



X МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ КОНГРЕСС ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

21-23 ОКТЯБРЯ 2020



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



ПАРТНЕРЫ

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

WWW.EUAT.RU

Евразийская Ассоциация Терапевтов - это независимая ассоциация, предоставляющая возможность участникам евразийского медицинского сообщества обмениваться мнениями и делиться опытом, создавать и участвовать в образовательных проектах, регистрах реальной клинической практики и онлайн активностях.

Миссией Ассоциации является создание международных медицинских, исследовательских и образовательных проектов между странами Европы, Азии и СНГ.



ВСТУПИТЬ В ЕВРАЗИЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ТЕРАПЕВТОВ

ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВСТУПИТЬ В ЕВРАЗИЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ТЕРАПЕВТОВ ВАМ НЕОБХОДИМО:

1. Зарегистрироваться (авторизоваться) на сайте www.euat.ru, заполнив обязательные поля
2. Отправить заявку на вступление на сайте www.euat.ru в разделе «Членство ЕАТ».

* Вступить в Ассоциацию можно бесплатно.

СТАВ ЧЛЕНОМ ЕАТ, ВЫ СМОЖЕТЕ:

- Получить доступ к уникальному образовательному контенту
- Получить доступ к национальным и международным научным проектам и регистрам
- Участвовать в создании протоколов исследований и оценивать полученные результаты
- Получить доступ к формированию научной программы конференции и школ, предлагать обсуждение наиболее интересных тем, рекомендовать те или иные места проведения
- Получать персональные приглашения на конгрессы Ассоциации
- Получать электронную рассылку о мероприятиях, проектах, лекциях и вебинарах Евразийской Ассоциации Терапевтов.

Мы в социальных сетях



Eurasian Association
of Therapists



Евразийская
Ассоциация Терапевтов



@euat_official
#euat



Сайт: www.euat.ru

Адрес: 101000, г. Москва, Милютинский переулок, д. 18А

Телефон: +7 (495) 708 42 23, Эл.почта: info@euat.ru

СОДЕРЖАНИЕ

О ЕАТ	4
Организационный комитет	6
Партнеры - Спонсоры	8
Список тезисов	11
Тезисы	14

ОРГАНИЗАТОР**Евразийская Ассоциация Терапевтов****ПРИ ПОДДЕРЖКЕ**

- Министерство Здравоохранения Российской Федерации
- Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- Департамент здравоохранения Москвы
- ОО «Белорусское общество ревматологов»
- Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации Узбекистана
- Ассоциация кардиологов Республики Казахстан
- Ассоциация молодых врачей Армении
- Европейская федерация внутренней медицины
- Сербское кардиологическое общество
- Сербское эндокринологическое общество

ПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ**Арутюнов Григорий Павлович**

Доктор медицинских наук, профессор, президент Евразийской Ассоциации Терапевтов, член-корреспондент РАН, Заслуженный врач РФ (Российская Федерация)

Никитин Игорь Геннадьевич

Доктор медицинских наук, профессор, директор ФГАУ «Лечебно-реабилитационного центра» МЗ РФ, Заслуженный врач Российской Федерации (Российская Федерация)

Тарловская Екатерина Иосифовна - доктор медицинских наук, профессор, председатель Приволжского отделения ЕАТ (Российская Федерация)

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Аляви Анис Лютфуллаевич - доктор медицинских наук, профессор (Республика Узбекистан)

Арутюнов Александр Григорьевич - доктор медицинских наук, профессор, генеральный секретарь Евразийской Ассоциации Терапевтов (Российская Федерация)

Бакулин Игорь Геннадьевич - доктор медицинских наук, профессор, Главный внештатный терапевт СЗФО РФ (Российская Федерация)

Зарипова Мухаббат Махмадकुловна - доцент, кандидат медицинских наук (Республика Таджикистан)

Козиолова Наталья Андреевна - доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Мазуров Вадим Иванович - доктор медицинских наук, профессор, главный ревматолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО РФ, академик РАН (Российская Федерация)

Митьковская Наталья Павловна - доктор медицинских наук, профессор (Республика Беларусь)

Орлова Яна Артуровна - доктор медицинских наук, профессор, Ученый секретарь ЕАТ (Российская Федерация)

Салухов Владимир Владимирович - доктор медицинских наук (Российская Федерация)

Сарыбаев Акпай Шогаибович – доктор медицинских наук, профессор (Республика Кыргызстан)

Сугралиев Ахметжан Бегалиевич - кандидат медицинских наук (Республика Казахстан)

Федорова Ольга Сергеевна - кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы ЕАТ «Эндокринные заболевания» (Российская Федерация)

Чесникова Анна Ивановна - доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

КОМИТЕТ ПО ОЦЕНКЕ СТЕНДОВЫХ ДОКЛАДОВ:

Председатель: Манушакян Г.А. (Москва)

Экспертный совет: Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)

Орлова Я. А. (Москва)

Сугралиев А.Б (Алматы)

Федорова О.С. (Москва)



**АО «БАЙЕР»
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР**
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2.
Тел.: +7 495 234 20 00 Факс: +7 495 231 12 02.
e-mail: drugsafety.russia@bayer.com
Сайт компании: <https://www.bayer.ru/>

Bayer – инновационная компания со 150-летней историей, занимающая ключевые позиции в сфере здравоохранения и сельского хозяйства во всём мире. Мы создаём новые молекулы для инновационных продуктов и способы улучшения здоровья людей, животных и растений. Наши исследования и разработки основаны на глубоком понимании биохимических процессов в живых организмах.



**«БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»
ПЛАТИНОВЫЙ ПАРТНЕР**
Сайт: www.boehringer-ingelheim.ru

Разработка инновационных лекарственных препаратов для людей и животных лежит в основе деятельности компании. Наша миссия – создавать прорывные препараты, которые способны изменять жизни. С момента своего основания в 1885 году и по настоящий момент, «Берингер Ингельхайм» остается независимой семейной компанией. Мы планируем свою деятельность на долгосрочную перспективу, определяя наиболее серьезные вызовы, с которыми столкнется здравоохранение, чтобы целенаправленно работать в тех областях, где наши усилия принесут наибольшую пользу.

Компания является одним из мировых лидеров отрасли и опирается в своей работе на научно-исследовательскую деятельность. Более 51 000 сотрудников ежедневно создают ценности через инновации в трех подразделениях бизнеса: рецептурном, ветеринарном и биофармацевтическом. В 2019 году компания «Берингер Ингельхайм» достигла чистого объема продаж в 19 миллиардов евро. Благодаря значительным инвестициям в исследования и разработки в размере почти 3,5 миллиардов евро мы можем развивать инновации для создания нового поколения препаратов, способных продлевать и улучшать качество жизни.

Мы осознаем, что наибольшие возможности стоят за объединением и сотрудничеством самых разных экспертов научного сообщества. Работая вместе, мы способствуем появлению инновационных решений в медицине, которые смогут изменять жизни современного и будущих поколений.

Более подробную информацию можно найти на официальном сайте компании.



**БЕРЛИН-ХЕМИ/А. МЕНАРИНИ
ОСОБЫЙ ПАРТНЕР**
123112, Москва, Пресненская набережная, д.10,
БЦ «Башня на набережной», блок В
Тел.: (495) 785-0100 Факс: (495) 785 0101
e-mail: info@berlin-chemie.ru
Сайт: www.berlin-chemie.ru

Компания **Берлин-Хеми/А. Менарини (Berlin-Chemie/Menarini)**, Россия входит в группу компаний Менарини, которая является лидирующим фармацевтическим объединением Европы **Menarini Group**.

Фармацевтическое объединение **Группа компаний Менарини (Menarini Group)** имеет безупречную репутацию надежного партнера в разработке новых лекарственных препаратов, высокотехнологичном производстве по стандартам GMP, предоставлении актуальной научной информации.

Основные стратегические цели **Группы Менарини (Menarini Group)** - инновационные исследования, интернационализация рынка в области здравоохранения.

Группа компаний Менарини располагает внушительным набором препаратов, разработанных с использованием собственных возможностей, а также продвигает препараты на основании прочных партнерских отношений с другими фармацевтическими компаниями.



**ООО «НОВАРТИС ФАРМА»
ОСОБЫЙ ПАРТНЕР**
Сайт: www.novartis.com,
www.novartis.ru

«Новartis» работает, переосмысливая подход к медицине ради улучшения качества и продолжительности жизни людей. Являясь ведущей международной фармацевтической компанией, мы применяем новейшие научные достижения и цифровые технологии при создании инновационных препаратов для решения самых острых медико-социальных проблем. «Новartis» на протяжении многих лет входит в верхние строчки международных рейтингов компаний, инвестирующих в исследования и разработки.

Наши препараты получают почти 800 миллионов человек по всему миру, и мы постоянно работаем над поиском инновационных решений для увеличения доступа пациентов к необходимой терапии. В компаниях группы «Новartis» работают порядка 109 000 сотрудников, представляющих 145 национальностей.



**ООО «ЭББОТТ ЛЭБОРАТОРИЗ»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**
ООО «Эбботт Лэбораториз»
125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16А, строение 1
Тел.: (495) 258-4280, факс: (495) 258-4281
Сайт: <http://www.ru.abbott/>

Компания Abbott работает для того, чтобы люди могли жить здоровой и полной жизнью. Более 125 лет Abbott создаёт новые технологии в области детского и лечебного питания, диагностики, медицинских устройств и фармацевтических препаратов. Сегодня 73 тыс. сотрудников помогают людям более чем в 150 странах, где представлена компания, жить не только дольше, но и лучше.

Abbott работает в России с конца 1970-х годов, предлагая российским пациентам и потребителям надёжную и высококачественную продукцию для сохранения и укрепления здоровья. В 2014 году в состав Abbott вошла компания «ВЕРОФАРМ» – один из ведущих российских производителей фармацевтической продукции.

В российском филиале компании Abbott трудятся более 3,5 тыс. сотрудников (включая «Верофарм») – в отделах исследований и разработок, производства, логистики, продаж, маркетинга.



**ООО «МЕРК»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**
115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35
Тел: +7 495 937 3304 Факс: +7 495 937 3305
Сайт: www.merckgroup.com

О Merck в России: Компания Merck работает в России с 1898 года. На сегодняшний день в России в Merck трудятся около 430 человек. В 2015 году компания представила новую локальную стратегию развития. Ее ключевым вектором стал трансфер технологий в партнерстве с ведущими локальными фармацевтическими компаниями для обеспечения лучшего доступа населения к лекарственным средствам Merck. Препараты компании Merck востребованы для лечения неврологических, эндокринных, сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. Мы также работаем над появлением в России новых уникальных технологических (лайф сайнс) решений для проведения научно-исследовательской работы, создания производства и контроля качества готовой продукции. Важным шагом на этом пути стало открытие лаборатории Merck в городе Москве, задача которой – обеспечить научному сообществу России доступ к передовым разработкам компании.



**АО «СЕРВЬЕ»
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР**
125196, г. Москва, Лесная ул., д7, этаж 7/8/9
Тел.: +7 495 937 07 00
Сайт: www.servier.ru

«Сервье» – международная фармацевтическая компания под управлением некоммерческого фонда, головной офис компании расположен в г. Сюрен, Франция. Компания представлена в 149 странах на 5 континентах и насчитывает 22 000 сотрудников. Являясь полностью независимой, Группа «Сервье» реинвестирует до 25% оборота в научные исследования и разработки, а весь доход – в развитие. Высокие темпы роста компании обусловлены постоянным развитием и поиском инноваций в пяти ключевых областях: сахарный диабет, сердечно-сосудистые, онкологические, иммуновоспалительные и нейродегенеративные заболевания, а также деятельностью по созданию высококачественных дженериков. Помимо разработки лекарственных препаратов Сервье предлагает решения в области цифрового здравоохранения.

«Сервье» работает в России уже почти 30 лет, являясь одной из ведущих фармацевтических компаний. В 1999 году в Москве был открыт Центр научных исследований и разработок. В 2007 году на территории Новой Москвы был запущен высокотехнологичный производственный комплекс «Сервье РУС», работающий в полном соответствии с требованиями международного стандарта надлежащей производственной практики (GMP) и выпускающий широкий спектр современных оригинальных лекарственных препаратов для пациентов в России и других странах ЕАЭС. Сегодня более 90% оригинальных лекарственных препаратов портфеля «Сервье» в России производится на фармацевтическом заводе в г. Москве по полному циклу.



**STADA ARZNEIMITTEL AG
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР**
Сайт: www.stada.ru

STADA в мире

STADA Arzneimittel AG – международная группа компаний, один из крупнейших производителей дженериков и продуктов сегмента Consumer HealthCare.

Миссия компании - заботиться о здоровье людей, выстраивая доверительные отношения с партнерами и потребителями. Уже 125 лет STADA работает для того, чтобы современные и качественные медикаменты были доступными для каждого. Компания стремится к тому, чтобы препараты под брендом STADA были уверенным выбором профессионалов и потребителей во всех странах ее присутствия.

С этой целью компания постоянно расширяет свое присутствие на мировом фармацевтическом рынке. Продукция STADA представлена в 120 странах. В состав концерна входят более 20 производственных площадок во всем мире, в том числе два завода в России. Компания уделяет приоритетное внимание качеству продукции: собственные и контрактные производственные площадки компании во всем мире работают в соответствии с едиными международными стандартами качества GMP.

По данным E&Y, STADA является крупнейшим иностранным инвестором в фармацевтическую отрасль России. За последние 15 лет общая сумма прямых инвестиций компании составила почти 1 млрд евро.

Штаб-квартира компании расположена в г. Бад-Фильбель (Германия).

STADA в России

На фармацевтическом рынке России и стран СНГ компания присутствует с 2002 года. В 2004 году в состав концерна STADA вошел крупнейший российский производитель мягких лекарственных форм (мази, суппозитории, гели) – компания «Нижфарм» (г. Нижний Новгород). Производственная площадка с вековой историей была первой подтвердившей соответствие международным стандартам качества GMP в России.



**ООО «АМДЖЕН»
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР**
123112, г. Москва Пресненская наб., 8, стр.1, 7 этаж
тел.: (495) 745-0478/79 факс: (499) 995-1965
Сайт: www.amgen.com
www.amgen.ru

Амджен – биотехнологическая компания, занимающаяся разработкой, производством и внедрением инновационных лекарственных препаратов на основе методов геной инженерии. Компания «Амджен», основанная в 1980 году, является лидером биотехнологической индустрии, поскольку одной из первых раскрыла потенциал нового поколения эффективных и безопасных лекарств для обеспечения пациентов инновационными методами лечения серьезных заболеваний. Препараты компании «Амджен» изменили повседневную медицинскую практику, помогая миллионам людей во всем мире бороться с тяжелыми онкологическими, гематологическими и нефрологическими заболеваниями, ревматоидным артритом и другими серьезными патологиями. Обширный портфель разрабатываемых препаратов подтверждает приверженность компании использованию научных достижений для улучшения жизни пациентов. Более подробную информацию о новейших научно-исследовательских разработках и лекарственных препаратах компании «Амджен» можно найти на официальном сайте.



**ЗАО «САНДОЗ»
ПАРТНЕР**
125315, г. Москва Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3
Тел.: +7 495 660 75 09 Факс: +7 495 660 75 10
Сайт: www.sandoz.ru

«Сандоз», дивизион группы компаний «Новartis», входит в число мировых лидеров в сфере воспроизведенных лекарственных средств и биоаналогов. Миссия компании – открывать для пациентов новые возможности доступа к медицине. Для этого «Сандоз» разрабатывает и производит высококачественные дженерики и биоаналоги, которые помогают справляться с растущими потребностями здравоохранения. Широкий продуктовый портфель «Сандоз» охватывает важнейшие терапевтические области.

Объем продаж за 2019 год составил 9,9 млрд долл. США. Штаб-квартира компании находится в г. Хольцкирхен, Германия.

В России «Сандоз» работает более 25 лет и по итогам 2019 года входит в тройку лидеров среди дженериковых компаний. На российском рынке представлено более 110 безрецептурных, рецептурных и специализированных препаратов, которые применяются более чем в 20 терапевтических областях, включая онкологию, кардиологию, гастроэнтерологию, ревматологию, пульмонологию и другие.



**АО «ГЕНЕРИУМ»
ПАРТНЕР**
123112, Москва, ул. Тестовская, д. 10, под. 2,
тел./факс: +7 (495) 988-47-94
E-mail: generium@generium.ru
Сайт: www.generium.ru

АО «ГЕНЕРИУМ» – российская биофармацевтическая компания, специализирующаяся на разработке, производстве и продвижении высокоэффективных лекарственных препаратов для редких болезней, гематологии, кардиологических и неврологических заболеваний, туберкулеза



А что для Вас значит надежно и бережно заботиться о близких?

- Даже у пожилых пациентов с ФП Ксарелто[®] снижал риск инсульта и жизнеугрожающих кровотечений в сравнении с варфарином^{1*}
- Ксарелто[®] способствовал лучшему сохранению функции почек у пациентов с ФП в сравнении с варфарином^{2,2**}
- У широкого круга пациентов, в том числе пожилых с ФП, Ксарелто[®] снижал риски как инсульта, так и ИМ/ОКС^{3,4#}
- Однократный режим дозирования и ленточная упаковка Ксарелто[®] могут помочь пожилым пациентам соблюдать ваши рекомендации⁴⁻⁶

ЕЩЁ 1357

ДЕДУШКИНЫХ ШУТОК

КАК ВАЖНО ЭТО СОХРАНИТЬ!

Ксарелто[®] – международное непатентованное наименование: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 15,00 мг или 20,00 мг ривароксабана микронизированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неслучайного происхождения – лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТБВ и ЭТЛВ. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**: повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке; клинически значимые активные кровотечения (например, внутричерепное кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения), повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения, например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие эрозивных или язвенных поражений желудка, двенадцатиперстной кишки, гастрит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, операция на головном, спинном мозге или глаза, внутримозговое кровоизлияние, диссектирующая аорта или предположительная аорта; тяжелые артериовенозные мальформации; аневризмы сосудов или патологии сосудов головного или спинного мозга; сопутствующая терапия вазомоторными препаратами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаринами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (вафарин, апиксабан, дабигатран и др.), кроме случаев перерыва с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера; заболевания печени, сопровождающиеся коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность у пациентов данной возрастной группы не установлена); тяжелая степень нарушения функции почек (КлКр < 15 мл/мин) (клинические данные о применении ривароксабана у данной категории пациентов отсутствуют); врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозогалактозная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). **ОСТОРОЖНОСТЬ**: При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, являющейся болезнью желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сопутствующей ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе). При лечении пациентов со средней степени нарушения функции почек (КлКр 30-49 мл/мин), получающих однократно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме крови. При лечении пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15-29 мл/мин). У пациентов, получающих однократно лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, например, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антиагреганты, другие антигиперлипидемические средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗСН). Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противоривариновыми препаратами азоловой группы (например, эгекзомолан) или ингибиторами протазы ВИЧ (ритонавир, ритонавир). Пациенты с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15-29 мл/мин), повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противоривариновыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОСЛОННОЕ ДЕЙСТВИЕ**. Угнетает механизм действия, применение препарата Ксарелто[®] может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечений может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами,

влияющими на гемостаз. Признаки, симптомы и степень тяжести (включая возможный летальный исход) варьируются в зависимости от локализации, интенсивности или продолжительности кровотечения и/или анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться в виде слабости, бледности, головокружения, головной боли или необычным отеком, одышкой или шока, развитие которого нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), головокружение, головная боль, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), выраженное снижение артериального давления, гематома, носовое кровотечение, кровоизлияние, кровоотделение десен, мелтронно-кровоизлияние (включая ректальное кровотечение), боль в ягодице, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, кожный зуд (включая нехарактерные случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, боль в конечностях*, кровотечение из урогенитального тракта (включая гематурию и микродизурию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины), лейкоцитоз, периферические отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению), повышение активности «печеночных трансаминаз», кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемия и кровотечение из раны), гематома. *Наблюдались преимущественно после больших ортопедических операций на нижних конечностях. # Наблюдались при лечении ВТЗ как очень частые у женщин в возрасте < 55 лет. Регистрационный номер ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 10.03.2020. **ВЛАДЕЛЕЦ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ И ПРОИЗВОДИТЕЛЬ**: Байер АГ, Германия. Ссылкается по адресу: Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus warfarin in non-valvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011; 365(10): 975-981. 2. Zhao X., Tang H., Gerb J. et al. Renal outcomes in anticoagulated patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol. 2017; 70(21): 2621-2632. 3. Mak K.-C., BMJ Open. 2012; 2: e001592. 4. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксарелто[®] 15/20 мг ЛП-001457 от 10.03.2020. 5. Zedler B.K. et al. Clin Ther. 2011; Jan; 33(1): 62-73. 6. Mahanti K.J. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011; Sep 7; (9): CD006505.

ФП – фибрилляция предсердий, ИМ – инфаркт миокарда, ОКС – острый коронарный синдром.

* Результаты представлены для общей популяции исследования ROCKET AF. Средний возраст в исследовании ROCKET AF составил 73 года. Согласно результатам субанализа у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше в исследовании ROCKET AF частота инсульта/СЭИ в больших кровотечениях была сопоставимой на терапии ривароксабаном и варфарином, при более высокой общей частоте больших и небольших клинически значимых кровотечений на терапии ривароксабаном. ** В отношении исходов снижения КСКО на 30%, снижения систолического уровня креатинина, острой почечной недостаточности, согласно данным наблюдательного исследования. * По данным крупного мета-анализа РКИ у пациентов с различными показаниями к применению ОАК, терапия ривароксабаном была связана со снижением риска развития ИМ/ОКС в сравнении с разными препаратами контроля (вафарин, эноксапарин, ацетилсалициловая кислота, плацебо). Имеются ограничения, указанные в первоисточнике. Полные результаты исследований представлены в первоисточнике.

PRXAR-RU-0434-1

Ксарелто[®]
РИВАРОКСАБАН

1. Дистанционный мониторинг электрокардиограмм у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (14)
2. Polymorphic variants of tumor necrosis factor- α genes in patients of the uzbek population as a genetic markers of the risk of developing coronary heart diseases (14)
3. Новые комбинации пепенов (15)
4. Клинические особенности течения covid-19 у детей (17)
5. Гепарин-индуцированная тромбоцитопения II типа после аортокоронарного шунтирования: клиническое наблюдение (19)
6. К анализу данных патологоанатомического вскрытия пациентов с Ковид-19 (21)
7. Мальформация арнольда – киари в практике нефролога. Клинический случай. (23)
8. Показатели углеводного обмена и антропометрические данные: анализ взаимосвязи у беременных с метаболическим синдромом (24)
9. Скорость утреннего подъема артериального давления по данным суточного мониторинга: анализ показателя у беременных с метаболическим синдромом. (25)
10. Качество жизни у пациентов с метаболическим синдром проживающих в республике Тыва (25)
11. Изучение информированности студентов медицинского университета в отношении риска заражения описторхозом и мер его профилактики (27)
12. Ретроспективное эпидемиологическое исследование связи хронической болезни почек стадии 3а с коморбидной патологией в условиях терапевтического отделения (28)
13. Некоторые подходы к изучению эффективности и безопасности статинов и антиагрегантов при ишемической болезни сердца после стентирования (29)
14. Корреляция лабораторных показателей при циррозах печени разной этиологии и их прогностическое значение (31)
15. Кардиометаболические нарушения у лиц молодого возраста с нормальной массой тела и ожирением (32)
16. Клинические проявления дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и особенности стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения (33)
17. Взаимосвязь уровня эндотелина-1 со степенью бронхообструкции и сердечно-сосудистым риском у больных артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (35)
18. Инфекционные осложнения при циррозе печени у пациентов с выполненным хирургическим вмешательством (ретроспективный анализ случаев) (36)
19. Виды патологии почек у умерших пациентов с циррозом печени, имевших при жизни критерии гепатorenального синдрома (37)

20. Морфологические особенности спонтанного бактериального перитонита у пациентов умерших с циррозом печени в стационаре (38)
21. Анализ особенностей характера сенсбилизации пациентов с бронхиальной астмой, проживающих в Самарской области (39)
22. Патологии тазобедренного сустава и социальная сторона данной проблемы (41)
23. Случаи сочетания covid-19 и первичного инфекционного эндокардита (42)
24. Результаты применения раствора серебра для местного лечения синдрома диабетической стопы (43)
25. Участие печени в регуляции пищеварительных желез (44)
26. Ранние критерии эффективности лечения хронического гепатита С, генотип 1b. (45)
27. Identification of risk factors of endothelial dysfunction in the development of cardiovascular diseases in patients with psoriatic arthritis (46)
28. Влияния синдрома хронического запора на показатели обмена липидов у женщин в постменопаузе (46)
29. Оценка взаимосвязи нарушений метаболизма глюкозы и фракции выброса левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (47)
30. Влияние хронических неинфекционных заболеваний на возникновение суицидального поведения у пациентов на терапевтическом участке (48)
31. Галопрофилактика при реабилитации пожилых (49)
32. Синхронная оценка липидного состава липопротеидов сывороток крови и мембран клеток в поисках биомаркёров холб у больных ИБС (50)
33. Изменения в крови короткоцепочных пептидов и пищеварительных гидролаз у больных хроническим вирусным гепатитом (50)
34. Клинический случай: болезнь Ленегра (51)
35. Клинический портрет и особенности ведения пациентов старческого возраста с сахарным диабетом 2 типа (53)
36. Клинический случай персистирующего гиперкортицизма вследствие неэффективного лечения болезни Кушинга (55)
37. Влияние компенсации и длительности сахарного диабета на психологическое состояние пациентов (56)
38. Клинический случай язвенно-некротического vpi – анца – ассоциированного васкулита у пациента с сахарным диабетом 2 типа (56)
39. Физикальные стигмы наследственных нарушений соединительной ткани у мужчин призывного возраста (58)
40. Системное заболевание всегда системное! (59)
41. Зависимость развития пароксизмальной формы фибрилляции предсердий от метеоусловий (60)

42. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин с коморбидной патологией (60)
43. Взаимосвязь между гипотиреозом и гематологическими показателями крови у женщин в эндемичной по йоду области (61)
44. Трудности дифференциальной диагностики амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза у коморбидной пациентки с агранулоцитозом на фоне тиреостатической тера (62)
45. Безопасность и эффективность применения мезенхимальных стволовых клеток пупочного канатика в комплексном лечении хронической сердечной недостаточности (63)
46. Состояние коронарных и брахиоцефальных артерий, тяжесть атеросклероза у пациентов стабильной стенокардией в сочетании с ожирением (64)
47. Возрастные и гендерные различия показателей биоэлементного статуса жителей г. Санкт-Петербурга (65)
48. Трудотерапия и ее влияние на качество жизни пожилых людей (66)
49. Оценка ассоциации диабетической нефропатии с инструментами прогнозирования сердечно-сосудистого риска у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (67)
50. Диагностическая и прогностическая ценность наиболее распространенных мутаций при раке щитовидной железы (68)
51. Антикоагулянтная терапия у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике: необоснованное применение сниженных доз (69)
52. Внедрение образовательной программы «коагулошкола» для пациентов с высокими рисками тромботических явлений в условиях стационара (70)
53. Скрининговый подход к оценке факторов риска ранних нарушений сердечно-сосудистой системы (71)
54. Клиническая противовосполительная эффективность антибактериального препарата при остром гнойном пиелонефрите (72)
55. Анализ риска факторов, способствующих прогрессированию артериальной гипертензии у больных с почечно-заместительной терапией (73)

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фролов Д.С., Излияева Е.А.
Научный руководитель:
к.м.н. Фролов Дмитрий Сергеевич

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени
С.М.Кирова» Министерства обороны Российской
Федерации

Введение. На сегодняшний день вопросы ведения пациентов с сердечной недостаточностью (СН) считаются до конца не выясненными. Большинство научных публикаций на тему тактики ведения пациентов с СН носят, в большей степени, прикладной характер. Стоит отметить, что авторы наибольшее внимание уделяют как можно более раннему или своевременному оказанию специализированной медицинской помощи и возможности дистанционной консультации лечащим врачом. Цель исследования: Дистанционное мониторирование состояния пациента, контроль, ранняя диагностика, включающая выявление предикторов ухудшения течения хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 35 пациентов с СН и высоким риском неблагоприятных исходов для оценки возможной пользы от дистанционного мониторинга и лечения (средний возраст 67 лет, 19 женщин, 16 мужчин, средняя фракция выброса левого желудочка 37%), а также 20 здоровых мужчин (контрольная группа, средний возраст 20 лет). Участникам был выдан комплект для домашнего мониторинга и связи (планшетный компьютер с доступом в Интернет, мобильный электрокардиограф «ECG-Dongle»). У каждого участника был индивидуальный план терапии СН и сопутствующих заболеваний. На 1 этапе сравнивались данные, полученные с помощью мобильного электрокардиографа и с помощью стационарного электрокардиографа в 12 отведениях. Полученные данные совпали в 10 случаях из 10. Сравнивались интервалы P-Q, R-R, зубец P и комплекс QRS. На 2 этапе работы проводился дистанционный контроль электрокардиограмм (ЭКГ) (1 раз в неделю) за состоянием 10 пациентов с ХСН II-III функционального класса по классификации NYHA со сниженной фракцией выброса ишемической и неишемической этиологии на протяжении 12 недель.

Результаты. При анализе причин ухудшения течения ХСН, наиболее частыми причинами явились: возникновение пароксизма фибрилляции предсердий (ФП), переход постоянной формы ФП из нормосистолии в тахисистолию, появление частой экстрасистолии различной морфологии, дестабилизация течения гипертонической болезни. При этом изменения на ЭКГ зачастую предшествовали клиническим проявлениям. Отметим, что получаемое изображение с помощью ЭКГ-мониторирования (ECG-Dongle) полностью соответствовало данным стационарного электрокардиографа в 12 отведениях. Применение дистанционного ЭКГ-мониторирования (ECG-Dongle) решает задачу персонализированного выявления предвестников ухудшения состояния сердечно-сосудистой системы пациента, а также выявляет возможную причину дестабилизации течения сердечно-сосудистого заболевания, что способствует своевременной коррекции терапии на ранних этапах.

Выводы: Таким образом, дистанционное мобильное ЭКГ-мониторирование («ECG-Dongle») может быть действительно важным и полезным устройством для работы врачей и углубленного ведения пациентов на длительный срок. Результаты проведенного исследования показывают, что система дистанционного реабилитационного наблюдения на основе мобильной связи может стать вспомогательной моделью амбулаторной помощи при ведении пациентов с ХСН. Комплексным благоприятствующим фактором является повышение мотивированности и комплаентности пациентов к реабилитации и лечению при вовлечении их в процесс самопомощи и улучшении качества коммуникации «врач-пациент» в легочной артерии, что позволяет говорить о его протективном действии на течение ХОБЛ.

Источника финансирования нет.

POLYMORPHIC VARIANTS OF TUMOR NECROSIS FACTOR- α GENES IN PATIENTS OF THE UZBEK POPULATION AS A GENETIC MARKERS OF THE RISK OF DEVELOPING CORONARY HEART DISEAS

**Alyavi A. L., Tulyganova D. K., Aliakhunova M. Yu.,
Nuritdinova S. K., Nazarova G. A., Yunusova L. I.,
Khan T. A**

*Republican specialized scientific practical medical
centre of therapy and medical rehabilitation*

Objective: Search for genetic markers of the risk of developing coronary heart disease (IHD) based on the study of polymorphic variants of tumor necrosis factor- α genes in patients of the Uzbek population.

Material and methods: The study included 53 patients with coronary artery disease with stable angina FC II – III (according to the classification of the Canadian Cardiology Association, 1976), complicated by CHF II – III FC according to NYHA. Among them were: men - 41 (77.3%), women - 12 (22.6%). The mean age was 61.9 ± 5.8 years.

The diagnosis was verified based on a thorough analysis of clinical data, as well as clinical and instrumental studies, including ECG, EchoCG, general clinical and biochemical blood tests. Signs of chronic heart failure FC II-III according to NYHA were detected in accordance with the national guidelines for the diagnosis and treatment of CHF (2019). The duration of the disease was 8.7 ± 3.56 years.

The control group consisted of 20 male volunteers, comparable in age, without cardiovascular pathology.

The study used standard methods of molecular genetic analysis. DNA was isolated from blood according to a standard DNA extraction protocol using the Diatom™ DNA Prep 200 reagent kit. Genotyping of DNA samples for the studied polymorphisms was performed using specific oligonucleotide primers. PCR analysis was carried out using the GenePak™ PCR Core kit for PCR amplification of DNA (IsoGen Laboratory LLC).

Results: In the analysis of genotyping rs1800630 of TNF- α gene polymorphism, the presence of one fragment weighing = 126 bp - indicates that this sample is a carrier of the homozygous (wild) CC genotype, and the presence of two fragments weighing = 126/103 bp. - sample - a carrier of the heterozygous genotype CA; the presence of one fragment weighing = 103 bp - the sample is a carrier of the homozygous (mutant) AA genotype.

As a result of the performed genetic analysis among patients with coronary artery disease and healthy volunteers, a significant difference was found in the occurrence of polymorphic variants of the gene under study.

In patients with coronary artery disease, it was found that carriers of the mutant and heterozygous AA and CA genotypes accounted for 7.5% (n = 4), with a predominance of the healthy CC genotype (85%, n = 45). In the control group, the prevalence of carriers of the healthy type was 65%, of heterozygous genotypes 35%, and carriers of the mutant genotype

were absent.

Conclusions: Thus, the results of our study of CHF in patients with IHD revealed specific polymorphic variants of TNF- α genes that showed a close pathogenetic relationship as new («candidate») molecular genetic risk factors for ischemic myocardial dysfunction, LV remodeling with inhibition of its inotropic function in the genesis of CHF.

The study of gene polymorphisms is necessary not only for the study of the genetic predisposition to the development of CHF in patients with IHD. Genetic diagnostics helps to form population groups with an increased risk of developing pathology in order to implement targeted medical preventive measures in these populations, and also opens up new opportunities for choosing the optimal, pathogenetically grounded, drug therapy for these patients.

The research was carried out within the framework of the applied grant PZ 20170927350 «Development of new methods of differentiated therapy and prevention of coronary heart disease (IHD) based on the identification of clinical-genetic and neurohumoral mechanisms of the development of ischemic remodeling of the heart and blood vessels.»

НОВЫЕ КОМБИНАЦИИ ПЕНЕМОВ

К.В. Асямов, М.С. Тюрюпов

ФГБВОУ ВО «ВМедА им. С.М. Кирова»,
Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Изучить возможности новых комбинаций пениемов антибактериальных химиопрепаратов.

Материалы и методы. Проведён систематический обзор публикаций о новых пениемовых антибиотиках с целью изучения их новых свойств, эффективности и возможных побочных эффектах, а также показаний к применению.

Результаты. «Реакарбрио» – комбинация «имипенем/циластатин+ релебактам». Широко известный и успешно применяемый «тиенам» (имипенем/циластатин) был усилен ингибитором бета-лактамаз – релебактамом. Имипенем – производное тиенамицина, одного из сильнейших антибактериальных препаратов. Но поскольку последний разлагается в присутствии воды, было создано устойчивое соединение – имипенем.

Механизм действия имипенема, как и всех β -лактамов антибиотиков, заключается в нарушении синтеза пептидогликана – основного компонента клеточной стенки бактерий. Циластатин ингибирует дегидропептидазу I, метаболизирующую препарат в почках, что повышает его активность в мочевыводящих путях (МВП). Релебактам-ингибитор β -лактамаз классов А и С по Ambler.

Показаниями к применению являются интраабдоминальные осложнённые инфекции и осложнённые инфекции МВП. Очевидно, что показания данного препарата будут расширяться, прогнозируемо включение нозокомиальной пневмонии и вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Путь введения – парентеральный.
Дозировки в зависимости от клиренса креатинина:
- 60-89 мл/мин \times 3: 1 г каждые 6 часов,
- 30-59 мл/мин \times 3: 0,75 г каждые 6 часов,
- 15-29 мл/мин \times 3: 0,5 г каждые 6 часов.
При терминальной стадии почечной недостаточности (ПН) и гемодиализе: 0,5 г каждые 6 часов «Вабомер» – комбинация «меропенем + варробактам».

Механизм действия. Меропенем, как и прочие β -лактамы антибиотики, проявляет бактерицидное действие за счёт ингибирования пенициллинсвязывающего белка (ПСБ), что приводит к нарушению синтеза клеточной стенки бактерии. Ваборбактам является ингибитором сериновых карбапенемаз, что защищает меропенем от расщепления последними.

Показания к применению: лечение осложнённых инфекций МВП, помимо этого возможно его применение в лечении осложнённых интраабдоминальных инфекций, внутрибольничной и вентилятор-ассоциированной бактериальных пневмоний, сепсиса.

Путь введения: внутривенный.

Рекомендуемая дозировка и способ применения: 4 г внутривенно медленно в течение 3 часов каждые 8 часов, длительность курса составляет до 14 суток.

У пациентов с ПН, в зависимости от клиренса креатинина:

- 30-49 мл/мин/1,73м \times 3 - 2 г каждые 8 часов,
- 15-29 мл/мин/1,73м \times 3 - 2 г каждые 12 часов,
- <15 мл/мин/1,73м \times 3 - 1 г каждые 12 часов.

«Сулопенем» – первый и единственный карбапенем, реализуемый как в парентеральной, так и в пероральной рецептурах. Для этого к внутривенной форме сулопенема был добавлен пробенцид с целью увеличения плазматической концентрации

путём снижения его канальцевой секреции.

Механизм действия. Сулопенем, как и прочие β -лактамы антибиотики, проявляет бактерицидное действие за счёт ингибирования ПСБ, что приводит к нарушению синтеза клеточной стенки бактерии.

Показания к применению: лечение осложнённых интраабдоминальных инфекций и инфекций МВП.

Негативным фактом о сулопенеме является то, что он не прошел клинические испытания в лечении осложнённых интраабдоминальных инфекций и осложнённых инфекций МВП. Однако списывать его из числа перспективных инновационных разработок неправильно и преждевременно. Выбор сулопенема значительно сокращает сроки госпитализации пациентов и привязанность их к медицинским учреждениям стационарного и амбулаторного звена. Пройдя курс внутривенной терапии, пациентов переводят на пероральную, которая может быть реализована дома.

«Тебиленем». Исторически сложилось так, что тебиленем пивоксил разрабатывался как первый пероральный карбапенем в 1994 году для лечения инфекций ЛОР-органов и респираторной инфекции нижних дыхательных путей, вызванных устойчивыми штаммами *Streptococcus pneumoniae*, у детей.

Механизм действия. Как и другие β -лактамы антибиотики, тебиленем ингибирует ПСБ, что приводит к нарушению синтеза пептидогликана и нарушению целостности клеточной стенки бактерий. Данный препарат сравнивался с другими антибактериальными средствами в лечении ЛОР-инфекции у взрослых, лечении бактериальной пневмонии, осложнённой инфекции МВП, где проявил себя с хорошей стороны.

Тебиленем обладает широким спектром антибактериальной активности, реализуется в таблетированной форме, что создаёт хорошую перспективу для его активного внедрения в клиническую практику.

Источника финансирования нет.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ

Ганиева Д.К., доцент кафедры Амбулаторной медицины, физического воспитания Юсупалиева Д.Б.,

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19 (Coronavirus disease 2019) из-за быстрого и глобального распространения инфекции, вызываемой новым коронавирусом. При этом начиная с первых недель регистрации инфекции в очагах и отдельных районах вплоть до ее глобального распространения по всей планете, исследователи обращали внимание на тот факт, что удельный вес детей среди заболевших COVID-19 существенно ниже, чем других возрастных групп. Но случаи заболеваемости у детей регистрируются все чаще, включая также тяжелое течение COVID-19 и случаи смертности.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения COVID-19 у детей, а также меры по предупреждению и распространению коронавирусной инфекции среди населения.

Материал и методы: Клинические рекомендации по ведению детей с COVID-19; результаты клинических исследований; Указ Президента Республики Узбекистан (№ УП-6035 от 25.07.2020 г.) «О мерах по смягчению коронавирусной пандемии, кардинальному совершенствованию системы санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения»; обзорные и оригинальные статьи, обзор статистических данных.

Результаты исследования. По результатам проводимых клинических исследований было отмечено преобладание у детей бессимптомных и легких форм COVID-19, в связи с этим предлагаются гипотезы, расшифровывающие данный феномен. Среди них возрастные особенности иммунного ответа (в первую очередь – врожденного иммунитета), более здоровые дыхательные пути, т. к. они еще не подвергались воздействию многих неблагоприятных факторов (сигаретный дым, загрязненный воздух, частые респираторные инфекции и т.д.), а также возрастные особенности функционирования ангиотензинпревращающего фермента-2 (АПФ2), который коронавирусы используют в качестве клеточного рецептора. Это предположение авторы основывают на экспериментальных данных, показавших, что АПФ2 участвует в защитных механизмах легких и может защитить от серьезного повреж-

дения легочной ткани, вызванного респираторной вирусной инфекцией. В клинической картине COVID-19 у детей преобладают повышение температуры, кашель, головная боль, боль в горле, миалгия, затрудненное дыхание. Гораздо чаще чем у взрослых наблюдается диарейный синдром. Среди симптомов у детей также отмечались: боль в животе, тошнота, рвота, насморк. Прослеживается связь между более тяжелым течением заболевания у детей с сопутствующей патологией. Около 50% в структуре сопутствующих заболеваний приходится на хронические заболевания легких, более 30% - на сердечно-сосудистую патологию и около 13% - на иммуносупрессивные состояния.

С учетом имеющихся сегодня данных критериями для предположительного диагноза неонатальной инфекции COVID-19 могут являться: хотя бы один клинический симптом, включая неустойчивую температуру тела, низкую активность или плохое питание, или одышку; изменения на рентгенограмме грудной клетки, включая односторонние или двусторонние изменения по типу «матового стекла»; наличие среди членов семьи или лиц, осуществляющих уход за больным, людей с подтвержденной инфекцией COVID-19 или тесный контакт с людьми, с подтвержденной инфекцией COVID-19, или пациентами с тяжелой пневмонией. Новорожденных с высоким риском, согласно оценке семейного анамнеза, следует изолировать в отдельной комнате не менее чем на 14 дней.

Выводы: Именно дети как категория с наиболее высоким уровнем бессимптомного и легкого течения заболевания составляют основной трансмиссивный потенциал для продолжения пандемии, поэтому особенно важно своевременное выявление пациентов с бессимптомными и легкими формами COVID-19 с последующей их временной изоляцией, а также карантинные мероприятия по отношению к контактировавшим с ними. В этих целях Указом Президента Республики Узбекистан в каждой семейной поликлинике и центральных многопрофильных поликлиниках были созданы мобильные группы для предупреждения инфекционных заболеваний в махаллях и домах населения, в том числе коронавирусной инфекции, оказания необходимой медицинской помощи бессимптомным больным, у которых болезнь протекает легко, и лицам, контактировавшим с ними; в состав мобильных групп включены в первую очередь квалифицированные врачи или инфекционисты, а также патронажные медицинские сестры.

Источника финансирования нет.

антител к комплексу составил 7 ед/мл (референсные значения - 0 ед/мл). Учитывая положительный результат теста и высокий клинический риск по шкале 4Ts, пациенту диагностирована ГИТ II типа и начата немедленная альтернативная антикоагулянтная терапия - арикса (фондапаринукс) в дозе 5 мг п/к 1 раз в сутки. Консилиумом было принято решение об открытой тромбэктомии флотирующего тромба из бедренной вены. 2 апреля 2017 года пациенту выполнена открытая тромбэктомия флотирующего тромба из бедренной вены с гладким послеоперационным периодом.

После восстановления уровня тромбоцитов пациент был переведён на терапию пероральным антикоагулянтом (ПОАК) – ксарелто (ривароксабан) в дозе 15 мг 1 раз в сутки, а 28 апреля 2017 года был выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Исследование на наличие антител, выполненное в срок и по показаниям, позволило своевременно диагностировать и изменить стратегию ведения данного пациента и предотвратить тромбозомболические осложнения ГИТ.

Обсуждение. ГИТ – распространенное осложнение гепаринотерапии с высокой частотой тромбозомболических осложнений и смертности. ГИТ не ограничивается только развитием тромбоцитопении, гепарин, связываясь с тромбоцитарным фактором 4, претерпевает конформационные изменения и становится иммуногенным, приводя к образованию гепарин-PF4-IgG антител. Этот иммунный комплекс активирует тромбоциты через Fc рецепторы, вызывающие высвобождение микрочастиц тромбоцитов, которые в свою очередь приводят к избыточному образованию тромбина, соответственно к тромбозу. Также эти комплексы, взаимодействуя с моноцитами, могут привести к эндотелиальной дисфункции. Оба этих взаимосвязанных процесса могут способствовать дальнейшей активации коагуляционного каскада и генерации тромбина [5]. ГИТ может протекать в двух различных формах: тип I и тип II. ГИТ I типа – это не иммунологическая реакция на гепаринотерапию, опосредованная прямым взаимодействием между гепарином и циркулирующими тромбоцитами, способствующие агрегации тромбоцитов. Распространенность ГИТ I типа составляет 10%, как правило, происходит в течение первых 48-72 часов после начала лечения гепарином, а также характеризуется легким и преходящим течением, часто возвращаясь к норме в течение 4 дней, как только гепарин будет отменен [6]. ГИТ II типа обусловлена образованием

поликлональных антител против тромбоцитарного фактора 4 - гепаринового комплекса. Эта иммунная реакция приводит к гиперкоагуляционному состоянию, которое увеличивает риск развития артериального или венозного тромбоза. Клинически это может проявляться в виде поражения кожи в месте инъекции гепарина или острыми системными реакциями, такими как озноб и лихорадка. Когда процесс осложняется артериальным или венозным тромбозом, это расстройство называется, как ГИТ-ассоциированные тромбозы [7]. Как нефракционированный гепарин (НФГ), так и низкомолекулярный гепарин (НМГ) могут вызывать ГИТ II типа; однако чаще встречается при применении НФГ. Salter B.S. с соавторами (2017) нашли такую же частоту встречаемости ГИТ II типа на 2,6% по сравнению с комбинацией НФГ и 0,2% с НМГ [8]. Диагностика таких состояний является сложной задачей у пациентов после кардиохирургических операций, так как у 25% может наблюдаться невосприимчивая, транзиторная, бессимптомная тромбоцитопения. Снижение количества тромбоцитов на 40-60% происходит через 1-4 дня, причиной чего может являться гемодилюция во время искусственного кровообращения или прямого агглютинирующего эффекта гепарина [9]. Согласно рекомендациям Американского Общества Гематологов (ASH) от 2018 года относительно гепарин-индуцированной тромбоцитопении II типа рекомендуется использовать шкалу оценки риска Warkentin 4Ts для оценки вероятности вместо сомнительной клинической оценки [10]. Если результат по шкале 4Ts указывает на среднюю или высокую вероятность, целесообразно проводить лабораторное тестирование для подтверждения или исключения диагноза. Оценка шкалы Warkentin 4Ts является широко используемым и валидированным инструментом предварительного тестирования для прогнозирования гепарин-индуцированной тромбоцитопении. Клинический риск развития ГИТ делится на низкий (0-3 балла), средний (4-5 балла) и высокий (6-8 балла). Пациенты с промежуточной вероятностью должны пройти тестирование на наличие антител к ГИТ. При низкой оценке вероятности (0-3 балла) по шкале 4Ts нецелесообразно выполнение лабораторных тестирований, так как оно имеет высокую отрицательную прогностическую ценность [11]. Тем не менее, целесообразно проверить наличие антител к ГИТ у пациентов с промежуточным риском и у пациентов со стойким снижением количества тромбоцитов более 5 суток после аортокоронарного шунтирования и гепаринотерапии без

какой-либо причины. Лечение ГИТ II типа зависит от клинической вероятности предварительного тестирования. Согласно рекомендациям Британского Общества Гематологов у пациентов с предстесовой вероятностью промежуточного риска (оценка по шкале 4Ts: 4 или 5 баллов) все формы гепарина и родственных молекул должны быть отменены и должна быть начата немедленная альтернативная антикоагуляция с негепариновыми молекулами, включая прямые ингибиторы тромбина, например аргатробан, бивалирудин и данапароид. Аргатробан и фондапаринукс предпочтительны у пациентов с почечной недостаточностью [12]. Прямые пероральные антикоагулянты, включая ривароксабан, были опробованы в нескольких исследованиях с положительными результатами. При повышении количества тромбоцитов более 150 x 10⁹/л следует ввести альтернативные антикоагулянты, такие как варфарин. Варфарин следует начинать с низкой дозы и перекрывать с негепариновыми антикоагулянтами, по крайней мере на 5 дней, пока не будет достигнут терапевтический уровень международного нормализованного отношения (МНО). Хотя такая стратегия остается спорным, рекомендуемая продолжительность антикоагуляции составляет 3 месяца для ГИТ и 4-6 недель без тромбоза [13]. Lobo B. с соавторами (2008) опубликовали исследование об использовании ПОАК при лечении ГИТ. Исследование показало, что применение ПОАК экономически целесообразно и имеют потенциальные преимущества по сравнению с аргатробаном, бивалирудином и фондапаринуксом [14]. Существует необходимость дальнейших исследований влияния ПОАК на ГИТ. Следовательно, немедленная альтернативная антикоагуляция должна использоваться до тех пор, пока не будет получено больше данных для повторного использования гепарина у данной категории пациентов.

Этот клинический случай описывает гепарин-индуцированную тромбоцитопению 2 типа после операции аортокоронарного шунтирования. Мы советуем врачам-клиницистам обратить особое внимание пациентам с высоким риском развития ГИТ, которые получают терапию гепарином, даже если терапия ограничена небольшими дозами. Принятие решения о продолжении или прекращении терапии гепарином является важным краеугольным камнем в принятии решения о тактике ведения данной категории пациентов. Поэтому шкала оценки риска ГИТ 2 типа Warkentin 4Ts и лабораторная диагностика должны использоваться для своевременной верификации диагноза.

«К АНАЛИЗУ ДАННЫХ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОВИД-19»

Гончарова Анастасия Витальевна¹, Жангелова Шолпан Болатовна², Алибеков Бахытжан Джанибекович¹, Шумкова Эльмира Николаевна², Мамбетова Гульнора Касымовна¹

1КГП на ПХВ «Городское патолого-анатомическое бюро» Управления Общественного Здоровья города Алматы, Республика Казахстан, 2Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Введение. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 является общемировой проблемой. Одним из важнейших аспектов изучения данной патологии является исследование патогенеза и морфологических изменений в организме, сопоставление результатов вскрытия с клиническими данными, изучение влияния роли сопутствующей патологии в танатогенезе.

Идея: выявление влияния сопутствующей патологии на течение и исход заболевания COVID-19. Цель исследования- анализ результатов вскрытия и сопоставление клинических данных с данными патологоанатомического вскрытия пациентов, умерших от COVID-19.

Материалы и методы. С учетом поставленной цели, нами было проведено изучение историй болезней 65 пациентов, умерших от COVID-19 и проанализированы результаты патолого-анатомического вскрытия на основе данных Городского патолого-анатомического бюро города Алматы, Республика Казахстан. Всем умершим при жизни было проведено исследование на SARS-CoV-2 на основе анализа полимеразной цепной реакции. Патоморфологическое исследование включало в себя макроскопическое посмертное исследование, микроскопическое изучение образцов трупного материала с применением стандартной окраски срезов гематоксилин-эозином, использованием гистохимических методов для выявления соединительной ткани, наличия тромбов и сроков возникновения последних. В дальнейшем проводилась корреляция патоморфологических и клинических данных включая наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний.

Источник финансирования отсутствует.

Полученные результаты. Из 65 умерших пациентов, мужчин было 41 (63%) , женщин 24 (34%).

Аденурик®

фебуксостат

< 360
МКМОЛЬ/Л

Сывороточную концентрацию мочевой кислоты следует поддерживать на уровне ниже 6 мг/дл (360 мкмоль/л) на протяжении всей жизни¹



Не рекомендуется

Лечение пациентов с ишемической болезнью сердца или застойной сердечной недостаточностью препаратом Аденурик® не рекомендуется.²

1. Richette, P., et al. Ann Rheum Dis 2016;0:1–14 [Epub ahead of print].
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Аденурик® ЛП-003746-130120.

Сокращенная информация по применению препарата Аденурик®. Фармакодинамика: в результате селективного ингибирования фебуксостатом ксантиноксидазы (окисленной и восстановленной форм) происходит снижение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови. Показания к применению: Хроническая гиперурикемия при состояниях, сопровождающихся отложением кристаллов уратов (при наличии тофусов и/или подагрического артрита, в т.ч., в анамнезе). Лечение и профилактика гиперурикемии у взрослых пациентов при проведении цитостатической химиотерапии гемобластозов с риском развития синдрома распада опухоли от умеренного до высокого (только для дозировки 120 мг). Противопоказания: повышенная чувствительность к фебуксостату и/или любому из вспомогательных веществ; печеночная недостаточность тяжелой степени тяжести (класс С по шкале Чайл-Пью (10–15 баллов)); почечная недостаточность тяжелой степени тяжести (клиренс креатинина <30 мл/мин); детский возраст до 18 лет; беременность и период грудного вскармливания; наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы и синдром мальабсорбции глюкозы и галактозы. С осторожностью: печеночная недостаточность средней степени тяжести класс В по шкале Чайл-Пью (7–9 баллов); аллергические реакции в анамнезе; ишемическая болезнь сердца; застойная сердечная недостаточность; заболевания щитовидной железы; одновременное применение с меркаптопурином/азатиоприном; состояния после трансплантации органов; синдром Леша-Нихана. Побочное действие: Наиболее частыми побочными эффектами у пациентов с подагрой при применении фебуксостата являлись: приступ подагры, нарушение функции печени, диарея, тошнота, головная боль, кожная сыпь и отеки. Особые указания: Применение препарата Аденурик® не рекомендуется у пациентов с ишемической болезнью сердца или застойной сердечной недостаточностью. Начало применения препарата Аденурик® может спровоцировать развитие острого приступа подагры за счет высвобождения уратов из тканевых депо и последующего повышения концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови. Применение препарата Аденурик® следует начинать только после купирования острого приступа подагры.

Отпускается по рецепту. Информация для специалистов здравоохранения. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата Аденурик® ЛП-003746-130120. RU-ADE-01-2020-V2-print. Одобрено апрель 2020.

Реклама

Аденурик® является зарегистрированной торговой маркой Тейджин Лимитед, Токио, Япония.
ООО «Берлин-Хемии/А.Менарини». 123112, г. Москва, Пресненская набережная, дом 10.
БЦ «Башня на Набережной», Блок Б. Тел. (495) 785-01-00, факс (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>

М БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

Самый молодой умерший был в возрасте 32 года, самый старый - 92 года. Средний возраст умерших составил 72,6 лет. У всех пациентов была идентифицирована COVID – 19- ассоциированная пневмония. ПЦР положительных - 39 (60%), ПЦР- отрицательных – 26 (40%) умерших.

При вскрытии макроскопически легкие были увеличены в объеме, плотной консистенции, образцы легкого тонули в емкости с формалином. Цвет легочной паренхимы с поверхности и на разрезе был темно-красный при сроках заболевания от 5 -7 дней до 14-20 дней (учитывалось количество дней до госпитализации и количество койко-дней в стационаре). В срок 21 день и больше легочная паренхима была с поверхности и на разрезе по типу «среза мрамора», с нечеткими диффузными сероватыми включениями.

При микроскопическом исследовании легкие были в состоянии разных стадий диффузного альвеолярного повреждения, включая отек, кровоизлияния, наличия гиалиновых мембран, пролиферации альвеолоцитов первого и второго порядка, различной степени фиброза.

Всем умершим был выставлен посмертный патологоанатомический диагноз тяжелой коронавирусной инфекции с развитием полисегментарной пневмонии.

В рубрике сопутствующей патологии наиболее часто выявлялась артериальная гипертензия, отмеченная в 43 наблюдениях, вторым по частоте встречаемости выявлен сахарный диабет в 19 случаях. Явления атеросклероза - у 19 умерших, ХИБС - у 17, ХБП у 7, онкозаболевания у 5, первичный инфекционный эндокардит – у 4, острое нарушение мозгового кровообращения – у 4, аутоиммунные заболевания - у 2, хронические заболевания печени у 2.

Пять сопутствующих патологических процессов, выявленных при аутопсии отмечены у двух умерших, четыре заболевания – у 6, три заболевания - у 16, два сопутствующих заболевания – у 17, одна сопутствующая патология- у 21.

У четырех умерших при вскрытии не выявлено сопутствующей патологии.

Площадь поражения легочной ткани составляла от 40% до 90%. Отмечены случаи, когда имелся не высокий процент поражения, но имелась сопутствующая патология: сахарный диабет, первичный инфекционный эндокардит.

Выводы: Средний возраст умерших пациентов составил 72,6 лет. COVID-19 преимущественно поражает легкие, вызывая диффузное альвеолярное

повреждение и приводит к острой дыхательной недостаточности.

Непосредственной причиной смерти во всех случаях являлся респираторный дистресс синдром. Большинство пациентов были ко-морбидные – 61,5% (имели 2 и более сопутствующих заболеваний).

Наличие сопутствующей патологии является несомненно фактором, ухудшающим течение данной вирусной патологии.

МАЛЬФОРМАЦИЯ АРНОЛЬДА – КИАРИ В ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Ортаева А.С., Абдуллаев А.Ш., Мурсалова Ж.Ш

Гемодиализный центр DIAVERUM, Республика Казахстан г.Тараз

Введение. Расщепление позвоночника является наиболее распространенным типом дефектом нервной трубки. В то время как сопутствующие проблемы, такие как мальформация Арнольда Киари, паралегия, нейрогенный кишечник и мочевой пузырь окончательно дифференцируются при рождении. Дети с расщеплением позвоночника обычно имеют нормальную функцию почек при рождении, но часто страдают прогрессирующим ухудшением функции почек вследствие нейрогенного мочевого пузыря. Расщепление позвоночника традиционно не была связана с высокой распространенности терминальной стадии почечной недостаточности в детском возрасте. Однако, последние эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что терминальная стадия почечной недостаточности, как следствие рефлюкс-нефропатии не редкость в зрелом возрасте.

Определение скорости клубочковой фильтрации с использованием креатинина не является надежной, так как мышечной масса нижних конечностей у этих детей уменьшена. Цистатин С является более предпочтительным вариантом, но ввиду нечувствительности к обнаружению одностороннего поражения почек рекомендуется совместно с проведением нефростинтиграфии. Стандартные методы ведения таких пациентов включают чистую прерывистую катетеризацию (СIC), уродинамический мониторинг функции мочевого пузыря, антибактериальная профилактика по показаниям, антихолинергические препараты и ночной катетерный дренаж для уменьшения давления наполнения и

хирургические варианты для достижения вышеуказанных целей.

Клинический случай

Мы приводим клинический случай пациента: азиат, 20 лет, при рождении был обнаружен врожденный порок центральной нервной системы (ЦНС), аномалия Арнольда-Киари 1 типа, спинно-мозговая грыжа поясничного отдела позвоночника, гидроцефалия. Со слов матери, беременность протекала на фоне угрозы прерывания. Ребенок отставал в психомоторном развитии, отмечался прогрессирующий рост грыжи, оперативное лечение откладывалось из-за неудовлетворительного соматического статуса и анализов мочи. До трехлетнего возраста документированных данных нет. В возрасте 3 лет, при обследовании диагностирован врожденный двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс 4 степени, гидронефроз, нейрогенный мочевого пузыря, недержание кала и мочи. Ребенок страдал рецидивирующим циститом, пиелонефритом. В возрасте 5 лет был оперирован, проведено грыжесечение спинно-мозговой грыжи пояснично-крестцового отдела. Анализ лабораторно-инструментального обследования за период от 3 до 18 лет пациента показал, прогрессирующее повреждение почек из-за нарушения оттока мочи. В возрасте 18 лет присоединилась вторичная артериальная гипертензия. Через год пациент зачислен в программу поддержки гемодиализом.

Выводы. Анализируя данный клинический случай, можно сделать вывод, что в лечении пациента делали акцент на основное заболевание – врожденный порок развития ЦНС, упуская при этом сопутствующие заболевания мочевой системы. Активное и раннее начало терапии является ключом к профилактике повреждения почек. Целью данного сообщения является освещение мальформации Киари для увеличения узнаваемости заболевания, и уменьшения доли пациентов нуждающихся в программном гемодиализе.

Источника финансирования нет.

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ: АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кононова О.Н., Коротая А.В., Махлина Е.С., Наменова Я.Л., Зотова О.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь
РНПЦ РМ и ЭЧ, Гомель, Беларусь
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Частота метаболического синдрома (МС) среди беременных колеблется от 5 до 20 %. Ожирение ухудшает прогноз течения беременности и родов, а также повышает риск неблагоприятных перинатальных исходов. Кроме того, есть данные, что после беременности вне зависимости от характера ее течения и исхода возможно прогрессирование основных составляющих МС.

При постановке беременных на диспансерный учет важно быстро и без применения сложных методик выявлять группы пациентов, угрожаемых по развитию патологии беременности и родов. Наиболее простым способом являются антропометрические измерения, включающие оценку роста, массы тела, окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ).

Цель. Анализ взаимосвязи показателей углеводного обмена с антропометрическими данными у беременных с компонентами метаболического синдрома.

Методы исследования. Обследованы 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26;35)). Основная группа (n=55) – женщины с МС (ГрМС), группа риска МС (n=57) (ГрРМС) – женщины с 1-2 компонентами МС, контрольная группа (n=31) – женщины без компонентов МС (ГрК).

Группы исследования были сопоставимы по возрасту, срокам и числу беременностей. На этапе скрининга (в I триместре) проводился сбор данных анамнеза, методом анкетирования подробно изучались жалобы, объективный осмотр, антропометрия. Исследование углеводного обмена включало определение уровня тощаковой гликемии (ТошГ), иммунореактивного инсулина (ИРИ), С-пептида, гликированного гемоглобина (HbA1c), вычисление показателей ИР (индекс НОМА-IR). Данные обработаны статистически с использованием пакета Statistica 6,0 (StatSoft, Inc. USA).

Результаты. Исходя из полученных данных, в ГрК не было выявлено каких-либо значимых взаимосвязей, за исключением отрицательной зависимости уровня С-пептида с ИМТ. В ГрМС и ГрРМС зафиксированы значимые (p<0,05) положительные корреляции между ИРИ, НОМА-IR и ОТ. Наибольшая сила взаимосвязи отмечена между показателем ИР НОМА-IR с ОТ и ИМТ, которая составила более 0,50 (p<0,05).

Выводы. Установлены значимые корреляционные связи между показателем инсулинорезистентности НОМА-IR и ОТ (rs=0,27; p=0,049; rs=0,52; p<0,001) и НОМА-IR и ИМТ (rs=0,27; p=0,045; rs=0,50; p<0,001) в ГрМС и ГрРМС соответственно в I триместре беременности. Полученные данные подтверждают значимость антропометрического исследования в прогнозировании нарушений углеводного обмена у женщин с компонентами метаболического синдрома, что позволит начать профилактические мероприятия на более раннем этапе беременности у данной категории пациенток.

СКОРОСТЬ УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ: АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Кононова О.Н., Коротая А.В., Науменко Е.П., Николаева Н.В., Махлина Е.П.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь РНПЦ РМ и ЭЧ, Гомель, Беларусь

При анализе данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД) важным аспектом для уточнения степени риска развития осложнений является оценка динамики АД в утренние часы. Именно в этот период происходит наибольшее число непредвиденных сердечно-сосудистых катастроф.

Цель: Анализ показателя скорости утреннего подъема (СУП) АД по данным суточного мониторирования АД у беременных с компонентами метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Обследованы 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26;35)). Все обследованные женщины разделены на 3 группы: 1-я группа – 55 (38 %) женщин с МС (3 и более компонентов МС) (ГрМС); 2-я группа – 57 (40 %) участниц отнесены в группу риска (наличие 1-2 компонентов МС) – (ГрРМС); группа контроля (ГрК) – 31 (22 %) женщина. СМАД проводили с использованием системы Phillips с 24-часовой записью по общепринятой методике. Данные обработаны с использованием пакета StatSoft Statistica 6,0.

Результаты. На основании полученных данных, средние значения показателей СУП САД в I триместре в ГрМС, ГрРМС и ГрК составили 10,2 ± 5,6; 8,0 ± 4,0 и 6,6 ± 1,5 мм рт. ст. / ч соответственно. Ве-

личина СУП САД в ГрМС была значимо выше, чем в ГрРМС (t=2,4; p=0,017) и ГрК (t=3,5; p<0,05), при этом значимых различий в средних значениях СУП САД между ГрРМС и ГрК получено не было (t=1,9; p=0,064). К III триместру показатели СУП САД в ГрМС и ГрРМС стали значимо превышать показатели в ГрК (t=4,1; p<0,05; t=3,1; p<0,05) и составили 9,3 ± 4,0 и 7,9 ± 3,0 мм рт. ст. / ч соответственно, однако значимых различий по значениям СУП САД в ГрМС и ГрРМС получено не было (t=2,0; p=0,051). Через год после родов у женщин в ГрМС значения СУП САД значимо превышали аналогичные показатели в ГрРМС и ГрК (t=2,4; p=0,020 и t=3,0; p=0,004 соответственно). Похожая динамика была отмечена и при анализе СУП ДАД. Средние значения СУП ДАД в I триместре в ГрМС были значимо выше (t=4,2; p<0,05), чем в ГрК, и составили 7,9 ± 4,8 и 3,9 ± 1,0 мм рт. ст. / ч соответственно. В ГрРМС также отмечено значимое (t=3,6; p<0,05) превышение СУП ДАД по сравнению с ГрК и составило 6,3 ± 3,4 мм рт. ст. / ч. В III триместре наибольшие значения СУП ДАД были отмечены в ГрМС, которые значимо превышали аналогичные параметры как в ГрРМС (t=2,3; p=0,022), так и в ГрК (t=5,2; p<0,001). Через год средние значения СУП ДАД как в ГрМС, так и в ГрРМС были выше, чем в ГрК, при этом значимых различий между средними значениями СУП ДАД в ГрМС и ГрРМС получено не было (t=1,7; p=0,091). Выводы. В ГрМС получены значимо большие по сравнению с ГрК средние значения показателя СУП САД (t = 3,5; p<0,05) и СУП ДАД (t = 4,2; p<0,05) с отсутствием обратного развития в течение года после родов. Подобная динамика наблюдалась и в ГрРМС. Контроль и нормализация такого показателя как СУП АД у беременных с компонентами МС позволит повысить эффективность контроля АД в течение суток и, следовательно, снизить риск развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний в будущем.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Колоколова Е.В.
Научный руководитель -
д.м.н., проф. Порковский Я.В.

Сибирский государственный медицинский университет. Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета

не допускать заражения, необходима профилактика описторхоза.

Цель исследования: Изучить информированность студентов СибГМУ в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики.

Материалы и методы. Для изучения информированности в отношении риска заражения описторхозом и в отношении мер его профилактики среди студентов СибГМУ было проведено исследование. Исследование носило анонимный характер и проходило в рамках опроса в 2019 году. Специально для реализации цели была разработана анкета, на основе которой была создана google-форма. Также была составлена и распространена среди студентов СибГМУ памятка по мерам профилактики описторхоза.

Результаты. В опросе приняли участие 161, возраст респондентов варьировался от 18 до 23 лет. Основным местом жительства которых является Томск (на постоянном проживании 20,5 %, на временном – 80,1 %). Большинство опрошенных студентов информировано о том, что описторхоз вызывается плоским червем 71,4 %, меньшая часть считает, что описторхоз вызывает круглый червь (22,4 %), остальные, что простейшим и вирусом (4,3 и 1,9% соответственно). Также студенты знают о том, что описторхозом можно заразиться алиментарным способом (верно ответили 95,7 %, неверно – контактными ответили 4,3 %), употребляя пресноводную рыбу (95 % опрошенных, и 5 % считают, что морскую рыбу). Тем не менее около половины студентов купаются в открытых водоемах (54 %), употребляют речную слабосоленую или полукопченую рыбу (44,1 %) и не используют разделочные ножи и разделочные доски для продуктов (54%), также 21,1% студентов употребляет рыбную «строганину», остальные не купаются в открытых водоемах (46%), не употребляют слабосоленую или полукопченую рыбу (55,9%), используют разделочный кухонный инвентарь (46%) и не употребляют строганину (78,9%). У студентов был выявлен высокий уровень знаний по минимальному времени приготовления рыбы: при варке рыбы ответили 10 мин (1,2%), 15 мин (13%), 20 мин (43,5%) и 30 мин (42,2%), при жарке рыбы в масле 10 мин, 15 мин, 20 мин и 30 мин ответили соответственно 9,3 %, 31,1 %, 35,4 % и 24,2 %. Важно отметить, что большая часть студентов не знает, что личинки описторха можно уничтожить при длительной заморозке (68,9 % ответили нельзя, 31,1 % ответили, что можно).

Выводы. Выявлено, что студенты всех факультетов

и курсов СибГМУ достаточно информированы об описторхозе и его мерах профилактики. Но небольшое количество студентов недостаточно осведомлены о мерах профилактики описторхоза, поэтому нужно проводить санитарно-просветительские мероприятия среди студентов.

Источника финансирования нет.

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СТАДИИ 3А С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Петров М.В., Белугина Т.Н.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» Россия, г. Пенза

Цель работы. Провести эпидемиологическую оценку ХБП С3а и проанализировать связь с сопутствующими нозологиями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ КБ №4, г. Пенза. Проанализированы 52 истории болезни пациентов с диагнозом хроническая болезнь почек (ХБП) стадии 3а. Исследование носило ретроспективный характер. Возраст пациентов составил от 28 до 82 лет (средний возраст 67,3±11,0 лет, количество мужчин составило 32,7%, женщин – 67,3%.

ХБП выявляли при наличии маркеров повреждения почек или снижении СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² в течение более трех месяцев.

В ходе анализа историй болезни оценивались следующие показатели: возраст, пол, СКФ (по формуле СКД-ЕП), стадия ХБП, протеинурия, альбуминурия, а так же коморбидная патология (гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), стенокардия напряжения (СН), фибрилляция предсердий (ФП), первичные заболевания почек (ПЗП), неспецифическое заболевание легких (НЗЛ), сахарный диабет (СД)).

Результаты. После обработки полученных данных был проведен анализ структуры ХБП С3а и сопутствующих патологий, которые наиболее часто приводят к развитию ХБП.

Распространенность ГБ составила 97,9%, СД – 34,6%, ПИКС – 31,9%, НЗЛ – 30,8%, СН – 26,9%, ФП – 10,6%, ПЗП – 4,3%.

Вероятнее всего незначительная доля ПЗП обусловлена тем, что отбор больных проводился

в терапевтическом отделении и особенностями маршрутизации пациентов с верифицированным диагнозом ХБП, так как данные больные госпитализируются преимущественно в профильные нефрологические стационары.

Выводы. Анализ распространенности коморбидной патологии при ХБП С3а показал, что распространенность сердечно-сосудистых заболеваний на данной стадии крайне выражена. Эти данные свидетельствуют о необходимости проведения скрининговых исследований для выявления ХБП на ранних стадиях, что в дальнейшем будет способствовать своевременному назначению терапии и предупреждению быстрого прогрессирования данной патологии. Следствием введения данных мероприятий должно стать меньшее количество инвалидизаций по причине развития терминальной стадии ХБП.

Источника финансирования нет

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТАТИНОВ И АНТИАГРЕГАНТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ.

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоев Ж.К., Раимкулова Н.Р., Каримова Д.К., Тошев Б.Б., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Успешность лечения ишемической болезни сердца (ИБС) определяется поддержанием адекватного коронарного кровотока, проведением интервенционных вмешательств, стентированием коронарных артерий (СКА). Согласно современным рекомендациям, эти больные должны получать препараты, улучшающие прогноз (антитромбоцитарные, гипوليцидемические).

Идея. Вместе с позитивными эффектами статинов имеются их побочные, эффекты. Важное значение придается также безопасности антиагрегантной терапии.

Цель - изучить эффективность и безопасность статинов и антиагрегантов и оценить эффективность растительного гепатопротектора у больных

ИБС, подвергшихся плановому СКА.

Материалы и методы. В исследование включили 2 группы (I и II, по 20) пациентов ИБС стабильной стенокардией напряжения III и IV функциональных классов (СС III и IV ФК), которым по показаниям проводили СКА. Больные I группы дополнительно получали растительный гепатопротектор Гепофреш («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке 3 раза в день, за 5-10 мин до еды, в течение первого и четвертого месяцев исследования. Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали холестерин (ХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), билирубин (Б), активность аланин- и аминотрансферазы (АЛТ и АСТ), высокочувствительный С-реактивный протеин (вСРП), фибриноген (Ф), агрегацию тромбоцитов (АТ), проводили ультразвуковое (УЗ) исследование печени. Пациенты получали антиагреганты (аспирин (А) и клопидогрел (Кл)), аторвастатин (20-40) или розувастатин (10-20) мг/сут, β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Результаты. У 54% обследованных выявлена атерогенная дислипидемия с изменениями в показателях функционального состояния печени, сходными с таковыми при неалкогольной жировой болезни печени. При сочетанных поражениях КА (две-три) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП. Более высокие показатели ХС (7,2±0,6; ТГ-2,3±0,2); ХСЛПНП (3,7±0,26) ммоль/л выявлены у больных ИБС СС IV ФК по сравнению с таковыми у больных с III ФК (6,6±0,29; 3,0±0,28; 1,2±0,11) ммоль/л и более низкое содержание уровня ХСЛПВП (соответственно 1,2±0,1 и 1,15±0,14 ммоль/л). ХС после трехмесячной терапии аторвастатином снизился на 23% (p<0,05), ХСЛПНП на 26%. Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36%. Влияние розувастатина было более существенным. Проводимая двойная антиагрегантная терапия (ДАТ) (А+Кл) вместе со статинами оказывает противовоспалительный, антиромботический эффект. При совместном применении липидснижающая эффективность аторвастатина и розувастатина, а также антиагрегантное действие А и Кл сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Сочетание стандартной терапии и растительного гепатопротектора не приводило к развитию выраженных нарушений в печени, что подтверждали показатели УЗ печени, АЛТ, АСТ и Б. Целевые уровни ХС и ХСЛПНП к концу наблюдения достигнуты у 78% пациентов. При этом значительно улучшились показатели АТ.

емость было выявлено, что слабую статистическую значимость на выживаемость оказали следующие факторы: при ЦП вирусной этиологии: ПТИ, мочевины, креатинин, глюкоза, АсАТ. При циррозах печени других этиологий статистически значимых факторов не выявлено.

Обсуждение. При сравнении данных, полученных в нашей выборке, было выявлено, что в целом характеристика лабораторных показателей схожа с данными иностранных авторов. Лабораторные показатели, изученные в ходе данной работы, не оказали выраженной статистической значимости на выживаемость пациентов после стационарного лечения. Однако учитывая достаточно молодой возраст пациентов, а также показатели выживаемости и летальность, требуется разработка мер по модификации ведения пациентов с данной патологией как на уровне стационаров, так и на уровне оказания амбулаторной помощи.

Источника финансирования нет

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко П.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Введение. Величина индекса массы тела (ИМТ) как показатель ожирения положительно коррелирует с риском различных неинфекционных заболеваний. В то же время, примерно 35% людей с ожирением метаболически здоровы. Напротив, многие лица с нормальным весом могут иметь различные метаболические нарушения, такие как инсулинорезистентность, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и гипергликемия.

Цель исследования. Провести оценку параметров углеводного и липидного обмена, адипокинов и показателей гемостаза у лиц молодого возраста с различным метаболическим профилем с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. В исследование по типу поперечного среза включен 251 пациент, обратившийся в поликлинику в 2013-2016 гг. Все пациенты были распределены на группы: 1 группа – здоро-

вый метаболический профиль с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²) – 62 человека, 30 [24-36] лет; 2 группа – нездоровый метаболический профиль с нормальной массой тела – 57 человек, 28 [23-38] лет; 3 группа – здоровый метаболический профиль и ожирение (ИМТ ≥ 25 кг/м²) – 16 человек, 30 [24-36] лет; 4 группа – нездоровый метаболический профиль и ожирение – 116 человек, 36 [28,5-41] лет. Обследование пациентов включало: клинический осмотр, измерение окружности талии, массы тела и роста с расчётом ИМТ, измерение артериального давления (АД). Производилась оценка лабораторных показателей: концентрация глюкозы в сыворотке крови, уровень иммунореактивного инсулина в плазме крови, общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицериды, концентрация лептина и адипонектина, клоттинговые показатели гемостаза, включая фибриноген и ингибитор активатора плазминогена I типа (РАI-1). Применялся пакет статистических программ MedCalc (Бельгия, 2020) с использованием критериев Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни. Данные в тексте представлены в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения (M \pm SD) и медианы и интерквартильного размаха Me [Q25-Q75]. Статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов в группе 4 в сравнении с другими группами наиболее высокими показателями оказались: концентрация глюкозы в сыворотке крови (ммоль/л): 5,5 \pm 0,6 vs 5,2 \pm 0,4 - в гр. 1, 5,1 \pm 0,5 - в гр. 2, 5,3 \pm 0,6 - в гр. 3, $p < 1,2,3 < 0,05$; ХС-ЛПНП (ммоль/л): 3,5 \pm 0,6 vs 2,1 \pm 0,6 - в гр. 1, 2,8 \pm 1,1 - в гр. 2, 2,1 \pm 0,6 - в гр. 3, $p < 1,2,3 < 0,05$; лептина (нг/мл): 37,9 [13,0-63,4] vs 10,0 [5,1-15,5] - в гр. 1; 9,5 [5,5-21,5] - в гр. 2; 25,7 [4,7-37,2] - в гр. 3, $p < 1,2,3 < 0,05$; фибриногена (г/л): 4,0 [3,5-4,6] vs 3,4 [2,9-4,0] - в гр. 1, 3,4 [3,1-4,0] - в гр. 2, 3,4 [2,6-3,8] - в гр. 3, $p < 1,2,3 < 0,001$; РАI-1 (нг/мл): 464,5 [285,1-628,5] vs 308,2 [211,7-415,7] - в гр. 1; 342,3 [222,2-490,0] - в гр. 2; 371,0 [273,1-621,0] - в гр. 3, $p < 1 < 0,001$, а также более низкие показатели ХС-ЛПВП (ммоль/л): 1,3 \pm 0,5 vs 2,0 \pm 0,5 - в гр. 1, 1,9 \pm 0,7 - в гр. 2, 2,1 \pm 0,9 - в гр. 3, $p < 1,2,3 < 0,05$. Наиболее низкие концентрации адипонектина (мкг/мл) оказались в гр. 3 и 4 (7,9 [4,9-10,2]) и 7,9 [5,2-12,4] соответственно) в сравнении с гр. 1 и 2 (9,1 [7,5-12,2] и 8,7 [7,2-10,5] соответственно, $p < 3,4-1,2 < 0,05$). Концентрация инсулина оказалась наиболее высокой в гр. 2 и 4 (19,7 [12,7-45,5] и 22,6 [10,5-37,5] соответственно)

в сравнении с гр. 1 и 3 (7,7 [6,5-9,4] и 7,9 [5,6-9,9] соответственно, $p < 2,4-1,3 < 0,05$).

Обсуждение. Молодые пациенты, имеющие метаболически нездоровый профиль, могут иметь не только ожирение, но и нормальный индекс массы тела. У молодых лиц с нормальным индексом массы тела выявленные нарушения липидного и углеводного обмена определяют более высокий сердечно-сосудистый риск, но в то же время являются модифицируемыми. Таким образом, даже в группе с нормальным индексом массы тела могут быть выявлены кардиометаболические нарушения и реализованы эффективные стратегии первичной профилактики.

Исследование выполнено в рамках комплексной темы НИР «Клинико-диагностические и профилактические аспекты сочетанных заболеваний внутренних органов у населения Южно-Урала», номер государственной регистрации АААА-А18-118021890007-7 (одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, протокол заседания № 11 от 9 ноября 2013 года).

Источники финансирования: финансирование за счет средств федерального бюджета.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сычева Ю.А., Логвиненко А.В., Ойсиева К.Ш.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

Введение. Доказано, что все заболевания внутренних органов в той или иной степени находят отражение в полости рта. Аспекты взаимосвязи соматических и стоматологических заболеваний носят многогранный характер. Возникновение и течение заболеваний органов и тканей полости рта зависят от тяжести общих заболеваний. Существует доказательная база сочетания сердечно-сосудистой патологии (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, острая ревматическая лихорадка и др.) со стоматологическими заболеваниями, которые влияют на течение

соматической патологии, взаимодействие и взаимозависимость соматической и стоматологической патологии отражает их коморбидность. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих заболеваний индивидуально.

Для успешной диагностики и лечения необходим комплексный подход, который реализует принцип «лечить больного, а не болезнь». Результаты многочисленных исследований подтверждают непосредственное участие системного и локального воспаления в инициации и прогрессировании атеросклероза и его осложнений, в связи с этим инфекционно-обусловленные болезни полости рта рассматриваются как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда и инсульта. Причиной развития инсульта и хронической ишемии мозга может стать дисфункция височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, вследствие дистального сдвига нижней челюсти, которая может вызвать экстравазальную компрессию экстракраниального отдела внутренней сонной артерии.

Цель. Оценить дисфункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава и стоматологического статуса у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы. Было проведено анкетирование по опроснику «неврологический модуль» среди 214 человек в возрасте 45-86 лет. По результатам данного этапа исследования были выбраны пациенты с церебро-васкулярной болезнью (ЦВБ), хроническим нарушением мозгового кровообращения (ХНМК) (n=40) и была создана контрольная группа без данного заболевания (n=40). Всем обследуемым проводились: стоматологический осмотр, оценка уровня гигиены и состояния пародонта по индексу Федорова-Володкиной, пародонтальному индексу (PI), индексу нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРITN) и индексу КПУ, оценка жевательной эффективности по В.Н. Трезубову.

Результаты. Обследованные пациенты с ЦВБ ХНМК *prevotella* имели выраженный интиму воспалительно-дистрофический процесс ладать в тканях пародонта, с повышением результатов гигиенических и пародонтальных индексов (индекс Фёдорова-Володкиной – «3,5-5,0: неудовлетворительны»; PI – «3,4: средняя форма»; СРITN – «4: необходимость комплексного лечения») по сравнению с контрольной группой. Интенсивность поражения кариесом (14,0-16,3) также более значимо наблю-



ПРЕИМУЩЕСТВА ЮПЕРИО при лечении пациентов с ХСН с систолической дисфункцией (ХСН СД) – это способность вызывать обратное ремоделирование миокарда, что приводит к увеличению фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и снижению риска госпитализации и смертности. Юперิโอ улучшает гемодинамику, снижает нагрузку на сердце, уменьшает размеры ЛЖ и улучшает функцию миокарда. Эти эффекты достигаются за счет комплексного воздействия на различные звенья патологического процесса. Юперิโอ улучшает функцию эндотелия, снижает уровень эндотелина-1, уменьшает воспаление и окислительный стресс. Кроме того, препарат улучшает функцию ренин-ангиотензиновой системы, что приводит к снижению давления и уменьшению нагрузки на сердце. Все это способствует улучшению качества жизни пациентов и снижению риска осложнений. Юперิโอ является эффективным средством для лечения ХСН СД, которое вызывает обратное ремоделирование миокарда и улучшает прогноз у пациентов. Юперิโอ улучшает функцию миокарда, уменьшает размеры ЛЖ и увеличивает ФВ. Это приводит к снижению риска госпитализации и смертности. Юперิโอ является эффективным средством для лечения ХСН СД, которое вызывает обратное ремоделирование миокарда и улучшает прогноз у пациентов.

далась в группе пациентов с ЦВБ ХНМК.

В ходе исследования выявлено снижение адаптивной возможности жевательно-речевого аппарата у пациентов с ЦВБ ХНМК.

Выводы. Таким образом, особое значение в развитии сочетанной патологии имеет патогенная микрофлора полости рта, которая путем бактериемии и токсемии (цитокины, моноциты, лимфоциты) влияет на развитие эндотелиальной дисфункции, являющейся общим механизмом формирования патологических изменений в пародонте, мозговом и коронарном сосудистом русле. У пациентов с ЦВБ ХНМК наблюдается ухудшение стоматологического статуса и нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. Обоснована целесообразность систематической профессиональной санации полости рта, подтверждена необходимость обучения правилам гигиенического ухода за полостью рта, обследование височно-нижнечелюстного сустава, как меры профилактики ранней диагностики и прогрессирования заболеваний сердечно-сосудистой системы и инсультов.

териальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Материал и методы. Под наблюдением находилось 3 группы пациентов. Первую группу пациентов составили 67 человек обоего пола, страдающих АГ 1-3 степени тяжести с со-путствующей ХОБЛ I-III степени тяжести, средний возраст составил 57,6±9,2 лет. Вторую группу пациентов составили 32 человека обоего пола, страдающих АГ 1-3 степени тяжести, средний возраст-56,9±9,8 лет. Третью группу пациентов составили 31 человек обоего пола, страдающих ХОБЛ I-III степени тяжести, средний возраст-52,4±7,8 лет. В свою очередь пациенты с коморбидной патологией были разделены на группы согласно степени сердечно-сосудистого риска и степени бронхообструкции. У всех пациентов проводилась оценка эндотелиальной дисфункции путем определения уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови. Корреляционный анализ был проведен методом Спирмена. Сравнение групп проводилось согласно статистическому методу Краскела-Уоллиса.

Результаты. Согласно проведенным исследованиям, уровень эндотелина-1 оказался максимальным в группе коморбидных больных, где медиана составила 3,75 пг/мл [1,71;12,58], в группе больных АГ- 2,0 пг/мл [1,25;4,94], в группе больных ХОБЛ оказался минимальным- 1,62 пг/мл [1,26;4,1]. Причем уровень ЭТ-1 нарастал по мере увеличения степени бронхообструкции (критерий Краскела-Уоллиса=14,7; p<0,001) и сердечно-сосудистого риска (критерий Краскела-Уоллиса=34,76; p<0,001). При оценке корреляционной взаимосвязи R-Спирмена между уровнем ЭТ-1 и степенью бронхообструкции со-ставила 0,59 (средние корреляции), между уровнем ЭТ-1 и сердечно-сосудистым риском 0,47 (средние корреляции).

Обсуждение. У больных страдающих АГ с сопутствующей ХОБЛ наблюдаются более высокие уровни эндотелина-1. По мере нарастания степени тяжести ХОБЛ и сердечно-сосудистого риска увеличивается показатель ЭТ-1. Следует предположить о наличии негативного вклада в формирование АГ у больных ХОБЛ посредством влияния на эндотелиальную функцию. Определение уровня ЭТ-1 может использоваться в комплексной оценке эндотелиальной дисфункции.

Источника финансирования нет

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 СО СТЕПЕНЬЮ БРОНХООБСТРУКЦИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

М.О. Самолюк, Н.Ю. Григорьева

Институт биологии и биомедицины ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

Введение. На протяжении последнего десятилетия при изучении патогенеза заболеваний сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем особая роль отводится дисфункции эндотелия, которая является важным механизмом их формирования и прогрессирования.

С точки зрения современных представлений, эндотелиальная дисфункция может рассматриваться как начальное звено развития многих заболеваний, способствующее их прогрессированию и присоединению осложнений, так и как одна из главных составляющих патологического процесса.

Цель. Провести оценку и выявить взаимосвязь уровня эндотелина-1 со степенью бронхообструкции и сердечно-сосудистым риском у больных ар-

Источника финансирования нет

ЮПЕРИО® – ОСНОВА ЖИЗНЕСПАСАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХСН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ^{1,4}



ПРЕВОСХОДИТ ДРУГИЕ САРТАНЫ* В СНИЖЕНИИ АД¹⁻⁴

РАННЕЕ НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ МОЖЕТ ПОКАЗАТЬ ЗНАЧИМЫЙ ЭФФЕКТ НА 2-й НЕДЕЛЕ ТЕРАПИИ¹⁻⁴

СТАБИЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ АД В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ¹⁻⁴



УВЕРЕННОЕ ПРЕВОСХОДСТВО^{1,4}

¹ Исследования по применению перорального препарата для медицинского применения Задарби® (таблетки 20 мг, 40 мг, 80 мг; Рег. №. 031.022539 от 03.02.2014). ² Bakris G., et al. J. Clin. Hypertens. (Greenwich). 2011; 13(2): 81-8. ³ Sica D., et al. J. Clin. Hypertension (Greenwich). 2011; 13: 467-472. ⁴ White W., et al. Hypertension. 2011; 57(3): 413-20.

СОКРАЩЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ
Торговое название: Задарби®. **Международное непатентованное название (МНН):** азилсартан медоксомил. **Лекарственная форма и дозировка:** таблетки 20 мг, 40 мг и 80 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к дисперсионной водности и другим компонентам препарата; беременность; одновременный прием препаратов, содержащих алискирен, у пациентов с сахарным диабетом легкой умеренной и тяжелой нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); одностороннее применение с мигрантами АПФ у пациентов с диабетической нефропатией; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлена); тяжелые нарушения функции печени (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) (отсутствует опыт применения). **Способ применения и дозы:** Задарби® принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приема пищи. Рекомендованная начальная доза – 40 мг 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата можно увеличить до максимальной – 80 мг 1 раз в сутки. В случае недостаточного

контроля АД в монотерапии препаратом Задарби® возможно его одновременное применение с другими гипотензивными средствами. Задарби® следует принимать ежедневно, без перерыва. В случае пропуска приема очередной дозы пациенту следует принять следующую дозу в обычное время. Не следует принимать двойную дозу препарата Задарби®. В случае прекращения лечения пациент должен сообщить об этом врачу. **Побочное действие:** головокружение, диарея, повышение активности креатининфосфориназы, выраженное снижение АД, тошнота, сыпь, зуд, мышечная слабость, повышение концентрации креатинина, гиперкалиемия, повышенная утомляемость, периферические отеки. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению.** **С осторожностью:** тяжелая хроническая сердечная недостаточность; IV функциональный класс по классификации NYHA; почечная недостаточность тяжелой степени (клиренс креатинина < 30 мл/мин); двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; миопическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почек; состояние, сопровождающееся снижением

объема циркулирующей крови (в том числе рвота, диарея), а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли; при одновременном применении с большими дозами диуретиков; первичный гиперальдостеронизм; гипертония; стеноз аортального и митрального клапанов; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**
АО «Нижфарм», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ул. Саганская, 7. Тел.: +7 (831) 278-80-88. E-mail: med@stada.ru, www.stada.ru
Дата выхода материала октября, 2020 г. 666822002M00072



ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫПОЛНЕННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ)

Д.И. Гавриленко

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», отделение функциональной диагностики, г. Гомель, Беларусь

Введение. Бактериальные инфекции при циррозе печени могут не иметь четких клинических признаков и – как следствие – несвоевременно распознаваться. По литературным данным, например, в США, около 10% пациентов с циррозом печени в терминальной стадии подвергаются хирургическим процедурам. Пациент с циррозом печени представляет сложный случай с позиции оценки риска оперативного вмешательства и прогнозирования послеоперационного периода.

Целью работы являлся ретроспективный анализ частоты бактериальных осложнений у умерших пациентов с циррозом печени, подвергшихся оперативному вмешательству.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании проанализированы секционные данные 308 умерших больных ЦП в период с 2000 по 2010 гг. Из общего числа умерших пациентов с ЦП мужчин было 62,3% (n=201), женщин – 34,7% (n=107). Лица трудоспособного возраста составили 64,9%, лица пенсионного возраста – 35,1% человек. Медиана (Me) возраста на момент смерти составила 53 года (Min=17 лет, Max=80 лет). Ме длительности нахождения в стационаре составила 7 дней (Min=1 день, Max=49 дней).

Диагноз ЦП при жизни устанавливался на основании данных лабораторно-инструментальных методов исследования, на секции – на основании макро- и микроморфологических признаков с учетом клинических данных. Степень тяжести ЦП оценивалась по шкале Child-Pugh.

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. По данным ретроспективного анализа всего различные по сложности, в некоторых случаях повторные хирургические вмешательства проводились 29 пациентам (9,4%; 95% ДИ 6,4-13,2). Из их числа, за исключением двух случаев (один - хирургическая обработка гнойного очага, обусловленного флегмоной дна полости рта и шеи с развитием медиастинита, пневмонии, сепсиса; второй – дренирование плевральной полости в

связи с гидротораксом без признаков инфекции по секционным данным) все были абдоминальными хирургическими вмешательствами.

Основными причинами абдоминальных оперативных вмешательств были: осложнения портальной гипертензии (кровотечение из варикозных вен пищевода, желудка или эктопических вен) – n=8, кровотечение из язвенного дефекта желудка/или 12-перстной кишки – n=4, холецистэктомия n=4; абсцессы .и. флегмоны .разной .локализации .т. n=4. Диагностическая лапаротомия/лапороскопия была выполнена в 8 случаях. Из 29 случаев оперативного лечения в 15 (51,7 %) операции были выполнены в день поступления. В 6 (20,7 %) случаях потребовались повторные операции (релапаротомия), в связи с развитием послеоперационных осложнений (эвентрация, вторичный перитонит, рецидив кровотечения).

Всего из 29 пациентов, подвергшихся оперативному лечению, у 23 при секционном исследовании были обнаружены инфекционные осложнения (79,3%, 95%ДИ 60,3-92,0). Если исключить инфекционные эпизоды, которые были показанием к оперативному лечению, то у 15 пациентов инфекции развивались в послеоперационном периоде (75,0%, 95%ДИ 50,9-91,3). По литературным данным у 3-10% пациентов с ЦП в послеоперационном периоде (без уточнения вида вмешательства) выявляются разнообразные осложнения, в том числе инфекции. При этом указывается, что частота осложнений зависит от тяжести ЦП.

Выполнен сравнительный анализ отдельных видов инфекционных осложнений у пациентов с/ без оперативного вмешательства. В группе пациентов с выполненными хирургическими вмешательствами статистически значимо чаще выявлялась пневмония (66% против 28,0%, $\chi^2=17,18$, $p<0,001$). Все случаи пневмонии, за исключением одного, у пациентов с хирургическим вмешательством были диагностированы при жизни. Суммарно прочие инфекции, кроме пиелонефрита, сепсиса, частота которых не различалась, чаще обнаруживались у пациентов из группы с выполненными оперативными вмешательствами (59% против 7,5%, $\chi^2=63,41$, $p<0,001$). Данная особенность закономерна, так как часть абсцессов, флегмон различной локализации являлись показанием для данного вида лечения. Вторичный перитонит выявлен на секции у 7 пациентов. При этом у всех данное осложнение было установлено при жизни и развивалось на фоне тяжелых хирургических заболеваний, требующих оперативного лечения.

Выводы. Среди пациентов с циррозом печени, подвергшихся оперативному вмешательству, бактериальные осложнения в послеоперационный период установлены в 75% случаев. Такая частота инфекций, вероятно, обусловлена терминальной стадией цирроза печени и как следствие иммуносупрессивным статусом таких пациентов.

Источника финансирования нет.

ВИДЫ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ИМЕВШИХ ПРИ ЖИЗНИ КРИТЕРИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

Д.И. Гавриленко¹, Н.Н. Силивончик²

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины

и экологии человека» г. Гомель, Беларусь

²ГУО «Белорусская медицинская академия

последипломного образования» г. Минск, Беларусь

Введение. Термин «гепаторенальный синдром» был введен в 1932 г. F. Helwig и C. Schutz для обозначения почечной дисфункции, развивающейся после операций на желчевыводящих путях. В настоящее время под гепаторенальным синдромом (ГРС) понимают функциональную почечную недостаточность, развившуюся на фоне декомпенсированного заболевания печени (Arroyo V., Gines P. et al., The International Ascites Club). В 1996 г. Международным обществом асциты были разработаны диагностические критерии ГРС, которые, несмотря на последующее совершенствование (2007, 2015 гг.), остаются трудно применимыми на практике.

Целью данной работы было изучение морфологических изменений почек у пациентов умерших с декомпенсированным циррозом печени (ЦП) при наличии клинических критериев ГРС.

Материал и методы исследования. Группа пациентов с ЦП, умерших в стационарах г.Гомеля была сформирована в результате ретроспективного анализа 142 медицинских карт стационарных пациентов. Данное исследование охватило 2008-2010 гг. и включало только случаи смерти пациентов с ЦП, которые подвергались патолого-анатомическому вскрытию. Диагноз ЦП был подтвержден при вскрытии, кроме того учитывались прижизненные клинические данные. Клиническое определение ГРС выполнялось с использованием диагностических критериев предложенных The International Ascites Club. Для оценки изменений в

почках использовались протоколы гистологического исследования.

Обследованная группа состояла из 142 пациентов с ЦП в возрасте от 28 до 75 лет (Me=53). Из них – 96 мужчин (67,6%, Me возраста=53) и 46 женщин (32,4%, Me возраста=54). Умершие пациенты имели декомпенсированный ЦП. Распределение классов тяжести было следующим: В – у 17 пациентов (12%), С – у 125 (88%).

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета программ «Statistica 6.0» и «Excel». Для оценки вероятности изучаемых событий выполнен расчет отношения шансов (ОШ) с 95% ДИ. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочно прогноза, равную 95% ($p<0,05$).

Результаты. Из 142 пациентов с декомпенсированным ЦП, умерших в стационаре, по данным анализа прижизненных данных ГРС установлен в 95 случаях (66,9%; 95% ДИ 58,5-74,6). Несмотря на преобладание в исследуемой группе декомпенсированного ЦП, наличие у части пациентов эпизодов гастроинтестинального кровотечения, инфекционных осложнений как провоцирующих факторов, наличие ГРС более чем у 2/3 пациентов представляется неожиданно высоким. В этой связи возникло предположение, что у части пациентов, не ответивших на лечение (восполнение объема циркулирующей крови, введение вазоконстрикторов и альбумина) развивалась почечная недостаточность со структурным повреждением почек. Из 95 случаев в 54 (56,8%; 95% ДИ 46,3-67,0) при секционном исследовании почек обнаружен острый тубулярный некроз (ОТН). Морфологические изменения почек отсутствовали в 38 (40%; 95% ДИ 30,1-50,6) случаях, которые, при наличии соответствующих клинических критериев, могли быть отнесены к ГРС. В трех случаях обнаружены признаки интерстициального нефрита. Полученные данные подтверждают сложность прижизненного разграничения видов поражения почек (ОТН и ГРС) в отсутствие возможности определения маркеров тубулярного повреждения. Факторами, затрудняющими дифференциальную диагностику, являются госпитализация по экстренным показаниям, отсутствие данных предыдущего обследования (прежде всего уровня сывороточного креатинина), короткие сроки стационарного лечения до летального исхода многих пациентов, невозможность требуемого длительного наблюдения и оценки результатов терапии. Фактически такая ситуация отражает сложившийся в реальной практике сценарий, когда

азотемия интерпретируется при отсутствии данных морфологического исследования почки.

Всего по данным посмертного морфологического исследования из 142 пациентов у 70 (49,3%; 95% ДИ 40,8-57,8) было установлено повреждение почек в виде ОТН. При сопоставлении с клиническими данными из числа 70 пациентов с обнаруженным на аутопсии ОТН установлены следующие прижизненные состояния: ГРС – у 54 (77,1%; 95% ДИ 65,6-86,3), хронический пиелонефрит с наличием или отсутствием азотемии – у 11 (16,0%; 95% ДИ 8,1-26,4), отсутствие признаков поражения почек и азотемии – у 5 пациентов (7,0%; 95% ДИ 2,4-15,9).

Выводы. Из числа установленных при жизни случаев ГРС в 56,8% (95% ДИ 46,3-67,0) имел место ОТН, в 40% (95% ДИ 30,1-50,6) морфологические изменения почек не обнаружены.

Частота ОТН в группе из 142 пациентов с декомпенсированным ЦП составила 49,3% (95% ДИ 40,8-57,8).

Таким образом, при развитии у пациентов с ЦП острого повреждения почек, соответствующего критериям ГРС целесообразно более тщательно включать варианты структурного поражения почек.

Источника финансирования нет.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ УМЕРШИХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В СТАЦИОНАРЕ

Д.И. Гавриленко

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», отделение функциональной диагностики, г. Гомель, Беларусь

Введение. Спонтанный бактериальный перитонит (СБП) устанавливается только на основании исследования асцитической жидкости (АЖ), при числе полиморфноядерных лейкоцитов (ПЯЛ), превышающем диагностический критерий – 250 кл/мкл в сочетании с положительными культурами АЖ при исключении причин вторичного перитонита. Данные о морфологических изменениях листов брюшины при СБП у пациентов с циррозом печени (ЦП) крайне ограничены. В 1963 г. Н.О.Сопп впервые использовал термин «спонтанный перитонит» и обнаружил острый еюнит у 1 из 5 пациентов с нейтрофилезом в АЖ. Целью работы является ре-

троспективный анализ результатов патологоанатомического исследования для обнаружения доказательств наличия морфологических признаков СБП у пациентов с декомпенсированным ЦП, умерших в течение госпитализации.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании проанализированы секционные данные 308 умерших во время стационарного лечения в лечебных учреждениях г. Гомеля больных ЦП (201 мужчина и 107 женщин) в период с 2000 по 2010 гг. Медиана (Ме) возраста на момент смерти обследованных составила 53 года (Min=17 лет, Max=80 лет). Ме длительности пребывания в стационаре составила 7 суток (Min=1 сутки, Max=49 суток).

Диагноз ЦП при жизни устанавливался на основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, при патологоанатомическом исследовании – на основании макро- и микроморфологических признаков с учетом клинических данных. Степень тяжести ЦП оценивалась по шкале Child-Pugh.

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Наиболее частыми бактериальными инфекциями были пневмония и пиелонефрит, а также сепсис. Пневмония составляла 75,2% в структуре осложнений и отмечалась у 31,5% (95% ДИ 26,3-37,0) умерших. Пиелонефрит занимал вторую по частоте позицию в структуре – 20,9%, среди умерших 8,8% (95% ДИ 5,9-12,5). Установлено 13 случаев сепсиса (частота 4,2%; 95% ДИ 2,3-7,1), которые были ассоциированы с очагами инфекции (флегмоны дна полости рта, пневмония, пиелонефрит, карбункул почки, флегмонозный тифлит и др.). При патологоанатомическом исследовании признаки воспаления брюшины без явного абдоминального источника инфекции были обнаружены в 8 случаях (2,6%; 95% ДИ 1,1-5,1). Макроскопические изменения были следующие: мутная АЖ, наложения нитей фибрина на серозной оболочке тонкой кишки. Микроморфологические признаки соответствовали картине серозно-фибринозного перитонита: диффузная инфильтрация жировой ткани сальника и серозной оболочки тонкой кишки полиморфноядерными лейкоцитами. Патологоанатомы в заключительном диагнозе для этих изменений использовали термин «асцит-перитонит». При анализе медицинской документации из числа данных случаев в трех установлено, что при жизни у пациентов обнаруживались симптомы раздражения брюшины, признаки системного вос-

палительного ответа (лейкоцитоз и лихорадка) и в заключительном клиническом диагнозе высказано предположение о СБП.

Литературные данные о морфологических признаках СБП крайне ограничены. Лишь в публикации 1963 г. Н.О.Сопп впервые приводит описание острого еюнита у 1 из 5 пациентов с нейтрофилезом в АЖ и использует термин «спонтанный перитонит». Предположительно видимые изменения брюшины, а также микроморфологические признаки ее воспаления могут развиваться у пациентов с ЦП при значительной длительности СБП. С учетом этих данных случаи «асцит-перитонита», обнаруженные при патологоанатомическом исследовании, были расценены нами как СБП.

Выводы. Данные нашего исследования подтверждают, что при СБП у некоторых пациентов развивается серозно-фибринозный перитонит. Вероятно, развитие морфологических признаков при СБП зависит от нескольких факторов (длительность процесса, этиологии ЦП и др.), что требует исследования на большом количестве случаев.

Источника финансирования нет.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ХАРАКТЕРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ.

**Макова Елена Викторовна¹,
Устинов Максим Сергеевич²**

¹ГБУЗ СО Самарская городская больница №4.

²ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

В фенотипах бронхиальной астмы имеются существенные различия, которые могут в некоторой степени зависеть от климатогеографических и экологических условий проживания больного. Изучение характера сенсibilизации в регионе и его влияния на течение и дальнейший прогноз заболевания представляется в настоящее время актуальным.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 356 пациентов бронхиальной астмой с различным спектром сенсibilизации. У всех пациентов проведен анализ данных аллергоанамнеза, проведено комплексное аллергологическое обследование (определение специфических IgE). По результатам обследования выделено 93 пациента, которые были распределены в 3 клинические

группы с учетом этиологического фактора. В группу сравнения вошли 63 клинически здоровых добровольца. Группа 1: Больные с atopической бронхиальной астмой с преимущественной сенсibilизацией к бытовым и эпидермальным аллергенам – 28 пациентов (17,9%), средний возраст 31,1 ± 3,5 лет, из них 18 мужчин и 10 женщин. Группа 2: Больные atopической бронхиальной астмой с преимущественной сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам – 28 пациентов (17,9%), средний возраст 25,3 ± 3,8 лет, из них 16 мужчин и 12 женщин. Группа 3: Больные atopической бронхиальной астмой, имеющие смешанную сенсibilизацию к нескольким группам аллергенов – 37 пациентов (23,7%), средний возраст 28,2 ± 3,1 лет, из них 8 мужчин и 19 женщин. 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 интермиттирующее течение встречается реже. Наиболее легко протекает астма с преимущественной сенсibilизацией пыльцевыми аллергенами. При анализе генетической предрасположенности установлено, в группе №3 пациентов (со смешанной сенсibilизацией) отмечается более высокий процент семейных случаев atopии и бронхиальной астмы (до 65%).

Для анализа особенностей характера сенсibilизации больных бронхиальной астмой, проживающих в г. Самара, мы провели исследования, направленные на выявление и изучение влияния «стартового аллергена» на дальнейшее течение и прогноз заболевания бронхиальная астма. В Группе 1: у 50% пациентов «atopический марш» начинался с бытовой сенсibilизации, 9 человек (32,1%) – сочетанная реакция на бытовые и эпидермальные аллергены развивалась практически одновременно и у 5 больных (17,8%) в качестве стартового аллергена был эпидермальный аллерген. В Группе 2: у 89,3% (25 человек) «стартовый аллерген» – аллерген пыльцы. У 3 пациентов (10,7%) первые клинические признаки возникли при употреблении пищевых продуктов. Причем 2 пациента (7,1%) отмечали реакцию на продукты, имеющие перекрестные детерминанты с пылью растений (мед, цитрусовые, горчица). Очевидно, что пищевая сенсibilизация развивалась на фоне уже имеющейся латентной пыльцевой сенсibilизации. У 1 больного дебют atopической конституции развивался на фоне истинной пищевой аллергии к антигенам морской рыбы и морепродуктов, к которой впоследствии присоединилась и пыльце-

ДЕЛАЙ ПРОЩЕ
ДЕЛАЙ ЛУЧШЕ



Ивабрадин + Метопролол

таблетка 2 раза в сутки

Больше возможностей в одной таблетке для пациентов со стабильной стенокардией!

В 6 раз меньше приступов стенокардии! **Лучше переносимость физической нагрузки!** **Выше качество жизни пациента!** **Отличная переносимость лечения!**

ОСОБЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ. Ивабрадин + Метопролол эффективнее в лечении стенокардии, чем по отдельности ивабрадин и метопролол. Пациенты, получающие комбинированный препарат, сообщают о меньшем числе приступов стенокардии, чем пациенты, получающие по отдельности ивабрадин и метопролол. При этом частота побочных эффектов у пациентов, получающих комбинированный препарат, не превышает частоту побочных эффектов при приеме ивабрадина и метопролола по отдельности. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности.

2. БЕЗОПАСНОСТЬ. Комбинированный препарат обеспечивает безопасность лечения стенокардии. Пациенты, получающие комбинированный препарат, сообщают о меньшем числе побочных эффектов, чем пациенты, получающие по отдельности ивабрадин и метопролол. При этом частота побочных эффектов у пациентов, получающих комбинированный препарат, не превышает частоту побочных эффектов при приеме ивабрадина и метопролола по отдельности. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности.

3. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ. Комбинированный препарат обеспечивает удобство лечения стенокардии. Пациенты, получающие комбинированный препарат, принимают всего одну таблетку два раза в сутки, что упрощает соблюдение режима приема. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности.

4. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ. Комбинированный препарат обеспечивает удобство лечения стенокардии. Пациенты, получающие комбинированный препарат, принимают всего одну таблетку два раза в сутки, что упрощает соблюдение режима приема. Комбинированный препарат обеспечивает более быстрое восстановление сердечного ритма после приступа стенокардии, чем ивабрадин или метопролол по отдельности.

1. Divchev D. et al. *Cardiol Ther.* 2017;6: 239-249. Дивчев Д. и соавт. Кардиология и терапия. 2017; 6: 239-249

Помоги ей двигаться вперед под надежной защитой Пролиа®



Начни с Пролиа для долгосрочной защиты от переломов и непрерывного роста МПК в течение до 10 лет

Новая информация о препарате ПРОЛИА® (деносумаб): препарат одобрен для лечения детей с остеопорозом. Остеопороз – это заболевание, характеризующееся снижением плотности костной ткани и нарушением ее структуры. Это приводит к тому, что кости становятся хрупкими и легко ломаются. Остеопороз может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего встречается у пожилых людей. Однако в последнее время все чаще встречается и у детей. Это связано с тем, что в последние годы наблюдается тенденция к снижению плотности костной ткани у детей. Это может быть связано с различными факторами, такими как недостаток витамина D, кальция, избыточный вес, прием некоторых лекарств и др. Остеопороз у детей может привести к переломам, которые могут повлиять на качество жизни ребенка. Поэтому важно своевременно диагностировать и лечить это заболевание. Препаратом ПРОЛИА® (деносумаб) можно лечить остеопороз у детей. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) – это препарат, который действует на уровне костной ткани, стимулируя образование новой костной ткани и снижая скорость ее разрушения. Это приводит к увеличению плотности костной ткани и улучшению ее структуры. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) эффективен в лечении остеопороза у детей. Он позволяет улучшить плотность костной ткани и снизить риск переломов. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) безопасен и хорошо переносится детьми. Поэтому он является эффективным средством для лечения остеопороза у детей. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) – это препарат, который действует на уровне костной ткани, стимулируя образование новой костной ткани и снижая скорость ее разрушения. Это приводит к увеличению плотности костной ткани и улучшению ее структуры. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) эффективен в лечении остеопороза у детей. Он позволяет улучшить плотность костной ткани и снизить риск переломов. Препарат ПРОЛИА® (деносумаб) безопасен и хорошо переносится детьми. Поэтому он является эффективным средством для лечения остеопороза у детей.

ПОМАЛТИ, ознакомиться с полной информацией по применению ПРЕПАРАТА ПРОЛИА®. Рязань. RPLPR-04304-0011
AMGEN ООО «Амген», 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 8, строение 1, 7 этаж. Тел: +7 (495) 745 04 78, Факс: +7 (495) 995 19 85
ПРОЛИА ДЕНОСУМАБ

вая сенсibilизация. В Группе 3: наиболее частым «стартовым аллергеном» была пыльца растений у 23 (62.2%) пациентов. Из них у двух пациентов (5.4%) реакция развивалась после употребления продуктов, обладающих перекрестными свойствами с пыльцой на фоне латентной пыльцевой сенсibilизации. И два пациента (5.4%) причиной первой аллергической реакции были пищевые облигатные аллергены (куриные яйца, рыба). Значительно меньший процент из данной группы - 6 пациентов (16.2%) первые симптомы аллергии связывали с домашней пылью и другими бытовыми аллергенами, 3 пациента (8.1%) – с эпидермальными. Не удалось установить стартовый аллерген у 3 пациентов (8.1%).

Вопросы о распространенности аллергических заболеваний (ринита, дерматита, конъюнктивита и др.), взаимосвязи и сочетания с астмой, а также их влияния на течение и прогноз бронхиальной астмы, имеют для разных регионов отличия, связанные с отличающимся спектром аллергенов. Наиболее часто в г. Самара встречается сочетание бронхиальной астмы с аллергическим ринитом (75%-82%) обследованных больных (в зависимости и характера сенсibilизации формы аллергического ринита регистрируется в группе 2 и характеризуется сезонное течение заболевания, обусловленное пыльцевой сенсibilизацией. Распространенность аллергического ринита с круглогодичным течением в группах 1 и 3 практически одинакова (75.7% – 75.0%).

На основе представленных данных, можно сделать вывод, что все пациенты в изучаемых группах трудоспособного возраста: от 18 до 35 лет. В этой связи высока значимость изучаемой проблемы: своевременной качественной диагностики астмы и разработки программы проведения этиотропной и патогенетической терапии.

Источника финансирования нет.

ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И СОЦИАЛЬНАЯ СТОРОНА ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ.

ТугизовБ.Э., Хамраев А.Ш., Нурметов С.Т

Кафедра травматологии и ортопедии, ВПХ. Т.М.А.

Тазобедренный сустав, являясь основным опорным сочленением человеческого организма, чаще других подвержен самым различным патоло-

гическим процессам. Так, коксартрозы по данным литературы составляют от 12% до 37,5% всех ортопедических заболеваний.

Причинами дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава могут быть травма в 21,1%, дисплазия – в 37,6%, полиартрит – 13,14%, открытые вправление по поводу врожденного вывиха бедра 45,6%. Первичные артрозы с неизвестной этиологией составляют 26,5%.

Особую актуальность приобретают вопросы патологии тазобедренного сустава и потому, что среди пострадавших, в основном, люди работоспособного возраста. По нашим данным 78% больных с указанной патологией составили лица от 20 до 60 лет, причем отмечено постоянное прогрессирующее процесса.

Хроническое прогрессирующее течение артроза ведет к потере функции тазобедренного сустава, а двустороннее поражение превращает человека в тяжелого инвалида. Так, экспертиза трудоспособности при коксартрозе показала, что у 41,7% - 67% больных наступает полная инвалидизация. Причем инвалиды первой группы составляют около 20%, второй – от 13,9 до 81,9% и третьей – 18,1-45,1%

Изменение демографической структуры населения имеет отчетливую тенденцию к увеличению удельного веса лиц пожилого возраста по всему миру, следствием чего является устойчивый, прогрессирующий рост частоты коксартрозов в общей структуре патологии опорно-двигательной системы. Так, переломы шейки бедренной кости составляют до 80% поврежденных проксимального конца бедра и до 68% от общего числа переломов у лиц вышеотмеченной возрастной категории, причем с увеличением возраста, рост данных переломов возрастает в логарифмической прогрессии.

A.Swanson и G.Murdoch отметили, что риск перелома проксимального конца бедренной кости в возрасте 80-84 года превышает 25000 на 100000 жителей, а общей показатель летальности для лиц всех возрастов при этом виде травм составляет 11,9%.

Среди женщин переломы шейки бедренной кости регистрируются в 2-4 раза чаще, чем среди мужчин. Причины высокой частоты данных переломов ряд исследователей связывают с атрофией и слабостью мышц, окружающих тазобедренный сустав, с тяжелым остеопорозом, изменениями трабекулярной архитектоники кости и уменьшением прочности ее коркового слоя. Характерной особенностью большинства больных с переломами проксимального отдела бедренной кости является

высокий процент сопутствующий соматической патологии, которая выявляется от 86,1 до 91% случаев.

Таким образом, удельный вес тяжелой патологии тазобедренного сустава среди других ортопедических заболеваний в настоящее время еще достаточно велик. Основную массу пострадавших составляют лица наиболее работоспособного возраста, а число инвалидов первой и второй группы преобладает, так как трудно, а порой и невозможно мобилизовать сустав (при болезни Бехтерева, двухсторонних анкилозах различной этиологии и т.п.), не прибегнув к эндопротезированию. Все это ясно показывает, насколько важна и социально значима эта проблема.

СЛУЧАИ СОЧЕТАНИЯ COVID-19 И ПЕРВИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Чомчкова Жанара Раскельдиевна¹, Жангелова Шолпан Болатовна², Гончарова Анастасия Витальевна¹, Мамбетова Гульнар Касымовна¹

¹КГП на ПХВ «Городское патолого-анатомическое бюро» Управления Общественного Здоровья города Алматы, Республика Казахстан,

²Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Введение. Анализ данных литературы выявил, что тяжелым формам COVID-19 подвержены люди в любом возрасте с ослабленной иммунной системой и хроническими заболеваниями, которые связаны с хроническим воспалением. Факторами риска также являются курение и ожирение. Большая часть (>60%) тяжелых пациентов – лица в возрасте 50 лет и старше. У пожилых людей с возрастными заболеваниями (диабетом, гипертонией, сердечно-сосудистые заболевания) часто развивается хроническое воспаление, которое может увеличивать риск развития тяжелых осложнений COVID-19, таких как ОРДС.

Идея. Выявить возможную связь COVID-19 и первичного инфекционного эндокардита.

Цель. Проанализировать данные вскрытия и истории болезни у умерших от тяжелой формы COVID-19, сопутствующей патологий у которых выявлен первичный инфекционный эндокардит.

Материалы и методы. С учетом поставленной цели, нами было проведено тщательное изучение историй болезней и протоколов вскрытий четырех

пациентов, умерших от COVID-19. В рубрикации патологоанатомического диагноза сопутствующим заболеванием был выставлен первичный инфекционный эндокардит. Исследование проведено на основе данных Городского патолого-анатомического бюро города Алматы, Республика Казахстан. Всем умершим при жизни было проведено исследование на SARS-CoV-2 на основе анализа полимеразной цепной реакции. Патоморфологическое исследование включало в себя макроскопическое посмертное исследование, микроскопическое изучение образцов трупного материала с применением стандартной окраски срезов гематоксилин-эозином, использованием гистохимических методов для выявления соединительной ткани, наличия тромбов и сроков возникновения последних.

Полученные результаты. Всего за период июнь-август 2020 было проведено 65 аутопсий, пациентов умерших от тяжелой формы COVID-19. Из 65 умерших пациентов, мужчин было 41 (63%), женщин 24 (34%). Самый молодой умерший был в возрасте 32 года, самый старый – 92 года. Средний возраст умерших составил 72,6 лет. У всех пациентов была идентифицирована COVID – 19 ассоциированная пневмония. ПЦР положительных – 39 (60%), ПЦР- отрицательных – 26 (40%) умерших.

Из 65 аутопсий в четырех случаях (6.1%) выявлен первичный инфекционный эндокардит в качестве сопутствующей патологии.

Все умершие мужчины были в возрасте: 79 лет, 81 год, 39 лет, 67 лет. Общее количество дней (догоспитальный и госпитальный этап) составил 14, 15, 29, 28 соответственно.

У пациента в возрасте 79 лет выявлен первичный инфекционный эндокардит, острое течение на трикуспидальном клапане. Также был выявлен сахарный диабет, артериальная гипертония, хроническая ишемическая болезнь сердца, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

У умершего пациента в возрасте 81 год выявлен первичный инфекционный эндокардит подострое течение аортального клапана, а также рак предстательной железы без генерализации.

Пациент в возрасте 39 лет имел сочетанное поражение трикуспидального и митрального клапанов в стадии подострого течения. В данном случае в анамнезе отмечена ВИЧ-инфекция.

Пациент в возрасте 67 лет имел длительность заболевания 28 дней, отмечено поражение митрального клапана, а также в анамнезе сахарный диабет. На вскрытии первичный инфекционный эндокардит имел форму полипозно-язвенного кла-

панного эндокардита.

При микроскопическом исследовании были выявлены признаки генерализации процесса в виде бактериальной эмболии, гнойные очаги во внутренних органах, явления гнойного миокардита.

Легкие на вскрытии имели повышенный объем, плотную консистенцию, красный цвет паренхимы при небольшом сроке течения заболевания и вид по типу «среза мрамора» с диффузными сероватыми включениями при длительном течении заболевания.

Выводы: Средний возраст умерших пациентов составил 72,6 лет.

Первичный инфекционный эндокардит отмечен в четырех случаях и составил 6.1%.

На фоне характерных для COVID-19 изменений в легочной ткани в виде различных стадий острого респираторного дистресс-синдрома, выявлены гнойные процессы во внутренних органах как проявления первичного инфекционного эндокардита. Длительность заболевания COVID-19 по данным истории болезни, микроскопические изменения в легочной ткани и морфология пораженных клапанов позволяют предположить, что в ряде случаев вирусная инфекция может осложняться развитием первичного инфекционного эндокардита.

Источника финансирования нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА СЕРЕБРА ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Асемов А. Б.¹, Бабаева А. А.¹

¹Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы Казахстан

Цель работы: Изучение эффективности и безопасности местного применения водного раствора дисперсий микрочастиц серебра в комплексном лечении синдрома диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 86 больных СДС в возрасте от 25 до 74 лет на базе Центра «Диабетическая стопа», г. Алматы. Давность диабета колебалась от 2,5 до 20 лет. Пять пациентов имели 1 тип диабета. В анамнезе стаж СДС от 1 недели до 2,5 месяцев. Распространенность и глубина СДС оценивалась по классификации Вагнера-Армстронга. Контрольную

группу составили 21 больных в возрасте от 26 до 74 лет. Причины возникновения, степень тяжести и фазы раневого процесса СДС были аналогичны таковым в исследуемой группе. Все пациенты основной и контрольной группы получали общепринятое лечение для СДС. В группе контроля, как и в основной, местное лечение проводилось согласно международным рекомендациям и состояло из санации раны (удаления некротических тканей), наложения влажной раневой повязки, разгрузки конечности и по показаниям, под местной или спинномозговой анестезией, проводились оперативные вмешательства на пораженной нижней конечности.

Для клинического изучения применялась водная дисперсия микрочастиц серебра. Лекарственная форма представляет собой прозрачный раствор без цвета и без запаха.

Для изучения эффективности лечения проводили наблюдения за динамикой изменений в зоне поражения. Проводилось микробиологическое исследование отделяемого с раневой поверхности выполняли: 1) до начала исследования, 2) на 10-11 сутки, 3) на 20-21 сутки лечения препаратом. С этой целью с поверхности ран осуществлялся забор биоматериала по стандартной методике. Для проведения данного исследования применялся культуральный метод изучения – посев на специальные среды культуры клеток, выделение, степень роста, идентификация возбудителя, определение его чувствительности к антибиотикам и химиопрепаратам с расчетом минимальной ингибирующей концентрации антибиотика (МИК). Выявленные микроорганизмы наиболее чувствительны к тем антибиотикам, которые имеют наименьшее значение МИК.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерных программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования: Основная группа 65 пациентов СДС в возрасте от 25 до 74 лет. Клиническая картина гнойно-некротических поражений, развившихся на фоне СД, до начала местного лечения водной дисперсии микрочастиц серебра в виде раствора, была следующей: обильное отделяемое из раны носило гнойно-серозный характер, имелся некроз и налет фибрина на раневой поверхности, грануляционной ткани не было, очаги эпителизации отсутствовали, присутствовал отек и перифокальное воспаление.

Площадь раневой поверхности у исследуемых больных составляла от 21.7мм² – до 1231.5мм².

1. В результате местного лечения раствором серебра в сочетании с комплексным лечением СДС было отмечено укорочение 1-2 фаз течения раневого процесса в среднем на 38,2% в сравнении с контрольной группой.
2. По данным микробиологическое исследования, в процессе проводимого местного лечения раствором серебра у пациентов СДС, степень роста культур микроорганизмов из ран к 10-11 суткам снизилась на 43,7%, к 20-21 суткам на 89,9%, тогда как в контрольной к 20-21 суткам снижение отмечено на 17,5%.
3. На 20-21 сутки у больных СДС выявлено снижение полибактериальной инфекции в контрольной группе на 57,5%, в основной на 100%.
4. По результатам изучения степени антибиотикорезистентности микроорганизмов из отделяемого ран при СДС, отмечено достоверное снижение МИК, в основной группе на 67,8%, в контрольной на 20%.

Обсуждение: В настоящее время сахарный диабет (СД) и его осложнения остаются одними из самых актуальных проблем теоретической и практической медицины. Во всем мире синдромом диабетической стопы (СДС) страдает более 20 млн. человек. Хотя достигнуты определенные успехи в диагностике и лечении СДС, но все же данное осложнение занимает лидирующее положение среди причин ампутаций конечности, инвалидизации, и смертности. Особенно при наличии в ране антибиотикорезистентных форм микроорганизмов. Результаты микробиологическое исследования в контрольной группе несколько отличались от основной группы. Количественный и качественный состав микроорганизмов в ране не имел значительной динамики. В основном он не менялся, сохранялся обильный (IV степень) рост микрофлоры (80%), отмечалось незначительное снижение средних показателей МИК ($8,4 \pm 0,3$). Полибактериальная инфекция в ране была выявлена у двух пациентов (9,5%) с СДС.

В результате местного применения раствора серебра ни у одного больного не было отмечено наличие каких-либо локальных цитотоксических и аллергических проявлений.

Таким образом, в результате изучения местного применения раствора серебра в сочетании с комплексным лечением СДС было показано его безопасность и эффективность.

УЧАСТИЕ ПЕЧЕНИ В РЕГУЛЯЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Жураева М.А., Бабич С.М., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Актуальность изучения панкреатических протеаз, инкретируемых пищеварительными железами в кровь, имеет значение в связи с появившимся в последние годы большим количеством работ о рецепторах, активируемых протеазами. Рецепторы расположены на клеточных мембранах различных органов и тканей, через которые может осуществляться усиление или снижение функциональной активности этих органов и тканей организма под влиянием панкреатических протеаз.

Цель исследования: Изучить роль печени в модификации пептидергических механизмов регуляции пищеварительных желез желудка и поджелудочной железы.

Материал и методы. Исследования проведены на 84 крысах в 12 сериях, по 7 острых экспериментов в каждой серии. Изучали изменение поджелудочной секреции, в 1 серии (опытная) вводили в портальную вену короткоцепочный пептид - ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора, во 2 серии (опытная) - в периферическую вену вводили ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 3 серии (опытная) вводили в портальную вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутривенно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 4 серии (опытная) вводили в периферическую вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора и дополнительно внутривенно вводили ингибитор протеаз контрикал (апротинин) 25 000 АТрЕ/кг. В 5 серии (опытная) вводили в портальную вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) совместно с трипсином в дозе (300 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора. В 6 серии (опытная) вводили в периферическую вену ХЦК-8 (0,15 мкг/кг) и секретин (0,15 мкг/кг) совместно с трипсином в дозе (300 мкг/кг) в 0,3 мл физиологического раствора.

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяе-

мого поджелудочного сока под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, был достоверно ниже таковых показателей при введении ХЦК-8 в периферическую вену.

При совместном введении контрикала и ХЦК-8, по отношению к результатам введения только ХЦК-8, отмечалось недостоверное снижение показателей при введении в периферическую вену и достоверное снижение при введении в портальную вену.

Под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, показатели ОПА были менее выраженные и достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену. При совместном введении трипсина и ХЦК-8, по отношению к результатам введения только ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение показателей ОПА при введении в периферическую вену и достоверное увеличение при введении в портальную вену. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей ОПА при введении в периферическую вену и достоверное уменьшение при введении в портальную вену. Объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, был достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену. Совместное введение трипсина и Г-5, по отношению к результатам введения только Г-5, вызывало недостоверное увеличение показателей объема желудочного сока при введении в периферическую вену и достоверное увеличение при введении в портальную вену. В тоже время под влиянием совместно контрикала и Г-5 отмечалось недостоверное уменьшение этих показателей при введении в периферическую вену и достоверное снижение при введении в портальную вену.

Выводы: Короткоцепочные пептиды ХЦК-8 и Г-5 в значительной степени утилизируются печенью. Ингибитор протеаз контрикал, при прохождении через печень, повышает способность печени утилизировать ХЦК-8 и Г-5, за счет чего снижает секреторную функцию желудка и поджелудочной железы. Трипсин, инкретируемый поджелудочной железой, и его ингибиторы могут участвовать в модификации механизмов регуляции функции желудка и поджелудочной железы.

РАННИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С, ГЕНОТИП 1В.

Жураева М.А., Абдулазизхожиев Б., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение. Заболеваемость гепатитом С растет, инфицируются преимущественно молодые люди, у части из которых без адекватного лечения к зрелому возрасту сформируется цирроз печени. Это требует больших материальных затрат на оказание им медицинской помощи и социальной поддержки.

Цель исследования: выявление ранних критериев эффективности противовирусного лечения хронического гепатита С, генотип 1в, у мужчин препаратом Вирпас.

Методы исследования: В исследование включено 66 больных ХГС, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Андижанского государственного медицинского института в период с 2017 года по 2019 г.

Результаты: Нормализация уровня активности АЛТ у больных ХГС, генотип 1в, в период противовирусной терапии препаратом Вирпас нижеследующее.

Нормализация уровня активности АЛТ на фоне комбинированной противовирусной терапии определена нами как положительный биохимический ответ. У части больных было отмечено снижение уровня активности АЛТ, хотя нормальный уровень АЛТ не был достигнут. Это было расценено как частичный положительный биохимический ответ. Положительный биохимический ответ через 4 недели лечения был достигнут у 23 больных из 66, у 1 пациента - частичный положительный биохимический ответ.

По истечении 8 недель комбинированной противовирусной терапии нормализация активности АЛТ отмечалась у 26 пациентов. У 1 больного сохранялся частичный положительный биохимический ответ.

К концу 12 недель лечения положительный биохимический ответ достигнут у 28 пациентов.

По истечении 24 недель противовирусной терапии у 28 из 66 больных активность АЛТ оставалась в пределах нормальных величин.

Выводы: Таким образом, анализируя динамику активности АЛТ на фоне комбинированной

противовирусной терапии больных ХГС, генотип 1b препаратом Вирпас, было выявлено, что через 4 недели АЛТ нормализовалась у 34,8% больных. После 8 недель этот показатель составлял 39,3%. Число больных с положительным биохимическим ответом после 12 недель составило 42,4% и сохранялось на этом уровне на протяжении дальнейшего лечения. Через 48 недель, т.е. на момент окончания противовирусной терапии нормальный уровень АЛТ сохранялся у 40,9% пациентов.

IDENTIFICATION OF RISK FACTORS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

U.S.Abdullaev, Mirakhmedova H.T.

Department of Propedeutics of Internal Diseases of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent city.

Purpose: To identify risk factors for endothelial dysfunction in the development of cardiovascular diseases in patients with psoriatic arthritis for prevent complications of cardiovascular pathology.

Materials and Methods: For the study, 76 patients aged 18 to 65 years with a confirmed diagnosis of psoriatic arthritis were selected, who were hospitalized. The average age of patients with psoriatic arthritis was 41.26 + 11.9 years.

Objective examination of patients began with measurement of body mass index (BMI), calculation of heart rate (HR), measurement of blood pressure with calculation of mean arterial pressure (BP), complete blood count (CBC), complete urinalysis (OAM), biochemical blood test with the determination of total cholesterol (TC), high density lipoprotein (HDL), triglycerides (TG), with the calculation of the level of low density lipoprotein (LDL), calculation of the atherogenic index, determination of the level of fibrinogen, determination of C-reactive protein, determination of circulating immune complexes, electrocardiography, X-ray examination of the sacroiliac joints, spine and other joints. To determine the risk of coronary artery disease, the following factors were assessed: age, burdened heredity, overweight, smoking, total coronary risk was calculated, duplex examination of the carotid arteries and an occlusion test were performed.

Results: Prevalence of chronic heart failure adjusted for age and sex (2.1%), coronary heart

disease (8.1%), peripheral vascular disease (3.1%), cerebrovascular disease (3.1%), type II diabetes (11.3%), hyperlipidemia (32.4%) and arterial hypertension (29.3%) were significantly higher in patients with psoriatic arthritis than in healthy people, indicating an increased risk of cardiovascular disease. Many patients had at least one cardiovascular disease (hypertension, cerebrovascular accident, myocardial infarction, angina pectoris, or congestive heart failure), corresponding to a prevalence of 34%. Increased prevalence was observed for hypertension, myocardial infarction, and angina pectoris, with age- and gender-adjusted overall standardized prevalence rates of 2.1, 2.9, and 2.1, respectively.

Metabolic syndrome was defined in both studies based on recent collaborative consensus criteria when ≥ 3 of the following components were present: increased waist circumference as defined by population and country; raising triglyceride levels to ≥ 150 mg/dL or elevated triglyceride therapy; lowering high density lipoprotein (HDL) cholesterol to < 40 mg/dL in men and < 50 mg/dL in women; high blood pressure, systolic pressure ≥ 130 mm.Hg. Arterial and/or diastolic pressure ≥ 85 mm.Hg. Arterial or the need for drug therapy; and increasing fasting glucose to ≥ 100 mg/dL. In a study of a small number of patients with inflammatory arthritis, including PsA, 69% of patients had high homocysteine levels (> 15 μ mol/L). Asymptomatic hyperuricemia and serum uric acid levels also correlated with subclinical atherosclerosis in patients with PsA without clinically evident CVD.

Conclusion: The most common risk factors for endothelial dysfunction in patients with psoriatic arthritis turned out to be burdened heredity due to ischemic heart disease, hypertension, dyslipidemia and other metabolic changes. The combination of psoriatic arthritis and arterial hypertension is associated with increased rigidity of the vascular wall, damage to the endothelium with impaired function.

ВЛИЯНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Черкащенко С.О., Шестерина Ю.Б.,

ГОО ВПО Донецкий Национальный Медицинский Университет Им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования: оценить влияние хронического запора (ХЗ) у женщин в постменопаузе на показатели липидного профиля.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 60 женщин в возрасте от 45 до 65 лет с гипертонической болезнью 2 степени и высоким риском сердечно-сосудистых событий, ранее не проходившие ежегодную диспансеризацию и не принимающие антигипертензивную и иную терапию. Всем пациентам до начала исследования было выполнено фенотипирование липопротеидов сыворотки крови (общий холестерин - ХС, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)). Все пациенты были разделены на две группы: I группа – 31 человек с ХЗ, II группа – 29 человек без ХЗ. Статистическая обработка данных проводилась при помощи MedCalc. Данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее значение, SD – среднеквадратичное отклонение. Для оценки достоверности различий между показателями использован t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считать различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: уровень ХС ЛПНП изначально в 1-й группе составлял $4,52 \pm 1,2$ ммоль/л, во второй группе – $4,35 \pm 1,3$ ммоль/л ($p = 0,787$), уровень ХС в 1-й группе составил $5,2 \pm 0,8$ ммоль/л, во II-й – $4,93 \pm 1,1$ ммоль/л ($p = 0,436$), ХС ЛПВП в I-й группе $0,97 \pm 0,25$ ммоль/л, во II-й группе $1,01 \pm 0,3$ ммоль/л ($p = 0,547$). Для достижения целевого уровня ХС ЛПНП менее 1,8 ммоль/л в обеих группах был назначен розувастатин в суточной дозе 20 мг. Через 3 месяца при фенотипировании липопротеидов сыворотки крови выявлены следующие изменения: среднее значение уровня ХС ЛПНП в первой группе составило $3,16 \pm 0,84$ ммоль/л, тогда как во второй группе показатель был равен $2,67 \pm 0,85$, разница оказалась статистически значимой ($p = 0,003$). Уровень ХС составил в 1-й группе $4,27 \pm 0,7$ ммоль/л, во 2-й – $4,34 \pm 0,8$ ммоль/л ($p = 0,436$). ХС ЛПВП в I-й группе $1,6 \pm 0,2$ ммоль/л, во II-й группе $1,54 \pm 0,3$ ммоль/л ($p = 0,52$).

Выводы: таким образом в группе женщин с синдромом хронического запора в постменопаузе на фоне высокодозовой терапии статинами уровень ХС ЛПНП снизился менее значительно, чем в группе без ХЗ.

Источника финансирования нет.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

К. Галлингер, А. Сорокина, А. Потапенко, Е. Павликова

Московский Государственный Университет им. М. В. Ломоносова, Российская Федерация

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и сахарный диабет (СД) – это возраст-ассоциированные заболевания, ассоциированные с высокой заболеваемостью и смертностью и являющиеся тяжелым бременем для пациентов и общества. Влияние СД на развитие ХСН впервые было выявлено в 1972 году и получило название диабетической кардиомиопатии, в то время как гипотеза о предрасположенности пациентов с ХСН к СД появилась совсем недавно. Механизмы этой связи до конца не ясны, а статистические данные в разных работах сильно разнятся. Кроме того, существует мало данных о влиянии СД на фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у пациентов с ХСН.

Идея: выявление взаимосвязи между ХСН и СД может подтвердить общность патогенеза этих заболеваний и способствовать развитию новых методов лечения коморбидных пациентов.

Цель исследования: оценить распространенность нарушений метаболизма глюкозы у пациентов с ХСН и без нее, а также оценить взаимосвязь между нарушениями углеводного обмена и ФВЛЖ у пациентов с ХСН.

Материалы и методы: в исследование были включены 225 пациентов 68 \pm 7,8 лет (M-39%, F-61%), госпитализированных в нашу клинику (99 пациентов с ХСН и 126 пациентов без ХСН). Критериями исключения были хронические легочные заболевания, констриктивный перикардит, врожденные пороки сердца и анемия. Всем пациентам проводился пероральный тест на толерантность к глюкозе с целью выявления нарушений метаболизма глюкозы. Оценка сопоставимости групп проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни. Влияние ХСН на развитие нарушений метаболизма глюкозы и связь между нарушениями метаболизма глюкозы и ФВЛЖ у пациентов с ХСН оценивали с помощью теста Хи-Квадрат и расчета отношения шансов (ОШ).

Результаты: группы были сопоставимы по воз-

расту ($p=0,35$), полу ($p=0,18$), индексу массы тела ($p=0,17$), уровню систолического артериального давления ($p=0,15$), диастолического артериального давления ($p=0,49$) и частоте сердечных сокращений ($p=0,21$). У пациентов с ХСН значительно чаще развиваются нарушения метаболизма глюкозы. В группах с ХСН и без нее распространенность нарушений метаболизма глюкозы составляет 31,3% и 14,4% соответственно ($p<0,01$). ОШ 2,74 (1,42-5,27). Пациенты с сердечной недостаточностью с сохраненной и сниженной фракцией выброса (ХСНсФВ, ХСНнФВ) были сопоставимы по возрасту ($p=0,66$), полу ($p=0,42$), индексу массы тела ($p=0,06$), уровню систолического артериального давления ($p=0,19$), диастолического артериального давления ($p=0,61$) и частоте сердечных сокращений ($p=0,20$). Наличие СД не влияет на изменение фенотипа ХСН (с ХСНсФВ на ХСНнФВ или наоборот). Доля пациентов с СД в группах ХСНсФВ и ХСНнФВ составляет 33,3% и 29,17% соответственно ($P=0,66$), а ОШ незначительно – 1,2 (0,52-2,85).

Выводы: пациенты с ХСН имеют более высокий риск развития нарушений метаболизма глюкозы по сравнению с пациентами контрольной группы (31% против 14%). Не было обнаружено ассоциации между наличием нарушений метаболизма глюкозы и ФВЛЖ. Измерение только ФВЛЖ методом эхокардиографии в качестве критерия динамики прогрессирования ХСН у пациентов с нарушениями метаболизма глюкозы представляется нецелесообразным.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Бочко Дарья Ивановна

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет

Введение. В России число самоубийств на душу населения превышает среднемировые показатели в 2,5 раза (26,5 случая на 100 тысяч человек - против 10,5), при этом каждая пятая причина самоубийства являются заболеваниями внутренних органов.

Широко известно, что психика человека влияет на усугубление его хронических заболеваний, но также, ХНИЗ влияет на душевные переживания

человека и может принести «урон» психическому здоровью. Психические и соматические процессы в организме человека тесно взаимосвязаны. В случае нарушения работы систем организма появляются предвестники тяжелых заболеваний. В психиатрии существует такое понятие как соматопсихика - влияние перенесенных (или продолжающихся хронических заболеваний) на здоровье человека. Гипоксия в следствии бронхолегочных заболеваний, атеросклеротические изменения сосудов, гормональные изменения, действия лекарств на организм человека, изменения уровня глюкозы в крови – все это играет огромную роль в развитии не только депрессии, но и суицидальных факторов.

Большое число пациентов соматических стационарных и амбулаторных учреждений с коморбидными психическими расстройствами не позволяет охватить всех специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью. Нельзя также игнорировать существующее предубеждение многих пациентов против общения с психиатрами и психотерапевтами. Из-за стигматизации психиатрической службы и психических заболеваний, большинство пациентов избегают посещения психиатров и других специалистов в сфере психического здоровья. По данным международного исследования ВОЗ в 17 странах, лишь каждый пятый человек, страдающий выраженным психическим расстройством, получает соответствующее лечение. Врач-терапевт может заподозрить наличие суицидального поведения, когда пациент приходит на прием.

Цель исследования. Оценить возможное суицидальное поведение у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи на терапевтическом участке.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 135 человек, со средним возрастом 55 ± 5 лет, 50 мужчин и 85 женщин, на базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №4» г. Тюмени в период с 11.07- 17.07.2020 года было проведено анонимное анкетирование на основе шкалы PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). PHQ-9 – это шкала по диагностике депрессии, которая выявляет риск возникновения суицидального поведения.

Результаты и обсуждение. Группа пациентов была распределена согласно нозологиям на подгруппы: 1-я подгруппа – пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями - 36 человек (26,7%); 2-я подгруппа – пациенты с СД 2 типа и АГ – 24

человек (17,8%); 3-я подгруппа – пациенты с ХОБЛ – 30 человек (22,2%); 4-я подгруппа – пациенты с БА – 15 человек (11,1%); 5-я подгруппа – пациенты с РА – 18 человек (13,3%); 6-я подгруппа – пациенты с ХБП - 12 человек (8,9%). Все подгруппы сопоставимы по возрасту и половой принадлежности. В 1-й подгруппе, 10 человек (83,3%) по результатам теста оказались с депрессией тяжелой степени, в то время как 2 (16,7%) с депрессией средней степени. Во 2-й подгруппе, также наблюдалась тенденция к депрессии тяжелой степени, 21 пациент (87,5%) из 24, 3 человека (12,5%) - депрессию средней степени. Пациенты 4-й подгруппы – 15 человек (100%), имеют высокий риск возникновения суицидального поведения. Пациенты 3-ей и 5-ой подгрупп имели депрессию средней степени. В 6-ой подгруппе - легкую степень депрессии.

Выводы: 1. Выявлена взаимосвязь между тяжестью ХНИЗ и степени выраженности депрессии у пациентов на терапевтическом участке, чем тяжелее заболевание, тем больше риск возникновения суицидального поведения. 2. Пациенты из 2-ой и 4-ой подгрупп наиболее предрасположены к возникновению суицидального риска. Большинство из них имеют депрессию тяжелой степени тяжести. 3. Пациенты 3-ей и 5-ой подгрупп имели депрессию средней степени тяжести, а пациенты 6-ой подгруппы – депрессию легкой степени. 4. Важно при организации лечения психических заболеваний наладить сотрудничество врачей общей практики и психиатров, совершенствовать организационные формы совместной работы. 5. Пациенты всех подгрупп нуждаются в психотерапевтической помощи. 6. Нужно включать соответствующие разделы с психическими патологиями в амбулаторной практике в медицинские рекомендации по соматическим болезням, как это делается рядом ведущих зарубежных медицинских организаций. 7. Для скрининга врачу-терапевту можно использовать стандартизированные опросники, позволяющие при небольших временных затратах в 5–15 мин выявить пациентов с возможным психическим расстройством. 8. Высокое значение депрессий в группе пациентов с ХНИЗ также зависит от мировой эпидемической обстановки. Пандемия COVID-19 оказалась тяжелым бременем для мирового сообщества. В то время как общественное здравоохранение сосредоточено на возможностях лечения пандемии, оказания интенсивной помощи пациентам и возможностям профилактики, из-за самоизоляции возросло количество тревожных и депрессивных заболеваний у людей, находящихся на самоизоляции. Данное явление

усугубляется нестабильной ситуацией в мире и глобальным экономическим спадом.

ГАЛОПРОФИЛАКТИКА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ

Манишарипов Д.¹, Кумар Р.¹, Ешманова А.К..⁴, Манишарипова А.Т.¹, Нуфтиева А.И.⁴, Сафонов Д.², Кабиева А.³

¹КазРосМедуниверситет, г. Алматы

²Ассоциация молодых медиков г. Алматы

³Алмаркс, г. Алматы

⁴КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

При реабилитации терапевтических заболеваний у пожилых управляемая галопрофилактика может приводить к снижению уровня стресса.

Целью работы было изучение управляемой галотерапии в комплексной терапии у пациентов пожилого возраста.

Метод управляемой галотерапии применялся с помощью работы галогенератора АСА.01.3 (ЗАО «Аэрмед» Санкт-Петербург) в оборудованном помещении согласно требованию производителя в Центре дневного пребывания в условиях полустационара. Процедуры проводились с параметрами: концентрации высокодисперсного аэрозоля хлорида натрия от 1,0 до 5,0 мг/м³ с учетом разных нозологических форм; время процедуры варьировало от 30 до 45 мин; курс галопрофилактики составил 10- 12 процедур. Нами использовалась управляемая галопрофилактика для 67 пациента обоего пола с терапевтическими заболеваниями вне обострения (хронической обструктивной болезнью легких, артериальной гипертензией 1-3 степени, сахарным диабетом 2 типа, гипотиреозом). Возраст пациентов составил $65,3 \pm 4,8$ лет. Все пациенты принимали лекарственную терапию. Оценка процедуры и эффективности реабилитации проводилась путем анкетирования стандартной анкетой качества жизни до и после завершения курса и оценкой общего состояния. Работа была одобрена локальной этической комиссией. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ SPSS.

В результате работы выявлено, что пациенты отмечали хорошую переносимость процедуры. У всех пациентов отсутствовали побочные явления после курса галопрофилактики. После завершения курса галотерапии у пациентов регистрировалась

стабилизация общего состояния (36%), улучшение эмоционального состояния (69%), сна (17%), снижение утомляемости и раздражительности (48%), улучшение психологического здоровья (42%).

Таким образом, применение метода управляемой галопротекции при терапевтических заболеваниях вне обострения может быть одной из реабилитационных методик для пожилых пациентов в комплексной реабилитации.

СИНХРОННАЯ ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СОСТАВА ЛИПОПРОТЕИДОВ СЫВОРОТОК КРОВИ И МЕМБРАН КЛЕТОК В ПОИСКАХ БИОМАРКЕРОВ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ ИБС.

Бахирев А.М., Лизенко М.В.

КФГБОУВО «Петрозаводский государственный университет» Медицинский институт.

Введение (цели/ задачи): При постановке диагноза кардиореспираторной патологии ИБС с ХОБЛ (КРП) возникает ряд трудностей: отсутствие манифестной клиники, сходство жалоб и анамнеза, наличие одинаковых факторов риска и возрастной ценз дебюта. Между тем, предсказанный выход ХОБЛ на 3 место по смертности, заставляет задуматься о судьбе возрастающего контингента с сочетанием ИБС и ХОБЛ. При КРП скорость и формы проявления системного воспаления и атерогенеза несопоставимы по тяжести с таковыми в моноформном статусе, а к проблемам диагностики добавляются трудности лечения.

Всё это, а также известное сходство параметров липидного спектра, отсутствие ранних диагностических критериев ХОБЛ у больного ИБС послужило поводом поиска возможных конкретных метаболических маркеров.

Материал и методы: В исследовании участвовали мужчины: 56 здоровых доноров (1 группа), а также 60 пациентов с ИБС (2 группа) и 42 в 3 группе (ИБС+ХОБЛ) - со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК по Канадской классификации. Параметры ХОБЛ (по GOLD, 2014) ограничивались 2 спирометрической степенью тяжести, группы А и В. ИБС и ХОБЛ имели анамнез не более 5 лет. При отборе для исключения обострения, наличия латентных форм заболеваний почек, эндокринной системы проводился длительный тщательный скрининг, были отменены на 7-10 суток базисные препараты, статины и гормональные средства.

Субстратом исследования были жирные кислоты (ЖК) мембран эритроцитов (МЭ), как удобной модели клеточных структур и атерогенных липопротеидов (ЛПНП) сывороток крови (СК). Применены методы осаждения, спектрофотометрии и газожидкостной хроматографии. Статистический анализ выполнен непараметрическим методом Манн-Уитни с использованием Statistica 6.0.

Результаты: Выявлено повышение содержания насыщенных ЖК в ЭХС (эфирах холестерина) и ТГ (триглицеридах). В МЭ и ЛПНП по сумме ЖК ФЛ (фосфолипидов) наблюдалась однонаправленная тенденция: повышение насыщенных, снижение полиеновых - в ряду от группы контроля до группы с ИБС, ИБС+ХОБЛ.

Установлено, что в МЭ и ЛПНП по сумме разных групп полиеновых кислот тенденция была одинаковой - снижение ω -3 в той же последовательности (больные с ИБС - больные с ИБС+ХОБЛ) и повышение индекса ω -6/ ω -3 почти в 4 раза у коморбидных больных.

Однако, наиболее характерными оказались значительные изменения в пределах внутреннего соотношения ненасыщенных жирных кислот в составе полиненасыщенных. Это проявлялось в исключительно резкой убыли содержания ω -3 на фоне стабильности квоты ω -6 и пятикратном росте коэффициента ω -6/ ω -3 в ЭХС и трёхкратном - в ТГ. Выводы:

Липидный состав, сумма жирных кислот не являются информативными для факта присоединения ХОБЛ к ИБС. Специфичным оказался параметр усугубления дефицита ω -3, многократное превышение индекса ω -6/ ω -3 в ЭХС и ТГ, которые участвуют в модификации структуры мембран и отражают синергизм патологических реакций при формировании ХОБЛ. В дальнейшем этот индекс может быть полезным в мониторинговании течения КРП, оценке эффективности лечения пациентов данной категории.

ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ГИДРОЛАЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Жураева М.А., Алейник В.А., Бабич С.М., Н.Д. Ашуралиева, М.А. Ашуралиева, Б.К. Абдулазизхожие
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. У больных хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии обоснованна целесообразность изучения функционального состояния желудка и поджелудочной железы как органов, достаточно часто сопряженно вовлекаемых в патологический процесс. Исследования в крови амилазы, липазы, пепсиногена-1 и пепсиногена-2, и комплексная оценка состояния поджелудочной железы у больных хроническими вирусными поражениями печени позволила выявить нарушения функционального состояния органа в 80% случаев при хроническом гепатите и в 96,3% случаев - при циррозе печени [1].

Цель исследования. Изучить особенности изменения содержания гидролаз крови, инкретированных желудком и поджелудочной железой, при хроническом вирусном гепатите В и дать анализ механизмов этих изменений.

Материал и методы. В иммунологической лаборатории НИЛ Андижанского государственного медицинского института обследованы 118 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет. Для сравнения была сформирована группа здоровых в количестве 42 человек, у которых отсутствовали маркеры вируса гепатита В (HBV), и печеночные пробы были в норме. Из обследованных, 76 имели положительные серологические маркеры HBV инфекции: из них 47 пациентов имели комбинацию маркеров, характеризующих постинфекцию HBV, у 29 человек имелись серологические маркеры, указывающие на хроническую HBV инфекцию.

Результаты исследования. У пациентов с HBV постинфекцией показатели печеночных проб были достоверно выше, чем у здоровых лиц, но показатели АЛТ и АСТ находились в пределах нормы, а общего билирубина и прямого билирубина незначительно выше нормы. У этих же лиц, не смотря на отсутствие выраженного активного HBV процесса, отмечалось достоверное повышение в крови амилазы по отношению к здоровым лицам, и этот показатель был незначительно выше нормы. Показатели липазы были недостоверно выше, чем у здоровых, но находились также в пределах нормы. Пепсиноген-1 находился в пределах нормы, но при этом был достоверно ниже, чем у здоровых, пепсиноген-2 также находился в пределах нормы, но был, несущественно выше, чем у здоровых лиц.

В группе больных хронической HBV инфекцией показатели учитываемых печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего и прямого билирубина были выше нормы и достоверно превышали таковые показатели у лиц с HBV постинфекцией. В этой же группе

больных, отмечался высокий средний показатель в крови амилазы достоверно превышающий показатель у лиц с HBV постинфекцией, который был значительно выше нормы. В большей мере, но не достоверно отмечалось повышение липазы, в сравнении, с лицами с HBV постинфекцией, которое было также выше нормы. При этом показатели пепсиногена-1 были меньше нижнего предела нормы и достоверно значительно ниже, чем у лиц с HBV постинфекцией. В тоже время показатели пепсиногена-2 находились в пределах нормы, но были несколько выше, чем у лиц с HBV постинфекцией.

Вывод. У больных хронической HBV инфекцией установлено повышенное содержание амилазы и липазы в крови, что может указывать на увеличение функциональной активности поджелудочной железы, и развитие скрытой формы панкреатита. Одновременно снижение концентрации сывороточного пепсиногена-1 до значений менее 40 мкг/л, может указывать на заметное уменьшение секреции соляной кислоты и развитие атрофического гастрита. Мы предполагаем, что основным фактором, способствующим развитию указанных нарушений, является ХЦК-8, утилизация которого уменьшается у больных хронической HBV инфекцией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ ЛЕНЕГРА

к.м.н. Фролов Дмитрий Сергеевич
Изяльева Елизавета Анатольевна

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова»

В данном клиническом случае сообщается о трепетании предсердий (ТП) как о первом проявлении болезни Ленегра.

Пациент Л., 20 лет, находился на лечении в кардиологическом отделении с 26.10.2018 г. по 10.12.2018 г. Поступил с жалобами на усиленное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, возникающую на фоне ранее переносимой физической нагрузки (бег).

Считает себя больным с августа 2018 г., когда впервые ощутил вышеуказанные жалобы, за медицинской помощью не обращался. С этого времени чувствовал себя удовлетворительно, но отмечал при интенсивных физических нагрузках усиленное сердцебиение, одышку, которые ранее при подобной нагрузке не беспокоили. 26.10.2018 г. в оче-

редной раз после физической нагрузки отметил резкое ухудшение самочувствия (перебои в сердце), обратился за медицинской помощью. При изучении предоставленной медицинской документации было выяснено, что в июле 2017 г. на электрокардиограмме (ЭКГ) была зарегистрирована атриовентрикулярная (АВ) блокада 1 степени и полная блокада правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ). Анамнез жизни: отец умер от внезапной сердечной смерти (ВСС) в возрасте 47 лет, в остальном – без особенностей.

Данные физикального обследования: частота сердечных сокращений (ЧСС) – 62 уд/мин (ударов в минуту), пульс аритмичный. Обследование других органов и систем без особенностей.

На ЭКГ было зарегистрировано ТП с ЧСЖ (98 уд/мин), отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо, ПБПНПГ и блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса (БЗВЛНПГ).

Был установлен предварительный диагноз: пароксизмальная форма ТП, впервые выявленный пароксизм типичного ТП, нормосистолическая форма, без сердечной недостаточности.

Проведен ряд лабораторных исследований. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови в пределах референсных значений. Функция щитовидной железы не нарушена. Значения коагулограммы, анализ крови на антинуклеарный фактор и ANCA в пределах нормы.

Эхокардиография и магнитно-резонансная томография сердца, компьютерная томография органов грудной клетки, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и щитовидной железы – без патологии.

Во время суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ) наблюдалось ТП с частотой сокращений предсердий 262-297 уд/мин и ЧСЖ 26-136 уд/мин (в среднем 56 уд/мин) и АВ-проведением - 4:1-14:1. Было зафиксировано 74 паузы (более 2500 мс) с максимальной продолжительностью - 3107 мс (без клинических симптомов).

Пациенту была успешно проведена электрическая кардиоверсия. После короткого эпизода брадикардии (замещающий узловый ритм с ЧСС 45 уд/мин, затем ускоренный ритм с АВ-диссоциацией с частотой 55-60 уд/мин), что требовало дополнительного введения 1 мг атропина, восстановлен синусовый ритм (СР) с ЧСС 76 уд/мин.

При повторном СМЭКГ спустя неделю после электроимпульсной терапии (ЭИТ), был зарегистрирован СР на фоне АВ-блокады 1 степени; АВ-блокада 2 степени Мобитц I; и синоатриальная (СА) бло-

када 2 степени 2 типа.

Было выполнено чреспищеводное электрофизиологическое исследование. Заключение: на фоне фармакологической денервации сердца сохраняются признаки замедления межпредсердного проведения, проведения по АВ соединению и времени восстановления функции синусового узла.

Проведена велоэргометрия: при нагрузке 250 Вт достигнута субмаксимальная ЧСС 162 уд/мин, изменений ишемического типа и нарушений ритма не выявлено, восстановительный период без особенностей, проба отрицательная.

Пациент консультирован кардиохирургом-аритмологом: с учетом отсутствия симптомной брадикардии и пауз более 3 сек. – показаний к установке электрокардиостимулятора нет, показано динамическое наблюдение, выполнение СМЭКГ через 3 месяца.

Таким образом, **пациенту установлен окончательный диагноз:**

Основное заболевание: Первичное склеродегенеративное поражение проводящей системы сердца (болезнь Ленегра): синдром слабости синусового узла в виде преходящей СА блокады 2 степени и пароксизмальной брадисистолической формы ТП, нарушение проводимости в виде постоянной АВ-блокады 1 степени, преходящей АВ-блокады 2 степени 1 типа, ПБПНПГ, БЗВЛНПГ без сердечной недостаточности. Персистирующее ТП, нормо-брадисистолическая форма, восстановление синусового ЭИТ от 06.11.2018 г.

Согласно данным семейного анамнеза (отец умер от ВСС в возрасте 47 лет) можно предположить, что патология является наследственной. Рассматривался вопрос о необходимости генетического тестирования, но оно не было выполнено по техническим причинам. Пациенту рекомендовано выполнение генетического тестирования на амбулаторном этапе.

На сегодняшний день пациент чувствует себя хорошо, эпизоды сердцебиения и синкопальные состояния отрицает, наблюдается у кардиолога по месту жительства. При СМЭКГ от 31.10.2019 г. регистрировался СР на фоне постоянной АВ-блокады 1 степени. Зарегистрированы частые эпизоды АВ-блокады 2 степени с эпизодами выпадения 3:2, 4:3 в количестве 289 с ЧСЖ от 23 до 36 в минуту преимущественно в утренние часы. Паузы длительностью более 2500 зарегистрированы в количестве 92 в ночные часы.

.....

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Балашова А.В., Одерий А.В., Хан С.А., Шыман А.С.

Научные руководители:

Глинкина И.В. – к.м.н., доцент кафедры

Фадеев В.В. – д.м.н., член-корреспондент РАН,

заведующий кафедрой

Кафедра эндокринологии №1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Актуальность. Популяция пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа старческого возраста продолжает увеличиваться, оставаясь при этом малоизученной.

Цель. Изучить клинические характеристики и особенности ведения пациентов с СД 2 типа старческого возраста.

Материалы и методы. В поперечное одномерное исследование включались все пациенты с диагнозом СД 2 типа в возрасте ≥ 75 лет, планово госпитализированные в клинику эндокринологии Университетской клинической больницы №2 с мая 2018 по июнь 2019 г. Все участники обследовались согласно алгоритмам оказания медицинской помощи больным с СД 2 типа. Данные были обработаны в программе IBM SPSS Statistics 23 и представлены в виде Me [25;75].

Результаты. В исследование были включены 129 пациентов, средний возраст - 79 лет [77;81], из них 76,7% – женщины. Большинство (65,9%) – жители Москвы. Средний возраст выявления СД составил 65 лет [57;70], длительность СД на момент обследования - 15 лет [10;21].

У подавляющего большинства пациентов диагностированы поздние осложнения СД. Диабетическая ретинопатия выявлена у 28,9% пациентов, в том числе у 2,3% – пролиферативная стадия, лазерная коагуляция проводилась 6,2%. Диабетическая нефропатия обнаружена у 88,4% обследованных, из 88,2% случаев – ХБП С3а-4; альбуминурия соответствовала 2 стадии у 50%, 3 стадии – у 15,8%. Диабетическая периферическая полинейропатия – у 96,1%. Синдром диабетической стопы – у 13,2% пациентов, у 7,0% в анамнезе – ампутации. ИБС была у 58,1% пациентов; 22,5% пациентов перенесли острый инфаркт миокарда, 12,4% – реваскуляризацию коронарных артерий. Хроническая сердечная недостаточность – у 44,2% пациентов.

Распространённость цереброваскулярной болезни составила 32,5%, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было у 24,1% пациентов. Заболевания артерий нижних конечностей выявлены у 16,3% обследованных.

Помимо осложнений СД в среднем у пациентов было 5 [3;7] сопутствующих заболеваний, а у 22,5% – когнитивные нарушения, препятствующие коммуникации и обучению.

На момент госпитализации 3,1% пациентов не получали сахароснижающую терапию (ССТ), у 27,9% проводилась ССТ одним препаратом, у 49,6% – двумя, у 19,4% – тремя и более. В составе ССТ метформин принимали 54,4% пациентов, препараты сульфонилмочевины – 44%, ингибиторы ДПП-4 – 17,6%, ингибиторы НГЛТ 2 типа – 5,6%, агонисты рецепторов ГПП-1 – 1,6%, инсулин длительного действия вводили 32%, инсулин ультра-/короткого действия – 17,6%, готовые смеси инсулина – 12,8%. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составил 8,3 [7,1;9,3] и был выше целевого значения на 1,2% [0,5;1,95]. Индивидуальный целевой уровень HbA1c был достигнут лишь у 39,5%. Гипогликемические состояния упоминались как клиническая проблема в анамнезе у 27,1% пациентов.

Коррекция ССТ потребовалась практически всем пациентам: у 17,1% изменялись только дозы препаратов, а у 81,4% производилась замена классов препаратов. И хотя доля пациентов, получающих ≥ 3 и более препарата на момент выписки, увеличилась до 36,5%, у четверти пациентов был произведен депрескрайбинг – замена препаратов с высоким риском гипогликемии на более безопасные.

Распространённость артериальной гипертензии составила 96,1%. При госпитализации антигипертензивную терапию получали 92,2% пациентов. Схема антигипертензивной терапии, состоявшая в среднем из 3 [2;4] препаратов, у большинства пациентов включала ингибитор АПФ (40,8%) или блокатор ангиотензиновых рецепторов (44,2%). Целевой уровень АД был достигнут у 90%.

К категории очень высокого сердечно-сосудистого (СС) риска были отнесены 74,4% пациентов. При этом на момент госпитализации только 47,6% получали гиполипидемическую терапию, и лишь у 13,1% из них был достигнут целевой уровень ХС-ЛПНП.

В среднем при выписке из стационара пациенты получали 8 [6;9] лекарственных средств. Доля пациентов, получающих 5 и более препаратов, составила 92,2%, что указывает на крайне высокую

Высокоселективный β_1 – адреноблокатор с вазодилатирующими свойствами¹

Эффективное снижение АД²

Хорошая переносимость²

Благоприятное воздействие на метаболические показатели³

Один раз в сутки¹
Два механизма действия¹
Два показания:
артериальная гипертензия, стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет

АГ-артериальная гипертензия, ХСН-хроническая сердечная недостаточность.

Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Небилет®

Показания к применению: артериальная гипертензия; стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки, желательно в одно и то же время, независимо от времени приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Средняя суточная доза для лечения артериальной гипертензии составляет 5 мг небиволола. Препарат Небилет® можно применять как в монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами. Лечение стабильной ХСН должно начинаться с постепенной титрации дозы небиволола до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Далее осуществляется титрование доз до 2,5 – 5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза).

Противопоказания: повышенная чувствительность к небивололу или к любому из компонентов препарата; печеночная недостаточность (класс В и С по классификации Чайлд-Пью) или нарушения функции печени; острая сердечная недостаточность; кардиогенный шок; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным действием); тяжелая артериальная гипертензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.); синдром слабости синусового узла, включая синоаурикулярную блокаду; атриовентрикулярная (АВ) блокада II и III степени (без электрокардиостимулятора); брадикардия (ЧСС менее 60 уд/мин до начала терапии); нелеченная феохромоцитомы (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые нарушения периферического кровообращения; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность в этой возрастной группе не изучены); период грудного вскармливания; одновременное применение с флюокетамином, сультопридом (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **С осторожностью:** почечная недостаточность тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); сахарный диабет; гиперактивность щитовидной железы; эмалитические заболевания в анамнезе; псориаз; хроническая обструктивная болезнь легких; облитерирующие заболевания периферических сосудов (перемежающаяся хромота, синдром Рейно); атриовентрикулярная блокада I степени; стенокардия Прингипалата; возраст старше 75 лет; артериальная гипертензия; феохромоцитомы (при одновременном применении альфа-адреноблокаторов); хирургические вмешательства и общая анестезия; проведение десенсибилизирующей терапии; беременность. **Побочное действие** (ниже приведены часто встречающиеся нежелательные реакции). Нарушения со стороны нервной системы: головкружение, головная боль, парестезия. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: одышка. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, диарея, запор. Общие расстройства и нарушения в месте введения: отеки, повышенная утомляемость. **Более подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Небилет® от 05.02.2020.**

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Небилет® П.№011417/01.05.02.20
2. Van Boven L. M. et al.; Am J Cardiovasc Drugs 2008; 8 (1): 35-44
3. Schmidt A. C. et al.; Clin Drug Invest 2007; 27 (12):841-849

Адрес компании: ООО «Берлин-Хем/А.Менарини» 123317, г. Москва, Пресненская набережная, д. 10 БЦ «Ваша на набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01 <http://www.berlin-chemie.ru>
Материал предназначен для специалистов здравоохранения.
Отпускается по рецепту врача. Подробная инструкция о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Небилет® от 05.02.2020
RU_Neb_03_2020_v1_digital одобрен 04.02.2020

распространённость полипрагмазии у этой категории пациентов.

Выводы. Большинство пациентов с СД 2 типа старческого возраста имеют очень высокий СС риск. Несмотря на это, многие из них получают препараты с высоким потенциалом гипогликемии, в то время как применение новых классов сахароснижающих препаратов, обладающих кардиопротективным действием, и гипопищевой терапией, остается редким, при этом пациенты не достигают целевых значений углеводного и липидного обмена. Наличие поздних осложнений СД и коморбидность сопровождаются вынужденной полипрагмазией, что делает эту группу пациентов ещё более уязвимой.

Источника финансирования нет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА ВСЛЕДСТВИЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КУШИНГА

Волкова Н.И., Дегтярева Ю.С.

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность темы: болезнь Кушинга (БК) развивается в результате АКТГ-продуцирующей аденомы гипофиза. Предпочтительным методом лечения БК является транссфеноидальная аденомэктомия, и ее успех во многом определяется опытом хирурга. Эффективность лечения при проведении операции опытным хирургом достигает 90%. При выполнении в центрах с меньшим опытом эффективность не превышает и 50%. Неудачно выполненная операция является наиболее частой причиной персистенции гиперкортицизма, что приводит к множественным вмешательствам и оказывает выраженное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов.

Клинический случай: в октябре 2018г. 33-летняя женщина обратилась в клинику с типичными для гиперкортицизма жалобами. Из анамнеза известно, что в 2016г. у нее был выявлен АКТГ-зависимый эндогенный гиперкортицизм (свободный кортизол в суточной моче – 536 нмоль/сут (<400), кортизол при супрессивном тесте с 1 мг дексаметазона – 14,97 мкг/дл (<1,8); АКТГ – 71 пг/мл (<46)). При МРТ патологии гипофиза выявлено не было,

в связи с чем было рекомендовано повторить исследование через полгода с последующим определением тактики ведения. Пациентка обратилась к врачу только 2 года спустя, когда была диагностирована БК (свободный кортизол в суточной моче – 799 нмоль/сут (<400), супрессивный тест с 1 мг дексаметазона: кортизол 14,20 мкг/дл; проба с 8 мг дексаметазона: кортизол подавился с 18,67 мкг/дл до 1,99 мкг/дл (>80% для кортикотропиномы); по данным МРТ была выявлена микроаденома гипофиза размерами 4x3,2мм). Рекомендовано лечение в учреждении экспертного уровня, но пациентка предпочла центр, который не относится к учреждениям с наибольшим опытом лечения БК, где 17.09.18 проведена транссфеноидальная микроаденомэктомия. Согласно гистологическому заключению, удаленный материал был представлен аденомой гипофиза с альвеолярным строением из крупных светлых клеток со светлой эозинофильной цитоплазмой, с экспрессией АКТГ, гормона роста, пролактина, Ki-67 <1%. В послеоперационном периоде гипокортицизм не развился, ремиссия не наступила (кортизол крови – 732 нмоль/л (<536); АКТГ- 76 пг/мл), выявлен вторичный гипотиреоз. В связи с неэффективностью проведенного лечения пациентке предложили провести немедленную гипопищектомию, от которой она отказалась. Назначено медикаментозное лечение: кетоканазол (200 мг/д), каберголин (0,5 мг 2 раза/нед), левотироксин 50 мкг/сут. После выписки пациентка обратилась в клинику к эндокринологу для определения дальнейшей тактики. Данные объективного осмотра соответствовали БК, лабораторно подтвержден гиперкортицизм. По данным МРТ визуализирована микроаденома гипофиза (5x5,5x4мм). Для повторной транссфеноидальной аденомэктомии пациентка направлена в центр экспертного уровня, однако по рекомендации нейрохирурга операция была отложена ввиду прогнозируемой неэффективности. Подобрана максимально переносимая доза кетоканазола – 600мг/сут, которая не позволяла достичь эуортицизма (свободный кортизол плазмы – 1265 нмоль/л), а попытки повышения дозы блокаторов стероидогенеза сопровождалась печеночным цитоллизом и нарастанием уровня трансаминаз. Повторная транссфеноидальная микроаденомэктомия была проведена полгода спустя после исключения АКТГ-эктопии по данным селективного забора из нижних каменных синусов, в послеоперационном периоде гипокортицизм не развился, ремиссия не наступила (Иммуногистохимия: интенсивная диффузная экспрессия АКТГ,

Ki-67–0,8%). В настоящее время пациентка готовится к лучевой терапии.

Заключение: Среди возможных причин персистенции заболевания выделяют маленький размер аденомы, интраоперационное кровотечение, недостаток сфероидальной пневматизации. Все эти трудности максимальны, если у нейрохирурга недостаточно опыта работы с пациентами, страдающими БК, и/или он редко выполняет трансфероидальные операции. В связи с этим, лечение больных БК должно проводиться исключительно в центрах с наибольшим опытом ведения таких пациентов. Необходимы исследования, направленные на определение риска персистенции БК, для оптимизации лечения и сокращения времени персистенции гиперкортизолизма, уменьшения числа госпитализаций, экономических затрат и улучшения качества и прогноза жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Митрохина Надежда Анатольевна

Научный руководитель:

к.м.н., доцент Перстнев Александр Иванович

Одесский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №1 с курсом сердечно-сосудистой патологии.

Введение. На сегодняшний день более 422 миллионов людей в мире болеют сахарным диабетом (СД здесь и далее). Современная концепция ведения пациентов с СД рассматривает это заболевание как стиль жизни, к которому пациенты должны приспособиться, используя внутренние ресурсы для компенсации имеющихся нарушений и лучшего клинического и социально-психологического прогноза. В связи с этим в 2017 году Международная федерация диабета отметила важность скрининга больных СД на психоэмоциональные расстройства.

Задачи. Оценить психоэмоциональные особенности пациентов с СД в зависимости от компенсации углеводных нарушений и длительности СД. Определить целесообразность скрининга пациентов с СД на психоэмоциональные нарушения. Материалы и методы. Обследованы пациенты с СД 1 и 2 типов (n=80), из которых СД 1 типа – 27% (n=21), СД 2 типа – 73% (n=59), мужчин – 54,5% (n=43),

женщин – 45,5% (n=37), средний возраст – 59±11,2 л., средняя длительность заболевания – 8,8±5,48 л. Для исследования психологического статуса использовались такие психологические опросники: 1) сокращенные многофакторный опросник исследования личности (Mini-Mult, СМОЛ); 2) методика исследования типа отношения к заболеванию «Тип отношения к заболеванию» Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева; 3) опросник SF-36 (The Short Form-36), 4) PHQ-2 (опросник здоровья пациентов – 2). Компенсация углеводных нарушений представлена в виде уровня гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. Для пациентов с плохой компенсацией и большим стажем заболевания характерен астено-невротический тип личности (p < 0,05). Пациенты с хорошей компенсацией не имели нарушений психической и социальной адаптации, в сравнении с пациентами с плохой компенсацией (p < 0,05). Низкие показатели качества жизни ассоциируются с худшей компенсацией углеводных нарушений (p < 0,05). 20 пациентов имели 75% вероятности депрессии, согласно PHQ-2, и 24 пациента – негативный результат теста. Мы увидели, что нет значимой разницы в возрасте, поле, уровне HbA1c, типом и длительностью СД у пациентов с разными результатами PHQ-2 (p > 0,05).

Заключение. Выявлена связь между компенсацией, длительностью СД и психологическим состоянием больного (p < 0,05), и, соответственно, необходимо внедрить скрининговые тесты с целью выявления депрессивных расстройств. Однако, по результатам исследования метод PHQ-2 не достаточно чувствительный (p > 0,05), для того чтоб стать методом выбора при стандартном скрининге пациентов с СД.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ВРП – АНЦА – АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лукманова Л.З.,¹ Тюрин А.В.,¹ Баязитов Я.И.,²

Абдрахманов А.Г.,² Козлова О.О.,² Минигалин Д.М.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.

²Централизованное патологоанатомическое отделение Государственного бюджетного учреждения

здравоохранения республики Башкортостан Городская клиническая больница № 13.

Цель работы: презентация редкого клинического наблюдения, особенностей диагностики и терапии васкулита, имеющего единичные описания в зарубежной медицинской литературе.

Материалы и методы. Больная Д., 79 лет, в ноябре 2019 г. экстренно поступает в стационар с жалобами на высыпания на верхних и нижних конечностях, в области поясницы, груди, живота, язвы на голени, отек нижней губы, периодически – зуд кожи, повышение температуры (Т) тела до 37,5°C, жажду, частое мочеиспускание, чувство «покалывания» в кистях и стопах, слабость. Заболела в октябре 2019 г. – возникли точечные высыпания красного цвета в области голени. В анамнезе сахарный диабет 2 (СД 2) типа с осложнениями, гипертоническая болезнь (ГБ), гипотиреоз. Вакцинация от гриппа в сентябре 2019 г. Наследственность, аллергоанамнез – не отягощен. Объективно: состояние средней тяжести, лежа в постели, в сознании. Повышенного питания. ИМТ = 32,35. Т тела 37,3°C. Кожные покровы сухие, на голени – язвенно-некротическая сыпь, кольцевидные высыпания, имеющие тенденцию к распространению вверх. Эритематозные пятна в области локтевых сгибов, молочных желез и живота, в поясничной области. Отечность нижней губы. Пастозность голени. Кожа лица чистая, бледная. Видимые слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Микоз стоп. Вирусные бородавки в области поясницы. Гипотрофия мышц конечностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД = 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 82 уд/мин, пульс 82 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены.

Результаты. В анализах крови: лейкоцитоз – 17,2 *10⁹/л, с преобладанием гранулоцитов 12,5*10⁹/л; лимфоцитоз – 3,5*10⁹/л; ускорение СОЭ до 24 мм/ч; глюкоза 14,15 ммоль/л; HbA1c 8,5 %; существенного отклонения остальных параметров не выявлено. В моче – глюкоза 14 ммоль/л, белок, кетоны, цилиндры – отсутствуют. Тромбоциты 229*10⁹/л; АЧТВ 25 сек.; МНО 1,18; ПТИ 86,7%. ТТГ 2,7 мМЕ/л; Т4 своб. 16,2 пмоль/л. Посев из раневого отделяемого: рост E.coli 10⁵/ст. На рентгенограмме грудной клетки очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Проводилась дифдиагностика с лимфомой кожи, гангренозной пиодермией, кожной и системной формами красной волчанки,

системными васкулитами, антифосфолипидным синдромом, саркомой Капоши, болезнью Лайма, криоглобулинемическим васкулитом, туберкулезом кожи, микотическим дерматитом. Маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, сифилиса, криоглобулины – отрицательны. Антифосфолипидные антитела Ig M, Ig G, антитела к 2цепочечной ДНК Ig G – отрицательно. С3 комплимент – 1,22 г/л (0,9-1,80), С4 – 0,19 г/л (0,10-0,40); C1q-IgG 0,02 RU/ml; CH-50 – 52,55 у.е./мл. U1RNP (RNP 70, A, C), Ro (60 кДа, 52 кДа), La, центромера B, Scl-70, Jo-1 и нативные очищенные Sm белки – не обнаружены.

Парапротеина, представленного Ig G, IgM, IgA, IgD, IgE, каппа/лямбда цепями в сыворотке крови не обнаружено. АНФ на HEp-2-клетках в титре 1:160, ядерный гранулярный тип свечения ядра (AC – 2,4). Антитела к протеиназе-3, миелопероксидазе, лактофerrину, нейтрофильной эластазе, катепсину G и лизоциму – не выявлены. Обнаружены антитела к белку ВР1. Иммуногистохимия фрагментов кожи голени: морфологическая картина и иммунофенотип хронической гранулирующей язвы кожи с явлениями неспецифического васкулита в дерме. По УЗИ окклюзия задних большеберцовых артерий (ЗББА), атеросклеротические бляшки в правой общей бедренной артерии 25-30% по диаметру (d) сосуда, в правой подколенной артерии 30-35 % d, в левой подколенной артерии 35-40 % d. Отек мягких тканей голени и стоп. Недостаточность клапанов глубоких вен. Признаков тромбоза не обнаружено.

Диагноз: СД 2 типа (инсулинопотребный), тяжелая форма, фаза декомпенсации (целевой уровень HbA1c < 7,5 %).

Осл. Диабетическая микро-макроангиопатия. Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия. Диабетическая нефропатия в стадии ХБП С2. Атеросклероз. Стеноз бедренных артерий, окклюзия ЗББА с обеих сторон. ХАН II А степени. ГБ 2 стадии, 2 степени, риск 4. Диабетическая дистальная симметричная сенсорная полинейропатия II. Варикозная болезнь нижних конечностей С 3s. Язвенно-некротический васкулит, ассоциированный с антителами к ВР1 – АНЦА, подострое течение, активность высокая. Первичный приобретенный гипотиреоз, компенсированный. Ожирение 1 степени. Микоз стоп. Вирусные бородавки.

Проводилось лечение инфузиями дексаметазона 8 мг на физрастворе № 3, с последующим переводом на преднизолон 10 мг в сутки под контролем гликемии и артериального давления. Назначена антиагрегантная (ацетилсалицило-

вая кислота 50 мг/сут, пентоксифиллин 2% - 5,0 мл внутривенно, капельно), гипополипидемическая (аторвастатин 20 мг/сут), метаболическая и ней-ропротективная (тиоктовая кислота 600 мг/сут, витамины В1, В6, В12) терапия. Антибиотики (амоксциллин + клавулановая кислота 1000 мг 2 раза в сутки 14 дней) с учетом чувствительности флоры. Регулярные перевязки, обработка ран порошковым цинком – бацитрацином 250 МЕ и неомицином сульфата 5000 МЕ – длительно.

После заживления язв преднизолон уменьшен до 5 мг в сутки с последующей отменой. Местно – мазь, содержащая хлорамфеникол и метилурацил. Компрессионный трикотаж. Продолжается динамическое наблюдение пациента.

Источника финансирования нет.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ СТИГМЫ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

О.А. Паторская

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Введение. Наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ) многие десятилетия привлекают внимание врачей и исследователей. Начиная с 90-х годов XX века, опубликованы работы, объясняющие патоморфоз различных заболеваний наличием ННСТ.

Цель: установить распространенность признаков ННСТ, частоту выявления фенотипов ННСТ, изменения антропометрических индексов и размеров тела у мужчин призывного возраста по сравнению с контрольной группой.

Методы. Провели осмотр 135 мужчин призывного возраста, из которых основную группу составили 117 мужчин с признаками ННСТ; контрольная группа (18 человек) представлена практически здоровыми мужчинами. Возрастные характеристики отвечали поставленной цели, обе группы отвечали критериям однородности. Статистический анализ материала проводился с использованием пакета программы для обработки биомедицинских данных «AtteStat 13.1», «Statistica 10.0».

Результаты. Антропометрические показатели основной группы составили: средний рост 181,3

см (95% ДИ 180,0-182,7 см) достоверно не отличался от контрольной группы (180,0±1,15 см (95% ДИ 177,6-182,5 см), $p>0,05$); средняя масса тела 74,4 кг (95% ДИ 72,3-76,4 кг) достоверно меньше, чем в контрольной группе (81,9±3,07 кг (95% ДИ 74,9-88,9 кг), $p<0,05$); средний индекс массы тела 22,6 кг/м² (95% ДИ 22,0-23,2 кг/м²) достоверно меньше по сравнению с контрольной группой (25,2±0,75 кг/м² (95% ДИ 23,5-26,9 кг/м²), $p<0,01$). Средний индекс пропорциональности составил 50,1% (95% ДИ 49,2-50,9%) достоверно меньше, чем в контрольной группе (53,5±0,87% (95% ДИ 51,5-55,4%), $p<0,01$), что указывает на уменьшение соотношения окружности грудной клетки и роста пациентов с признаками наследственных нарушений соединительной ткани за счет уплотнения и уменьшения окружности грудной клетки (в 1 группе 90,9±0,71 см (95% ДИ 89,5-92,3 см), в контрольной группе 96,4±2,06 см (95% ДИ 91,7-101,1 см), $p<0,01$).

Отметили тенденцию к уменьшению соотношения окружности живота к окружности бедер в 1 группе (0,83±0,005 (95% ДИ 0,82-0,84)) по сравнению с контрольной группой (0,85±0,005 (95% ДИ 0,84-0,86), $p=0,06$), за счет достоверного увеличения окружности живота в контрольной группе 83,6±1,67 см (95% ДИ 79,8-87,4) по сравнению с 1 группой (80,1 см (95% ДИ 78,4-81,6 см), $p<0,05$).

Индекс тучности в первой группе достоверно различался по сравнению с группой контроля (406 г/см (95% ДИ 395,0-417,0 г/см) и 454 г/см (95% ДИ 424,5-483,5 г/см) соответственно, $p<0,01$). Индекс Пинье у пациентов первой группы составил 16,9±1,67 (95% ДИ 13,6-20,3) – хорошее телосложение, в контрольной группе 1,9±4,1 (95% ДИ -7,3-11,1) – крепкое телосложение ($p<0,01$). Согласно индексу Рорера гармоничное развитие в первой группе (12,3 кг/м³ (95% ДИ 11,9-12,7 кг/м³)) достоверно отличалось от негармоничного развития в контрольной группе (13,9±0,38 кг/м³ (95% ДИ 13,1-14,8 кг/м³), $p<0,01$).

У пациентов первой группы достоверно чаще наблюдалось преобладание продольных размеров тела над окружностями тела (индекс Вервека 0,77±0,009 (95% ДИ 0,75-0,78)) по сравнению с контрольной группой (0,69±0,018 (95% ДИ 0,66-0,74), $p<0,01$).

В среднем у пациентов с ННСТ выявлено 12 признаков из 200 (95% ДИ 10,9-12,7), по балльной оценке системного вовлечения соединительной ткани выявили в среднем 4 признака у лиц с ННСТ (95% ДИ 3,5-4,1). Установлена достоверная

сильная корреляционная связь между числом морфогенетических признаков и баллами системного вовлечения соединительной ткани у пациентов с неклассифицируемым фенотипом (коэффициент Пирсона = 0,78, $p<0,05$). У пациентов контрольной группы обнаружено от 0 до 4 признаков дисморфогенеза (Ме 1,4 (95% ДИ 0,6-2,1)).

Заключение. У мужчин призывного возраста признаки ННСТ выявлены в 86,9%, часто встречается синдром ПМК (56,9%), реже марфаноидная внешность (36,2%) и изредка – неклассифицируемый фенотип (6,9%). У пациентов с ННСТ отмечается достоверное уменьшение среднего индекса массы тела, уплотнение и уменьшение окружности грудной клетки, преобладание продольных размеров тела над окружностями тела по сравнению с контрольной группой.

Источник финансирования: задание БРФФИ «Разработать и внедрить алгоритм оценки проаритмических факторов у мужчин призывного возраста с дисплазией соединительной ткани», договор с БРФФИ №М13М-001 от 16.04.2013 г.

СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВСЕГДА СИСТЕМНОЕ!

Никитская А.С., Верещак Д.П., Смирнова Л.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗРФ

Актуальность. В диагностических критериях РА – ACR 1987 г. и/или ACR/EULAR 2010 г. – на внесуставные (системные) проявления акцент не ставится. Это является ключевой, хоть и не единственной, причиной того, что в головах подавляющего большинства врачей РА ассоциируется с поражением суставов. Данный клинический случай достаточно показателен, так как является демонстрацией того факта, что в 20% случаев ревматоидное легкое – первое клиническое проявление РА, развивающееся задолго до появления суставного синдрома, а высокие титры РФ в сыворотке крови являются одним из главных факторов риска поражения легких при РА.

Клинический случай. Пациентке Н., 75 лет, страдающей сахарным диабетом 2 типа в течение 20 лет, в 2016 г выставлен диагноз Идиопатический

легочный фиброз. Обращает на себя внимание быстрое прогрессивное ухудшение состояния с развитием картины «сотого легкого» по данным КТВР (картина «матового стекла» во всех отделах легких, картина «сотого легкого» субплеврально в верхних и средних отделах легких, явления диффузного пневмосклероза, тракционные бронхоэктазы), осложнением которой стало развитие «легочного сердца» и ЛГ по данным Эхо-КГ (дилатация ЛЖ и ПП, СДЛА 75 мм рт ст)

В 2019 году появились жалобы на наличие эритематозной сыпи на ладонях и нижних конечностях. В этом же году появились артралгии и деформации 2 и 3 пальцев правой кисти, по поводу чего обследована ревматологом. Было выявлено значительное повышение продукции РФ, на Эхо-КГ выявлен рецидивирующий выпот до 80 мл в полость перикарда, что можно интерпретировать как ревматоидный перикардит (признаков бактериального/вирусного процесса нет).

Учитывая наличие у пациентки легочного фиброза с признаками системного заболевания, при совокупности имеющихся симптомов, иммунологических данных, соответствующей картине КТВР при отсутствии факторов риска для развития ИЛФ в анамнезе и наличии 7 баллов из 10 возможных по Классификационным критериям РА (ACR/EULAR, 2010г.), выставлен клинический диагноз: Ревматоидный артрит с системными проявлениями (кардит, ревматоидное легкое (или интерстициальное поражение легких), ревматоидные узелки), серопозитивный, АЦЦП негативный, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), ФК III.

В силу того, что поражение легких в данном случае – проявление активности РА, может быть рассмотрена терапия Метотрексатом. Необходимо учесть, что препарат связывается с белками плазмы и может замещаться гипогликемическими препаратами, что вызывает повышение его токсичности. В данном конкретном случае с учетом коморбидности пациентки (страдает СД 2 типа) этот вариант недопустим, поэтому терапия требует особого внимания. (может быть рассмотрена схема терапии Циклофосфамид 2мг/кг/сут до макс Д 150 мг/сут + Преднизолон 20 мг/сут в альтернативные дни.)

Вывод. Мультидисциплинарный подход к оценке состояния пациентки, интерпретации имеющихся синдромов и симптомов позволил переосмотреть подход к терапии. Принимая во внимание, что ИПЛ вместе с патологией ССС чаще всего является причиной смерти пациента (смертность при РА увеличивается на 6-13%), а пациентка стра-

дает АГ и в б\х анализе крови выявлена дислипидемия, проведен тщательнейший подбор терапии сопутствующих заболеваний, которые во много раз увеличивают риск сосудистой катастрофы у пациентки.

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ОТ МЕТЕОУСЛОВИЙ

А.Н. Цырульникова, Е. Г. Малаева, З.В. Грекова,

Гомельский государственный медицинский университет. Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи. Республика Беларусь, г. Гомель

Цель: проанализировать влияние различных метеорологических условий: относительной влажности воздуха, атмосферного давления, атмосферных осадков - на частоту развития пароксизмов ФП.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 259 пациентов, из них 171 женщина и 88 мужчин в возрасте от 35 до 88 лет, которые поступили в кардиологическое отделение Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с пароксизмом фибрилляции предсердий в период с ноября 2018 года по январь 2019 года включительно. Наиболее частой причиной возникновения пароксизма ФП было сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

Результаты. Наибольшее количество пациентов с пароксизмами ФП было отмечено в январе 2019г- 96, в декабре 2018г- 84 пациента и в ноябре 2018г- 79 пациентов. Чаше пароксизмальная форма фибрилляции предсердий была отмечена у женщин 65%, чем у мужчин 35%. В возрасте старше 56 лет. Наибольшее количество пароксизмов фибрилляции предсердий отмечалось при повышенном атмосферном давлении(1018-1026гПа)- 64% от всех поступивших, относительной влажности более 94%- 57%, и в дни, когда отмечалась сплошная облачность, морось, дождь и снег-63%, накануне дней с осадками также отмечались резкие скачки атмосферного давления на 8-10 гПа.

Заключение. Метеорологические условия оказывают непосредственное влияние на возникновение пароксизма фибрилляции предсердий. Установленными факторами риска в данном случае являются повышенная относительная влажность

воздуха, похолодание, резкое выпадение осадков и перепады атмосферного давления. Также отягощающим фактором в развитии пароксизмов фибрилляции предсердий является возраст пациентов старше 56 лет и сочетание ишемической болезни и артериальной гипертензии.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Грекова З.В., Малаева Е.Г., Цырульникова А.Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет» Республика Беларусь, г. Гомель

Введение. Около 10% населения мира страдает тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) - независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений (инфаркта миокарда, мозговых инсультов), а также предикторами кардиальной смертности.

Цель. Оценить распространенность ТДР у женщин с ССЗ и остеоартритом коленных суставов. **Материал и методы.** Было обследовано 40 женщин с ССЗ (ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией I-III степени) и остеоартритом коленных суставов (I – IV стадией по Kellgren and Lawrence), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении «Гомельской городской клинической больницы №3», ревматологическом отделении «Гомельской городской клинической больницы №1» Средний возраст женщин составил $62,9 \pm 3,8$ лет. Выявление депрессии у пациентов проводилось с использованием шкалы депрессии Бека, для определения тревожности использовался опросник Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина.

Результаты. У 42,86% женщин на момент обследования признаков депрессии не выявлено. Легкую депрессию имели 28,57% женщин. У 23,81% женщин выявлена умеренная депрессия, у 4,76% женщин выраженная депрессия.

Умеренная ситуационная тревожность выявлена у 23,81% женщин, высокая у 76,19% женщин, умеренная личностная тревожность выявлена у 9,52% женщин, высокая у 90,48% женщин,

Заключение. Практически у всех обследованных женщин с коморбидной патологией выявлены различной степени выраженности ТДР.

У 57,14% женщин с ССЗ и остеоартритом ко-

ленных суставов выявлена депрессия, 76,19% женщин имели высокую ситуационную тревожность, у 90,48% женщин выявлена высокая личностная тревожность.

Высокая распространенность ТДР у женщин с коморбидной патологией требует углубленного обследования указанной категории пациентов с целью своевременной диагностики нарушений психоэмоциональной сферы и их комплексной коррекции, что существенно улучшит качество жизни и прогноз.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГИПОТИРЕОЗОМ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ЖЕНЩИН В ЭНДЕМИЧНОЙ ПО ЙОДУ ОБЛАСТИ.

Бурева Малика Хаваж-Баудиевна, Нищенко Виктория Алексеевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Сафроненко Андрей Владимирович

Ключевые слова: гипотиреоз, трийодтиронин, тироксин, тиреотропный гормон, анемия, эритроциты, гемоглобин, железо, анемия.

Актуальность. По данным Роспотребнадзора, среди территорий России Южный федеральный округ стоит на 4 месте по заболеваниям, вызванным дефицитом йода. Ростовская же область по отношению к этой проблеме занимает 3-е место среди субъектов ЮФО. Постоянное недостаточное поступление в организм йода приводит к уменьшению его содержания в паренхиме щитовидной железы. Происходит её компенсаторная гипертрофия, локальная и диффузная гиперплазия, а при прогрессировании процесса - необратимая трансформация интра- и интерфолликулярного эпителия в микрофолликулы. Лабораторно гипотиреоз проявляется уменьшением уровня трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) при тенденции к повышению уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Недостаток гормонов щитовидной железы оказывает на организм системное воздействие, в том числе влияет и на систему крови: замедляет процесс обновления эритроцитов, снижает кислотность желудочного сока, что нарушает превращение 3-х валентного железа в 2-х валентное, вследствие чего нарушается синтез гемоглобина и наблюдается снижение ферритина в сыворотке крови.

Научная гипотеза: предполагается развитие

анемии (снижение показателей красной крови, уровня сывороточного железа в крови, ферритина) на фоне гипотиреоза, вызванного дефицитом йода. **Цель исследования:** изучить взаимосвязь между гипотиреозом и гематологическими показателями у женщин с гипотиреозом в эндемичной по йоду области.

Материалы и методы: Материалами и методами исследования явилась выборка – 86 женщин, их разделили на две группы. Из них 36 женщин составили контрольную группу, а у 50 диагностировали гипотиреоз разной этиологии, которые проходили амбулаторное лечение в МБУЗ «ЦРБ» Матвеево-Курганского района Ростовской области у врача эндокринолога в период с августа 2019 по сентябрь 2020 года.

Между контрольной группой и группой больных гипотиреозом не было различий по возрасту, индексу массы тела, свободному трийодтиронину, но различались уровнем тиреотропного гормона ($2,1 \pm 0,7$ мкЕд /мл; $p < 0,001$) и свободного тироксина ($p < 0,001$).

За 50 женщинами наблюдали в течение года, из них 19 не лечились (подгруппа А), а 31 женщина получали заместительную терапию левотироксин (подгруппа Б).

В динамике исследовали показатели красной крови, в том числе гемоглобин, ферритин, средний объем эритроцита, содержание и концентрацию в нем гемоглобина, железо крови.

Результаты исследования: По сравнению с контролем при гипотиреозе отмечали пониженные показатели: гемоглобина ($105,3 \pm 7,2$ и $96,8 \pm 11,7$ г/л; $p = 0,005$), объем эритроцитов $2,6 * 10(-12)$ ($p = 0,022$), ферритина ($36,6 \pm 30,66$ и $24,6 \pm 20,56$ мкг/л; $p = 0,021$), железа сыворотки крови (меньше $12,5$ мкмоль/л; $p = 0,089$) и большую частоту анемии ($11,1\%$ против $28,3\%$; $p = 0,039$), особенно микроцитарной ($p = 0,035$).

Через год у больных с гипотиреозом без заместительной терапии наблюдали дальнейшее снижение уровня ферритина в сыворотке крови ($9,8 \pm 0,98$ мкг/мл; $p = 0,011$) и увеличение частоты анемии ($p = 0,016$): микроцитарной ($p = 0,023$) и нормоцитарной ($p = 0,015$).

На фоне заместительной терапии, напротив, доля больных с анемией уменьшилась ($p = 0,001$) и несколько возросли показатели ферритина, железа и гемоглобина ($p > 0,05$). Лучший эффект терапии и больший прирост ферритина ассоциировались с молодым возрастом ($p = 0,06$), отсутствием ожирения ($p = 0,003$) и низким исходным уровнем фер-

ритина ($p < 0,001$).

Для гипертиреоза характерны дефицит железа, склонность к микроцитозу и развитию анемии, которая прогрессирует при отсутствии лечения.

Гипотиреоз, как показало, вызывают анемию, так как гормоны щитовидной железы влияют на синтез красных кровяных телец крови (эритроцитов), всасывания железа в желудке, усвоения витамина В12 и фолиевой кислоты. Также дефицит железа вызывает гипотиреоз, формируя так называемый порочный круг. Вследствие низкого уровня блокируется фермент дейодиназа 2 типа, которая превращает прогормон Т4 в активный гормон Т3. В результате биологическое действие гормонов щитовидной железы уменьшается и появляются симптомы гипотиреоза.

Снижается активность другого очень важного фермента – тиреопероксидазы, который участвует в непосредственном синтезе гормонов щитовидной железы и, который как оказалось, зависит от концентрации железа в организме.

Заместительная терапия способствует нормализации гематологических сдвигов, однако ее эффективность ниже у пожилых больных и при ожирении. Наличие выраженного сидеропенического синдрома свидетельствует о потенциальной пользе лечения левотироксином и может рассматриваться как дополнительное показание к ее назначению. (Финансирования нет)

Вывод: у женщин на фоне гипотиреоза выявили признаки анемии в виде уменьшения следующих гематологических показателей: гемоглобин, объем эритроцитов, ферритин, железо сыворотки крови). Таким образом, установлена необходимость обследования пациентов с симптомами гипотиреоза на наличие анемии в эндемичных по йоду областях.

Источника финансирования нет.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА У КОМОРБИДНОЙ ПАЦИЕНТКИ С АГРАНУЛОЦИТОЗОМ НА ФОНЕ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРА

Жеребчикова К.Ю.^{1,2}, Бубнов Д.С.², Ермолаева А.С.¹, Сыч Ю.П. 1, Фадеев В.В.¹

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

²ФГБУ Национальный Медицинский Центр Кардиологии имени А.Л. Мясникова Минздрава России

Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 2-го типа остается значимой проблемой эндокринологии и кардиологии. Фармакологическая уникальность и многогранность амиодарона объясняют высокую частоту его назначения и лидирующую позицию среди антиаритмических препаратов. В свою очередь, цитотоксичность и сверхфизиологическое содержание йода повышают риск возникновения лекарственного деструктивного тиреоидита. Часто развитие тиреотоксикоза неожиданное и бурное, приводит к рецидивам нарушений ритма сердца, нарастающим дисфункциям левого желудочка и проявлений хронической сердечной недостаточности. При тяжелом течении тиреотоксикоз может быть жизнеугрожающим состоянием. Быстрая коррекция тиреотоксикоза имеет решающее значение, особенно у пациентов с тяжелой кардиальной патологией.

Пациентка 30 лет поступила в инфекционное отделение с подозрением на внебольничную пневмонию, вызванную новой коронавирусной инфекцией, жалобами на повышение температуры тела до 38,5 С, одышку, чувство нехватки воздуха.

Из анамнеза известно, что в 14 лет был диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия, в возрасте 25 лет перенесла пневмонию с последующим развитием миокардита, снижением фракции выброса до 30% по данным эхокардиографии, развитием дилатационной кардиомиопатии. В 2018 году имплантирован трехкамерный кардиовертер-дефибрилятор. В 2019 году развился пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолия, купированный введением амиодарона, который был назначен в качестве плановой терапии. В последующем на фоне терапии амиодароном развился тиреотоксикоз по поводу которого была назначена терапия тиамазолом 30 мг/сут и метилпреднизолоном 8 мг/сут с последующим снижением дозы до 2 мг/сут. В течение последнего года-неоднократные пароксизмы фибрилляции предсердий, купированные электрической кардиоверсией с полным восстановлением ритма.

При обследовании в общем анализе крови отмечалось снижение уровней лейкоцитов до $2,3 \cdot 10^9$ ($4,8-10,8$), нейтрофилов до $0,3 \cdot 10^9$ ($1,9-8,0$), также лабораторно был подтвержден тиреотоксикоз: ТТГ $<0,01$ мМЕ/л ($0,27-4,2$), Т4св – 73,35 пмоль/л ($12-22$), Т3св – 6,22 пмоль/л ($3,1-6,8$), АТ-рТТГ 6,3 МЕд/л ($0,3-1,75$). По данным ультразвукового исследования щитовидной железы общий

объем в пределах нормы, отмечается снижение экзогенности паренхимы, васкуляризация не усилена.

Учитывая низкую эффективность тиреостатической терапии – сохраняющийся повышенный уровень Т4св на фоне приема 30 мг тиамазола, гипозоженность паренхимы щитовидной железы и отсутствие усиления кровотока по данным ультразвукового исследования, несмотря на повышенный титр АТ-рТТГ состояние пациентки было расценено как амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 2 типа (деструктивный). Отсутствие положительной динамики на фоне терапии метилпреднизолоном вероятнее всего связано с назначением небольшой дозы препарата и ранней инициацией его отмены. Причинами агранулоцитоза могли послужить миелотоксическое действие тиамазола, а также сопутствующая вирусная инфекция. Прием тиамазола был прекращен по жизненным показаниям, назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут. На фоне терапии глюкокортикостероидом в течение 3-х дней отмечена положительная динамика – повышение уровня лейкоцитов до $3,6 \cdot 10^9$ ($4,8-10,8$), нейтрофилов до $1,3 \cdot 10^9$ ($1,9-8,0$), в связи с чем было принято решение воздержаться от назначения стимуляторов гемопоэза.

Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз представляет собой трудную диагностическую и терапевтическую проблему, особенно у коморбидных пациентов. Для лечения недифференцированных форм часто используется комбинированная терапия глюкокортикостероидами и тиреостатиками, что может быть сопряжено с развитием таких осложнений как агранулоцитоз. Данный случай демонстрирует сложность при верификации причины тиреотоксикоза и выборе оптимальной терапии у пациентов сопутствующей патологией.

Источника финансирования нет.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОЧНОГО КАНАТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Азходжаев А.А., Капусиди К.Г., Сейсембеков В.К., Нурхожаев А.Н., Бегдильдаев А.Д., Джошибаев Сейтхан, д.м.н., профессор, академик Академии Профилактической Медицины Республики Казахстан, член-корреспондент Национальной

Академии Наук Кыргызской Республики

ТОО «Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии» Республика Казахстан

Введение. Все сердечно-сосудистые заболевания в финале своего развития приводят к хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая повсеместно в мире приобретает характер эпидемии. Неишемическая дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) является распространенной причиной ХСН. Самым радикальным и наиболее эффективным методом лечения остается трансплантация сердца, которая весьма ограничена. Поэтому идет постоянный поиск альтернативных методов лечения неишемической ДКМП, один из них – применение стволовых клеток. Многие исследователи склоняются к мнению, что лучшим типом клеток для применения при ХСН являются мезенхимальные стволовые клетки (МСК) пупочного канатика (ПК). В настоящее время достаточно публикаций, указывают на то, что введение МСК ПК оказалось безопасным и эффективным в восстановлении функции сердца и улучшении качества жизни пациентов. Однако, применение МСК ПК при ДКМП осталось недостаточно изученным в данной области.

Цель и задачи: Оценить безопасность и эффективность применения МСК ПК в комплексном лечении ХСН неишемической этиологии. Материалы и методы: В исследование включено 8 больных с неишемической ДКМП в возрасте $54,3 \pm 5,1$; из них 62,5% мужчин и 37,5% женщин. Основные критерии включения: фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$ по эхокардиографии (ЭхоКГ) и компьютерной томографии (КТ) сердца с контрастированием; неишемическая этиология ДКМП по данным коронароангиографии (КАГ) и/или КТ сердца с контрастированием; отсутствие онкологических заболеваний в анамнезе и по онкомаркерам. Данное исследование одобрено Локальной этической комиссией НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова» и зарегистрировано на сайте ClinicalTrials.gov с № NCT04325594. Всеми пациентами подписано добровольное информированное согласие.

В исследовании применялись МСК ПК, предоставленные Центром клеточных технологий Государственного бюджетного учреждения здравоохранения РФ «Самарский областной медицинский центр Династия», заготовленные и культивирован-

ные в лаборатории класса ISO 9001:2015, отвечающей международным стандартам GMP и аккредитованной The Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy и The International NetCord Foundation. МСК ПК в количестве 10 млн. в виде 20 мл готового раствора вводили в условиях ангиографической лаборатории после предварительной КАГ и катетеризации полостей сердца интракоронарно со скоростью 100 мл/ч под контролем жизненно-важных показателей. Обследование проводили перед введением, через 1, 3 и 6 месяцев после введения клеток. Все пациенты, как при отборе, так и в процессе лечения и исследования получали стандартную медикаментозную терапию ХСН, включающую в себя ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, б-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, диуретики и при наличии мерцательной аритмии сердечные гликозиды.

Полученные результаты: Не было никаких нежелательных и серьезно нежелательных явлений связанных с введением МСК ПК. Также не было никаких изменений в общеклинических лабораторных анализах и по онкомаркерам через 6 месяцев после введения. Через 6 месяцев у больных наблюдалось статистически значимое улучшение сократительной функции сердца, определенная увеличением ФВ ЛЖ по данным ЭхоКГ с $30,3 \pm 2,06$ до $37,3 \pm 2,5$ ($p=0,014$), но статистически не значимое по КТ сердца с контрастированием с $24,4 \pm 3,1$ до $28,2 \pm 8,6$ ($p=0,11$). Клинико-функциональный статус статистически значимо улучшился через 6 месяцев по следующим показателям: изменение уровня NT-proBNP с $848,5 \pm 409,5$ до $599,5 \pm 263,5$ ($p=0,02$); увеличение теста 6 минутной ходьбы с $381, \pm 74$ до $494 \pm 70,3$ ($p=0,004$); снижение функционального класса ХСН по NYHA с $2,5 \pm 0,6$ до $1,3 \pm 0,5$ ($p=0,007$) и улучшение качества жизни по опросникам SF-12, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, Minnesota Quality of Life Questionnaire ($p<0,05$), соответственно.

Выводы и заключения: Интракоронарное введение МСК ПК является клинически безопасным методом лечения. Введение МСК ПК улучшает сократительную функцию сердца и клинико-функциональное состояние больных с ХСН, что положительно сказывается на качестве жизни. Полученные обнадеживающие результаты позволили нам продолжить исследование с применением МСК ПК в комплексном лечении ХСН неишемической этиологии.

Данное исследование выполняется в иници-

ативном характере в рамках диссертационной работы PhD докторанта Азходжаева Азиза Алтынчиновича за счет спонсорского финансирования директора ТОО «Научно-клинического центра кардиохирургии и трансплантологии» профессора Джошибаева Сейтхана.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, ТЯЖЕСТЬ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Е.Ю. Зыкина

Научный руководитель: Ж.Г. Симонова (д.м.н., доцент, профессор кафедры госпитальной терапии Кировского государственного медицинского университета)

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной терапии, г. Киров, Россия

Цель: оценить выраженность поражения коронарных и брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией в сочетании с ожирением.

Материалы и методы: в открытое проспективное клиническое исследование были включены 104 больных стабильной стенокардией I-III функционального класса (ФК). Группу исследования (I группу) составили 69 больных (средний возраст - $60,9 \pm 7,2$ лет) стабильной стенокардией в сочетании с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) - $32,7 \pm 2,6$ кг/м²). В группу сравнения были включены 35 больных (средний возраст - $62,7 \pm 6,4$ лет) стабильной стенокардией с нормальной массой тела (ИМТ - $23,8 \pm 1,1$ кг/м²). Оценивали: показатели функции печени, углеводного и липидного обменов, результаты дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий (ДС БЦА), данные коронароангиографии (КАГ). Тяжесть коронарного атеросклероза анализировали по шкале Gensini score (GS). Всем больным проводили ультразвуковое исследование печени (УЗИ). Результаты: на основании данных УЗИ у 100% больных I группы выявлен стеатоз печени. Биомаркеры стеатоза печени (HSI, TuG, BAAT) оказались более значимыми среди больных I группы, подтвердив при этом наличие стеатоза. У пациентов I группы установлена более значимая гипертриглицеридемия ($1,82 \pm 0,96$ ммоль/л vs $1,25 \pm 0,48$

ммоль/л; $p=0,0012$).

Более выраженные атеросклеротические изменения общей сонной артерии (ОСА) выявлены у пациентов I группы. Так, толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) составила $0,96 \pm 0,18$ мм (от 0,6 мм до 1,3 мм), в группе контроля - $0,78 \pm 0,12$ мм (от 0,6 мм до 1,0 мм) ($p=0,000004$). Процент стеноза в области бифуркации ОСА у больных стабильной стенокардией в сочетании с ожирением оказался выше, чем у пациентов группы сравнения ($48,9 \pm 15,6$ % vs $14,4 \pm 7,5$ %; $p<0,05$).

Атеросклеротические бляшки по данным ДС БЦА были выявлены у 100 % больных I группы. У 54,3 % пациентов II группы ОСА оказалась интактной. Доля пациентов с умеренным стенозом ОСА (50-74 % просвета сосуда) в I-й группе составила 37,6 %, превысив данный показатель II-й группы - 14,2 %, ($\chi^2=6,0$, $p=0,01$). Среди больных II группы нами не выявлено пациентов с выраженным стенозом ОСА (≥ 75 % просвета сосуда), а в I группе они составили 14,5 % ($\chi^2=5,6$, $p=0,01$). При оценке КАГ были получены следующие данные. Гемодинамически значимые стенозы хотя бы одной из основных коронарных артерий (КА) (однососудистое поражение) в I группе установлены у 13 (18,8%), во II группе у 16 (45,7 %) пациентов, ($p=0,004$); двухсосудистое поражение - у 13 (18,8%) и 8 (22,8%) больных, ($p=0,6$); трехсосудистое - у 29 (42%) и 7 (20%), ($p=0,02$) больных, соответственно. В остальных случаях изменения КА были нестенозирующими. Таким образом, для больных стабильной стенокардией в сочетании с ожирением характерно многососудистое поражение, в отличие от больных стабильной стенокардией и нормальной массой тела, для которых чаще характерно поражение одной из основных КА. Доля пациентов со значимым стенозом (>70 % просвета сосуда) оказалась выше в I группе, и составила 69,5%. Во II группе этот показатель составил 42,8% ($\chi^2=6,9$; $p=0,009$). Доли пациентов с пограничным стенозом (50-69% просвета сосуда) в I и II группах значимо не различались (8,7% vs 20%). Нестенозирующее поражение КА (<50 % просвета сосуда) с большей частотой было обнаружено у пациентов II группы по сравнению с I группой (37,1% vs 21,7%; $\chi^2=2,8$; $p=0,09$). Значения индекса GS оказались выше у больных стабильной стенокардией в сочетании с ожирением по сравнению с больными стабильной стенокардией и нормальной массой тела ($69,2 \pm 47,67$ vs $45,8 \pm 33,9$ баллов, $p=0,01$). Тесные корреляционные взаимоотношения выявлены между функциональным состоянием печени и тяжестью коронарного и каротид-

ного атеросклероза.

Обсуждение: На фоне нарушения функционального состояния печени у больных стабильной стенокардией и ожирением определяется более значимая выраженность коронарного и каротидного атеросклероза в сравнении с больными при нормальном индексе массы тела.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ЖИТЕЛЕЙ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.

Яковлева М.В.¹, Кружалин Е.Е.², Юдин В.А.²,

¹ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Клиника № 1, отдел научно-исследовательский биоиндикации, лаборатория научно-исследовательской элементного анализа. г. Санкт-Петербург

²ФГБВОУ «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ» г. Санкт-Петербург

Введение. Актуальность исследования биоэлементного статуса человека существенно возросла, что связано с накоплением научных данных об участии биогенных элементов в патогенетических механизмах развития различной соматической патологии. Результаты научных исследований отечественных и зарубежных ученых в этой области позволяют рассматривать нарушения биоэлементного статуса организма, как один из факторов риска снижения адаптационно-приспособительных механизмов и формированием патологических состояний. Идея. С целью изучения биоэлементного гомеостаза у лиц Северо-Западного региона и оценки тяжести микроэлементного дефицита, необходимо проведение популяционных исследований и создание «биоэлементного паспорта» лиц различных возрастных групп и пола, проживающих в Северо-Западном регионе.

Цель. Оценить возрастные и гендерные особенности изменения биоэлементного статуса жителей Северо-западного федерального округа.

Материалы и методы исследования. В ходе выполнения работы на базе научно-исследовательской лаборатории элементного анализа ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова было проведено амбулаторное обследование 1760 человек. Пациенты были разделены на группы по возрастам 18-40 лет- первая группа, 41-60 лет – вторая группа, 61-

85 лет – третья группа и по полу в группах. Первая группа составила 827 человек (мужчины-390, женщины- 437), вторая группа от 41 до 60 лет – 701 человек (мужчины-374, женщины-327), третья группа 232 человек (мужчины-155, женщины-77). Критериями включения: отсутствие обострения хронических и острых заболеваний, а также получение информированного согласия. В качестве индикатора микроэлементного статуса индивидуума служили волосы. Выбор биосубстрата был обусловлен тем, что анализ проб волос позволяет интегрально оценить биоэлементный статус организма, они обладают самой высокой информативностью для оценки воздействия, как токсичных веществ, так и оценки уровня ряда жизненно необходимых макро- и микроэлементов в организме.

Определение содержания химических элементов (Se, Zn, Cu, I, Ca) проводилось на квадрупольном масс-спектрометре с аргонной плазмой (Agilent Technologies 7900 ICP-MS) в соответствии с методическими указаниями, утвержденными главным государственным санитарным врачом Российской Федерации. Результаты исследований обрабатывались с помощью программного обеспечения Agilent Technologies и Statistica10.

Результаты исследования и их обсуждение.

При оценке уровня селена в общей группе обследованных (1760 чел.) у 52% наблюдался сниженный уровень биоэлемента. Проведя анализ данных по возрасту и полу в подгруппах, было обнаружено, что у мужчин в третьей группе концентрация селена в биопробах достоверно ниже, чем в подгруппе женщин в том же возрасте 0,543±0,063 мкг/г против 0,538±0,046 мкг/г, при $p < 0,01$.

При оценке возрастной динамики уровень цинка у мужчин в третьей группе был 82,084±53,769 мкг/г, что в 1,4 раза меньше по сравнению с первой группой – 115,535±100,44 мкг/г, при $p < 0,001$. В женской группе больных отмечалась аналогичная динамика к снижению уровня цинка, так в первой группе он составлял 135,286±85,98 мкг/г и был наибольшим, а в третьей группе он составил 99,882±64,873 мкг/г, при $p < 0,001$.

С увеличением возраста испытуемых отмечалась динамика к снижению уровня меди, и он был наименьшим в третьей группе испытуемых. Так в первой группе мужчин уровень меди составлял 10,886±25,566, во второй группе – 8,865±5,697 мкг/г и в третьей группе 7,245±5,018 мкг/г соответственно, при $p < 0,01$.

При сравнении между собой возрастных подгрупп женщин и мужчин было выявлено, что содер-

жание йода у женщин во второй группе имело тенденцию к увеличению, что не наблюдалось в группе мужчин аналогичного возраста (0,145±0,744 мкг/г против 0,240±0,773 мкг/г).

В первой группе уровень кальция составлял 574,531±313,036 мкг/г, а в третьей группе составил 367,923±138,60 мкг/г соответственно. Следует отметить, что во второй группе у 35% женщин отмечалось резкое повышение уровня кальция в биопробах, что возможно связано с развитием часто встречающейся постменопаузальной формы остеопороза и был максимальным в этой группе – 1276,751±1167,107 мкг/г.

Заключение. У жителей Северо-Западного региона России отмечался возрастной дисбаланс биоэлементов, характеризующийся понижением уровня основных эссенциальных микроэлементов. Полученные нами данные указывают на особую важность данного метода и не исключают возможности приобретения ему статуса обязательного скринингового исследования, в целях своевременного диагностирования и прогнозирования тяжелых соматических заболеваний, обусловленных микроэлементным дефицитом.

Источника финансирования нет.

ТРУДОТЕРАПИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Г. П. Давыденко¹, М. В. Давыденко², И. Р. Савенков³, С. А. Искалиева⁴, А. Аубакиров⁴, К. Бахрытдинова²

¹Каспийский общественный университет, г. Алматы

²Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

³АУЭС, г. Алматы

⁴Ассоциация молодых медиков Алматы, г. Алматы

Артериальная гипертония занимает одно из ведущих мест среди заболеваний. В основном данному заболеванию подвержены люди пожилого возраста.

«Ассоциация молодых медиков Алматы» при поддержке Управления социального благосостояния г. Алматы организовала работу «Центра дневного пребывания пожилых».

Цель: Целью являлось улучшить состояние пожилых людей, не прибегая к лекарственным средствам.

В центре для пожилых людей были организованы занятия ЛФК, йога, скандинавская ходьба, а также занятия трудотерапией. Акцент был поставлен на занятия трудотерапией, которые проходили 3 раза в неделю по 60 минут. Занятия проводились, основываясь на пожеланиях услугополучателей.

Материалы и методы: В качестве испытуемых было привлечено 60 пациентов в возрасте от 60-85 лет с артериальной гипертонией до 2 степени, риском до 2 с когнитивными нарушениями. Пациенты принимали стандартное амбулаторное лечение. До и после занятий мы применяли анкетирование среди пожилых по качеству жизни.

Прежде всего, проводилась беседа медперсонала для выявления возможных ограничений. Затем разговор проводил соцработник, чтобы выяснить, чем больше нравиться заниматься услугополучателю.

Занятия были построены с учетом всех пожеланий. Услугополучатели могли рисовать, делать аппликации. Также их знакомили с техникой оригами, модульное оригами, айрис фолдинг и др.

Начиналась трудотерапия с легких и доступных манипуляций, соответствующих возможностям пожилого. Так сказать, от простого к сложному.

При выполнении аппликации было предложено использовать материалы природного происхождения, такие как семена различных растений, а также крупы, ветки. Это способствовало развитию мелкой моторики участников, развитию фантазии при выполнении работы. При рисовании участники развивали усидчивость, аккуратность, художественный вкус, эстетическое восприятие и творческие способности. Также развиваются специальные умения и навыки: зрительная и моторная координация, свободное владение кистью руки. Кроме того, занятия по рисованию доставляют радость, создают положительный настрой. При изготовлении поделок кроме развития эстетических навыков и творческих способностей было замечено улучшение моторной координации и памяти, так как при изготовлении некоторых изделий было необходимо запомнить очередность проведенной работы.

Результаты работы: При изготовлении поделок улучшается не только физическое, но и психологическое состояние здоровья. Движения ранее скованные становятся мягче.

Было отмечено улучшение состояния услугополучателей. На занятиях услугополучатели начинали общаться друг с другом и заводились новые дружественные связи. Они могли обсуждать насущные вопросы либо просто петь песни, что также благо-

творно влияло на их самочувствие.

Выводы: Как показало анкетирование, трудотерапия положительно влияла на улучшение качества жизни пациентов с артериальной гипертонией и когнитивными нарушениями на 12%. В результате работы выявлено, что у пациентов артериальной гипертонией, принимающих стандартное лечение и занимающихся трудотерапией еженедельно 3 раза в течение 45 дней, улучшается качество жизни.

ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ С ИНСТРУМЕНТАМИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Гольдшмид А.Е. 1, Карамуллина Р.А. 1, Чечикова Е.И. 1 *Научный руководитель: Фадеев В.В. д.м.н., проф., чл.-корр. РАН1, Полубояринова И.В. к.м.н.1*

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение: Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и острые сердечно-сосудистые нарушения суммарно стали причиной смерти 31,9% пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1). Однако подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) были в значительной степени экстраполированы на основании опыта в отношении СД 2, несмотря на большую длительность заболевания при СД 1, молодой возраст пациентов и важные различия в патогенезе заболеваний.

Известно, что пациенты с диабетической нефропатией (ДН) имеют более высокие показатели ССЗ и смертности, чем пациенты без ДН. В настоящее время для прогнозирования риска ССЗ разработаны шкалы, специфические для СД 1 и использующие при расчете риска показатели функционального состояния почек. В шкале Steno T1 Risk Engine для расчета 5- и 10-летнего риска используются следующие параметры: пол, возраст, длительность диабета, систолическое артериальное давление (САД), ЛПНП, HbA1c, стадия альбуминурии, СКФ, курение, регулярные физические упражнения, а в шкале Swedish T1D risk score: возраст, длительность диабета, общий холестерин, ЛПВП, HbA1c, САД, курение, наличие макроальбуминурии и предшествующие сердечно-сосудистые события. В связи с этим, це-

лесообразным является проведение сравнительной оценки разработанных шкал.

Цель: Провести оценку инструментов прогнозирования сердечно-сосудистого риска у пациентов с СД1.

Материалы и методы: Проведено одномоментное обследование 176 пациентов с СД 1: оценено функциональное состояние почек (альбуминурия, СКФ (СКД-EPI)), сердечно-сосудистый риск с использованием шкал, разработанных для пациентов с СД 1 (Steno T1 Risk Engine, Swedish T1D risk score): Медиана возраста отобранных в исследование пациентов составила 32 лет (Q1-Q3:25,5-42,5 лет). Отобранные в исследование пациенты имели стаж заболевания от 1 месяца до 43 лет, медиана показателя составила 15 лет (Q1-Q3:9-20 лет). Медиана уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в группе 8,2% (Q1-Q3:7,2-9,6%).

При оценке функционального состояния почек у 120 пациентов (68,2%) отмечалась альбуминурия в пределах нормы (A1), у 48 (27%) - микроальбуминурия (A2), у 8 (4,5%) - макроальбуминурия (A3), медиана альбуминурии составила 25,5 мг/сутки (Q1-Q3:15,0-36,5 мг/г). Уровень СКФ в группе пациентов в среднем составил 80,55±18,13 мл/мин/1,73м² и соответствовал стадии С1 у 53 (30,1%) пациентов, С2 - у 103 (58,5%), С3а - у 15 (8,5%) и С3б - у 5 (2,9%) пациентов.

При оценке по шкале Steno T1 Risk Engine медиана 5-летнего риска составила 3,7% (Q1-Q3:2,1-8,0%) и 10-летнего риска - 7,1% (Q1-Q3:4,2-8,15%). Риск развития ССЗ расценивался как низкий при значениях менее 10%, умеренный при значениях от 10 до 20% и считался высоким при значениях более 20%. При оценке по шкале Swedish T1D risk score, оценивающий 5-летний риск медиана составила 0,93% (Q1-Q3:0,50-1,79%). Риск расценивался как низкий при значениях менее 5,4%, средний от 5,4 до 7,5% и высокий более 7,5%. Анализ проводился с использованием компьютерной программы "Statistica 8.0 Portable".

Полученные результаты: По результатам статистического анализа были установлены статистически значимые прямые корреляционные связи стадии альбуминурии и обратные корреляционные связи СКФ со шкалой Steno T1 Risk Engine при оценке 5-летнего риска ($r_{xy}=0,388$; $p < 0,0001$ и $r_{xy} = -0,506$; $p < 0,0001$ соответственно), 10-летнего риска ($r_{xy}=0,393$; $p < 0,0001$ и $r_{xy} = -0,500$; $p < 0,0001$) развития ССЗ и Swedish T1D risk ($r_{xy}=0,189$; $p = 0,012$ и $r_{xy} = -0,497$; $p < 0,0001$). Также прослеживается четкая положительная корреляция с высокой тесно-

той по шкале Чеддока между шкалами Steno T1 и Swedish T1D risk score ($r_{xy}=0,893$; $p < 0,0001$).

Выводы: Исходя из результатов проведенного исследования, были сделаны выводы:

1. Прогрессирование альбуминурии со снижением СКФ ассоциировано с повышением риска развития ССЗ.
2. Шкалы Steno T1 Risk Engine и Swedish T1D risk score являются равнозначными для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с СД 1.
3. При схожести параметров необходимых для расчета риска по представленным шкалам в реальной клинической практике представляется целесообразным и более доступным использование шкалы Swedish T1D risk score, поскольку для ее расчета достаточно данных о наличии или отсутствии макроальбуминурии без количественной оценки потери альбумина.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МУТАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

П.А. Федорова¹, к.м.н. В.Д. Назаров¹, А.А. Мусаелян¹, к.м.н. С.В. Лапин¹.

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Рак щитовидной железы (РЩЖ) является самой распространенной злокачественной патологией среди органов эндокринной системы. Золотым стандартом диагностики РЩЖ является цитологическое исследование материала, полученного с помощью тонкоигольной аспирационной биопсии. Результаты исследования представляются согласно классификации Bethesda, однако в 30-40% случаев достоверно подтвердить или исключить диагноз рак не представляется возможным. Дополнительным методом диагностики может стать молекулярно-генетическое тестирование цитологического материала узла щитовидной железы. При РЩЖ наиболее подвержены мутациям ген BRAF и гены семейства RAS. Молекулярно-генетический анализ может позволить повысить выявляемость РЩЖ на ранних стадиях, а также обеспечить прогнозирование

данного заболевания.

Идея. Идея исследования заключается в оптимизации диагностики и лечения РЩЖ с помощью молекулярно-генетических методов.

Цель. Целью работы является создание высокочувствительной панели для выявления наиболее значимых точечных мутаций при РЩЖ.

Материалы и методы. Для исследования собраны цитологические образцы смыва с иглы тонкоигольной аспирационной биопсии от 83 пациентов. Для 77 человек были получены результаты цитологического исследования. По результатам данного исследования были сформированы 3 группы: Bethesda IV (39 образцов), Bethesda V (10 образцов), Bethesda VI (28 образцов). Также имеются заключения гистологического исследования для некоторых пациентов. Все образцы были типированы на мутации в генах BRAF, NRAS, KRAS, HRAS. Детекция aberrаций проводилась с помощью метода мультитаргетной однонуклеотидной элонгации (МОЭ), некоторые обнаруженные мутации были подтверждены с помощью аллель-специфической ПЦР.

Результаты. Было создано три молекулярно-генетические панели для обнаружения соматических точечных мутаций: BRAF V600E, KRAS (12, 13, 61 кодоны), NRAS и HRAS (61 кодоны). Доля BRAF V600E- положительных папиллярных карцином составила 62%, а специфичность данной мутации для папиллярного РЩЖ достигла 100%. В семействе генов RAS мутации были обнаружены только в гене NRAS. Aberrация Q61R в гене NRAS встретилась исключительно в образцах фолликулярной аденомы. Детекция мутации BRAF V600E была подтверждена методом аллель-специфической ПЦР с последующей постройкой кривой выявления.

Обсуждение. Классическими подходами к молекулярно-генетическому тестированию являются метод ПЦР и метод секвенирования по Сэнгеру. Однако данные методы не являются высокоинформативными для исследования цитологических образцов новообразований щитовидной железы, поскольку не обладают достаточной чувствительностью, а также возможностью одновременного выявления нескольких точечных мутаций. Именно поэтому в данном исследовании генетические панели были созданы с помощью метода МОЭ. По данным АТА специфичность мутации BRAF V600E составляет 100%, что соответствует данным, полученным в ходе настоящего исследования. Мутации в генах семейства RAS обладают меньшей специфичностью и встречаются в 40-50% случаев фолликулярной карциномы, однако 20-30% фолликулярных аденом

также ассоциированы с aberrациями в генах RAS. Заключение. С помощью высокочувствительного метода МОЭ удалось создать три молекулярно-генетические панели. Были обнаружены наиболее распространенные мутации при РЩЖ: в гене BRAF и гене NRAS. В ходе исследования была подтверждена диагностическая важность детектированных мутаций.

Источника финансирования нет.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: НЕОБОСНОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СНИЖЕННЫХ ДОЗ

Павлова В.А., Близнюк О.И., Петрищева Е.Ю., Скуридин Д.С.

Научные руководители:

Баранова Е.И., д.м.н., профессор кафедры терапии факультетской ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Павлова

Ионин В.А., к.м.н., доцент кафедры терапии факультетской ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Введение: Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в мире увеличивается, а осложнения этой аритмии и смертность, обусловленная ФП, представляют большую проблему для здравоохранения. Антикоагулянтная терапия (АКТ) снижает риск инсульта, системных эмболий и смерти у пациентов с ФП. Наиболее эффективным и безопасным вариантом АКТ является применение прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК). Следует модифицировать дозы ПОАК с учетом некоторых клинических ситуаций: сниженной функции почек, старческого возраста, низкого веса пациентов и применения ряда лекарственных препаратов. Вместе с тем, частота назначения сниженных доз ПОАК и их обоснованность у больных с неклапанной ФП в России изучена недостаточно вследствие отсутствия единых регистров и популяционных наблюдений. Цели и задачи. Изучить частоту применения ПОАК у больных с неклапанной ФП в реальной амбулаторной клинической практике в дозах, рекомендованных и не рекомендованных инструкциями пре-

паратив.

Материалы и методы. Из 10663 историй болезней пациентов, госпитализированных за 5 лет (2014-2018 гг.) в терапевтическую клинику университета, проанализировано 1307/10663 (12,3%) историй болезней пациентов с ФП, у которых оценен риск инсульта и кровотечений, обоснованность антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе.

Полученные результаты. У 96,5% (1261/1307) пациентов выявлена неклапанная форма ФП, риск инсульта и системных эмболий $4,7 \pm 1,5$ баллов (CHA₂DS₂-VASc) и 97,5% этих пациентов показана АКТ. АКТ получали 53,0% (651/1229) пациента при госпитализации в стационар, а 578/1229 (47,0%) не получали АКТ. Варфарин получал 281/665 (42,3%) пациент. Международное нормализованное отношение на момент госпитализации в целевом диапазоне (2,0-3,0) было у 111/281 (39,5%) пациентов. ПОАК на амбулаторном этапе получали 57,7% (384/665) больных ФП: ривароксабан - 180/384 (46,9%) пациентов, дабигатран - 110/384 (28,6%) больных, а апиксабан - 94/384 (24,5%) пациентов. Выявлено частое применение необоснованно сниженных доз антикоагулянтов у пациентов, получавших ПОАК - 68/384 (17,7%), в том числе 22/94 (23,4%) для апиксабана, 18/110 (16,4%) для дабигатрана и 28/180 (15,6%) для ривароксабана ($p > 0,05$).

Заключение. У 42,3% больных с неклапанной ФП в реальной клинической практике используется варфарин, целевые значения МНО определены у 39,5% этих больных. ПОАК в амбулаторной практике применяются у 57,7% больных ФП, в том числе у 17,7% пациентов в необоснованно сниженных дозах.

Источник финансирования: Грант Российского научного фонда №17-75-30052

ВНЕДРЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «КОАГУЛОШКОЛА» ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМИ РИСКАМИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Турсунова М.У.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №1 Ташкентской Медицинской Академии. Республика Узбекистан, город Ташкент.

Цель: повышение качества оказания медицинской помощи при внедрении образовательной

программы для пациентов с высокими рисками тромботических событий, получающих антикоагулянтную терапию.

Материалы и методы: в Клинике ТМА была организована и функционирует «Коагулошкола» для пациентов, получающих терапию антикоагулянтами (АК). Образовательная программа построена по принципам терапевтического обучения пациентов. Прошло 84 образовательных циклов: обучено 229 стационарных и 127 амбулаторных пациентов в возрасте от 16 до 63 лет, трудоспособного возраста - 61,6%. Все пациенты относились к группе риска и нуждались в назначении анти-тромботической терапии. 69,9% пациентов получали варфарин, остальным планировалось его назначение. Этиологические факторы: фибрилляция предсердий в 44,5% случаев (постоянная - 66, пароксизмальная - 89), протезы клапанов в 41,9% случаев, из них фибрилляция предсердий у 34,2%, системные эмболии в анамнезе - 7,9%, тромбофилии, манифестировавшие артериальными или венозными тромбозами в 13,6%.

Обучение состояло из занятия продолжительностью от 60 до 90 минут в зависимости от контингента обучающихся. Содержание занятий включало информацию о причинах развития заболеваний, клинической симптоматике заболеваний, относящихся к группам риска развития тромботических осложнений, о целях лечения и его необходимости. Особое внимание уделялось контролю лечения, методах первой помощи при развитии возможных осложнений, факторам, способным повлиять на действие варфарина, режиме приема препарата и ситуациям, в которых следует обязательно связаться с лечащим врачом. Анализ эффективности обучения проводился всем пациентам. Уровень информированности о заболевании оценивался по результатам тестирования в баллах (до 10). Приверженность к терапии изучалась по анкетам и расценивалась как высокая, средняя, низкая.

Результаты: Уровень информированности пациентов до обучения у госпитальных больных составил в среднем $3,5 \pm 0,5$ баллов, амбулаторные больные показали уровень в среднем $4,3 \pm 0,5$. До обучения высокая приверженность лечения наблюдалась у 34,6%, средняя у 58,7%, низкая у 6,7% амбулаторных пациентов, у госпитальных высокая приверженность отмечена у 95%. Тестирование пациентов после обучения в «Коагулошколе» определило рост уровня знаний у амбулаторных пациентов до $8,3 \pm 0,5$ баллов, у госпитальных до $5,6 \pm 0,5$. По завершению обучения выразили готовность выпол-

нить рекомендации врача с соответствующим лабораторным контролем 93,5% пациентов.

Заключение:

1. Пациенты с рисками тромботических осложнений имеют низкий уровень информированности о своем заболевании.
2. Обучение пациентов, получающих антагонисты витамина К, эффективно повышает информированность пациентов о заболевании, приверженность к терапии.
3. Внедрение обучающих программ - оптимальный путь в профилактике тромботических эпизодов и безопасности антикоагулянтной терапии.

Источника финансирования нет.

СКРИНИНГОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАННИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Турсунова М.У.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней №1 Ташкентской Медицинской Академии. Республика Узбекистан, город Ташкент.

Цель: Раннее выявление возможных «факторов риска» заболеваний, таких, как, гиперлипидемия, отягощенная наследственность, артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена, избыточная масса тела, психоэмоциональные и поведенческие факторы риска (физическое перенапряжение, гипокинезия, курение, нарушения в режиме и характере питания), имеет важное значение для поиска возможных путей коррекции с целью их первичной профилактики.

Материалы и методы: Проведено скрининговое обследование 840 человек в возрасте от 18 до 25 лет и у 192 человек выявлены факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторных условиях.

Использовалась экспресс-оценка состояния сердечно-сосудистой системы с использованием классических специально разработанных и апробированных тестов.

Результаты исследования: При оценке факторов риска с помощью прибора смокелайзер, выявлено, что 27% людей курящих, относятся к группе умеренных курильщиков (что соответствует концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе CO 11-20 ppm). Также отмечается низкая физическая активность и нерегулярное питание.

Комплексная оценка антропометрических показателей и анализа внутренних сред организма при исследовании на биоимпедансметре показала, что у 28% людей их масса тела и ИМТ были достоверно выше по сравнению с возрастными и половыми нормативами. Сопоставляя результаты исследования между жировой массой, активной клеточной массой, безжировой массой и количеством общей воды, преобладающим фактором являлась жировая масса с повышенным содержанием жира в организме.

При использовании компьютеризированной системы «поли-спектр» в ходе скрининга сердечно-сосудистой системы выявлено 66,7% патологии сердца. Артериальная гипертензия в целом установлена у 33% обследованных. При использовании экспресс-анализатора для определения общего холестерина и глюкозы в крови выявлено 6,8% обследованных с повышенными значениями.

Заключение: Основными факторами риска развития болезней системы кровообращения среди лиц молодого возраста являются курение, гиподинамия, низкая физическая активность, нерациональное питание, что в совокупности приводит к избыточной массе тела и ожирению.

Отсутствие сведений и разработок по профилактике соответствующих факторов риска, обуславливают к разработке специфического скринингового подхода.

Источника финансирования нет.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Рахматов А.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей и 1-Республиканская клиническая больница, Ташкент, Узбекистан

Введение. В последние годы отмечается увеличение частоты случаев острого пиелонефрита (ОП), в том числе его гнойных форм - острый необструктивный гнойный пиелонефрит (ОНГП) с возрастающей тенденцией к хронизации.

Идея. К сожалению, при бактериологических исследованиях мочи у пациентов ОП выявляются микроорганизмы лишь в 49,1-80% случаев.

Цель. Изучить противовоспалительную эффективность антибактериального препарата (АБП)

Мобильные приложения Видаль

Гинекологам



Кардиологам



Неврологам



Эндокринологам



актуальны и для врачей общей практики



Мобильные приложения Видаль значительно экономят время врача, предлагая поиск препаратов по активным веществам, фармакологическим группам и производителям. Представлены полные описания лекарственных препаратов, имеется возможность проверки лекарственного взаимодействия.

Приложения бесплатны, не требуют для работы доступа в интернет, информация обновляется ежемесячно.

Для использования мобильных приложений требуется регистрация. Если вы уже зарегистрированы на сайте vidal.ru, просто авторизуйтесь, используя ваши логин и пароль.

