О.

*ВМедА, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Высокая распространенность когнитивных нарушений (КН) у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение программным гемодиализом сопровождается развитием ряда соматоформных расстройств, одним из которых является астения.

**Цель.** Оценить частоту встречаемости и выраженность астении, а также изучить ее взаимосвязь с КН у пациентов на программном гемодиализе.

**Материал и методы.** Обследовано 168 пациентов (98 мужчин и 70 женщин), находящихся на лечении программным гемодиализом не менее 6 месяцев. Средний возраст больных составил  $58,1 \pm 14,3$  лет, средняя продолжительность заместительной почечной терапии – 48 (14,5-97,0) месяцев. Оценку наличия астении и ее выраженность проводили с помощью опросника ШАС (шкала астенического состояния). Исследование когнитивного статуса проводили при помощи скрининговой шкалы МоСА (Montreal Cognitive Assessment). Обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 26. Значение  $p < 0,05$  считалось статистически значимым во всех тестах.

**Результаты.** Частота встречаемости астении согласно опроснику ШАС составила 46% (78/168). Астения слабой степени диагностирована у 77% (60/78) больных. Умеренная астения выявлена в 23% (18/78) случаев. Выраженных астенических расстройств в исследуемой когорте не наблюдалось. Согласно шкале МоСА, КН диагностированы у 63% (106/168) пациентов. При этом тяжесть КН значительно различалась у пациентов с разной степенью выраженности астении ( $p < 0,001$ ). Средний балл МоСА у пациентов с умеренной астенией был достоверно ниже по сравнению с лицами, имеющими астенические проявления слабой степени (соответственно  $18,4 \pm 5,9$  и  $22,6 \pm 3,9$ ,  $p = 0,02$ ). В то же время средний балл МоСА у пациентов со слабой астенией был значительно ниже, чем у лиц с отсутствием астении (соответственно  $22,6 \pm 3,9$  и  $24,6 \pm 3,8$ ,  $p = 0,03$ ). Было установлено наличие значимой обратной корреляции умеренной силы по шкале Чеддока ( $r = -0,405$ ,  $p < 0,001$ , коэффициент корреляции Пирсона) между средним суммарным баллом МоСА и показателями опросника ШАС.

**Выводы.** Пациенты, находящиеся на лечении программным гемодиализом, характеризуются высокой распространенностью астенических расстройств, выраженность которых нарастает по мере прогрессирования КН. Ранее выявление астении с помощью опросника ШАС позволяет вовремя заподозрить наличие КН.



## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

ЩЕРБАКОВА Н.Д., ТРЕТЬЯКОВА Ю.И.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация

**Цель.** Оценить качество жизни (КЖ) и психоэмоциональные нарушения (ПЭН) у пациентов с язвенным колитом (ЯК), так же в соотношении с тяжестью его атаки (ТА ЯК).

**Материал и методы.** Обследовано 100 пациентов ЯК в фазе обострения заболевания. Средний возраст  $34,35 \pm 11,47$  лет, 54 мужчин и 46 женщин (54% и 46%). Пациенты с ЯК были распределены на группы по тяжести атаки: легкая 27 человек (27%), средняя 34 (34%) и тяжелая 39 (39%). Контрольная группа 50 человек. Для оценки КЖ использовался опросник IBDQ, 1993, для оценки ПЭН - HADS, 1983, для выявления вегетативных нарушений - опросник А.М. Вейна.

**Результаты.** У пациентов с ЯК в период атаки резко снижается КЖ по эмоциональным и кишечным факторам ( $36,87 \pm 8,17$  и  $38,24 \pm 11,59$  баллов) по сравнению с контрольной группой ( $70 \pm 8,90$  и  $84 \pm 10,40$  баллов;  $p=0,0000$ ). Общий результат был снижен в 1,5 раза у больных ЯК  $149,59 \pm 9,9$  баллов, в контрольной группе -  $224,72 \pm 17,40$  балла ( $p=0,0000$ ). По мере увеличения ТА ЯК уменьшалась общая сумма баллов (ОСБ), при тяжелой атаке ЯК был в 2,2 раза ниже, чем в группе контроля ( $p=0,0000$ ). При тяжелой атаке заболевания были снижены все факторы ( $29,09 \pm 7,40$ ;  $23,20 \pm 7,78$ ;  $26,93 \pm 11,34$ ;  $22,93 \pm 8,70$ ) по сравнению с контрольной группой. По HADS клинически выраженная тревога выявлена у 34 (34%), субклиническая – у 31 (31%), не выявлено тревоги у 35 (35%) пациентов. Клинически выраженная депрессия выявлена у 14 (14%), субклиническая – у 32 (32%) пациентов, депрессии не выявлено у 54 (54%). Согласно опроснику А.М. Вейна, у 86 (86%) был выявлен синдром вегетативной дисфункции (СВД). В контрольной группе не было выявлено тревожно-депрессивных и вегетативных нарушений. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между показателями КЖ и ПЭН, которые зависели от ТА ЯК.

**Выводы.** Пациенты с ЯК в период атаки заболевания отмечают ухудшение КЖ. Чем тяжелее атака, тем хуже КЖ. Симптомы депрессии встречались у 46% пациентов. У 86% пациентов диагностирован СВД. Выявлена значимая обратная корреляционная связь показателей КЖ с ПЭН. Рекомендовано проводить оценку КЖ и ПЭН, дополнить базисную терапию ЯК психотропными препаратами.

## **ПРИМЕНЕНИЕ РЕФРАЛОНА В ИНВАЗИВНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИКАХ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИН Е.А., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., МУХАНОВ А.А.**

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Актуальность и цель.** В свете растущего числа медикаментозных кардиоверсий, актуально оценить эффективность интраоперационного применения рефралона в радиочастотной катетерной абляции (РЧА) при лечении нарушений ритма сердца (фибрилляции (ФП) и трепетания (ТП) предсердий) в сравнении с подходами без его использования или при применении других препаратов антиаритмического действия III класса.

**Материал и методы.** Произведен ретроспективный анализ 22 случаев интраоперационного применения рефралона в РЧА у пациентов с нарушениями ритма сердца в ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер». Распределение пациентов следующее: 11 (50,0%) с персистирующей ФП, 6 (27,27%) с пароксизмальной ФП, 3 (13,6%) с персистирующим ФП-ТП и 2 (9,1%) с пароксизмальным ФП-ТП. Из общего числа 14 (63,6%) мужчин и 8 (36,4%) женщин. Средний возраст составил  $62,5 \pm 7,8$  лет, а средняя длительность нарушения ритма – 60 месяцев. Все пациенты получали рефралон для кардиоверсии.

**Результаты.** Для достижения ритма потребовались следующие дозы рефралона: 1 мг – в 10 (45,5%) случаях, 2 мг – в 6 (27,3%) случаях, 3 мг – в 3 (13,6%) случаях и 4 мг – в 3 (13,6%) случаях. Было отмечено, что 22,7% пациентов принимали антиаритмические препараты III класса до операции. Значения интервалов QT и QTc до интервенции составляли  $0,37 \pm 0,12$  и  $0,36 \pm 0,08$  соответственно, после -  $0,47 \pm 0,11$  и  $0,37 \pm 0,09$ , а при выписке -  $0,41 \pm 0,12$  и  $0,37 \pm 0,8$ . У всех пациентов после процедуры был синусовый ритм.

**Выводы.** Применение рефралона в контексте РЧА обеспечивает 100% восстановление синусового ритма. В последующих исследовательских работах представляется целесообразным проведение сравнительного анализа следующих методических подходов: комбинированная методика РЧА с адьювантной терапией рефралоном в сравнении с изолированным применением РЧА, а также в контексте использования РЧА в сочетании с другими антиаритмическими агентами. Это позволит детализировать и оптимизировать стратегический подход к коррекции нарушений ритма сердца.

## ИЗУЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ И ТОЛЩИНЫ ИНТИМА МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ (ПО ДАННЫМ ЭССЕ-РФ-2)

ЭЛМИ С.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России г. Рязань, Российская Федерация

**Актуальность.** Изучение дислипидемии и толщины-интима-медиа (ТИМ) при ультразвуковом исследовании общих сонных артерий (УЗИ ОСА) является фактором риска и маркерами органного поражения при гипертонической болезни. Представляет интерес изучение этих параметров у лиц с предгипертонией (без сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)).

**Цель.** Сравнительное изучение липидного профиля и толщины интима-медиа общей сонной артерии у лиц с оптимальным/нормальным и высоким нормальным артериальным давлением (АД) в популяции населения Рязанской области при отсутствии ССЗ.

**Материал и методы.** На основе эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ-2 в Рязанской области (Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации-2) было выявлено 68 пациентов с оптимальным/нормальным АД (менее 130/80 мм рт.ст.), которые составили первую группу (n=41, из них 25 женщин и 16 мужчин, средний возраст  $37,15 \pm 1,56$  лет). Во вторую группу включены лица с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт.ст.); (n=27 из них 10 женщин и 17 мужчин, средний возраст  $37,04 \pm 1,85$  лет). Группы были сопоставимы по возрасту и полу ( $p > 0,05$ ). У пациентов исследовали показатели липидного спектра и УЗИ ОСА с определением ТИМ.

**Результаты.** Результаты исследования липидного профиля показали, что во второй группе обследованных с высоким нормальным АД, по сравнению с первой группой с оптимальным/нормальным АД, отмечаются статистически значимо более высокие показатели общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) ( $p=0,03$ ;  $0,04$  соответственно) и тенденция к более частому выявлению повышенного уровня ОХС (37%, 56%), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) (39%, 48%), гипертриглицеридемии (20%, 30%) и снижению холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) (7%, 15%). При УЗИ ОСА при отсутствии разницы ТИМ в левой ОСА обнаружены статистически более значимые высокие средние значения ТИМ в правой ОСА во 2-й группе ( $0,57$ ,  $0,61$ ;  $p=0,03$ ) по сравнению с 1-й.

**Выводы.** У лиц с высоким нормальным АД установлено статистически значимое повышение показателей ОХС и ТГ и более высокие средние значения ТИМ в правой ОСА при УЗИ.

## **СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ДАГЕСТАНЕ**

**ЭСЕДОВ Э.М., АБАСОВА А.С., АБАКАРОВА Г.Г., МЕДЖИДОВА Р.А.**

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация*

**Актуальность.** Актуальность проблемы воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом.

**Цель.** Изучить структуру и частоту ВЗК в дагестанской популяции, по материалам специализированного гастроэнтерологического отделения Республиканской клинической больницы г. Махачкалы в 2018-2022 гг.

**Материал и методы.** В исследование включено 842 пациента, из них 722 пациента с ЯК и 120 больных с БК, в возрастной категории от 18 до 72 лет, женщин – 56%, мужчин – 44%. Диагностика основывалась на проведении общеклинических анализов, колоноскопии (при необходимости с биопсией), рентгеноконтрастного исследования и/или ирригоскопии.

**Результаты.** За 5 лет в отделение поступило 842 пациента с ВЗК, из них 722 (86%) – ЯК и 120 пациентов (14%) с БК. В 2018 г. с диагнозом ЯК поступило 121 пациентов, с БК – 4; в 2019 г. – 138 больных с ЯК, с БК -17; в 2020 г. – 88 больных с ЯК и 11 пациентов с БК; в 2021 г. – 137 больных с ЯК и 28 пациентов с БК; в 2022 г. – с ЯК – 238 больных и 60 пациентов с БК.

**Выводы.** Проведенный нами анализ структуры и частоты больных с ВЗК выявил:

1. Наиболее распространенной из ВЗК нозологий оказался ЯК – 722 человек (86%).
2. Заболеваемость ВЗК превалирует у женщин.
3. Отмечается тенденция к росту заболеваемости данной патологией, вероятно связанная с улучшением диагностики, повышением обращаемости пациентов в медицинские учреждения.

## ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДО И ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

ЭСЕДОВ Э.М., АКБИЕВА Д.С., АБАСОВА А.С., АХМЕДОВА Ф.Д.  
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

**Цель.** Определить содержание ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  в желудочном соке при хроническом гастрите (ХГ) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до и после курса стандартного лечения.

**Материал и методы.** Обследованы 106 больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны (ХГ - 56, ЯБДПК - 52). 20 здоровых лиц составили контрольную группу (средние уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке: ИЛ-1 $\beta$  – 24,8 $\pm$ 1,6 пг/мл, TNF- $\alpha$  – 27,9 $\pm$ 1,8 пг/мл). Уровни ИЛ-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$ в тощачковой порции желудочного сока определяли методом ИФА тест-системами «Вектор-Бест».

**Результаты.** Средние уровни (пг/мл) провоспалительных цитокинов в желудочном соке ИЛ-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  в период обострения больных с ХГ и ЯБДПК значительно превышали показатели контрольной группы. У больных ХГ среднее значение ИЛ-1 $\beta$  составило 62,6 $\pm$ 2,2 (p <0,05), TNF- $\alpha$  – 47,7 $\pm$ 2,0 (p <0,05) пг/мл, а у больных ЯБ – соответственно 34,4 $\pm$ 1,8 (p <0,05) и 48,5 $\pm$ 1,9 (p <0,05) пг/мл. После проведенного лечения отмечено существенное снижение уровня провоспалительных цитокинов в желудочном соке одновременно с положительной динамикой клинических и эндоскопических показателей в обеих группах. У больных ХГ среднее значение ИЛ-1 $\beta$  составил 32,4 $\pm$ 1,6 (p <0,05), TNF- $\alpha$  – 30,6 $\pm$ 1,2 (p <0,05) пг/мл, а у больных ЯБ – соответственно 31,7 $\pm$ 1,3 (p <0,05) и 34,2 $\pm$ 1,5 (p <0,05) пг/мл. Результаты исследования показывают, что у больных ХГ в период обострения, по сравнению с больными ЯБДПК, отмечается более высокий уровень цитокина ИЛ-1 $\beta$ , а у больных ЯБ, наоборот, – более высокий уровень TNF- $\alpha$ . Повышение ИЛ-1 $\beta$  отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF- $\alpha$  – глубину поражения слизистой оболочки (СО).

**Выводы.** У больных ХГ и ЯБДПК в период обострения имеет место повышение продукции провоспалительных цитокинов в желудочном соке, что связано с активностью воспалительных и деструктивных изменений в СО гастродуоденальной зоны, которые на фоне лечения имеют тенденцию к снижению. Однако полной нормализации уровня указанных цитокинов не наблюдается, что свидетельствует о неполном исчезновении воспалительно-деструктивных изменений в СО и необходимости продолжения лечения.

## СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА У НАРОДНОСТЕЙ ДАГЕСТАНА

ЭСЕДОВ Э.М., АХМЕДОВА Ф.Д., АБАСОВА А.С., АКБИЕВА Д.С.

*ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время во многом установлены этиология и патогенез одного из самых известных аутовоспалительных заболеваний – семейной средиземноморской лихорадки (ССЛ). Доказано, что основную роль играют наследуемые мутации в структуре гена MEFV, кодирующего синтез белка пирина. Существует четкая связь с этнической принадлежностью пациентов - армянской или еврейской национальности, а также у представителей народностей Северного Кавказа, в том числе среди коренных этносов дагестанских народов.

**Цель.** Изучить частоту ССЛ у жителей Дагестана, ее гендерное распределение, этническое распространение, особенности клинического течения и установить частоту семейных случаев заболевания.

**Материал и методы.** За 10-летний период нами обследованы 26 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет, поступившие с выраженным болевым абдоминальным синдромом и лихорадкой. При проведении общеклинического и лабораторно-инструментального исследования и с учетом данных анамнеза, была исключена другая патология и выставлен диагноз ССЛ, с использованием диагностических критериев Тель-Хашомера. В ряде случаев проведено молекулярно-генетическое исследование.

**Результаты.** Длительность заболевания к моменту постановки диагноза составила от 2 до 70 лет, что говорит о поздней постановке диагноза. Половой состав группы: мужчин – 14 (54%), женщин – 12 (46%). Национальная принадлежность: аварцы – 7 (среди них андиец – 1), азербайджанцы - 4 (из них этнические турки - 3, иранец - 1), армянин - 1, евреи – 2, лакцы - 4, лезгины – 3, даргинцы – 3, кумыки – 2.

### **Выводы.**

1. Частота и распространенность ССЛ в Дагестане недостаточно изучена, представляет интерес и требует дальнейшего изучения; однако можно сказать, что это заболевание относится к редко встречающимся.
2. В Республике Дагестан представители всех этнических групп болеют ССЛ, что исторически объясняется контактами с древнейших времен с армянами, иранскими персами, турками и арабами.
3. Семейный анамнез был отягощен у 34,6% наблюдавшихся пациентов, в остальных случаях отмечался спорадический характер болезни.

## ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ГЕПАТИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНТЕРНИСТА

ЭСЕДОВ Э.М., МЕДЖИДОВА Р.А., АБАСОВА А.С., АБАСОВ А.Р.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

**Введение.** В России острые медикаментозные поражения печени выявляются у 2-5% госпитализированных больных. Представляем клинический случай лекарственного гепатита в результате гепатотоксического действия оральных контрацептивов (ОК).

**Описание случая.** Больная Г., 46 лет госпитализирована 21.05.2019 г. в гастроэнтерологическое отделение РКБ г. Махачкалы РД с жалобами на выраженную слабость, снижение памяти, быструю утомляемость, раздражительность, желтушность склер и кожи, потемнение цвета мочи, Из анамнеза: желтушный синдром с марта 2019 г., по поводу которого больная госпитализирована в инфекционное отделение городской больницы. При обследовании исключено вирусное поражение печени, переведена в терапевтическое отделение. При осмотре уточняется, что больная длительное время принимает ОК, определяются выраженные цитолитический (АЛТ 1213 Ед/л, АСТ 110 Ед/л), холестатический (общий билирубин 252 ммоль/л, прямой – 137 ммоль/л) синдромы; коагулограмма (ПТИ 88%, МНО 1,06), ФЭГДС без патологии. При ультразвуковом исследовании: гепатоспленомегалия и асцит не выявляются. Выставлен диагноз: лекарственный гепатит высокой активности. Начата терапия гепатопротекторами, ГКС. На фоне лечения субъективно состояние больной улучшается, уровень трансаминаз в сыворотке крови снижается. Больная выписывается с рекомендациями продолжить прием гепатопротекторов. В дальнейшем, несмотря на проводимую терапию, состояние больной ухудшается, нарастают цитолитический (АЛТ 1204 Ед/л, АСТ 1698 Ед/л) и холестатический (билирубин – 368 ммоль/л, прямой - 247 ммоль/л) синдромы, присоединяется коагулопатия (ПТИ 29%, МНО 2,51, АЧТВ 52,1 с). 21 мая 2019 г. больная госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение РКБ. Исключено аутоиммунное поражение печени (ANA, AMA, ASMA IgG, ASCA IgG – отрицательные). Выставлен клинический диагноз: Лекарственный гепатит с выраженным цитолитическим, холестатическим и коагулопатическим синдромами, высокой активности, обусловленный длительным приемом ОК. Печеночная энцефалопатия. Назначенная терапия (гептралом, орнитоксом, преднизолоном 60 мг, СЗП, ремаксолом) без эффекта. Нарастают интоксикационный синдром, печеночная энцефалопатия. 31.05.2019 г. переводится в отделение реанимации. Состояние больной прогрессивно ухудшается, интенсивная терапия без клинико-лабораторной динамики. 13.06.2019 г. констатирована биологическая смерть.

**Отличительные особенности данного случая.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует, что пациентам, которым показана терапия ОК, необходим контроль функционального состояния печени.

## МЕЛАТОНИН И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

ЭСЕДОВ Э.М., МУСАЕВА Л.Н.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Российская Федерация

**Актуальность.** Возможность раннего прогнозирования и диагностики сезонного обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) продолжает оставаться актуальным предметом обсуждения в научном мире.

Имеются и некоторые данные лабильности синтеза мелатонина в зависимости от времени года. Так, в период удлинённого светового дня с мая по июль, уровень мелатонина в крови у человека минимален. Также есть данные о значительном разбросе концентрации индола при дневном и ночном заборе.

Таким образом, можно предположить наличие связи изменения мелатониновой кривой с обострениями кислотозависимых заболеваний, в частности ЯБДК в межсезонье.

Впервые нами было проведено оригинальное исследование сезонных особенностей содержания мелатонина в крови при ЯБДК.

**Цель.** Оптимизация ранней диагностики ЯБДК с определением мелатонина в крови в зависимости от сезонного обострения в течение года.

**Материал и методы.** Обследованы 60 пациентов с различным течением ЯБДК. Всем выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой гастродуоденальных участков. Исследование мелатонина в крови проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией.

**Результаты.** Полученные данные продемонстрировали снижение амплитуды секреции мелатонина при обострении ЯБДК ниже порогового уровня, а также изменение ритмов выработки мелатонина в разные времена года. Так в осенне-зимний период концентрация гормона значительно падает и составляет 1 пг/мл и менее, а в весенне-летнее время года достигает 10 пг/мл и выше. Это представляет большой интерес при изучении роли мелатонина в патогенезе гастродуоденальной патологии, участвующем в их механизмах, с формированием или обострением заболеваний ЖКТ.

**Выводы.** На основании полученных данных можно использовать выявленные значения концентрации мелатонина в крови как лабораторный маркер десинхроноза, ассоциированный с риском развития кислотозависимых заболеваний, в частности ЯБДК.



## **ЧАСТОТА ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО ФЕНОТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА**

**ЮРКОВА Ю.Г., БОЛОТОВА Е.В.**

*ГБУЗ НИИ-ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского, г. Краснодар, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить частоту прогрессирующего фиброзирующего фенотипа (ПФФ) у пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ), находящихся на лечении в пульмонологическом отделении ГБУЗ «НИИ-ККБ №1».

**Методы.** Ретроспективный анализ 580 медицинских карт пациентов с ИЗЛ за период с января 2020 г. по декабрь 2022 г.

**Результаты.** При ретроспективном анализе структуры ИЗЛ у наибольшего числа больных выявлен диагноз саркоидоза - 169 человек (29,1%). На втором месте находится гиперчувствительный пневмонит (ГП) - 114 человек (19,7%). Неклассифицируемое ИЗЛ определяется у 96 человек (16,6%), в то время как подтвержденный диагноз идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) установлен у 65 человек (11,2%). Менее распространены криптогенная организующая пневмония (КОП) – 41 человек (7,1%), неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) – 23 человека (4%), а также респираторный бронхолит (РБ) – 11 человек (1,9%). Лимфангиолейомиоматоз (ЛАМ) установлен у 13 женщин (2,2%), гистиоцитоз из клеток Лангерганса (гистиоцитоз Х) у 11 мужчин (1,9%). Немногочисленную группу составляют пациенты с ИЗЛ, ассоциированным с системной склеродермией (ССД) – 16 человек (2,8%), ревматоидным артритом (РА) – 9 человек (1,6%), гранулематозом Вегенера (ГВ) – 5 человек (0,9%), эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (ЭГПА) – 7 человек (1,2%). Прогрессирующий фиброзирующий фенотип является характерным для течения ИЛФ и определяется у 60 пациентов (92%) с данным заболеванием. Признаки ПФФ выявлены у 55 пациентов (49%) с ГП, 8 пациентов (34%) с НСИП и 26 пациентов (27%) с неклассифицируемым ИЗЛ. При ИЗЛ-ССД у 8 человек (50%) определяется ПФФ, в то время как при ИЗЛ-РА только у 2 человек (22%). При саркоидозе частота ПФФ составляет 2,3% (4 человека из 169). При КОП и РБ, ЛАМ, гистиоцитозе Х, ГВ и ЭГПА признаков ПФФ не выявлено.

**Выводы.** Признаки ПФФ выявлены у большинства пациентов с ИЛФ (92%), половины пациентов с ИЗЛ-ССД (50%) и ГП (49%), трети пациентов с НСИП (34%) и неклассифицируемым ИЗЛ (27%), в то время как частота ПФФ меньше при ИЗЛ-РА (22%) и при саркоидозе является незначительной (2,3%).

## **ГИПООТВЕТ НА ТЕРАПИЮ СТАТИНАМИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**

**ЮХИНА Ю.Е., ДРУК И.В., КОРЕННОВА О.Ю.**

*ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Российская Федерация  
БУЗОО «ККД», г. Омск, Российская Федерация*

**Цель.** Изучить частоту гипоответа на терапию статинами среди пациентов с нарушениями углеводного обмена после острого коронарного синдрома в краткосрочном наблюдении.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 1500 пациентов, поступивших на наблюдение кардиолога после острого коронарного синдрома (ОКС). В анализ были включены данные пациентов, не получавших статины до развития ОКС (400 пациентов; средний возраст  $63,42 \pm 9,64$  лет, мужчин 286 (71,5%)). Нарушения углеводного обмена (НУО), установленные согласно критериям ВОЗ и Российской ассоциации эндокринологов, имелись в анамнезе у 124 пациентов (сахарный диабет 2 типа – 71 пациент; предиабет – 53 человека). Всем пациентам была назначена высокодозовая терапия статинами, исходя из предпочтений лечащего врача: аторвастатин (40 мг и более в сутки). Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) оценивался исходно и через 1 месяц терапии. Гипоответ на статины определялся как процент снижения уровня ХС-ЛНП  $<15\%$  от исходного уровня в течение 1 месяца терапии. Субоптимальный ответ определялся как снижение ХС-ЛНП через 1 месяц терапии менее, чем на 50%.

**Результаты:** Распространенность гипоответа составила 26,75% ( $n=107$ ). В зависимости от анамнеза нарушений углеводного обмена (СД2, предиабет) пациенты были распределены на 2 группы: группа 1 (НУО,  $n=124$ ), группа 2 (без НУО,  $n=276$ ). Через 1 месяц наблюдения в общей группе частота гипоответа составила 26,75%. В группе 1 и группе 2 частота гипоответа на терапию статинами составила 25,81% и 27,54%, соответственно ( $p=0,719$ ). Частота субоптимального ответа в группе НУО составила 56,45%. Для пациентов с НУО и гипоответом на статины характерен более низкий исходный уровень ХС-ЛНП.

**Выводы.** Абсолютное большинство пациентов с НУО после ОКС не достигают целевого уровня снижения ХС-ЛНП после высокоинтенсивной терапии статинами в течении 1 месяца. Гипоответ на статины регистрируется в этой группе в четверти случаев. Более низкий исходный уровень ХС-ЛНП повышает вероятность гипоответа на статины. В нашем исследовании подчеркивается важность оценки уровня ХС-ЛНП для прогнозирования ответа на терапию и, возможно, планирования гиполипидемической терапии. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения механизма развития и клинического значения феномена гипоответа на терапию статинами в группе пациентов с и без НУО.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

**ЯНГУРАЗОВА А.Р., КУПКЕНОВА Л.М., МЯСОУТОВА Э.Р.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Одним из внекишечных проявлений у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), является нарушение минеральной плотности костной ткани (МПК).

**Цель.** Оценить состояние МПК у пациентов с ВЗК в возрасте 18-40 лет.

**Материал и методы.** В исследование включены 25 пациентов с ВЗК (11 (44%) пациентов с БК, 14 (56%) – с ЯК), в возрасте 18-40 лет. Средний возраст составил 27,4 [21,5; 31] лет. Соотношение по полу было следующим – 13 (52%) мужчин и 12 (48%) женщин. Тяжесть атаки ЯК оценивалась согласно индексу Мейо: 1 (7%) пациент был в ремиссии, у 3 (21%) пациентов легкая атака, у 8 (58%) – среднетяжелая, у 2 (14%) – тяжелая. Тяжесть атаки БК оценивалась по индексу Беста: у 10 (91%) пациентов была легкая атака, у 1 (9%) – среднетяжелая. При включении в исследование длительность заболевания ВЗК менее 5 лет встречалась у 17 (68%) пациентов, более 5 лет – у 8 (32%). Всем пациентам была проведена оценка маркеров метаболизма костной ткани: остеокальцин, N-концевой проколлаген 1 типа (P1NP), C-концевые телопептиды коллагена 1 типа ( $\beta$ -CrossLaps).

**Результаты.** Дефицит массы тела встречался у 3 (12%) пациентов. На терапии глюкокортикостероидами находились 13 (52%) пациентов, генно-инженерными биологическими препаратами – 13 (52%), препаратами 5-АСК – 12 (48%). Среднее значение остеокальцина составило 21,2 [11,1; 26,2] нг/мл,  $\beta$ -CrossLaps 0,64 [0,3; 0,9] нг/мл, P1N1 67,2 [42,0; 81,7] нг/мл. Повышение уровня  $\beta$ -CrossLaps встречалось у 5 (25%) пациентов, остеокальцина у 1 (4%) пациента, P1N1 у 1 (4%) пациента. При этом только у 1 пациента все маркеры были повышены.

**Вывод.** У 25% пациентов с ВЗК (1 (9,1%) пациент с БК и 4 (28,6%) с ЯК) в возрасте 18-40 лет было выявлено снижение МПК.

## ОЦЕНКА СВОЕВРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**ЯКОВЛЕВА Е.В.**

*ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,  
г. Саратов, Российская Федерация*

**Актуальность.** В структуре причин артериальной гипертензии (АГ) удельный вес реноваскулярной гипертензии (РВГ) увеличивается с возрастом, достигая у лиц старше 65 лет 6,8% случаев. Наличие стеноза почечной артерии (ПА) у пациентов с ИБС является независимым фактором риска смерти. Своевременная коррекция стеноза может привести к смягчению АГ. На практике среднее время между дебютом заболевания и постановкой диагноза значительно варьирует и в среднем составляет  $3,6 \pm 7,4$  года.

**Цель.** Провести анализ причин поздней диагностики РВГ.

**Материал и методы.** Изучена медицинская документация и уточнены анамнестические данные у 30 пациентов с впервые диагностированным гемодинамически значимым стенозом ПА. В исследование включены 16 мужчин и 14 женщин в возрасте от 21 года до 79 лет. У 28 пациентов причиной РВГ явился атеросклероз ПА, у 2-х – фибромускулярная дисплазия.

**Результаты.** Срок от первого обращения к врачу по поводу АГ до постановки диагноза РВГ составил от 6 месяцев до 10 лет, в среднем  $3,8 \pm 5,4$  года. Наиболее часто причина поздней диагностики заключалась в недостаточном обследовании лиц с мультифокальным атеросклерозом (63%). Одинаково часто (27%) наблюдались недооценка рефрактерности АГ и недооценка акселеративного скачка ранее контролируемой АГ. В 23% случаев отсутствовал активный диагностический поиск при выявлении уменьшения размеров почки по данным УЗИ, в 6,7% случаев - при АГ 3 степени в молодом возрасте. Наиболее распространенное заблуждение терапевтической практики заключалось в том, что при нормальных данных УЗИ почек в дебюте болезни и отсутствии мочевого синдрома исключался нефрогенный генез АГ.

**Выводы.** Анализ причин поздней диагностики РВГ показал отсутствие активного врачебного поиска в установлении генеза АГ. В терапевтической практике сохраняется необходимость более активного использования ультразвуковой доплерографии ПА в качестве скринингового метода при наличии клинических особенностей АГ - дебюте в возрасте до 30 и после 55 лет, акселеративной и рефрактерной АГ, мультисосудистом атеросклерозе, необъяснимом уменьшении размера почки или разнице между длинами почек более 15 мм.

## **ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВОВ**

**ЯРКОВА В.Г., ЖМУРОВ В.А., РЕШЕТНИКОВА Т.В., ЖМУРОВ Д.В., ОДИНЦОВ С.Н., СКОМОРОХОВА В.Н., КЛЕСТЕР Е.Б.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация*

*ЧУЗ «КБ "РЖД-Медицина"», г. Тюмень, Российская Федерация*

*ФГБОУ ВО «Алтайский ГМУ» Минздрава России, г. Барнаул, Российская Федерация*

**Актуальность.** В структуре нозологических форм профессиональной патологии у железнодорожников традиционно ведущее место занимают заболевания, обусловленные воздействием физических факторов производственной среды, прежде всего шума и вибрации. В связи с этим, на долю нейросенсорной тугоухости (НСТ) приходится практически две трети (66%) всей регистрируемой в отрасли профессиональной заболеваемости.

**Цель.** Провести анализ частоты формирования профессиональных заболеваний у машинистов локомотивов (МЛ) в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Тюмень».

**Материал и методы.** При клиническом обследовании 876 МЛ хронические заболевания выявлены у 395 человек.

**Результаты.** Наиболее часто у МЛ встречаются такие хронические заболевания, как артериальная гипертония (n=192) и заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и гастродуодениты) (n=163). При этом у некоторых МЛ выявлены 2 и более заболевания.

Профессиональная патология - нейросенсорная тугоухость выявлена у 1,7% (15/876) МЛ. Такие заболевания, как вибрационная болезнь, заболевания органов дыхания пылевой этиологии, заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, химические интоксикации и профессиональные аллергии при обследовании у МЛ выявлены не были.

Частота профессиональной непригодности (ПН) по состоянию здоровья за 5 лет составила 76 случаев. Нейросенсорная тугоухость, как причина ПН была выявлена за 5 лет у 9,21% (7/76 человек), средний возраст которых составил  $51,6 \pm 5,31$ , а стаж работы на железной дороге более 20 лет.

**Выводы.** К формированию профессиональной патологии - нейросенсорной тугоухости и профессиональной непригодности от нее приводит сочетанное и длительное воздействие производственных факторов.

## **КРИТЕРИИ АНАЛИЗА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ И СЛОЖНЫХ СЕНСОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ РАБОТНИКАМИ ЛОКОМОТИВА - АСПЕКТ БЕЗОПАСНОСТИ ДВИЖЕНИЯ ПОЕЗДОВ**

**ЯРКОВА В.Г., ЖМУРОВ В.А., РЕШЕТНИКОВА Т.В., ОДИНЦОВ С.Н., СКОМОРОХОВА В.Н.**  
*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Российская Федерация*  
*ЧУЗ «КБ "РЖД-Медицина"», г. Тюмень, Российская Федерация*

**Актуальность.** Для эффективного обеспечения безопасности движения поездов необходим анализ причин ошибочных действий и браков в работе с учетом «человеческого фактора», оценка и прогнозирование профессиональной пригодности специалистов с использованием стандартных алгоритмов обследования и критериев оценки, что в конечном итоге будет способствовать снижению риска возникновения чрезвычайных ситуаций и повышению безопасности железнодорожного транспорта в целом.

**Цель.** Провести анализ выполнения простых и сложных сенсомоторные реакции работниками локомотива (РЛ).

**Материал и методы.** Измерение времени реакции продолжает оставаться одним из перспективных методов в психофизиологических исследованиях, а появление компьютерных технологий в значительной степени повысило интерес к разработке новых методик и экспериментальных схем регистрации времени реакции. Несомненными достоинствами подобных методик является их объективность, быстрота и простота в использовании. Показателями двигательной эффективности является скорость и точность движения.

**Результаты.** У РЛ больных ЭАГ и ЖКЗ, здоровых РЛ и у лиц контрольной группы отмечается стабильное моторно-сенсорное реагирование. У здоровых РЛ среднее время простой двигательной реакции статистически достоверно ниже чем у РЛ больных ЭАГ ( $p=0,045$ ) и лиц группы контроля ( $p=0,039$ ). У РЛ больных ЖКЗ и здоровых РЛ среднее время простой двигательной реакции достоверной разницы не имело.

**Выводы.** Несмотря на то, что у РЛ больных ЭАГ отмечается стабильное моторно-сенсорное реагирование, среднее время простой двигательной реакции у них достоверно выше, чем у здоровых РЛ. У здоровых РЛ формируются ведущие двигательные качества, которые и определяют успешность выполнения того или иного вида деятельности.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**ЯРКОВА Н.А., БОРОВКОВ Н.Н., ЗАНОЗИНА О.В., КОТОМИНА Д.А.**

*ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** Острое повреждение почек (ОПП) в соответствии с критериями KDIGO (2012) диагностируется при повышении уровня креатинина сыворотки от исходного на 26 мкмоль/л в течение 48–72 ч после введения контрастного вещества при исключении других причин. Распространенность ОПП при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ), чаще всего вследствие развития контрастной нефропатии, составляет от 0,3 до 29,7% и ассоциируется с высокой смертностью.

**Цель исследования** – изучить возможности ранней диагностики ОПП у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) после ЧКВ с помощью таких биомаркеров, как цистатин С, нефрин и липокалин-2.

**Материал и методы.** В исследование вошли 84 пациента, которым впервые было проведено ЧКВ. Все участники были разделены на две группы: 1-я группа – 44 пациента с СД 2, 2-я группа (контрольная) – 40 человек без СД. Диагноз СД 2 устанавливался согласно национальным стандартам по диагностике и лечению СД. Всем больным проводилось клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. В соответствии с целью исследования были определены уровни цистатина С, нефрина и липокалина-2 до и в течение трех суток после ЧКВ у пациентов обеих групп. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью STATISTICA 7.0.

**Результаты.** Обе группы пациентов, включенных в исследование, были сопоставимы по возрасту, полу, длительности сердечно-сосудистых заболеваний, патологии почек, индексу массы тела, уровню гематокрита, классам сердечной недостаточности (III-IV классы по NYHA), фракции выброса левого желудочка, объему введенного контраста, характеру интервенционной терапии. У всех больных перед выполнением ЧКВ оценивался риск возникновения ОПП. Согласно данным шкалы R. Mehran, группу очень высокого риска составили 18 (21,5%), высокого риска – 32 (38%), среднего и низкого риска – 26 (30,9%) и 8 (9,6%) пациентов соответственно.

Были изучены показатели функционального состояния почек до и после ЧКВ у пациентов с СД 2 в сравнении с контрольной группой. С учетом критериев KDIGO (2012) и повышенных уровней новых биомаркеров (цистатина С, нефрина и липокалина-2), ОПП было диагностировано у всех пациентов с СД 2 и у 35 из 40 (87,5%) пациентов группы контроля. У участников обеих групп отмечено повышение уровней сывороточного креатинина крови, мочевины, новых биомаркеров и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) после введения контрастных веществ. Нормализация только мочевины и креатинина крови на фоне адекватной проводимой гидратации была выявлена на 2–3-е сут после контрастных процедур. При этом СКФ осталась сниженной несмотря на проводимую терапию. Уровни цистатина С и нефрина остались повышенными по сравнению с исходными данными ( $p=0,01$  и  $p=0,00001$  соответственно), при анализе уровня липокалина-2 наметилась только тенденция к его снижению, однако этот маркер в течение 2–3 сут после ЧКВ был также выше по сравнению с исходным уровнем ( $p=0,00001$ ). Аналогичные результаты были получены и у пациентов группы контроля без СД 2.

**Выводы.** С увеличением количества инвазивных вмешательств, проводимых с применением контрастных веществ, проблема развития ОПП становится все более актуальной. Предложенный в работе способ ранней диагностики ОПП с помощью новых биомаркеров позволит своевременно разработать эффективные профилактические меры, влияющие в будущем на прогноз данной категории пациентов.

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЯРКОВА Н.А., БОРОВКОВ Н.Н., СОЛОВЬЯНОВА Е.Н., КОТОМИНА Д.А.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

**Цель исследования** – изучить основные причины развития хронической болезни почек по данным регионального регистра Нижегородской области.

**Материал и методы.** Обследован 1471 пациент с хронической болезнью почек, которые обратились к нефрологам Областной клинической больницы и Городского нефрологического центра в период с 2008 по 2022 гг. Всем больным было проведено клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Полученные сведения обобщались и заносились в единый регистр больных хронической болезнью почек по Нижегородской области. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы STATISTICA 7.0.

**Результаты.** По данным проведенного исследования, в этиологической структуре хронической болезни почек лидируют хронический гломерулонефрит ( $22,7 \pm 3,1\%$ ), сахарный диабет 2-го типа ( $19,3 \pm 2,8\%$ ) и хронический пиелонефрит ( $15,56 \pm 1,4\%$ ). На четвертом и пятом месте расположились поликистоз почек и сахарный диабет 1-го типа, на долю которых пришлось  $6,45 \pm 0,23$  и  $6,05 \pm 0,81\%$  от общего количества больных ( $n=1471$ ). Если объединить полученные данные по сахарному диабету 1-го и 2-го типов, то именно сахарный диабет выступает самой распространенной причиной возникновения и прогрессирования хронической болезни почек в Нижегородской области. Анализируя данные регистра больных хронической болезнью почек за 8 лет, можно отметить, что до 2012 г. сахарный диабет 2-го типа был на четвертом месте среди причин хронической болезни почек, а сахарный диабет 1-го типа занимал шестое место по частоте встречаемости. Рост заболеваемости сахарным диабетом в последнее время дал основания исследователям провозгласить его глобальной эпидемией XXI в., что заставляет совершенствовать методы ранней диагностики и профилактики нарушений углеводного обмена.

**Выводы.** Сахарный диабет занимает лидирующее место в этиологической структуре хронической болезни почек наравне с хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом. Ежегодная диспансеризация и реализация программ скрининга больных сахарным диабетом позволят выявить его осложнения на более ранних стадиях и начать своевременное лечение, что существенно увеличит продолжительность жизни больных и ее качество.



# КОНКУРС МОЛОДЫХ ТЕРАПЕВТОВ

## НЕОЖИДАННАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФРАЛОНА В СОЧЕТАНИИ С РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИЕЙ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ У КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА

**БОРОДУЛИН Е.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М., БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р.,  
КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С.**

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация*

**Описание случая.** Пациентка И. 49 лет госпитализирована для планового оперативного лечения с диагнозом:

Основной: гипертоническая болезнь (ГБ) III ст., 2 ст., риск 4.

Осложнения: ХСН I-II ФК с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (61%). Фибрилляция предсердий (ФП), персистирующее течение. CHAD<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 2 балла, HAS-BLED 1 балл, EHRA II B.

Сопутствующий: ХНМК III ст. по Покровскому. Узловой зоб, эутиреоз. ХБП С2, СКФ 89 мл/мин/1.73м<sup>2</sup>. Ожирение I степени.

Госпитализирована в удовлетворительном состоянии. Принимала терапию по поводу ГБ. 01.08.2023 г. выявлена пароксизмальная форма ФП. Из анамнеза известно, что в 2020 г. поставлен диагноз ГБ II стадии, 2 степени, риск 3 с преимущественным поражением сердца, в 2021 г. дважды перенесла НКВИ средней тяжести. В 2022 г. поставлен диагноз нетоксический узловой зоб. Также в анамнезе отмечаются: частые пневмонии (5 случаев за 4 года), эндометриоз матки и кишечника, ХОБЛ, ЖКБ, холецистит.

Была проведена радиочастотная антральная изоляция устьев левых и правых легочных вен. До операции ритм – ФП. В результате: фрагментация предсердного потенциала и уменьшение его амплитуды более, чем в два раза. Эктопической активности в устьях легочных вен не выявлено. Был назначен рефралон в/в, выполнена ЭИТ – без эффекта. В послеоперационном периоде развился пароксизм фибрилляции желудочков (ФЖ) с остановкой кровообращения. Проведена успешная СЛР. Фиксировались пароксизмы ФЖ, купируемые ЭИТ. По данным ЭХОКГ – снижение ФВ ЛЖ до 33%.

**Отличительные особенности данного случая.** Особенностью данного случая являются неэффективность инвазивного лечения (при наличии показаний), несмотря на отсутствие иной эктопической активности, и переход ФП в ФЖ в п/о периоде с исходом в клиническую смерть.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Отсутствовали противопоказания к проведению операции и применению рефралона, что исключает его нецелесообразное применение. Стоит также принять во внимание коморбидность пациента, которая могла привести к послеоперационным осложнениям.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМИ АНАТОМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

**БОРОДУЛИНА Н.А., АРУСЛАНОВА О.Р., БОРОДУЛИН Е.А., ЩЕРБЕНЕВ В.М., КОРЯГИН В.С., ПЕСТЕРЕВ Е.А., ЗАГУМЕННОВ А.С. НУРИСЛАМОВА А.А., МУХАНОВ А.А. ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», г. Пермь, Российская Федерация**

**Актуальность.** Благодаря развитию новых методов визуализации, внедрению их в практику врача, стало возможно идентифицировать у пациентов особенности анатомии (компрессия ветвей, особенности впадения легочных вен). В предоперационном периоде перед выполнением катетерной процедуры всем пациентам проводится ЧПЭхоКГ (исключается наличие дополнительных образования в полости ЛП), МСКТ левого предсердия (исключение дополнительных образований, наличие аномалий впадения легочных вен и оценку компрессии легочных вен слева: верхней легочной вены - левым главным бронхом/ верхнедолевым бронхом, нижней легочной вены-нисходящим отделом грудной аорты).

**Цель.** Оценить эффективность катетерного лечения НРС (ФП) у пациентов с выявленными экстракардиальными особенностями анатомии для определения дальнейшей тактики лечения.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 60 случаев интервенционного лечения нарушений ритма сердца методом радиочастотной абляции и криоизоляции устьев легочных вен у пациентов с персистирующей/пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Из них мужчин было 42.5%, женщин - 58.5%, средний возраст пациентов на момент оперативного лечения составил  $66,2 \pm 5,6$  лет, длительность ФП  $62,4 \pm 12,8$  месяцев. У всех пациентов выявлены те или иные анатомические особенности. 100% пациентов получали на догоспитальном этапе монотерапию/комбинированную антиаритмическую терапию, на фоне которой сохранялась аритмия в сочетании. У 57.6% пациентов выполнена РЧА, у 43.4% - криовоздействие на устья легочных вен. По завершении процедуры в операционной регистрировался синусовый ритм у всех пациентов. В раннем послеоперационном периоде в условиях стационара проводилась комбинированная /монотерапия антиаритмическими препаратами, ПОАК с ежедневным контролем ЭКГ.

**Результаты.** Длительность наблюдения в стационаре составила  $3.4 \pm 0.5$  суток. «Свобода» от пароксизмов ФП в стационаре составила 88.8% случаев, у 11.2% пациентов наблюдались пароксизмы ФП с успешным проведением медикаментозной кардиоверсии.

### **Выводы.**

1. При выявлении ФП в обследование необходимо включать МСКТ левого предсердия.
2. Наличие аномалий впадения легочных вен и экстравазальной компрессии являются предикторами рефрактерности к медикаментозной терапии.
3. При выявлении аномалий, первым этапом лечения может стать катетерная абляция.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

БРОВКИНА С.С., ДЖЕРИЕВА И.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

**Актуальность.** Рассеянный склероз (РС) – заболевание, требующее применения глюкокортикоидов (ГК) при обострениях. Изменения одного нуклеотида в генах глюкокортикоидного рецептора (ГР) *NR3C1*, мелатонинового рецептора *MTNR1B* ассоциируются с развитием побочных эффектов ГК и повышением риска сердечно-сосудистых заболеваний вследствие формирования метаболического синдрома и нарушений сна.

**Цель.** Оценить ассоциацию полиморфизмов *rs56149945*, *rs41423247* гена ГР *NR3C1*, *rs34532313* гена *MTNR1B* с развитием метаболического синдрома, побочных эффектов ГК у пациентов с РС на фоне пульс-терапии.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе клиники ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Включены 80 пациентов (71,2% женщины) 36,3±10 лет, получавшие 4 (3-4) г метилпреднизолона, продолжительность РС 6 (2,5;10) лет, EDSS 2,5 (2; 3,25). Оценены глюкоза венозной плазмы натощак, липидограмма, антропометрические параметры, дневники физической активности, сна до и после ГК, голландский опросник пищевого поведения, шкала PHQ9. Метаболический синдром устанавливали по критериям IDF. ДНК выделена из лейкоцитов периферической крови, полиморфизмы *rs56149945*, *rs41423247*, *rs34532313* определены при помощи ПЦР. Статистический анализ выполнен в R (версия 3.2, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

**Результаты.** Полиморфизм *rs41423247* имели 48 (60%) пациентов, 35 (43,8%) гетерозиготы, 13 (16,2%) гомозиготы по полиморфному аллелю, 8 (10%) имели *rs56149945*. Метаболический синдром развился у 33 (48,5%) пациентов, дислипидемия 23 (69,7%), гипергликемия 44 (55%), повышение систолического артериального давления 30 (48,4%), диастолического 29 (50%), инсомния у 51 (63,8%). В группе с развившимся метаболическим синдромом на фоне ГК чаще встречались отягощенный наследственный анамнез по гипертонической болезни 19 (58%),  $p=0,01$ , *rs41423247+rs56149945* 27 (82%),  $p < 0,001$ , измененный аллель *rs41423247* 26 (79%),  $p=0,001$ , *rs34532313* 22 (67%),  $p=0,02$ . Сопоставимые результаты получены при анализе группы с развитием инсомнии на фоне ГК, при этом чаще наблюдалось нарушение пищевого поведения и депрессия,  $p=0,02$ . Значимой разницы в возрасте, дозе ГК, физической активности не выявлено.

**Выводы.** Полиморфизмы *rs56149945*, *rs41423247* гена ГР *NR3C1*, *rs34532313* гена *MTNR1B*, ассоциированы с высокой вероятностью формирования метаболического синдрома, инсомнии при терапии ГК, что является фактором риска ССЗ. Определение *rs56149945*, *rs41423247*, *rs34532313*, а также тщательный сбор анамнеза могут помочь выделить пациентов, требующих ранних активных мер по коррекции метаболических нарушений, а также персонифицировать терапию ГК.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ КОМПЛЕКСНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ**

**ГАЛЕЕВА Ш.Ш., ГАЛЯУТДИНОВ Г.С.**

*ГАОУЗ «Клиника медицинского университета», г. Казань, Российская Федерация  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Описание случая.** В отделение терапии поступила пациентка Х., 56 лет, пенсионер. Считает себя больной с 30 лет. Отмечает одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, усиливающуюся в положении лежа. Предварительный диагноз: «Декомпенсация ХСН 2а ФК 3. Двусторонний малый гидроторакс».

В 1994 г. выявлен лимфогранулематоз, проводилась химиотерапия антрациклинами, лучевая терапия. В 2007 г. диагностирован рак левой молочной железы (РМЖ), в 2013 г. – правой. В 2016 г. мастэктомия справа, проводилась химиотерапия антрациклинами, лучевая терапия. В анамнезе кардиомиопатия обусловленная полихимиотерапией, осложненная хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой ФВ (23% по Симпсону от 2016 г.). Перенесла ОНМК в 2016 г.

По результатам дальнейшего обследования диагноз дополнен: «Кардиомиопатия, обусловленная полихимиотерапией со снижением сократительной способности миокарда ЛЖ (ФВ 41% по Симпсону). Атеросклероз аорты, аортального клапана, трикуспидального клапана, БЦА, стенозирующая стадия. Митральная регургитация 1-2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. ХСН 2А ФК 3 с промежуточной ФВ. Двусторонний малый гидроторакс. Нарушение проводимости сердца: БПВЛНПП. ЦВБ. ПОНМК в 2016 г. Состояние после лечения лимфомы Ходжкина (1994 г.). РМЖ слева, состояние после частичной резекции (2007 г.). РМЖ справа (2013 г.), состоянии после мастэктомии (2016 г.)».

Лечение пациентки было затруднено наличием артериальной гипотензии. АД в период госпитализации составляло 60-80/40-60 мм рт.ст. (адаптирована к АД 80/60 мм рт.ст.), сопровождавшееся общей слабостью, головокружением. Гемодинамика оставалась стабильной, показаний для лечения в условиях отделения интенсивной терапии не было. Проводилось лечение минимальными дозами препаратов с последующей отменой ввиду усиления гипотензии: фуросемид, спиронолактон, лизиноприл, гепарин, аторвастатин. Пациентка была выписана с улучшением в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: наблюдение терапевта, кардиолога по месту жительства, контроль АД и ЧСС, спиронолактон, аторвастатин, АСК.

**Отличительные особенности данного случая.** Лимфогранулематоз повышает частоту сердечной дисфункции и развития СН. Антрациклины входят в схемы химиотерапии при многих видах рака, имеют кардиотоксичность с первого цикла, увеличивая риск сердечной недостаточности в 10-15 раз.

**Трудности в диагностике и лечении данного пациента.** Пациентка Х. имела отягощенный онкологический анамнез, химиотерапия осложнилась кардиомиопатией и сердечной недостаточностью, трудно поддающейся терапии.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С МРТ ВЕРИФИЦИРОВАННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

ГАРАЕВА А.Р., ЛАПШИНА С.А., АБДУЛГАНИЕВА Д.И.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) часто жалуются на боль в шейном отделе позвоночника. Многие специалисты считают его частью основного заболевания. В то же время воспалительный процесс может вызывать изменения краниовертебрального перехода (КВП) с транслокацией зуба аксиса (ТЗА), видимый на ранних стадиях только на МРТ. В последующем потенциально приводящим к различным клиническим проявлениям и необратимым неврологическим осложнениям.

**Цель.** Оценить клинические особенности АС у пациентов с МРТ верифицированными изменениями атлантоаксиальной области.

**Материал и методы.** 30 пациентам с АС проведено МРТ КВП. 83,4% - мужчин, 16,6% - женщин. Средний возраст  $46,0 \pm 13,8$  лет. Активность (ASDAS(СРБ)): очень высокая – 83,4%, высокая – 10%, низкая – 6,6%. Медиана длительности заболевания 190,5 [2; 408] месяцев. Коморбидная патология отмечалась у 66,7%, медиана 3 [0; 13]. Оценивались интенсивность боли (по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)), ее характер (нейропатический (НБ) - опросник Pain detect (PD), центральная сенситизация (ЦС) – CSI), неврологический статус. По МРТ КВП оценена ТЗА с измерением краниометрических параметров: линии рВ-С2 (рВ-С2), переднего (АДИ) и заднего атланто-дентального (ПАДИ) интервалов, линии Чемберлена, угла ретрофлексии (отклонения рассчитывались в сравнении с данными МРТ 45 здоровых лиц сопоставимые с демографическими характеристиками).

**Результаты.** Боль в шее – 76,7%, воспалительного характера у 96,7%, невоспалительного у 80% (ЦС - 53,3%, НБ - 70%). Среднее значение боли по ВАШ  $6,1 \pm 2,2$ . МРТ изменения атлантоаксиальной области (ААО) имелись у 60%. Боль в шее чаще встречалась у пациентов с ТЗА и была связана с НБ ( $r_{\text{Сп}}=0,378$ ;  $p=0,039$ ), интенсивность боли была выше у пациентов с ЦС ( $r_{\text{Сп}}=0,611$ ;  $p=0,001$ ). Отмечена зависимость ТЗА с давностью заболевания ( $r_{\text{Сп}}=0,499$ ;  $p=0,005$ ), активностью ( $r_{\text{Сп}}=0,398$ ;  $p=0,032$ ), числом болезненных ( $r_{\text{Сп}}=0,505$ ;  $p=0,009$ ) и припухших суставов ( $r_{\text{Сп}}=0,471$ ;  $p=0,015$ ), числом коморбидных заболеваний ( $r_{\text{Сп}}=0,471$ ;  $p=0,009$ ).

**Выводы.** Начальные изменения ААО на МРТ имеются у большинства пациентов, при наличии подобных изменений боль имеет большую интенсивность, смешанный характер с преобладанием нейропатического компонента. При этом выше активность АС, длительность и количество коморбидных заболеваний. Многокомпонентность боли в шее, особенно у пациентов с высокой активностью АС и коморбидными заболеваниями, может быть поводом для проведения МРТ КВП и своевременной диагностики патологии этой области.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА МАРКЕРОВ T1565C ГЕНА *ITGB3*, C807T ГЕНА *ITGA2* И 5G(-675)4G ГЕНА *SERPINE1* НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И COVID-19**

**КАДНИКОВ Л.И.**

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Носители минорных аллелей T1565C гена *ITGB3*, C807T гена *ITGA2* и 5G(-675)4G гена *SERPINE1* имеют повышенный тромбогенный статус, что существенно увеличивает риск развития инфаркта миокарда, способствует низкой эффективности применения антиагрегантов, в частности, у лиц с COVID-19.

**Цель.** Выявить влияние наличия минорных аллелей T1565C гена *ITGB3*, C807T гена *ITGA2* и 5G(-675)4G гена *SERPINE1* на агрегацию тромбоцитов у лиц с острым коронарным синдромом (ОКС) и COVID-19.

**Материал и методы.** В одномоментное исследование включено 27 пациентов с диагнозом ОКС и COVID-19. Генетические исследования проведены методом ПЦР на амплификаторе DTprime (ДТ-96). Агрегометрия проведена на агрегометре ChronoLog 700. Статистическая обработка проводилась в среде «Statistica 13.0».

**Результаты.** Нормальная скорость адгезии тромбоцитов маркера C807T гена *ITGA2* (генотип CC) встречалась в 37% случаев, генотип CT - 41%, генотип TT - 22%. При выявлении влияния полиморфизма маркера на агрегацию с АДФ получены следующие значения: CC - 46,5%, CT - 57%, TT - 54,5%,  $p=0,466$ ; на агрегацию с коллагеном: CC - 57%, CT - 62%, TT - 53%,  $p=0,306$ ; на агрегацию с эпинефрином: CC - 38,5%, CT - 53%, TT - 40,5%,  $p=0,777$ .

Нормальная агрегационная способность маркера T1565C гена *ITGB3* (генотип TT) наблюдалась в 74% случаев, генотип TC - 22%, генотип CC - 4%. При выявлении влияния полиморфизма маркера на агрегацию с АДФ получены следующие значения: TT - 52%, TC - 56,5%, CC - 53%,  $p=0,907$ ; на агрегацию с коллагеном: TT - 59%, TC - 61%, CC - 52%,  $p=0,686$ ; на агрегацию с эпинефрином: TT - 47,5%, TC - 52,5%, CC - 53%,  $p=0,990$ .

Нормальный уровень PAI-1 маркера 5G(-675)4G гена *SERPINE1* (генотип 5G/5G) определен в 15% случаев, генотип 5G/4G - 48%, генотип 4G/4G - 37%. При выявлении влияния полиморфизма маркера на агрегацию с АДФ получены следующие значения: 5G/5G - 58,5%, 5G/4G - 57%, 4G/4G - 49%,  $p=0,463$ ; на агрегацию с коллагеном: 5G/5G - 56%, 5G/4G - 62%, 4G/4G - 57%,  $p=0,577$ ; на агрегацию с эпинефрином: 5G/5G - 55%, 5G/4G - 54%, 4G/4G - 36%,  $p=0,448$ .

**Выводы.** Среди пациентов встречается значительное количество минорных аллелей, увеличивающих риск тромбообразования: C807T - 63%, T1565C - 26%, 5G(-675)4G - 85%. Полиморфизмы маркеров не влияют на агрегацию тромбоцитов по данным агрегометрии с АДФ, коллагеном, эпинефрином.

# КОРОНАРНАЯ МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕОБСТРУКТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ

КОПЬЕВА К.В.

*НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Российская Федерация*

**Цель.** Оценить основные клинично-инструментальные особенности коронарной микрососудистой дисфункции (КМД) и ее прогностическое значение в течение 12 месяцев наблюдения у больных с необструктивным поражением коронарных артерий.

**Материал и методы.** В исследование было включено 118 пациентов с необструктивной ИБС и сохраненной ФВ ЛЖ (62 [59; 64] %). Уровни биомаркеров в сыворотке анализировали с помощью иммуноферментного анализа. Резерв коронарного кровотока (CFR) оценивали по данным динамической однофотонной эмиссионной компьютерной томографии.  $CFR \leq 2$  являлся маркером КМД. Оценку функции левого желудочка и параметры диастолической дисфункции оценивали с помощью двумерной трансторакальной эхокардиографии. Систолическая глобальная продольная деформация ЛЖ (GLS) оценивалась с помощью 2D-speckle tracking.

**Результаты.** Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия КМД: группа 1 включала больных с КМД (n=45), а группа 2 - больные без КМД (n=73). В группе 1 значения lateral e' были ниже на 35% (p=0,009), пиковая частота трикуспидальной регургитации была выше на 12% (p=0,011), отношение E/e' было выше на 21,4% (p=0,041) и индексированный объем левого предсердия на 51,2% (p=0,038) по сравнению со группой 2. У больных с КМД значения CFR были ниже на 48,3% (p <0,001), чем у больных без нее, составив 1,39 (1,11; 1,96) и 2,69 (2,15; 3,78), соответственно. Концентрация С-реактивного белка была выше в 1,8 раза (p=0,011), интерлейкина-10 были ниже на 21,7% (p=0,048), а интерлейкина-1 $\beta$  выше в 2,7 раза (p=0,046) в 1-й группе по сравнению со 2-й. У пациентов с КМД уровни NT-proBNP были выше в 2,6 раза (p=0,004), растворимого ST2 на 18,1% (p <0,001), тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 в 2,3 раза (p=0,011), матриксной металлопротеиназы-9 в 1,9 раза (p=0,012). По данным многофакторного регрессионного анализа установлено, что наличие диастолической дисфункции (ОШ 3,27; 95% ДИ 2,26–5,64; p <0,001), гиперэкспрессии NT-proBNP  $\geq 760,5$  пг/мл (ОШ 1,67; 95% ДИ 1,12–4,15; p=0,021) и растворимого ST2  $\geq 31,4$  нг/мл (ОШ 1,37; 95% 1,08-2,98; p=0,015) являлись независимыми факторами, связанными с наличием КМД. Анализ Каплана-Мейера показал, что частота неблагоприятных исходов была достоверно (p <0,001) выше у больных с КМД (45,2%, n=19), чем у больных без нее (8,6%, n=6).

**Выводы.** Наличие КМД ассоциировалось с более выраженными проявлениями диастолической дисфункцией, гиперэкспрессией биомаркеров фиброза и воспаления, а также более высокой частотой неблагоприятных исходов.

**Источник финансирования:** Грант президента № МК-4257.2022.3

## АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КУРЯЩИХ РАЗНЫЕ ФОРМАТЫ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

ЛИСТОПАДОВА М.В., СИЛКИНА Ю.А.

ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Российская Федерация

**Цель.** Изучить влияние курения разных форматов систем доставки никотина на состояние здоровья.

**Материал и методы.** Обследованы 108 человек в возрасте 18-24 лет, из которых 72 были юноши (67%) и 35 девушки (33%). Всем обследованным проведен сбор анамнеза и выполнена спирометрия после отказа от никотина на 12 часов и на фоне привычного формата курения.

**Результаты.** По типу курения предпочтения респондентов разделились: потребители «обычных» сигарет – 22,4%, электронных систем доставки никотина – 34,6%, вейпов – 29%, «смешанный тип» курения (сочетание нескольких форматов табакокурения) – 14%.

При сборе анамнеза выяснилось, что 32% обследуемых были обеспокоены хроническим кашлем: из них курящих «обычные» сигареты – 25%, электронные системы доставки никотина – 22%, вейпы – 19% и 34% - «смешанный тип» курения.

У 16% обследуемых были отмечены в анамнезе эпизоды затруднения дыхания, из них 6% курили «обычные» сигареты, 18% - вейпы, 29% - электронные сигареты и 47% использовали «смешанный формат» табакокурения.

У 8,3% пациентов до курения по данным спирометрии показатели ЖЕЛ и ОФВ1 были менее 80% от должных величин. Среди них показатели ниже нормы отмечены у 12% курильщиков «обычных» сигарет, 13% пользователей электронных систем доставки, 25% вейпов и 50% при «смешанном типе» курения.

Результаты спирометрии после курения продемонстрировали следующее: после курения «обычных» сигарет в среднем ЖЕЛ уменьшалась на 2%, ОФВ1 – на 16,3% от исходного состояния; после использования электронных сигарет ЖЕЛ снижалась на 0,6%, а ОФВ1 – на 3,2%; после вейпинга ЖЕЛ уменьшилась на 0,7%, а ОФВ1 – на 3,8%; при «смешанном типе» курения ЖЕЛ в среднем снижалась на 1,4%, ОФВ1 на 7,8%.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования обоснована необходимость детального уточнения у курящего пациента используемого формата потребления никотина. Продемонстрирована тенденция в развитии респираторной симптоматики и изменений функциональных показателей при курении разных форматов систем доставки никотина.



## АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ИНСЕРЦИИ/ДЕЛЕЦИИ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

МАГАМАДОВ И.С., СКОРОДУМОВА Е.А., КОСТЕНКО В.А., ПИВОВАРОВА Л.П., АРИСКИНА О.Б., СИВЕРИНА А.В., СКОРОДУМОВА Е.Г.

ГБУ Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Актуальность.** Ангиотензин-превращающий фермент (АСЕ) является важной частью нейрогуморальной концепции патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН) и важнейшей мишенью медикаментозной терапии. Однонуклеотидный полиморфизм инсерции/делеции (I/D) гена АСЕ опосредует степень концентрации данного фермента в крови, влияя на выраженность нейрогуморального дисбаланса при ХСН и прогноз.

**Цель.** Выявить различия в течении ХСН и оценить ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов после аортокоронарного шунтирования (АКШ) на протяжении 18 месяцев наблюдения в зависимости от полиморфизма I/D гена АСЕ.

**Материал и методы.** В исследование включены 105 пациентов с ИБС, подвергшихся АКШ в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2018-2021 гг. Всем пациентам проводили эхокардиографию, коронарографию и оценивали частоту встречаемости однонуклеотидного полиморфизма I/D (rs4646994) гена АСЕ методом полимеразной цепной реакции.

**Результаты.** В зависимости от полиморфизма I/D гена АСЕ пациенты были разделены на 2 группы. В первой (I) - 57 человек, с вариантами II и ID: 78% мужчин, 22% женщин, средний возраст  $63 \pm 8$  лет. Во второй (II) - 48 больных с вариантом DD: 79% мужчин, 21% женщин, средний возраст  $61 \pm 7$  лет. Обе группы степенью поражения КР по шкале SYNTAX I, частоте выполнения АКШ с/без искусственного кровообращения, использования внутренней грудной артерии и получаемой терапии были сопоставимы. Фракция выброса ЛЖ до АКШ в группах была:  $59,8 \pm 1,2\%$  и  $55,0 \pm 2,0\%$  соответственно, за время наблюдения значимо не изменилась ( $p > 0,05$ ). Отмечена различная динамика изменения объемов и размеров ЛЖ в сравниваемых группах. В группе I до АКШ конечно-диастолический объем (КДО)  $104,3 \pm 2,8$  мл, конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ  $42,1 \pm 2,2$  мл, конечно-диастолический размер (КДР)  $46,8 \pm 0,7$  мм и конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ  $32,4 \pm 0,7$  мм, тогда как через 18 месяцев: КДО ЛЖ  $100,8 \pm 3,3$  мл, КСО ЛЖ  $41,1 \pm 1,9$  мл, КДР ЛЖ  $45,8 \pm 1,0$  мм и КСР ЛЖ  $30,4 \pm 1,1$  мм ( $p > 0,05$ ). В отличие от I выборки во II отмечалось прогрессирование ремоделирования ЛЖ, что выражалось в увеличении размеров и объемов ЛЖ: до АКШ - КДО ЛЖ  $107,9 \pm 5,8$  мл, КСО ЛЖ  $53,9 \pm 4,9$  мл, КДР ЛЖ  $51,1 \pm 1,3$  мм, КСР ЛЖ  $36,4 \pm 1,8$  мм, после АКШ  $128,3 \pm 7,6$  мл,  $66,1 \pm 6,8$  мл,  $54,1 \pm 1,2$  мм,  $38,3 \pm 1,8$  мм, соответственно ( $p < 0,05$ ). За период наблюдения острая декомпенсация ХСН выявлена у 10,7% пациентов в I выборке и у 30,4% - во 2-й (ОШ 3,27; 95% ДИ: 1,05-10,57;  $p = 0,022$ ). Летальность в I группе составила 5,3%, во II - 10,4% ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Выявлена ассоциация варианта DD гена АСЕ с прогрессированием ремоделирования миокарда ЛЖ в виде увеличения его объемов и размеров, а также повышением в 3 раза шансов возникновения острой декомпенсации ХСН в течение 18 месяцев наблюдения после АКШ.

## **ВКЛАД COVID-19 В ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА**

**МУХАМЕДЬЯНОВ А.Г., СИВЕРИНА А.В., КОСТЕНКО В.А., СКОРОДУМОВА Е.А., СКОРОДУМОВА Е.Г., РЫСЕВ А.В.**

*ГБУ Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** На сегодняшний день важно учитывать влияние COVID-19 на больных хронической сердечной недостаточностью.

**Цель.** Оценить клинико-лабораторные особенности у больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточностью низкой фракцией выброса (ХСНнФВ) после перенесенной COVID-19 (ппCOVID-19).

**Материал и методы.** Обследованы 64 пациента с ХСНнФВ, госпитализированные в ГБУ Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе по поводу декомпенсации ХСНнФВ. Период наблюдения с 04.2020 г. по 05.2023 г. Первая (I) группа - 31 пациент с декомпенсацией ХСН ппCOVID-19 (2-3 месяца). Вторая группа (II) - 33 больных с декомпенсацией ХСН, не переносивших ранее COVID-19. Средний возраст в выборке составил  $71,4 \pm 6,7$  года. Группы сопоставимы по полу и возрасту.

**Результаты.** Среднее значение NT-ProBNP было выше в I группе -  $2597 \pm 243$  пг/мл, II -  $1100,8 \pm 558$  пг/мл,  $p < 0,05$ , как и уровень С-реактивного белка (СРБ) -  $26,2 \pm 7,76$  мг/л и  $7,1 \pm 2,3$  мг/л,  $p < 0,05$ , соответственно. Уровень лейкоцитов у больных с ппCOVID-19 был выше, чем в группе сравнения -  $14,7 \pm 2,3 \times 10^9$ /л против  $6,9 \pm 2,9 \times 10^9$ /л,  $p < 0,05$ . Среднее значение фракции выброса левого желудочка по данным эхокардиографии статистически ниже в группе I -  $21,6 \pm 6,2$  %, по сравнению со II группой -  $35,5 \pm 3,1$  %,  $p < 0,05$ . Большой гидроторакс с уровнем плевральной жидкости выше середины лопатки: I - 19%, во II - 3%,  $p < 0,05$ . Наджелудочковые нарушения сердечного ритма (ННСР) чаще регистрировались у пациентов ппCOVID-19 – в 77,4% случаев, чем в группе сравнения - 51,5%,  $p < 0,05$ . По частоте желудочковых нарушений сердечного ритма достоверной разницы между группами не выявлено: в I - 30,2%, во II - 25,2%,  $p > 0,05$ . Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) чаще встречалась у пациентов ппCOVID-19 - 25,8%, чем в группе сравнения 3%,  $p < 0,05$ , как и легочная гипертензия (ЛГ) 2-3 степени (в I группе - 61%, во II - 27%,  $p < 0,05$ ). Госпитальная летальность составила в группе I - 29%, в группе II - 3%,  $p < 0,05$ .

**Выводы:** у больных с декомпенсацией ХСНнФВ ппCOVID-19 определялись статистически более высокие показатели NT-ProBNP, СРБ, лейкоцитов, что говорит о выраженном системном воспалении. Это отражалось на тяжести клинического течения: чаще развивалась ТЭЛА, ЛГ 2-3 ст., большой гидроторакс, ННСР и в 9,6 раз возрастала госпитальная летальность.

## КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РИСК И ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

ПОЛТЫРЕВА Е.С., МЯСОЕДОВА С.Е.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Российская Федерация

**Актуальность.** Увеличение частоты ожирения среди больных ревматоидным артритом (РА) способно повлиять на течение основного заболевания и коморбидную патологию.

**Цель.** Определить при РА частоту ожирения, выявить его фенотипы, факторы кардиометаболического риска, их связь с активностью РА и изменениями композиционного состава тела.

**Материал и методы.** Обследованы 115 женщин в возрасте 33-81 года с достоверным РА (ACR/EULAR 2010 г.). Фенотипы ожирения оценивали по индексу массы тела (ИМТ) и отношению объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), выделяли метаболически здоровый фенотип (МЗФ) и метаболически нездоровый фенотип (МНЗФ) с нормальным и повышенным ИМТ. Определяли активность РА (DAS28), липидный спектр, глюкозу, ревматоидный фактор (РФ). Методом рентгеновской денситометрии оценивали индекс тощей массы (ИТМ) и индекс жировой массы (ИЖМ). Результаты обработаны в Statistica 6,0.

**Результаты.** Нормальная масса тела была у 23,5%, избыточная - у 33,9%, ожирение у 42,6% больных. Выделено 4 группы с различными фенотипами: 1 – МЗФ с ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> (n=16), 2 – МНЗФ с ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> (n=11), 3 – МЗФ с ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> (n=11), 4 – МНЗФ с ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> (n=77). В 4 группе чаще всего наблюдалась артериальная гипертензия (88,31%), атеросклероз сонных артерий (53,25%) и сердечно-сосудистые заболевания (10,39%). Во 2 группе по сравнению с 1-й были выше ИМТ (p=0,01), ИЖМ (p=0,01), РФ (p=0,04). В 4 группе по сравнению с 3-й были выше уровни глюкозы (p=0,04), триглицеридов (p=0,01). Четкая связь активности с ожирением и факторами кардиометаболического риска не выявлена. ИТМ нарастал от 1 группе к 4-й (p=0,00). Частота саркопении (ИТМ <6 кг/м<sup>2</sup>) была максимальной в 1 группе (56,3%) и минимальной в 4-й (2,6%).

**Выводы.** Среди больных РА преобладают пациентки с повышенным ИМТ и МНЗФ с нарушениями углеводного, липидного обмена, высоким АД, атеросклерозом. МНЗФ с нормальным ИМТ ассоциирован с более высокими значениями ИЖМ, ИМТ, РФ. Саркопения встречается у каждой второй пациентки МЗФ с нормальным ИМТ.

## **РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**ПРИСЕКО Л. Г., БОРОДИЙ А.О.**

*ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Российская Федерация*

**Актуальность.** Появляются данные исследований, что факторы риска развития хронической обструктивной болезни легких также были определены для других ХНИЗ (кардиоваскулярной патологии, метаболического синдрома, сахарного диабета, остеопороза и других). Имеются предпосылки к прогнозированию ХНИЗ с учетом данных спирометрии в сочетании с другими факторами рисков.

**Цель.** Определить предикторный потенциал данных функции внешнего дыхания для прогнозирования рисков развития хронических неинфекционных заболеваний.

**Материал и методы.** В исследуемую выборку вошли 30 человек (медиана возраста составила 42 [35-50] года), из которых 17 мужчин (56,7%). Все пациенты ранее были включены в проспективное эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ по Приморскому краю. Всем исследуемым проводилась антропометрия, измерение артериального давления и пульса, забор крови натощак (для последующего расширенного биохимического анализа), спирометрия.

**Результаты.** В результате поиска значимых связей были получены достоверные ( $p < 0,001$ ) различия между полом и ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС – так, среди мужчин наблюдались значимо более высокие показатели параметров внешнего дыхания. Выявлены достоверные прямые корреляционные связи между весом, окружностями талии и бедер и ФЖЕЛ, ОФВ1, что говорит о возможном вкладе потери массы тела при ее исходных нормальных значениях в ухудшение показателей воздушного потока.

Установлена умеренной тесноты обратная связь между уровнем креатинина и ОФВ1/ФЖЕЛ - при увеличении значения креатинина на 1 следует ожидать уменьшение ОФВ1/ФЖЕЛ на 0,425, что объясняет 21,5% наблюдаемой дисперсии показателя. Обнаружены связи изменения Д-димера и ОФВ1, максимальной объемной скорости при выдохе 75% ФЖЕЛ (МОС75) в виде умеренной тесноты обратной связи – при увеличении биохимического параметра на 1 следует ожидать снижение данных спирометрии на 0,002 и 0,004 соответственно. Выявлена заметной тесноты обратная связь между ПОС и АРОА - при увеличении липидного параметра на 1 следует ожидать уменьшение ПОС на 27,994%.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о взаимном предикторном влиянии данных функции внешнего дыхания, традиционных и вновь выявленных факторов риска. В совокупности с известными предикторами ХНИЗ ухудшение функции внешнего дыхания способно потенцировать развитие и тяжесть течения НИЗ респираторного и нереспираторного характера.

## ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА МИОКАРДА

**СИНЯЕВА А.С., ФИЛИППОВ Е.В.**

*ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация*

**Актуальность.** В основе развития нарушения ритма лежит процесс фиброза миокарда. Так как возможности инструментальной диагностики весьма ограничены, актуальным является неинвазивная оценка степени фиброзирования миокарда.

**Цель.** Оценка уровня сывороточных показателей (галектина 3, ТФР-β1, фибронектина) у пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий.

**Материал и методы.** Критериями включения явились мужчины и женщины в возрасте от 18 лет, с впервые выявленным клинически значимым пароксизмом фибрилляции предсердий.

**Результаты.** Средняя концентрация ТФР-β1 в сыворотке крови составила  $40111,3 \pm 20255,6$  пг/мл. Данный маркер был повышен у 87% (67 пациентов). Средняя концентрация сывороточного фибронектина составила  $84,1 \pm 31,7$  мкг/мл. Данный маркер повышен у 3,8% пациентов (3 пациента). Средняя концентрация галектина 3 в сыворотке крови составила  $19,0 \pm 9,02$  нг/мл. Уровень галектина 3 в сыворотке крови был повышен у 14,3% (11 пациентов). Уровень фибронектина был повышен у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (средний уровень 90,1 мкг/мл). Уровень галектина 3 был повышен у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (средний уровень 21,3 нг/мл). Уровень ТФР-β1 повышен у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (средний уровень 41179 пг/мл). Также выявлено увеличение уровней всех маркеров фиброза миокарда у пациентов с 2 и более госпитализациями.

Антикоагулянтная терапия использовались у 73% пациентов, 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. Электрическая кардиоверсия была выполнена 18,2% (14 пациентов), медикаментозное восстановление ритма произошло у 33,8% (26 пациентов) пациентов.

При повторном очном визите 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.

**Выводы.** Выявлено значимое увеличение уровней всех маркеров фиброза миокарда у пациентов с 2 и более госпитализациями.

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

СТОДЕЛОВА Е.А., ЛАРИНА В.Н., КАЗИМИРСКИЙ А.Н., РАСПОПОВА Т.Н., ШЕРЕГОВА Е.Н.  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблема длительного сохранения симптомов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) остается актуальной, из-за негативного влияния на качество жизни (КЖ) людей. Одним из возможных патологических механизмов возникновения данного состояния может служить персистирующее воспаление и образование экстраклеточных нейтрофильных ловушек (НЭЛ).

**Цель.** Оценить проявление клинических симптомов и КЖ в постковидном периоде у лиц молодого возраста, а также выявить взаимосвязь между существованием НЭЛ и появлением клинических симптомов в постковидном периоде.

**Материал и методы.** В исследование включены 30 пациентов (70% женщин, 30% мужчин) без подтвержденных сопутствующих хронических воспалительных заболеваний, медиана возраста исследуемой группы составляет 23 (20-27) лет. Проводился сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, оценка КЖ по опроснику SF-36, забор венозной крови с определением клинического и биохимического анализа крови и подсчетом количества НЭЛ в крови методом иммунофлюоресцентного окрашивания.

**Результаты.** В исследуемой группе 17 (57%) пациентов болели COVID-19 повторно, 23 (77%) были вакцинированы. Все пациенты перенесли COVID-19 легкой степени тяжести, через 95,5 (67,25-122,50) дней после перенесенного заболевания у всех пациентов имелось от 1 до 8 симптомов [медиана 2 (1,75-3,0)], самыми распространенными жалобами были: слабость (n=25, 83,3%), головная боль (n=8, 26,7%), нарушения сна (n=5, 16,7%), боль в суставах и мышцах (n=5, 16,7%). Жизненная активность в исследуемой группе соответствовала 57,5 (40,0-65,0), общее физическое благополучие - 55,1 (49,1-58,8), общее душевное благополучие - 42,9 (35,2-47,1) баллам. У 26 (87%) пациентов были обнаружены НЭЛ нитевидной формы (норма – отсутствие НЭЛ), медиана 6,1 (3,2-7,0). Установлена положительная корреляционная связь между значением НЭЛ и количеством симптомов ( $p=0,058$ ,  $r=0,35$ ), отрицательная - между количеством симптомов и показателями КЖ: физическим функционированием ( $p=0,084$ ,  $r=-0,32$ ), социальным функционированием ( $p=0,004$ ,  $r=-0,51$ ), психическим здоровьем ( $p=0,007$ ,  $r=-0,48$ ), общим душевным благополучием ( $p=0,005$ ,  $r=-0,49$ ).

**Выводы.** Сохранение жалоб в постковидном периоде снижает КЖ лиц молодого трудоспособного возраста, что может быть обусловлено вялотекущим процессом асептического воспаления. Необходимо дальнейшее изучение вклада НЭЛ в последствия COVID-19 с целью усовершенствования организация профилактических мероприятий и улучшения КЖ.

## **ЗНАЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ – АКЦЕНТ НА КОМОРБИДНОСТЬ**

**ЦИНЗЕРЛИНГ А.Ю., ГАЙДУКОВА И.З., МАЗУРОВ В.И., ПЕТРОВА М.С., ИНАМОВА О.В.**  
*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*  
*СПб ГБУЗ КРБ №25, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

**Актуальность.** В настоящее время недостаточно данных о возможностях ранней диагностики коморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и гиперурикемией (ГУ).

**Цель.** Изучить взаимосвязь уровней интерлейкина 10 (ИЛ-10), цистатина С (Цис С) и уромодулина (УМ) и альбуминурии (АУ) и коморбидной патологии у пациентов с РА и ГУ.

**Материал и методы.** В исследование включены 180 пациентов с диагнозом РА. В основную группу включено 90 пациентов с РА и ГУ, в группу сравнения – 90 пациентов с РА без ГУ. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания. Из каждой группы отобрано по 60 человек для определения у них уровня ИЛ-10, УМ и Цис С сыворотки крови и мочи. В моче определяли уровень АУ. Исследование одобрено локальным этическим комитетом. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SOFA (version 1.5.4). Взаимосвязи считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Метаболические сдвиги у пациентов с РА и ГУ отражают: ИЛ-10 мочи (корреляция с уровнем общего холестерина ( $r=0,62$ )), УМ мочи (выше у пациентов с дислипидемией (4,74 [2,95; 15,02] и 3,15 [0,69; 10,81] нг/мл)), АУ (выше у пациентов без сахарного диабета (4,4 [0; 208,54] и 0,34 [0; 1,33] мг/л)). У пациентов без ГУ АУ была выше у пациентов с ожирением (ОЖ; 21,86 [4,26; 40,28] и 0,08 [0; 84,81] мг/л). ИЛ-10 крови выше у пациентов с ГУ и артериальной гипертензией (14,17 [0; 41,98] и 2,65 [0; 3,3] пкг/мл). Только у пациентов с ГУ состояние почек отражают: цис С крови и мочи (корреляция с уровнем АУ ( $r=-0,44$  и  $r=0,39$ )), УМ крови (корреляция с АУ, Цис С крови и мочи;  $r=-0,49$ ,  $r=0,44$  и  $r=0,43$ ) и мочи (корреляция с АУ;  $r=0,42$ )).

**Выводы.** Уровни интерлейкина-10, альбуминурии отражают метаболические нарушения в основном у пациентов с наличием гиперурикемии. При наличии гиперурикемии уровни цистатина С и уромодулина могут служить маркерами поражения почек у пациентов с ревматоидным артритом.

## **ЭНДОКРИННАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ В СОЧЕТАНИИ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ У ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**ЧУПРОВА А.А.**

*ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, г. Чита, Российская Федерация*

*ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Чита, Российская Федерация*

Эндокринная офтальмопатия является тяжелой аутоиммунной патологией, наиболее часто сопровождающей диффузно-токсический зоб, однако развитие эндокринной офтальмопатии возможно у пациента с аутоиммунным тиреоидитом.

**Описание случая.** Пациент, 53 лет, обратился к врачу эндокринологу в 2021 г. с жалобами на общую слабость, сухость кожных покровов, боли, чувство песка в глазах, снижение зрения. В 2017 г. манифестный тиреотоксикоз, выполнено УЗИ ЩЖ: Общий объем 9,1 см<sup>3</sup>, диффузные изменения щитовидной железы, участки пониженной эхогенности, назначена терапия тиреостатиками, однако вскоре самостоятельно прекратил их прием. При обследовании обращали на себя внимание признаки эндокринной офтальмопатии, двоение, слезотечение, положительные симптомы Грефе, Штельвага и Мебиуса. По результатам КТ: глазные яблоки выстоят за орбитальную линию до 10 мм. Признаки офтальмопатии. ТТГ 7.75 мкМЕ/мл, Т4св. 11.71 нмоль/л, АТ к рТТГ отрицательные, АТ к ТПО положительные. Выставлен диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, манифестный гипотиреоз. Эндокринная офтальмопатия ОУ, активная фаза, активность по шкале CAS 5 баллов, назначена терапия левотироксином натрия 25 мкг с дальнейшей титрацией дозы. Пациент состоит на учете у ревматолога с диагнозом ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП позитивный, поздний эрозивный, R ст. III, принимает метотрексат 25 мг/нед. На контроль к эндокринологу пациент обращается в 2023 г. По результатам КТ орбит прогрессирование эндокринной офтальмопатии. Диаметр глазных яблок в аксиальной плоскости справа 27,3 мм, слева 27,6 мм. Задний край глазных яблок расположен кзади от межскуловой линии справа на 5,4 мм, слева на 5,3 мм. В июне 2023 г. впервые проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг внутривенно №2 с кратковременным улучшением, в дальнейшем проведено еще 2 курса пульс-терапии, признаки эндокринной офтальмопатии уменьшились. У пациента на фоне заместительной терапии левотироксином натрия в дозе 75 мкг сохраняется стойкий эутиреоз.

**Отличительные особенности данного случая.** Данный клинический случай представляет интерес, в связи с нетипичным сочетанием эндокринной офтальмопатии и аутоиммунного тиреоидита, медленным прогрессированием заболевания на фоне терапии метотрексатом.



## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ХАРАКТЕРА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**ШАПОРЕВА К.Р., ЛАПШИНА С.А.**

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Российская Федерация*

**Актуальность.** Проблема боли при ревматических заболеваниях является ключевой проблемой в терапии, что определяется ее многокомпонентным патогенезом, сложностью лечения и потенциальной инвалидизацией пациентов.

**Цель.** Изучить особенности болевого синдрома (БС) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилитом (АС) во взаимосвязи с коморбидной патологией.

**Материал и методы.** Обследовано 104 пациента, из них 66,4% с РА и 40,6% с АС. Медиана возраста пациентов с РА 58 [51,25; 63], с АС – 42 [35; 56] лет. Активность заболеваний оценивалась по шкале DAS28 для РА и ASDAS для АС. Из всех пациентов 89,4% имели сопутствующую патологию: АГ – 50%, СД – 11,4%, ожирение – 20,1%, ИБС – 17,3%, ХОБЛ – 5,7%, остеопороз – 40,3%, остеоартроз – 62,5%, анемия – 48,1%, онкологические заболевания – 3,8%. Число коморбидных состояний в среднем на одного пациента 5 [2,5; 7], значение индекса коморбидности Чарлсона 3 [1; 4,25]. Для оценки болевого синдрома использовался опросник по нейропатической боли (НБ) – Pain Detect (PD), шкала центральной сенситизации (ЦС) – Central Sensitization Inventory (CSI), опросник EQ-5D качества жизни. Полученные данные обрабатывались с помощью программы IBM SPSS Statistic 23.0.

**Результаты.** Все пациенты имели хроническую воспалительную боль (ВБ) в суставах и/или спине, при этом у 20,1% она сочеталась с НБ, у 17,3% с ЦС, и у 47,1% с НБ и ЦС. Сочетание ВБ+НБ+ЦС преобладало у пациентов с РА (среди них с коморбидностью 91,3%, без коморбидности – 8,7%), при АС преобладали ВБ+ЦС. Индекс коморбидности Чарлсона коррелировал с НБ ( $r_{\text{СП}}=0,444$ ;  $p=0,0001$ ), ЦС ( $r_{\text{СП}}=0,345$ ;  $p=0,001$ ), количеством циркулирующих иммунных комплексов ( $r_{\text{СП}}=0,376$ ;  $p=0,0001$ ) и опросником EQ-5D ( $r_{\text{СП}}=-0,223$ ,  $p=0,031$ ). При РА НБ достоверно зависела от DAS28 ( $r_{\text{СП}}=0,518$ ;  $p=0,0001$ ), интенсивности боли по ВАШ ( $r_{\text{СП}}=0,476$ ;  $p=0,0001$ ), ИМТ ( $r_{\text{СП}}=0,264$ ,  $p=0,035$ ), ЦС коррелировала с числом болезненных суставов ( $r_{\text{СП}}=0,326$ ,  $p=0,008$ ), уровнем систолического АД ( $r_{\text{СП}}=0,444$ ,  $p=0,0001$ ). При АС наличие НБ и ЦС коррелировало с интенсивностью боли по ВАШ ( $r_{\text{СП}}=0,664$ ,  $p=0,0001$ ), уровнем гемоглобина ( $r_{\text{СП}}=-0,559$ ,  $p=0,002$ ), числом коморбидных заболеваний ( $r_{\text{СП}}=0,703$ ,  $p=0,0001$ ).

**Выводы.** При РА и АС у 93,3% пациентов встречается многокомпонентная боль, более выраженная при наличии коморбидной патологии. Сочетание нескольких видов боли коррелирует с числом коморбидных состояний, наличием АГ и анемии. Соответственно, взаимное негативное влияние коморбидной патологии и боли при ревматических заболеваниях определяет сложности анальгетической терапии и требует своевременной диагностики с использованием специальных опросников.