

Организаторы и оргкомитет	3
Приветствие к участникам	6
Программа	9
Каталог выставки	25
Сборник тезисов	35

ОРГАНИЗАТОРЫ

Российское научное медицинское общество терапевтов

Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Ленинградское региональное отделение Российского научного медицинского общества терапевтов

Санкт-Петербургское региональное отделение Российского научного медицинского общества терапевтов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

Общества врачей России

Международного общества внутренней медицины (ISIM)

Европейской федерации внутренней медицины (EFIM)

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

Мартынов Анатолий Иванович – президент Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), академик Российской академии наук (РАН), д.м.н., профессор

Лисовец Дмитрий Геннадьевич – председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Мазуров Вадим Иванович – главный ревматолог СЗФО, главный ревматолог Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Багненко Сергей Федорович – ректор ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Сайганов Сергей Анатольевич – ректор ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, д.м.н., профессор

ОРГАНИЗАТОРЫ И ОРГКОМИТЕТ

Адашева Татьяна Владимировна – член Президиума РНМОТ, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Арутюнов Григорий Павлович – вице-президент РНМОТ, член-корр. РАН, главный внештатный специалист-терапевт ДЗ г. Москвы, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, общей физиотерапии и лучевой диагностики ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

Белоусова Елена Николаевна – председатель секции молодых терапевтов РНМОТ, ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, к.м.н.

Бойцов Сергей Анатольевич – член Президиума РНМОТ, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Гасанов Митхат Зульфугарович – председатель Ревизионной комиссии РНМОТ, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Деревянченко Мария Владимировна – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Драпкина Оксана Михайловна – вице-президент РНМОТ, член-корр. РАН, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике МЗ РФ, д.м.н., профессор

Кокорин Валентин Александрович – ученый секретарь РНМОТ, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии им. акад. П.Е. Лукомского ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Лазебник Леонид Борисович – вице-президент РНМОТ, президент Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Малявин Андрей Георгиевич – генеральный секретарь РНМОТ, заместитель начальника управления науки, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, генеральный директор Центра респираторной медицины, главный внештатный специалист-пульмонолог МЗ РФ по ЦФО, д.м.н.

Смирнов Алексей Владимирович – директор НИИ нефрологии, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, председатель Санкт-Петербургского общества нефрологов, д.м.н., профессор

Соловьева Лариса Витальевна – начальник отдела по организации амбулаторной медицинской помощи взрослому населению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Трофимов Василий Иванович – полномочный представитель РНМОТ в СЗФО, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, д.м.н., профессор

Тыренко Вадим Витальевич – главный внештатный специалист-терапевт – пульмонолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, начальник кафедр и клиники факультетской терапии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, главный кардиолог Минобороны РФ, д.м.н., профессор

Успенский Юрий Павлович – главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

Халимов Юрий Шавкатович – главный внештатный специалист-эндокринолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, заместитель начальника кафедры терапии усовершенствования врачей по клинической работе ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ, д.м.н.

Чулков Василий Сергеевич – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Дорогие друзья!

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ) было создано более 100 лет назад с целью объединить усилия ведущих отечественных специалистов в области внутренних болезней. Со дня основания Общество считает главной своей задачей непрерывное повышение профессионального уровня врачей-терапевтов нашей страны. Задача эта, согласитесь, непростая. Внутренние болезни – это огромное, почти безграничное, информационное поле. Быть в курсе всего важного и нового практикующему врачу очень сложно, и мы стремимся ему в этом помочь, проводя множество разномасштабных научно-практических форумов в разных регионах России.

Основным форумом традиционно является осенний Национальный конгресс в Москве. Здесь мы подводим итоги года, а в программу выносим все самое важное и интересное. Но далеко не у всех есть возможность на несколько дней уехать в Москву, поэтому Общество проводит свои мероприятия по всей территории России.

Одним из мероприятий 2021 года станет IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной», IV Всероссийская конференция молодых терапевтов в Санкт-Петербурге. Мы приложим максимум усилий для того, чтобы сделать его программу интересной, а главное, полезной для всех профессионалов в области внутренних болезней. Мы запланировали доклады по самому широкому спектру вопросов, с которыми вы сталкиваетесь в своей клинической практике. Список докладчиков будет включать терапевтов Москвы, Санкт-Петербурга и других крупнейших городов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации.

С нетерпением жду встречи на конференции.

**Президент РНМОТ,
академик РАН, д.м.н., профессор
А.И. Мартынов**





**Дорогие друзья!
Глубокоуважаемые коллеги!**

Позвольте приветствовать Вас на IV Терапевтическом форуме «Мультидисциплинарный больной» и IV Всероссийской конференции молодых терапевтов.

Это важнейшее событие 2021 года, которое проходит как с очным участием делегатов, так и в онлайн-режиме с подключением широкой аудитории врачей разных специальностей терапевтического профиля.

На форуме будут рассмотрены наиболее актуальные проблемы клиники внутренних болезней, а также организационные и профилактические аспекты широкого перечня актуальных и социально значимых терапевтических форм патологии.

Будут сделаны акценты на особенностях течения и стратегиях лечения пациентов с коморбидными состояниями в условиях пандемии COVID-19. В докладах ведущих терапевтов нашей страны будет подробно освещен постковидный синдром, который включает в себя целый ряд специфических поражений внутренних органов. Кроме того, будут представлены самые последние сведения о новых классификациях, инновационных технологиях в диагностике и лечении наиболее значимых неинфекционных заболеваний.

Надеемся, что аудитория примет самое непосредственное участие в обсуждении ряда междисциплинарных проблем в общетерапевтической практике.

Не менее важное значение имеют вопросы повышения профессионального уровня молодых клиницистов, которые оказывают медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Именно они являются ключевым звеном в ранней диагностике терапевтических заболеваний, а также в своевременном взаимодействии с профильными специалистами стационаров.

Я уверен, что IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной», IV Всероссийская конференция молодых терапевтов станут очередной вехой в образовательной, лечебной и научной деятельности терапевтического сообщества нашей страны.

Желаю всем участникам форума успешной работы, плодотворных дискуссий и самых приятных впечатлений от встречи с северной столицей!

**Заслуженный деятель науки РФ,
академик РАН В.И. Мазуров**

Дорогие коллеги!

Работа с молодыми специалистами и участие их в деятельности научного профессионального сообщества является одной из приоритетных задач Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ). На протяжении уже более 10 лет в структуре Общества успешно работает секция молодых терапевтов, объединившая в своих рядах более 100 представителей из самых разных регионов нашей страны.

27-28 мая 2021 года в Санкт-Петербурге состоится IV Всероссийская конференция молодых терапевтов и IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной». Участниками конференции станут как молодые специалисты, студенты, ординаторы и аспиранты, так и их старшие коллеги. Научная тематика мероприятия будет охватывать все основные разделы внутренних болезней, вопросы диагностики, лечения и профилактики наиболее значимых заболеваний, в том числе новой коронавирусной инфекции. Формат конференции максимально адаптирован под молодежную аудиторию – в программе запланировано большое количество мастер-классов, клинических разборов, интерактивных семинаров, школ и конкурсов. Молодые ученые и практические врачи получат уникальную возможность доложить результаты собственных исследований и обсудить их со своими коллегами. Участники форума также смогут услышать лекции и задать вопросы ведущим отечественным специалистам в разных областях внутренней медицины.

Предстоящее мероприятие станет одним из первых очных мероприятий РНМОТ после пандемии COVID-19, борьба с которой, тем не менее, еще не закончена. Поэтому убедительно прошу вас соблюдать все необходимые меры противоэпидемической защиты.

С нетерпением жду встречи на конференции!

**Ученый секретарь РНМОТ,
член исполнительного комитета EFIM,
д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии
им. акад. П.Е. Лукомского
лечебного факультета ФGAOY BO PНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России В.А. Кокорин**





Уважаемые коллеги, друзья, соратники!

Уважаемые участники конференции!

Рада приветствовать Вас на IV Терапевтическом форуме «Мультидисциплинарный больной», IV Всероссийской конференции молодых терапевтов.

Терапевтический форум – это крупное научно-практическое мероприятие, которое привлекает таланты со всей страны, это эффективная площадка для диалога и воспитания молодых ученых и врачей.

Конференция призвана осветить последние новости и достижения в области внутренних болезней, привлечь внимание к проблемам ведения пациентов с терапевтической патологией, приобщить молодых ученых к проведению научных исследований, развить навыки профессиональной коммуникации между специалистами.

Молодые специалисты смогут принять участие в обсуждении актуальных проблем в области терапии, а более опытные специалисты – поделиться знаниями с молодыми коллегами. Разнообразие форматов конференции будет этому способствовать, а атмосфера творческой мысли создаст условия для профессионального роста молодых ученых. Надеюсь, что полученные знания и предложенные рекомендации найдут свое применение в практике каждого участника.

В рамках форума пройдут «Конкурс на лучший клинический случай» и «Конкурс на лучшую научную работу», где молодые ученые смогут усовершенствовать навыки представления результатов исследований и клинических наблюдений, обсудить их с коллегами.

Выражаю надежду, что участие в конференции будет сопровождаться увлекательными дискуссиями, позволит обменяться опытом, знаниями и научными идеями, найти новые и укрепить уже существующие научные контакты.

Желаю всем участникам и гостям конференции успешной работы, ярких идей, незабываемых впечатлений, творческих успехов и новых интересных встреч!

**К.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
председатель секции молодых терапевтов РНМОТ
Белоусова Е.Н.**



НАУЧНАЯ ПРОГРАММА



Конгресс зал**Зал А****Зал В**

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30	СИМПОЗИУМ Инновационные технологии в диагностике и лечении ревматических заболеваний. <i>Председатель Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)</i>	СИМПОЗИУМ Гематология для терапевта. <i>Сопредседатели: Стулков Н.И. (Москва), Демиков В.Г. (Рязань), Рухавицын О.А. (Москва)</i>	СИМПОЗИУМ Комплексные проблемы ожирения: калейдоскоп событий в рамках одного заболевания. <i>Сопредседатели: Драпкина О.М. (Москва), Губарева И.В. (Самара), Кодоцигова А.И. (Саратов)</i>	09:30
09:45				09:45
10:00				10:00
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30				11:30
11:45				11:45
12:00	Церемония открытия Пленарное заседание <i>Председатель Марлынов А.И. (Москва)</i> Профилактическая медицина: вчера, сегодня, завтра. <i>Драпкина О.М. (Москва)</i> Проблемы коморбидности при иммуноопоспалительных заболеваниях. <i>Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)</i> Новые технологии, продлевающие жизнь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. <i>Бойцов С.А. (Москва)</i>			12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15				13:15
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00		СИМПОЗИУМ Гипераммониемия у взрослых. <i>Сопредседатели: Лазебник Л.Б. (Москва), Абдулганеева Д.И. (Казань)</i>	СИМПОЗИУМ Современные возможности фармакотерапии. <i>Сопредседатели: Малавин А.Г. (Москва), Повзун А.С. (Санкт-Петербург)</i>	14:00
14:15				14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:05				15:05
15:20				15:20
15:30		СИМПОЗИУМ Большой высокий сердечно-сосудистого риска: от рекомендаций к клинической практике. <i>Сопредседатели: Мартынов А.И. (Москва), Михин В.П. (Курск)</i>	СИМПОЗИУМ Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии. <i>Председатель Малавин А.Г. (Москва)</i>	15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:55				16:55
17:10		СИМПОЗИУМ Угрожающие жизни состояния при беременности: диагностика, лечение, профилактика. <i>Сопредседатели: Стрюк Р.И. (Москва), Иртыга О.Б. (Санкт-Петербург), Бернгардт Э.Р. (Санкт-Петербург)</i>	СИМПОЗИУМ Бронхолегочная патология в практике терапевта. Необходим мультидисциплинарный подход. <i>Сопредседатели: Трофимов В.И. (Санкт-Петербург), Шапорова Н.Л. (Санкт-Петербург)</i>	17:10
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00
18:50				18:50

Зал СЗал DЗал мастер-классов

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30	секция устных сообщений	секция устных сообщений	мастер-класс	09:30
09:45	Кардиология. Сопредседатели: Ионин В.А. (Санкт-Петербург), Писарюк А.С. (Москва)	Пульмонология/Гастроэнтерология. Сопредседатели: Кулагин Е.А. (Санкт-Петербург), Французевич Л.Я. (Москва)	Фоксированная эхокардиография в практике врача-терапевта. Лыхин В.Н. (Москва), Филияшин Р.Э. (Москва), Кочмарева Е.А. (Москва)	09:45
10:00				10:00
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15				11:15
11:30				11:30
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:45				12:45
13:00				13:00
13:15				13:15
13:30	СИМПОЗИУМ	СИМПОЗИУМ	тренинг	13:30
13:45	Различные аспекты ведения пациентов с COVID-19. Сопредседатели: Трофимов Е.А. (Санкт-Петербург), Кокорин В.А. (Москва)	Коморбидность с практической точки зрения. Возможности и пути решения. Сопредседатели: Деревянченко М.В. (Волгоград), Ефремова Е.В. (Ульяновск)	Эффективная коммуникация для врачей. Часть 1. Ведущие: Сорокина А.Г. (Москва), Потапенко А.В. (Москва), Забурдаева Е.В. (Москва)	13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:30				14:30
14:45				14:45
15:05				15:05
15:20	СИМПОЗИУМ	СИМПОЗИУМ	тренинг	15:20
15:30	Прогнозирование течения заболевания как возможность повлиять на его исход. Сопредседатели: Тетерина М.А. (Москва), Трусов И.С. (Санкт-Петербург)	Вакцинация в практике врача-терапевта: За или Против? Сопредседатели: Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону), Георгинова О.А. (Москва)	Эффективная коммуникация для врачей. Часть 2. Ведущие: Сорокина А.Г. (Москва), Потапенко А.В. (Москва), Забурдаева Е.В. (Москва)	15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:15				16:15
16:30				16:30
16:55				16:55
17:10	СИМПОЗИУМ	СИМПОЗИУМ	Конкурс на лучшую научную работу	17:10
17:15	Алгоритмы диагностики и лечения в практике молодого терапевта. Сопредседатели: Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону), Белюсова Е.Н. (Казань)	Особенности ведения различных групп пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Сопредседатели: Чулков В.С. (Челябинск), Толмачева А.А. (Новосибирск)	Ведущий Кокорин В.А. (Москва) Члены жюри: Мартынов А.И. (Москва), Гайдукова И.З. (Санкт-Петербург), Кокорин В.А. (Москва), Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону), Лейнман Я.А. (Санкт-Петербург), Тюрин А.В. (Уфа)	17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:00				18:00
18:50				18:50

Зал А**Зал В**

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30	пленарное заседание Новости внутренней медицины 2020/2021. <i>Сопредседатели: Белоусова Е.Н. (Казань), Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)</i>			СИМПОЗИУМ Комбинированная медикаментозная терапия сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний: доказательная медицина и клиническая практика в период пандемии COVID-19. <i>Сопредседатели: Марцевич С.Ю. (Москва), Якушев В.В. (Ярославль)</i>	09:30
09:45					09:45
10:00					10:00
10:15					10:15
10:30					10:30
10:45					10:45
11:00					11:00
11:15					11:15
11:30	СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы современной кардиологии. От очевидных истин до инновационных решений. <i>Сопредседатели: Баранова Е.И. (Санкт-Петербург), Никифоров В.С. (Санкт-Петербург)</i>			СИМПОЗИУМ Неврология и кардиология в эпоху COVID-19: от системной профилактики до клинической иллюстрации. <i>Сопредседатели: Якупов Э.З. (Казань), Ковальчук В.В. (Санкт-Петербург)</i>	11:30
11:45					11:45
12:00					12:00
12:15					12:15
12:30					12:30
12:50					12:50
13:05	интерактивная дискуссия Иммунологический синдром после вирусных инфекций – обсуждение проблемы, основанное на клинических примерах. <i>Ведущие: Мазуров В.И. (Санкт-Петербург), Гайдукова И.З. (Санкт-Петербург)</i>			СИМПОЗИУМ Терапевтические грани метаболического синдрома. <i>Сопредседатели: Тьренко В.В. (Санкт-Петербург), Успенский Ю.П. (Санкт-Петербург), Фоминых Ю.А. (Санкт-Петербург)</i>	13:05
13:15					13:15
13:30					13:30
13:45					13:45
14:00					14:00
14:15					14:15
14:35					14:35
14:50					14:50
15:00	СИМПОЗИУМ Актуальные вопросы диагностики и лечения эндокринных заболеваний. <i>Сопредседатели: Шустов С.Б. (Санкт-Петербург), Волкова А.Р. (Санкт-Петербург), Ворожбина Н.В. (Санкт-Петербург)</i>			СИМПОЗИУМ Постковидные истории. Разбор клинических случаев. <i>Сопредседатели: Адашева Т.В. (Москва), Малавян А.Г. (Москва), Болшева Л.З. (Владикавказ)</i>	15:00
15:15					15:15
15:30					15:30
15:45					15:45
16:00					16:00
16:20					16:20
16:35	СИМПОЗИУМ Многоликий нефрологический пациент. Расслаиваем акценты, делаем выводы. <i>Сопредседатели: Смирнов А.В. (Санкт-Петербург), Кулаева Н.Н. (Санкт-Петербург)</i>			мастер-класс Основы статистики для начинающего ученого. <i>Тарин А.В. (Уфа)</i>	16:35
16:45					16:45
17:00					17:00
17:15					17:15
17:30					17:30
17:45					17:45
18:05					18:05

Зал СЗал DЗал мастер-классов

09:00				09:00
09:15				09:15
09:30	Клинические разборы Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны. Председатель Полунина Т.Е. (Москва)	Клинические разборы Редкие заболевания в практике врача-терапевта. Сопредседатели: Тюрин А.В. (Уфа), Стрельцова А.А. (Санкт-Петербург)	Клинические разборы COVID-19 и его осложнения. Председатель Кусевич Д.А. (Москва)	09:30
09:45				09:45
10:00				10:00
10:15				10:15
10:30				10:30
10:45				10:45
11:00				11:00
11:15	СИМПОЗИУМ Новости внутренней медицины 2020/2021. Часть 2. Сопредседатели: Гарифуллин А.Д. (Санкт-Петербург), Солодун М.В. (Рязань)	СИМПОЗИУМ Особенности течения и терапии ревматических заболеваний. Часть 1. Сопредседатели: Румянцева Д.Г. (Москва), Алексеева О.Г. (Москва)	мастер-класс УЗИ легких для врача-терапевта. Лыжин В.Н. (Москва), Филляин Р.Э. (Москва), Кочмарева Е.А. (Москва)	11:15
11:30				11:30
11:45				11:45
12:00				12:00
12:15				12:15
12:30				12:30
12:50				12:50
13:05	симпозиум Профилактика и приверженность к терапии. От знаний к практике. Сопредседатели: Сивакова О.В. (Москва), Тюрин А.В. (Уфа)	симпозиум Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Острый коронарный синдром и сердечная недостаточность — варианты развития и прогноза. Сопредседатели: Костенко В.А. (Санкт-Петербург), Скородумова Е.А. (Санкт-Петербург)	мастер-класс Как написать и подать статью в журнал? Кокорин В.А. (Москва), Георгина О.А. (Москва)	13:05
13:15				13:15
13:30				13:30
13:45				13:45
14:00				14:00
14:15				14:15
14:35				14:35
14:50	симпозиум COVID-19 как мультиорганное заболевание. Сопредседатели: Деревянченко М.В. (Волгоград), Мухаметова Д.Д. (Казань)	симпозиум Особенности течения и терапии ревматических заболеваний. Часть 2. Сопредседатели: Румянцева Д.Г. (Москва), Кусевич Д.А. (Москва), Василенко Е.А. (Санкт-Петербург)	Викторина «Своя игра» Ведущий Чулков В.С. (Челябинск)	14:50
15:00				15:00
15:15				15:15
15:30				15:30
15:45				15:45
16:00				16:00
16:20				16:20
16:30	секция устных сообщений Эндокринология/Нефрология Сопредседатели: Довиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону), Бровин Д.Л. (Санкт-Петербург)	секция устных сообщений Ревматология. Сопредседатели: Зоткина К.Е. (Санкт-Петербург), Мячикова В.Ю. (Санкт-Петербург)	Конкурс на лучший клинический случай Ведущая Георгина О.А. (Москва) Члены жюри: Трофимов В.И. (Санкт-Петербург), Кокорин В.А. (Москва), Белоусова Е.Н. (Казань), Георгина О.А. (Москва), Деревянченко М.В. (Волгоград), Солодун М.В. (Рязань)	16:30
16:45				16:45
17:00				17:00
17:15				17:15
17:30				17:30
17:45				17:45
18:05				18:05

IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»

Конгресс зал

09:30–11:00

симпозиум

Инновационные технологии в диагностике и лечении ревматических заболеваний.

Председатель *Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)*

Приветственное слово

5' | *Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)*

Недифференцированный артрит. Принципы диагностики и лечения.

25' | *Беляева И.Б. (Санкт-Петербург)*

Фибромиалгия — проблемы диагностики и лечения в практике терапевта.

25' | *Трофимов Е.А. (Санкт-Петербург)*

Стратегия лечения системной красной волчанки в условиях реальной клинической практики.

25' | *Лейнеман Я.А. (Санкт-Петербург)*

10' | Вопросы-ответы

11:15–11:45

Церемония открытия

11:45–13:15

пленарное заседание

Председатель *Мартынов А.И. (Москва)*

Профилактическая медицина: вчера, сегодня, завтра.

30' | *Драпкина О.М. (Москва)*

Проблемы коморбидности при иммуновоспалительных заболеваниях.

30' | *Мазуров В.И. (Санкт-Петербург)*

Новые технологии, продлевающие жизнь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

30' | *Бойцов С.А. (Москва)*

Зал А

09:30–11:00

симпозиум

Гематология для терапевта.

Сопредседатели: *Стуклов Н.И. (Москва),*

Демихов В.Г. (Рязань), Рукавицын О.А. (Москва)

На приеме терапевта пациент с геморрагическим синдромом.

25' | *Демихов В.Г. (Рязань)*

Анемия хронических заболеваний: современные данные о патогенезе как основа для создания классификации.

25' | *Сахин В.Т. (Красногорск)*

Дефицит железа в практике врача-терапевта: профилактика и лечение.

30' | *Стуклов Н.И. (Москва)*

10' | Вопросы-ответы

13:30 - 15:05

симпозиум

Гипераммониемия у взрослых.

Сопредседатели: *Лазебник Л.Б. (Москва),*

Абдулганиева Д.И. (Казань)

Российский консенсус «Гипераммониемия у взрослых» с дополнениями 2021 года. Старт наблюдательного исследования «Лира Ковид».

30' | *Лазебник Л.Б. (Москва)*

Патогенетические аспекты гипераммониемии при хронических заболеваниях печени на доцитаротической стадии.

20' | *Ермолова Т.В. (Санкт-Петербург)*

Гипераммониемия и новая коронавирусная инфекция.

20' | *Абдулганиева Д.И. (Казань)*

Уровень аммиака в сыворотке крови пациентов с инфекцией COVID-19.

20' | *Тарасова Л.В., Цыганова Ю.В., Комарова Е.А.*

(Чебоксары)

5' | Вопросы-ответы

15:20–16:55

симпозиум

Больной высокого сердечно-сосудистого риска: от рекомендаций к клинической практике.

Сопредседатели: *Мартынов А.И. (Москва),*

Михин В.П. (Курск)

Современные возможности коррекции артериального давления у коморбидного больного.

15' | *Мартынов А.И. (Москва)*

Ведение пациентов высокого риска: современные рекомендации и реальная клиническая практика.

20' | *Небиеридзе Д.В. (Москва)*

Современные принципы медикаментозной терапии ишемической болезни сердца (ИБС): качество жизни и прогноз.

20' | *Ахмеджанов Н.М. (Москва)*

Больной высокого сосудистого риска в условиях пандемии COVID-19. Тактика терапевта.

20' | *Михин В.П. (Курск)*

Железодефицитная анемия и сердечно-сосудистые заболевания.

15' | *Мартынов А.И. (Москва)*

5' | Вопросы-ответы

17:10–18:40

симпозиум

Угрожающие жизни состояния при беременности: диагностика, лечение, профилактика.

Сопредседатели: *Стрюк Р.И. (Москва), Иртюга О.Б. (Санкт-Петербург), Бернгардт Э.Р. (Санкт-Петербург)*

Синдром Марфана и беременность: возможные риски и их профилактика.

20' | *Стрюк Р.И. (Москва)*

Перипартальная кардиомиопатия: дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

20' | *Карелкина Е.В. (Санкт-Петербург)*

Проблема желудочковых аритмий у беременных без структурной патологии сердца.

20' | *Бернгардт Э.Р., Трешкур Т.В., Беляева Е.Н., Володичева Н.С., Попов С.В., Зазерская И. Е. (Санкт-Петербург)*

Антикоагулянтная терапия — основные правила назначения во время беременности.

20' | *Иртюга О.Б. (Санкт-Петербург)*

10' | Вопросы-ответы

Зал В**09:30–11:00**

симпозиум

Комплексные проблемы ожирения: калейдоскоп событий в рамках одного заболевания.

Сопредседатели: *Драпкина О.М. (Москва), Губарева И.В. (Самара), Кодочигова А.И. (Саратов)*

Ожирение. Существует ли волшебная таблетка?

15' | *Лавренова Е.А. (Москва)*

Саркопения — что мы знаем об этом состоянии.

15' | *Шептулина А.Ф. (Москва)*

Психосоматические проблемы у пациентов с ожирением.

15' | *Кодочигова А.И., Псанукова Д.З. (Саратов)*

Ожирение у беременных.

15' | *Чулков В.С. (Челябинск)*

Ожирение и COVID-19: уроки пандемии.

15' | *Губарева И.В. (Самара)*

15' | Вопросы-ответы

13:30–15:05

симпозиум

Современные возможности фармакотерапии.

Сопредседатели: *Малявин А.Г. (Москва), Повзун А.С. (Санкт-Петербург)*

Тактика ведения пациентов с аллергическим ринитом. *Коммерческий доклад при поддержке компании Санофи (не входит в программу для НМО)*

30' | *Караулов А.В. (Москва)*

Современная терапия ОРВИ. *Коммерческий доклад при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн Хелскер (не входит в программу для НМО)*

15' | *Малявин А.Г. (Москва)*

Как победить насморк? *Коммерческий доклад при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн Хелскер (не входит в программу для НМО)*

15' | *Малявин А.Г. (Москва)*

Европейские рекомендации по терапии остеоартрита.

15' | *Повзун А.С. (Санкт-Петербург)*

Терапия остеоартрита у пациентов с мультиморбидностью.

15' | *Таскина Е.А. (Москва)*

5' | Вопросы-ответы

15:20–16:55

симпозиум

Заболевания органов дыхания: вопросы эффективной профилактики и рациональной терапии.

Председатель *Малявин А.Г. (Москва)*

Мифы острого бронхита. Разумный выбор.

30' | *Малявин А.Г. (Москва)*

Острый бронхит — лекарство не должно быть хуже болезни.

Коммерческий доклад при поддержке компании Санофи (не входит в программу для НМО)

30' | *Зайцев А.А. (Москва)*

Возможности респираторной реабилитации больных в период пандемии. *Коммерческий доклад при поддержке компании Санофи (не входит в программу для НМО)*

30' | *Малявин А.Г. (Москва)*

5' | Вопросы-ответы

17:10–18:50

симпозиум

Бронхолегочная патология в практике терапевта. Необходим мультидисциплинарный подход.

Сопредседатели: *Трофимов В.И. (Санкт-Петербург), Шапорова Н.Л. (Санкт-Петербург)*

Иммунотропные препараты в практике терапевта в период COVID-19. Клинические случаи.

15' | *Петленко С.В. (Санкт-Петербург)*

Бронхообструктивные заболевания и COVID-19.

20' | *Трофимов В.И. (Санкт-Петербург)*

Лечение бронхиальной астмы в зависимости от тяжести течения и фенотипа.

20' | *Шапорова Н.Л. (Санкт-Петербург)*

ТЭЛА — современный взгляд на проблему.

20' | *Яблонская В.Н. (Санкт-Петербург)*

Интерстициальные заболевания легких, современное представление.

20' | *Новикова Л.Н. (Санкт-Петербург)*

5' | Вопросы-ответы

IV Всероссийская конференция молодых терапевтов

Зал С

09:30–11:00

секция устных сообщений

Кардиология.Сопредседатели: *Ионин В.А. (Санкт-Петербург), Писарюк А.С. (Москва)*

Роль эпикардиальной жировой ткани в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.

15' *Ионин В.А., Заславская Е.Л., Скуридин Д.С., Баранова Е.И. (Санкт-Петербург)*

Особенности суточного профиля артериального давления, центрального аортального давления и сосудистый возраст у больных с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.

15' *Стрельцова А.М., Стаценко М.Е. (Волгоград)*

Транстретиновая амилоидная кардиомиопатия: состояние проблемы.

15' *Бежанишвили Т.Г., Давыдова В.Г., Полякова А.А., Гудкова А.А. (Санкт-Петербург)*

Нарушение системы гемостаза при инфекционном эндокардите: место антитромботической терапии.

15' *Писарюк А.С. (Москва)*

Эмбологенные инфаркты миокарда при фибрилляции предсердий.

15' *Соловьева М.В. (Санкт-Петербург)*

Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов с синдромом Такоцубо.

15' *Евдокимов Д.С. (Санкт-Петербург)***13:30–15:05**

симпозиум

Различные аспекты ведения пациентов с COVID-19.Сопредседатели: *Трофимов Е.А. (Санкт-Петербург), Кокорин В.А. (Москва)*

Особенности применения ГКС у пациентов COVID-19 различной степени тяжести.

15' *Ахиярова К.Э., Тюрин А.В. (Уфа)*

Антитромботическая терапия при COVID-19.

20' *Кокорин В.А. (Москва)*

Биологические препараты при COVID-19: успехи и разочарования.

20' *Трофимов Е.А. (Санкт-Петербург)*

Эффективность терапевтического плазмообмена у критически тяжелых больных с COVID-19.

15' *Шахгильдян Н.В. (Москва)*

Организация и первые итоги реабилитационных мероприятий у больных новой коронавирусной инфекцией.

15' *Белаш В.А. (Санкт-Петербург)***10'** Вопросы-ответы**15:20–16:55**

симпозиум

Прогнозирование течения заболевания как возможность повлиять на его исход.Сопредседатели: *Тетерина М.А. (Москва), Трусов И.С. (Санкт-Петербург)*

Инвазивная методика оценки гемодинамической значимости стенозов коронарных артерий у пациентов с ИБС.

15' *Мионов Н.А. (Москва)*

Возможности оптической когерентной томографии в определении прогноза у больных с острым коронарным синдромом после реваскуляризации миокарда.

15' *Трусов И.С., Иванченко Р.Д., Базунов А.К., Нифонтов Е.М., Бирюков А.В. (Санкт-Петербург)*

Разрывы миокарда: предикторы, клинические и медико-биологические аспекты.

15' *Виллов В.В., Федина А.В. (Москва)*

Стратификация риска пациентов с тромбозом легочной артерии.

15' *Тетерина М.А. (Москва)*

Мультиморбидность и прогноз пациентов старшего возраста с хронической сердечной недостаточностью.

15' *Карпенко Д.Г. (Москва)*

Клинико-лабораторные признаки и факторы риска нефротоксичности антиангиогенных противоопухолевых препаратов.

15' *Гречухина К.С., Чеботарева Н.В., Жукова Л.Г., Краснова Т.Н. (Москва)***5'** Вопросы-ответы**17:10–18:40**

симпозиум

Алгоритмы диагностики и лечения в практике молодого терапевта.Сопредседатели: *Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону), Белоусова Е.Н. (Казань)*

Диагностика эндокринных артериальных гипертензий: роль врача-терапевта.

15' *Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону)*

Дифференцированный подход к ведению пациентов с повышением печеночных ферментов.

15' *Белоусова Е.Н. (Казань)*

Синдром лихорадки неясного генеза.

15' *Георгинова О.А. (Москва)*

Алгоритм ведения пациента с мультифокальным атеросклерозом.

15' *Кобзева Н.Д. (Ростов-на-Дону)*

Антибактериальная терапия вирусных инфекций органов дыхания: есть ли точка приложения?

15' *Солодун М.В. (Рязань)*

Алгоритмы применения новых классов препаратов в лечении хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса.

15' | *Кольцов А.В. (Санкт-Петербург)*

Зал D

09:30–11:00

секция устных сообщений

Пульмонология/Гастроэнтерология.

Сопредседатели: *Кулагин Е.А. (Санкт-Петербург), Французевич Л.Я. (Москва)*

Облитерирующий бронхиолит у реципиентов аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

15' | *Кулагин Е.А. (Санкт-Петербург)*

Роль катепсина S в ремоделировании дыхательных путей у пациентов с бронхиальной астмой тяжелого течения.

15' | *Кацер А.Б., Крапошина А.Ю., Демко И.В., Собко Е.А, Казмерчук О.В., Абрамов Ю.И. (Красноярск)*

Особенности течения бронхиальной астмы с сопутствующей гипертонической болезнью.

15' | *Партави М.С. (Санкт-Петербург)*

Фенотипирование ангиотензин-превращающего фермента у пациентов с саркоидозом.

15' | *Французевич Л.Я. (Москва)*

Особенности подходов к лекарственной терапии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в г. Санкт-Петербурге.

15' | *Расмагина И.А. (Санкт-Петербург)*

Спектр болезней органов пищеварения у мужчин призывного возраста.

15' | *Якушев А.А., Федоров И.Г., Саликов А.В., Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г. (Москва)*

13:30–15:05

симпозиум

Коморбидность с практической точки зрения. Возможности и пути решения.

Сопредседатели: *Деревянченко М.В. (Волгоград), Ефремова Е.В. (Ульяновск)*

Коморбидность. О чем необходимо знать практикующему терапевту.

15' | *Ефремова Е.В. (Ульяновск)*

Артериальная гипертензия и сахарный диабет (СД): особенности ведения пациентов.

15' | *Деревянченко М.В. (Волгоград)*

Как улучшить прогноз пациента с ИБС и СД.

15' | *Кобзева Н.Д. (Ростов-на-Дону)*

Хроническая сердечная недостаточность и ожирение: как защитить почки?

15' | *Фабрицкая С.В., Рындина Ю.А. (Волгоград)*

Новые подходы в лечении хронической сердечной недостаточности у пациентов с коморбидной патологией (ХОБЛ).

15' | *Калимулин О.А. (Санкт-Петербург)*

Инфаркт миокарда 2 типа: распространенность, основные причины развития, особенности течения и прогноза заболевания.

15' | *Облавацкий Д.В. (Санкт-Петербург)*

5' | Вопросы-ответы

15:20–16:55

симпозиум

Вакцинация в практике врача-терапевта: За или Против?

Сопредседатели: *Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону), Георгинова О.А. (Москва)*

COVID-19

Позиция Pro:

10' | *Акопян Д.Г. (Ростов-на-Дону)*

Позиция Contra:

10' | *Гилязова Г.Р. (Уфа)*

Пневмококк

Позиция Pro:

10' | *Аржанова А.П. (Волгоград)*

Позиция Contra:

10' | *Московкина Е.И. (Челябинск)*

Грипп

Позиция Pro:

10' | *Тузова Е.А. (Москва)*

Позиция Contra:

10' | *Баранова А.Н., Егорова П.Н. (Москва)*

Корь

Позиция Pro:

10' | *Ибрагимов Д.Р. (Казань)*

Позиция Contra:

10' | *Фомина А.А. (Москва)*

15' | Дискуссия

17:10–18:45

симпозиум

Особенности ведения различных групп пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Сопредседатели: *Чулков В.С. (Челябинск), Толмачева А.А. (Новосибирск)*

Портреты метаболического синдрома у лиц разных возрастных категорий.

15' | *Чулков В.С., Гаврилова Е.С., Чулков Вл. С. (Челябинск)*

Гендерные различия факторов кардиометаболического риска у лиц молодого возраста.

15' | *Гаврилова Е.С., Чулков В.С., Ленец Е.А. (Челябинск)*

Ближайшие и отдаленные исходы у женщин с артериальной гипертензией во время беременности в анамнезе.

15' | *Тарасова О.А., Чулков В.С. (Челябинск)*

Дислипидемия как фактор риска неинфекционных заболеваний у разных категорий пациентов.

15' | *Толмачева А.А., Ложкина Н.Г., Хасанова М.Х., Стафеева Е.А. (Новосибирск)*

Эффективность метода неинвазивной электроннойростимуляции в лечении пациентов с резистентной артериальной гипертонией.

15' | *Мамедгусейнова С.С., Кокорин В.А. (Москва)*

Артериальная гипертензия и долголетие.

15' | *Воздеева А.С., Резник Е.В. (Москва)*

5' | Дискуссия

Зал мастер-классов

09:30–11:00

мастер-класс

Фокусированная эхокардиография в практике врача-терапевта.

Лыхин В.Н. (Москва), Филявин Р.Э. (Москва), Кочмарева Е.А. (Москва)

13:30–15:05

тренинг

Эффективная коммуникация для врачей. Часть 1.

Ведущие: *Сорокина А.Г. (Москва), Потапенко А.В. (Москва), Забурдаева Е.В. (Москва)*

15:20–16:55

тренинг

Эффективная коммуникация для врачей. Часть 2.

Ведущие: *Сорокина А.Г. (Москва), Потапенко А.В. (Москва), Забурдаева Е.В. (Москва)*

17:10–18:45

Конкурс на лучшую научную работу

Члены жюри: *Мартынов А.И. (Москва), Гайдукова И.З. (Санкт-Петербург), Кокорин В.А. (Москва), Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону), Лейнеман Я.А. (Санкт-Петербург), Тюрин А.В. (Уфа)*

Ведущий *Кокорин В.А. (Москва)*

Ангиопоэтин-подобный белок 4 типа как ключевой фактор, связывающий метаболические изменения и развитие почечной дисфункции у больных ревматоидным артритом.

7' | *Александров В.А. (Волгоград)*

Распространенность нутритивных нарушений среди пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от состояния почечной функции.

7' | *Борханова Э.Г. (Казань)*

Отдаленный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий и инфарктом миокарда:

влияние клинико-anamnestических факторов и лекарственной терапии.

7' | *Ежова А.В. (Рязань)*

Структура хронических неинфекционных заболеваний у долгожителей г. Москвы.

7' | *Врублевский А.Н. (Москва)*

Полиморфизмы генов ренин-ангиотензиновой системы при различных метаболических фенотипах у лиц молодого возраста.

7' | *Ткаченко П.Е. (Челябинск)*

Молекулярно-генетические маркеры инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа.

7' | *Толмачева А.А. (Новосибирск)*

Коморбидная патология при псориатическом артрите: связь с клинико-лабораторными и ультразвуковыми особенностями течения псориатического артрита и качеством жизни.

7' | *Файрушина И.Ф. (Казань)*

Структура коморбидной патологии у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в постменопаузальном периоде.

7' | *Шамбатов М.А. (Екатеринбург)*

IV Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной»

Зал А

09:30–11:00

пленарное заседание

Новости внутренней медицины 2020/2021.

Сопредседатели: *Белоусова Е.Н. (Казань), Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)*

Новости кардиологии.

25' | *Деревянченко М.В. (Волгоград)*

Новости нефрологии.

20' | *Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)*

Новости гастроэнтерологии.

20' | *Белоусова Е.Н. (Казань)*

Новости ревматологии.

25' | *Георгинова О.А. (Москва)*

11:15–12:50

симпозиум

Актуальные вопросы современной кардиологии. От очевидных истин до инновационных решений.

Сопредседатели: *Баранова Е.И. (Санкт-Петербург), Никифоров В.С. (Санкт-Петербург)*

Фибрилляция предсердий: эпидемиология, патогенез, принципы ведения больных.

20' | *Баранова Е.И. (Санкт-Петербург)*

Диагностические ошибки в клинической практике и пути их коррекции.

20' | *Махнов А.П. (Санкт-Петербург)*

Актуальные вопросы ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

20' | *Никифоров В.С. (Санкт-Петербург)*

Синергизм действия магния и анксиолитиков.

Коммерческий доклад при поддержке компании Санофи (не входит в программу для НМО)

30' | *Никитина Е.А. (Москва)*

5' | Вопросы-ответы

13:05–14:35

интерактивная дискуссия

Иммунологический синдром после вирусных инфекций – обсуждение проблемы, основанное на клинических примерах.

Ведущие: *Мазуров В.И. (Санкт-Петербург), Гайдукова И.З. (Санкт-Петербург)*

14:50–16:20

симпозиум

Актуальные вопросы диагностики и лечения эндокринных заболеваний.

Сопредседатели: *Шустов С.Б. (Санкт-Петербург), Волкова А.Р. (Санкт-Петербург), Ворохобина Н.В. (Санкт-Петербург)*

Дисфункция щитовидной железы: обзор последних рекомендаций.

20' | *Волкова А.Р., Дора С.В. (Санкт-Петербург)*

Сложности в диагностике первичного гиперальдостеронизма.

20' | *Шустов С.Б. (Санкт-Петербург)*

Современные представления о нейроэндокринных опухолях.

20' | *Ворохобина Н.В. (Санкт-Петербург)*

Терапевтические маски акромегалии.

20' | *Иловайская И.А. (Москва)*

10' | Вопросы-ответы

16:35–18:05

симпозиум

Многоликий нефрологический пациент. Расставляем акценты, делаем выводы.

Председатель: *Колмакова Е.В. (Санкт-Петербург)*

Хроническая болезнь почек: нерешенные проблемы.

20' | *Румянцев А.Ш. (Санкт-Петербург)*

Патогенетический континуум кардиоренальных взаимоотношений.

20' | *Смирнов А.В. (Санкт-Петербург)*

Новый взгляд на сердечно-почечно-протективную терапию у больных хронической болезнью почек.

20' | *Кулаева Н.Н. (Санкт-Петербург)*

Ишемическая нефропатия.

20' | *Колмакова Е.В. (Санкт-Петербург)*

10' | Вопросы-ответы

Зал В

09:30–11:00

симпозиум

Комбинированная медикаментозная терапия сочетанных сердечно-сосудистых заболеваний: доказательная медицина и клиническая практика в период пандемии COVID-19.

Сопредседатели: *Марцевич С.Ю. (Москва), Якусевич В.В. (Ярославль)*

Проблема выбора комбинированной фармакотерапии при коморбидных сердечно-сосудистых заболеваниях в период пандемии COVID-19 с позиции доказательной медицины.

20' | *Марцевич С.Ю. (Москва)*

Гиполипидемическая и антитромботическая терапия у больных с атеросклероз-ассоциированными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

20' | *Якусевич В.В. (Ярославль)*

Медикаментозное лечение пациентов с хронической ИБС при сочетании с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

20' | *Кутишенко Н.П. (Москва)*

Больные с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в практике кардиолога и терапевта.

20' | *Лукьянов М.М. (Москва)*

10' | Вопросы-ответы

11:15–12:50

симпозиум

Неврология и кардиология в эпоху COVID-19: от системной профилактики до клинической иллюстрации.

Сопредседатели: *Якупов Э.З. (Казань),*

Ковальчук В.В. (Санкт-Петербург)

Неврологические осложнения после COVID-19.

Ключевые шаги в реабилитации. *Коммерческий доклад при поддержке компании Такеда (не входит в программу для НМО)*

25' | *Якупов Э.З. (Казань)*

Первое масштабное исследование в нейрореабилитации пациентов после COVID-19. *Коммерческий доклад при поддержке компании Такеда (не входит в программу для НМО)*

20' | *Ковальчук В.В. (Санкт-Петербург)*

Дифференциальный диагноз дислипидемий.

25' | *Боева О.И. (Москва)*

Гиперчувствительный тропонин: место в диагностике и рекомендации по интерпретации результатов.

15' | *Бусыгин Д.А. (Москва)*

10' | Вопросы-ответы

13:05–14:35

симпозиум

Терапевтические грани метаболического синдрома.

Сопредседатели: *Тыренко В.В. (Санкт-Петербург),*

Успенский Ю.П. (Санкт-Петербург), Фоминых Ю.А.

(Санкт-Петербург)

Новое отношение к гипертриглицеридемии, как проявлению дислипидемии, при метаболическом синдроме.

30' | *Тыренко В.В. (Санкт-Петербург)*

Гастроэнтерологические кластеры метаболического синдрома: в фокусе пищевод.

30' | *Успенский Ю.П. (Санкт-Петербург)*

Гастроэнтерологические кластеры метаболического синдрома: в фокусе печень, поджелудочная железа и кишечник.

25' | *Фоминых Ю.А. (Санкт-Петербург)*

5' | Вопросы-ответы

14:50–16:20

симпозиум

Постковидные истории. Разбор клинических случаев.

Сопредседатели: *Адашева Т.В. (Москва), Малявин А.Г.*

(Москва), Болиева Л.З. (Владикавказ)

Пациент с коморбидной патологией после перенесенной инфекции COVID-19. Кардиолог, пульмонолог, эндокринолог в поисках консенсуса. Клинический разбор.

45' | *Адашева Т.В., Малявин А.Г., Губернаторова Е.Е.*

(Москва)

Новые вызовы COVID-19. «Долгий ковид» и мультисистемный воспалительный синдром. Разбор клинических случаев.

30' | *Болиева Л.З. (Владикавказ)*

15' | Вопросы-ответы

16:35–18:05

мастер-класс

Основы статистики для начинающего ученого.

Тюрин А.В. (Уфа)

IV Всероссийская конференция молодых терапевтов

Зал С

09:30–11:00

клинические разборы

Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны.

Председатель *Полунина Т.Е. (Москва)*

Дифференциальная диагностика заболеваний гепатобилиарной зоны.

25'| Полунина Т.Е. (Москва)

Трудности дифференциальной диагностики желчнокаменной болезни.

15'| Попова А.А. (Санкт-Петербург)

Дифференциальная диагностика болезни Крона: аргументы и факты.

15'| Семенова Е.А., Немцова Е.Г.

(Санкт-Петербург)

Абдоминальная боль.

25'| Полунина Т.Е. (Москва)

10'| Вопросы-ответы

11:15–12:50

симпозиум

Новости внутренней медицины 2020/2021. Часть 2.

Сопредседатели: *Гарифуллин А.Д.*

(Санкт-Петербург), Солодун М.В. (Рязань)

Новости пульмонологии.

20'| Солодун М.В. (Рязань)

Новости эндокринологии.

20'| Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону)

Новости гематологии.

20'| Гарифуллин А.Д. (Санкт-Петербург)

Новости 19-го Европейского конгресса терапевтов.

30'| Кокорин В.А. (Москва)

5'| Вопросы-ответы

13:05–14:35

симпозиум

Профилактика и приверженность к терапии. От знаний к практике.

Сопредседатели: *Сивакова О.В. (Москва),*

Тюрин А.В. (Уфа)

Приверженность к терапии. Что изменилось и что можно изменить.

15'| Ефремова Е.В. (Ульяновск)

Будущее за медициной профилактической.

Сообщества молодых специалистов

в области профилактической медицины и кардиологии.

15'| Сивакова О.В., Раковская Ю.С. (Москва)

Возможности замедления темпов прогрессирования хронической болезни почек и сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

15'| Деревянченко М.В. (Волгоград)

Индекс массы тела и потребление полифенольных соединений городской популяции жителей Сибири.

15'| Батлук Т.И., Денисова Д.В., Березовикова И.П. (Новосибирск)

Хроническое системное низкоинтенсивное воспаление и инсулинорезистентность у больных с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.

15'| Стрельцова А.М., Стаценко М.Е. (Волгоград)

Предиктивная медицина на современном этапе.

15'| Тюрин А.В. (Уфа)

14:50–16:20

симпозиум

COVID-19 как мультиорганный заболевание.

Сопредседатели: *Деревянченко М.В. (Волгоград), Мухаметова Д.Д. (Казань)*

COVID-19 и система органов дыхания.

15'| Махмутова В.Р. (Санкт-Петербург)

COVID-19 и сердечно-сосудистая система.

15'| Деревянченко М.В., Артемьева Д.Д. (Волгоград)

COVID-19 и поражение почек.

15'| Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)

COVID-19 и органы ЖКТ.

15'| Мухаметова Д.Д. (Казань)

Постковидный синдром.

15'| Гасанов М.З. (Ростов-на-Дону)

15'| Вопросы-ответы

16:35–18:05

секция устных сообщений

Эндокринология/Нефрология

Сопредседатели: *Давиденко И.Ю.*

(Ростов-на-Дону), Бровин Д.Л.

(Санкт-Петербург)

Молекулярно-генетические маркеры метаболического синдрома и его компонентов у женщин с абдоминальным ожирением.

15'| Бровин Д.Л., Беляева О.Д.

(Санкт-Петербург)

Сахарный диабет 1 типа: современные технологии в контроле гликемии.

15'| Черная М.Е., Волкова А.Р. (Санкт-Петербург)

Порочный круг тиреоидного метаболизма.

15'| Абрамова И.М., Волкова А.Р.

(Санкт-Петербург)

Биомаркеры в ранней диагностике кардиоренального синдрома 1 типа у пациентов с острым коронарным синдромом.

15' | *Воробьев Е.А. (Санкт-Петербург)*

Биомаркеры морфологического повреждения почек.

15' | *Саганова Е.С. (Санкт-Петербург)*

15' | Вопросы-ответы

Зал D

09:30–11:00

Клинические разборы

Редкие заболевания в практике врача-терапевта.

Сопредседатели: *Тюрин А.В. (Уфа), Стрельцова А.А. (Санкт-Петербург)*

Костная болезнь Педжета — особенности диагностики и клинической картины.

20' | *Тюрин А.В. (Уфа)*

Поражение сердца при болезни Фабри.

20' | *Моисеев А.С. (Москва)*

Апикальная гипертрофическая кардиомиопатия — наименее изученный вариант ГКМП.

20' | *Стрельцова А.А. (Санкт-Петербург)*

Трудности диагностики синдрома гиперкортицизма в практике врача-терапевта.

20' | *Давиденко И.Ю. (Ростов-на-Дону)*

10' | Вопросы-ответы

11:15–12:50

симпозиум

Особенности течения и терапии ревматических заболеваний. Часть 1.

Сопредседатели: *Румянцева Д.Г. (Москва), Алексеева О.Г. (Москва)*

Тяжелое обострение псориаза на фоне терапии новой коронавирусной инфекции у пациента с псориатическим артритом (клиническое наблюдение).

15' | *Румянцева Д.Г. (Москва)*

Поражение кожи при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме (проспективное исследование).

15' | *Шумилова А.А. (Москва)*

Ультразвуковая диагностика ревматических заболеваний: возможности метода.

15' | *Алексеева О.Г. (Москва)*

Особенности определения клинической, ультразвуковой и лабораторной активности псориатического артрита.

15' | *Файрушина И.Ф. (Казань)*

Определение подвижности позвоночника у пациентов с анкилозирующим спондилитом методом ультразвукового сканирования: предварительные данные.

15' | *Курбанмагомедов М.К. (Москва)*

Особенности клинического течения ревматоидного артрита после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

15' | *Саранцева Л.М. (Санкт-Петербург)*

13:05–14:35

симпозиум Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джanelидзе

Острый коронарный синдром и сердечная недостаточность — варианты развития и прогноза.

Сопредседатели: *Костенко В.А. (Санкт-Петербург), Скородумова Е.А. (Санкт-Петербург)*

Клиническое течение острого коронарного синдрома у пациентов с миокардиальными мостиками венечных артерий — есть ли особенности?

15' | *Скородумова Е.А. (Санкт-Петербург)*

Что ждет пациентов в отдаленном периоде после инфаркта миокарда и острого повреждения почек.

15' | *Сиверина А.В. (Санкт-Петербург)*

Функция и морфология тромбоцитов у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда — есть ли связь с формированием сердечной недостаточности?

15' | *Федоров А.Н. (Санкт-Петербург)*

Сравнительная характеристика клинической картины и предикторов краткосрочного и долгосрочного прогноза у пациентов с ОДХСН и разными вариантами фракции выброса левого желудочка.

15' | *Скородумова Е.Г. (Санкт-Петербург)*

Двухлетний опыт наблюдения за пациентами со сниженной фракцией выброса левого желудочка после ОДХСН — проблемы и уроки.

15' | *Костенко В.А. (Санкт-Петербург)*

Современное представление об эхокардиографических предикторах развития хронической сердечной недостаточности у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование.

15' | *Магомадов И.С. (Санкт-Петербург)*

5' | Вопросы-ответы

14:50–16:20

симпозиум

Особенности течения и терапии ревматических заболеваний. Часть 2.

Сопредседатели: *Румянцева Д.Г. (Москва), Кусевич Д.А. (Москва), Василенко Е.А. (Санкт-Петербург)*

Перспективы применения моноклональных антител к RANKL в комплексной терапии ревматоидного артрита.

15' | *Коваленко П.С. (Москва)*

Насколько эффективны локальные инъекции PRP и гиалуроновой кислоты у пациентов разных возрастных групп?

15' | *Нестеренко В.А. (Москва)*

Динамика субпопуляций В и Т лимфоцитов у пациентов с ревматоидным артритом на терапии с БПВП и ГИБП.

15' | *Мартынова А.В. (Москва)*

Роль ангиопоэтин-подобных белков в возникновении и поддержании почечной дисфункции у пациентов с ревматоидным артритом.

15' | *Александров В.А. (Волгоград)*

Возможности ранней диагностики поражения кишечника у больных анкилозирующим спондилитом.

15'| Тарасова Д.Д. (Волгоград)

Дифференциальная диагностика хронического болевого синдрома в позвоночнике.

Что нам дает магнитно-резонансная томография?

15'| Василенко Е.А. (Санкт-Петербург)

16:35–18:05

секция устных сообщений

Ревматология.

**Сопредседатели: Зоткина К.Е. (Санкт-Петербург),
Мячикова В.Ю. (Санкт-Петербург)**

Возможности применения ингибиторов янус-киназ в комплексном лечении пациентов с COVID-19.

15'| Мельников Е.А. (Санкт-Петербург)

Болезнь Стилла взрослых и идиопатический рецидивирующий перикардит:

объединить нельзя дифференцировать.

**15'| Мячикова В.Ю., Моисеева О.М.,
Маслянский А.Л. (Санкт-Петербург)**

Диагностическая значимость определения концентрации свободных легких цепей иммуноглобулинов слюны у пациентов с болезнью Шегрена.

**15'| Кувардин Е.С., Маслянский А.Л., Лапин С.В.,
Холопова И.В. (Санкт-Петербург)**

Оценка общего состояния здоровья и объема лекарственной терапии пациентов с болезнью Стилла взрослых по данным телефонного опроса.

**15'| Зоткина К.Е., Торгашина А.В., Маслянский А.Л.
(Санкт-Петербург)**

Бессимптомная гиперурикемия у пациентов с остеоартритом.

**15'| Башкинов Р.А., Фонтуренко А.Ю.
(Санкт-Петербург)**

Особенности течения коморбидных заболеваний при различных клинических вариантах спондилоартритов.

15'| Дадалова А.М. (Санкт-Петербург)

Зал мастер-классов

09:30–11:00

клинические разборы

COVID-19 и его осложнения.

Председатель Кусевич Д.А. (Москва)

Тяжелое течение COVID-19 у пациентки с ревматоидным артритом на фоне терапии тоцилизумабом.

25'| Кусевич Д.А. (Москва)

Цитолитический синдром при COVID-19.

Факторы риска и тактика ведения на примере клинического случая.

25'| Алексеева Д.Н. (Санкт-Петербург)

Тромбоземболические осложнения на фоне течения COVID-19 у пациента молодого возраста с наследственной тромбофилией.

25'| Деревянченко М.В. (Волгоград)

15'| Вопросы-ответы

11:15–12:50

мастер-класс

УЗИ легких для врача-терапевта.

**Лыхин В.Н. (Москва), Филявин Р.Э. (Москва),
Кочмарева Е.А. (Москва)**

13:05–14:35

мастер-класс

Как написать и подать статью в журнал?

Кокорин В.А. (Москва), Георгинова О.А. (Москва)

14:50–16:20

Викторина «Своя игра».

Ведущий Чулков В.С. (Челябинск)

16:35–18:05

Конкурс на лучший клинический случай

Члены жюри: **Трофимов В.И. (Санкт-Петербург),**

Кокорин В.А. (Москва), Белоусова Е.Н. (Казань),

Георгинова О.А. (Москва), Деревянченко М.В. (Волгоград),

Солодун М.В. (Рязань)

Ведущая Георгинова О.А. (Москва)

Клинический случай острого повреждения почек у пациента с COVID-19.

7'| Абдуллина Э.Р. (Казань)

Подострый тиреоидит, ассоциированный с COVID-19: случай из практики.

7'| Авакова С.М. (Ростов-на-Дону)

Трудности диагностики дерматополимиозита в практике врача первичного звена.

7'| Гончарова В.Е. (Новосибирск)

Лейкемоидная реакция миелоидного типа у пациентки с инфекционным эндокардитом аортального клапана на фоне аденокарциномы хвоста поджелудочной железы.

7'| Ким О.В. (Москва)

Манифестация саркоидоза на фоне диагностики и лечения ИБС с нарушением ритма сердца.

7' | Майкова Е.В. (Яльчики, Чувашская Республика)

Формирование некротизирующего васкулита у пациентки с В-крупноклеточной лимфомой на фоне терапии ингибитором иммунных контрольных точек (PD-1)

7' | Мельников Е.С. (Санкт-Петербург)

Клинический случай прогрессирующего семейного внутрипеченочного холестаза 3 типа.

7' | Паневкина С.В. (Москва)

Клинический случай хориоретинита на фоне генно-инженерной терапии ревматоидного артрита.

7' | Поздеева В.А. (Челябинск)

Манифестация гранулематоза с полиангиитом у пациентки с инфекцией SARS-COV2.

7' | Рымберг В.П. (Москва)

Родственная трансплантация печени от однойцевой сестры у больной врожденным фиброзом печени.

7' | Фастовец С.В. (Москва)



КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

Генеральный
спонсорSANOFI 

«Санофи» – глобальная биофармацевтическая компания, миссия которой – оказывать поддержку тем, кто сталкивается с различными проблемами со здоровьем.

«Санофи» представлена более чем в 100 странах мира и присутствует в России с 1970-х годов, являясь лидером российского фармацевтического рынка в течение 6 последних лет*. Широкий диверсифицированный портфель препаратов компании позволяет поддерживать здоровье россиян, начиная с профилактики инфекционных заболеваний современными вакцинами до управления такими серьезными заболеваниями, как диабет, сердечно-сосудистые, онкологические, аутоиммунные и редкие генетические болезни, а также рассеянный склероз.

Стратегия «Санофи» в России отвечает государственным приоритетам в области здравоохранения: локализация производства препаратов для лечения социально-значимых заболеваний не только позволила повысить доступность инновационной терапии для российских пациентов, но и укрепила экспортный потенциал России в странах Евросоюза.

* Данные IMS2019, источник – «Санофи»

«Санофи»

125009, Москва, ул. Тверская, д. 22
телефон: +7 (495) 721-14-00
www.sanofi.ru

АО «Валента Фарм»

121471, Москва, ул. Рябиновая, д. 26 стр. 10
телефон: +7 (495) 933-60-80
Факс: +7(495) 933-60-81
электронная почта: info@valentapharm.com
www.valentapharm.com



VALENTA

АО «Валента Фарм» – российская инновационная фармацевтическая компания, основанная в 1997 году и сфокусированная на разработке и производстве новых оригинальных препаратов. «Валента Фарм» занимается разработкой, производством и выводом на рынок рецептурных и безрецептурных препаратов в таких терапевтических направлениях, как иммунология, вирусология и антибактериальная терапия, психоневрология, гастроэнтерология, урология и др.

Портфель препаратов компании представлен такими известными брендами, как Ингавирин®, Граммидин®, Тримедат®, Антарейт®, Экспортал®, Диоксидин®, Тералиджен®, Феназепам®, Пантокальцин®, Аминазин® и др.

Лазолван® **МАКС** — лечение кашля¹ в **МАКС**имально удобной форме^{*, 2}



Реклама.

* По сравнению с приемом таблеток Лазолван® 30 мг 3 раза в сутки. 1. Инструкция по медицинскому применению Лазолван® МАКС капсулы пролонгированного действия 75 мг, рег. ном. — ЛП-003519. 2. Claxton A.J., Cramer J., Pierce S. // Clin Ther. — 2001. — Vol. 23 (8). — P. 1296–1310.

Краткая информация по медицинскому применению лекарственного препарата Лазолван® МАКС (амброксол) капсулы пролонгированного действия 75 мг, РУ ЛП-003519. Показания: острые и хронические заболевания дыхательных путей с выделением вязкой мокроты (острый и хронический бронхит, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма с затруднением отхождения мокроты, бронхоэктатическая болезнь). **Способ применения и дозы:** внутрь по 1 капсуле один раз в сутки. Капсулы не следует вскрывать или разжевывать. Можно применять независимо от приема пищи, проглатывать целиком, обильно запивая жидкостью. В случае сохранения симптомов в течение 4–5 дней от начала приема рекомендуется обратиться к врачу. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амброксолу или другим компонентам препарата, беременность (I триместр), период лактации, детский возраст до 18 лет. **Меры предосторожности:** II–III триместр беременности, почечная и/или печеночная недостаточность. Не следует комбинировать с противокашлевыми средствами, затрудняющими выведение мокроты. **Побочное действие:** тошнота, снижение чувствительности в полости рта или глотке, нарушение вкусовых ощущений, анафилактические реакции (включая анафилактический шок), ангионевротический отек. С полным списком побочных эффектов, возникающих нечасто, редко и с неизвестной частотой, ознакомьтесь в официальной инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата. **Перед назначением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.**

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

АО «Санофи Россия», 125009, Москва, ул. Тверская, 22. Тел.: +7-495-721-1400, факс: +7-495-721-1411.
MAT-RU-2100101-1.0-01/2021.

«ИНВИТРО»

125047, Москва,
ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16,
корп. 3, этаж 3, помещение I, комната 3
телефон: +7 (495) 363-03-63
электронная почта: info@invitro.ru
www.invitro.ru

INVITRO

«ИНВИТРО» – ведущая группа медицинских компаний России*, которая с 1998 года специализируется на лабораторной диагностике и оказании медицинских услуг. Основные приоритеты работы – международный уровень качества, клиентоориентированный сервис и высокотехнологичные инновационные решения.

Сегодня в группу «ИНВИТРО» входит 8 современных лабораторных комплексов, более 1500 медицинских офисов в шести странах, а также 3 диагностических центра. Ежегодно выполняется более 76 млн лабораторных исследований.

Компания группы «ИНВИТРО» проводит клинические испытания медицинских изделий для диагностики in vitro, а также оказывает комплекс услуг в рамках проведения уполномоченными организациями клинических исследований лекарственных препаратов.

Основатели ООО «ИНВИТРО» – инвесторы российской лаборатории инновационных биотехнологических исследований – ЧУ «ЗД Биопринтинг Солюшенс».

* по суммарному объему выручки от оказанных медицинских услуг по состоянию на 2017 год. Исследование АО «РОСБИЗНЕСКОНСАЛТИНГ» от 20 сентября 2018 года «Определение положения медицинских компаний, работающих под брендом INVITRO, на российском рынке медицинских услуг».

Участник

**Участник «ФармФирма «Сотекс»**

телефон: +7(495) 231-15-12
электронная почта: info@sotex.ru
www.sotex.ru

ЗАО «ФармФирма «Сотекс» – современный производитель лекарственных средств, функционирует в соответствии с требованиями GMP и является одним из наиболее высокотехнологичных и инновационных фармацевтических предприятий в России. В продуктивном портфеле компании более 150 позиций препаратов, применяющихся в социально значимых терапевтических областях: неврология, онкология, ревматология, нефрология, психоневрология и др. Современные и эффективные препараты компании «Сотекс» не уступают западным аналогам по качеству и доступнее экономически.



МАГНЕ В₆®



Реклама.

МАГНЕ В₆® ПОМОГАЕТ СНИЗИТЬ ПОВЫШЕННУЮ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ И УТОМЛЯЕМОСТЬ, ВОСПОЛНЯЯ ДЕФИЦИТ МАГНИЯ¹⁻³

ДЕФИЦИТ МАГНИЯ АССОЦИИРОВАН С КОМПЛЕКСОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ^{1-3, 5}:

- Повышенная раздражительность
- Незначительные нарушения сна
- Желудочно-кишечные спазмы
- Учащенное сердцебиение
- Повышенная утомляемость
- Боли и спазмы мышц
- Ощущение покалывания в мышцах



* При дефиците магния. 1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Магне В₆® форте (рег. номер: ЛСР-007053/09). 2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Магне В₆® (рег. номер: П N013203/01). 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Магне В₆® раствор для приема внутрь (рег. номер: П N013203/02). 4. Громова О.А. и др. Динамика концентрации магния в крови после приема различных магниесодержащих препаратов // Фарматека. — 2009. — № 10. — С. 63–68. 5. Громова О.А., Торшин И.Ю. Магний и пиридоксин: основы знаний, 2006.

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. Перед назначением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препаратов.

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция). 125009, Москва, ул. Тверская, 22.
Тел.: +7-495-721-1400, факс: +7-495-721-1411. MAT-RU-2100155-1.0-02/2021.

Спонсор



Takeda Pharmaceutical Company Limited – глобальная биофармацевтическая, приверженная ценностям, компания с фокусом на научные разработки. Компания с головным офисом в Японии занимает лидирующие позиции на фармацевтическом рынке мира. Takeda стремится заботиться о здоровье и будущем пациентов, используя последние достижения науки для создания инновационных лекарственных средств. Научно-исследовательская деятельность компании направлена на разработку новых препаратов в ряде терапевтических областей: онкологии, гастроэнтерологии, неврологии и лечении редких заболеваний, целевые инвестиции осуществляются также в разработку вакцин и препаратов плазмы крови. В фокусе внимания компании – разработка инновационных лекарственных средств, способствующих изменению жизни пациентов. Мы создаем передовые методы лечения на объединенной научно-исследовательской платформе компании, формируя перспективный портфель продуктов в нескольких терапевтических областях. Наши сотрудники, работающие более чем в 80 странах и регионах мира, преданы идее улучшения качества жизни пациентов. Для получения дополнительной информации посетите наш сайт www.takeda.com

ООО «Такеда Фармасьютикалс» («Такеда Россия») входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited, Осака, Япония. Центральный офис расположен в Москве. Более подробную информацию о «Такеда» в России вы можете найти на сайте: www.takeda.com/ru-ru

Такеда**ООО «Такеда Фармасьютикалс»**

119048, Москва, ул. Усачева, д. 2, стр. 1,
Бизнес-центр «Фьюжн Парк» 4 и 5 этаж.
телефон: +7 (495) 933-55-11
факс: +7 (495) 502-16-25
горячая линия: 8 (800) 555-55-79
электронная почта: Russia@takeda.com
www.takeda.com/ru-ru

АО «Цитомед» – Медико-биологический научно-производственный комплекс

Санкт-Петербург, 4-я линия В.О., д. 11,
телефон: + 7(812) 602-05-93
www.cytomed.ru



АО «Цитомед» – одна из первых отечественных фармацевтических компаний-производителей в области пептидной фармакологии.

За 30 лет честного и безупречного труда были разработаны и внедрены во врачебную практику: Тимоген спрей и в ампулах – пептидный иммуномодулятор, используется в комплексной терапии инфекционных и воспалительных процессов.

Простатилен лиофилизат и свечи – препарат для лечения заболеваний предстательной железы

Цитовир для взрослых и детей – препарат для профилактики и лечения гриппа и ОРЗ.

Тимоген крем – препарат для лечения атопического дерматита.

Простатилен АЦ – лечение и профилактика мужского бесплодия.

Вартоцид – лечение и профилактика рецидивов остроконечных кондилом у мужчин и женщин.

Производство АО МБ НПК «Цитомед» – это современный комплекс, располагающийся в Санкт-Петербурге почти на 1 200 кв.метров с цехами по производству мазей, кремов, суппозитория, таблеток.

Лекарственные препараты производятся на современном высокотехнологичном оборудовании из качественного сырья на основе современных технологий.

АКТОВЕГИН®

35 ЛЕТ ЛИДЕРСТВА



- Нейропротектор, в составе которого более 200 биологически активных веществ
- Оказывает комплексное действие: нейропротективное, антигипоксическое, эндотелиопротективное¹⁻³
- Показан при когнитивных нарушениях различного генеза, диабетической полинейропатии, а также при заболеваниях периферических сосудов

Список литературы: 1. Elmlinger M.W. et al. Neuromolecular Med. 2011; 13(4): 266–274. 2. Machicao F. et al. J. Neurol. Sci. 2012; 322: 222–227. 3. Fedorovich A. Microvascular Research. 2012; (84): 86–93.

Сокращенная информация по применению препарата Актовегин®

Торговое название препарата: Актовегин®. **Активное вещество:** депротеинизированный гемодериват крови телят. **Лекарственная форма:** раствор для инъекций, таблетки покрытые оболочкой. **Показания к применению.** В составе комплексной терапии: • Симптоматическое лечение когнитивных нарушений, включая постинсультные когнитивные нарушения и деменцию. • Симптоматическое лечение нарушений периферического кровообращения и их последствий. • Симптоматическое лечение диабетической полинейропатии (ДПН). **Противопоказания.** Для инъекций Гиперчувствительность к препарату Актовегин® и аналогичным препаратам или вспомогательным веществам. Декомпенсированная сердечная недостаточность, отек легких, олигурия, анурия, задержка жидкости в организме. Детский возраст до 18 лет. Для таблеток Гиперчувствительность к препарату Актовегин® и аналогичным препаратам или вспомогательным веществам. Непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция или сахарозо-изомальтозная недостаточность. Детский возраст до 18 лет. **С осторожностью:** беременность и период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы.** Постинсультные когнитивные нарушения В остром периоде ишемического инсульта, начиная с 5 – 7 дня, по 2000 мг в сутки внутривенно капельно до 20 инфузий с переходом на таблетированную форму по 2 таблетки 3 раза в день (1200 мг/день). Общая продолжительность лечения 6 месяцев. Деменция По 2000 мг в сутки внутривенно капельно до 4 недель. Нарушения периферического кровообращения и их последствия По 800 – 2000 мг в сутки внутриартериально или внутривенно капельно. Продолжительность лечения до 4 недель. Диабетическая полинейропатия По 2000 мг в сутки внутривенно капельно 20 инфузий с переходом на таблетированную форму по 3 таблетки 3 раза в день (1800 мг/день) продолжительностью от 4 до 5 месяцев. **Побочное действие.** Аллергические реакции вплоть до анафилактического шока. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по применению.**

Дата выхода рекламы: февраль 2021. С-APROM/RU/AVG/0202
ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, г. Москва, ул. Усачева, дом 2, стр. 1.
Телефон: +7 (495) 933 55 11, Факс: +7 (495) 502 16 25

Более подробная информация о препарате –
на портале www.neurologia.info

**ООО «Мерц Фарма»
Merz**

123112, Москва, Пресненская наб., д. 10,
блок С «Башня на набережной».
телефон: +7 (495) 653-85-55
факс: +7 (495) 653-85-54
электронная почта: info@merz.ru
www.merz.ru



Merz – международная семейная компания со 110-летней историей успеха, ключевыми направлениями деятельности которой являются терапевтическая и эстетическая медицина. В основе работы Merz лежат инновации, сотрудничество и доверие. Стремление компании помочь людям лучше выглядеть, лучше себя чувствовать и лучше жить позволяет выстраивать доверительные отношения с партнерами и пациентами.

Как семейная компания, Merz ценит человеческие взаимоотношения. Мы обязаны понимать потребности врачей для того, чтобы с нашей помощью они могли оказывать оптимальную помощь своим пациентам. Это видно из того, как мы взаимодействуем с партнерами по всем бизнес-направлениям. Это доказывает наш глобальный продуктовый портфель. Это подтверждают инновации, позволяющие расширять продуктовую линейку.

От научной экспертизы, имеющей более чем вековую историю, к неослабевающему фокусу на нужды потребителя. Наш принцип работы означает, что ваш успех – это наш успех.

Участник

**АО «ГлаксoСмитКляйн Хелскер»**

123112, Москва,
Пресненская набережная, д. 10
телефон: +7 (495) 777-98-50
www.gsk.com

GSK Consumer Healthcare – одна из крупнейших международных компаний на рынке безрецептурных лекарственных препаратов, медицинских изделий и косметических средств повседневного спроса. Наша цель – помочь, как можно большему количеству людей по всему миру делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше, используя наши продукты. История нашей компании насчитывает более 160 лет. Нам принадлежат одни из самых популярных в мире брендов, включая Сенсодин, Вольтарен, Терафлю, Пародонтас, Корега, Отривин.

Эти бренды успешны в более чем 100 странах по всему миру благодаря нашей приверженности высоким стандартам качества, которые гарантируют наши научные разработки. На их создание и продвижение нас вдохновили реальные пожелания и потребности миллионов людей во всем мире, которые ежедневно заходят в аптеки, гипермаркеты, магазины, а также совершают покупки онлайн и отдают предпочтение нашим продуктам.

Наша цель – построить глобальную, растущую компанию, которую мы называем компанией по производству и реализации безрецептурных препаратов, медицинских изделий и косметических средств повседневного спроса (FMCH). Наш бизнес призван обеспечить ежедневную заботу о здоровье людей во всем мире, основываясь на научной экспертизе и гарантиях качества, обладая при этом подлинным пониманием потребителя и работая в ритме современного мира.

Товарные знаки принадлежат или используются группой компаний «ГлаксoСмитКляйн».

**ООО «ЭГИС-РУС»:
Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС»
(Венгрия), г. Москва**

121108, Москва, ул.Ивана Франко, д. 8

телефон: +7(495) 363-39-66

факс: +7(495) 789-66-31

электронная почта: moscow@egis.ru

www.egis.ru

«ЭГИС» В РОССИИ

Поставки лекарственных препаратов фармацевтического завода «ЭГИС» начали осуществляться более 65 лет назад. В настоящее время в РФ зарегистрировано 57 препаратов и 76 лекарственных форм для применения в самых различных областях медицины. Все препараты, помимо обязательной сертификации, имеют доказанную эффективность и успешный опыт применения, что подтверждено многочисленными научными исследованиями и заключениями ведущих ученых с мировым именем. Сегодня вряд ли найдется в России врач или профессионал, занимающийся фармацевтической промышленностью, который не знает о продукции «ЭГИС». Медицинские представители «ЭГИС» работают более чем в 60 городах России.

Лекарственные препараты «ЭГИС» применяются в кардиологии, психоневрологии, дерматологии, гинекологии, урологии и других областях медицины. При этом более половины лекарств входят в перечень ЖНВЛП, что гарантирует их качество и доступность. Все препараты, помимо обязательной сертификации, имеют доказанную эффективность и успешный опыт применения, что подтверждено многочисленными научными исследованиями и заключениями ведущих ученых с мировым именем.

Постоянные инвестиции, неуклонное освоение новейших технологий производства, жесткий контроль качества позволяют быть уверенными в том, что производимые «ЭГИС» препараты приближают уровень лечения российских пациентов к европейским стандартам здравоохранения. В основе многолетней успешной деятельности завода «ЭГИС» лежит высокий профессионализм сотрудников. «ЭГИС» придает большое значение внутренней кадровой политике, которая направлена на постоянное развитие человеческих ресурсов, обеспечение персонала компании равными возможностями для развития, для получения новых навыков и компетенций, а также профессиональному обучению, которое осуществляется под контролем, как собственного отдела корпоративного обучения, так и специальных тренинговых компаний.

Используя колоссальный опыт, накопленный на протяжении многих лет, «ЭГИС» безостановочно движется вперед, внедряя новые технологии, расширяя производственную и научно-исследовательскую базу, выстраивая и расширяя коммуникации с ведущими медицинскими сообществами. Высокий профессионализм, инновационный подход, способность творчески мыслить, открытость для различных форм сотрудничества во благо здоровья российских граждан – вот нехитрый секрет успеха «ЭГИС» на российском фармацевтическом рынке.



Участник

ООО «Биотехнос»

115432, Москва, пр. Андропова, д.18, корп. 6, оф.6-07
 телефон: +7 (495) 150-24-71
www.alflutop.ru
www.adenoprosin.ru



«Биотехнос» – европейская фармацевтическая компания, основанная в 1993 г. в Бухаресте, Румыния. Ведущими видами деятельности компании «Биотехнос» являются производство оригинальных лекарственных средств и активных фармацевтических субстанций животного и растительного происхождения. Компания основывает свою деятельность на научно-исследовательской инфраструктуре, получившей государственную аккредитацию и достигшей за 25 лет своего существования значительных успехов как в фармацевтической сфере, так и в смежных с ней областях: биотехнологиях, клеточной и молекулярной биологии, дерматокосметике.

В течение последних 10 лет Biotehnos ежегодно принимает участие в Национальной научно-исследовательской программе Румынии и активно сотрудничает с европейскими и международными компаниями и фондами. Деятельность специалистов «Биотехнос» высоко оценивается за рубежом, изобретения и продукты компании неоднократно получали высокие награды международных салонов по изобретениям и инновациям.

Основными препаратами компании «Биотехнос» являются:

- Алфлутоп – оригинальный инъекционный хондропротектор с симптом- и структурно-модифицирующим действием.
- Аденопросин – оригинальный препарат для терапии патологии предстательной железы.

Продукция «Биотехнос» представлена в ЕС, Республике Молдове, России, Украине, Беларуси и странах СНГ.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



Сборник тезисов

Некоторые подходы к лечению больных ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией, подвергшихся стентированию

Азизов Ш. И., Узоков Ж. К., Тошев Б. Б., Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Исхаков Ш. А.

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

Цель работы – изучить влияние комплексного подхода к лечению больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией, подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. В исследование включили больных ИБС и артериальной гипертензией (АГ) II степени в возрасте от 55 до 64 лет с ишемией миокарда по данным функциональных тестов, стенозом одной или нескольких КА с жизнеспособным миокардом в зоне стенозированной артерии. Наличие и выраженность поражения КА проводили с помощью коронарной ангиографии и далее, по показаниям, проводили СКА. Пациенты получали антиагрегантную терапию (аспирин+клопидогрел), статины, комбинацию антагониста кальция и ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ). До СКА и в динамике оценивали жизнеспособность миокарда (электрокардиограмма – ЭКГ, эхокардиография – ЭхоКГ, мультиспиральная компьютерная томография – МСКТ), определяли липидный спектр (холестерин – ХС, триглицериды – ТГ, ХС липопротеинов высокой и низкой плотности (ХСЛПВ и ХСЛПНП), высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), интерлейкины (ИЛ), глюкозу, креатинин, проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты. Нарушения липидного профиля выявлены у 75%, в т. ч. гиперхолестеринемия у 88,7%, гипертриглицеридемия – у 45%, повышение ХСЛПНП – у 55%. На фоне лечения статинами отмечено достоверное снижение уровней ХС, ХСЛПНП, ТГ, а также увеличение уровня ХСЛПВП. Целевого уровня ХС достигли 72% обследованных, ТГ – 72%, ХСЛПНП – 82% пациентов. У больных ИБС со стенокардией напряжения IV функционального класса ФК (СН IV ФК) содержание вСРБ в среднем составило $5,4 \pm 1,2$ мг/л, а у больных со СН III ФК – $4,3 \pm 0,7$ мг/л, концентрация ИЛ-6, соответственно, $15,3 \pm 0,7$ и $14,2 \pm 0,9$ пг/мл и ИЛ-1 β $19,3 \pm 1,5$ и $17,2 \pm 1,8$ пг/мл. Повышенные значения ИЛ-6 выявлены у всех больных, а вСРБ – чаще у больных с гемодинамически значимым стенозом КА. Выявлено уменьшение концентрации ИЛ-4: в крови больных ИБС со СН IV ФК – $0,2 \pm 0,09$, а ИЛ-10 – $3,4 \pm 0,6$ пг/мл и, соответственно, $3,4 \pm 0,6$ и $4,1 \pm 0,8$ пг/мл у больных со СН III ФК. У пациентов СН III ФК показатели коэффициента антиатерогенности и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и 10) были выше, чем у больных СН IV ФК и более низкие показатели вСРБ и провоспалительных ИЛ-1 β и ИЛ6, что, видимо, связано с патогенетической основой дестабилизации стенокардии. В динамике наблюдения объем ишемизированного миокарда уменьшился и выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка по сравнению с таковыми до СКА. Изучение параметров продольной деформации (Strain) и скорости деформации (Strain Rate) ЛЖ и папиллярных мышц митрального клапана позволило прогнозировать характер дисфункции миокарда (обратимая/необратимая) и динамику

ишемической митральной регургитации после реваскуляризации. СМАД показало эффективное снижение среднесуточных значений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) при утреннем однократном приеме фиксированной комбинации (амлодипина 5 мг и периндоприла 4 мг): снижение САД на 21,8% и ДАД на 22,4%. Достижение целевого уровня АД наблюдалось у 64,15% больных и сопровождалось улучшением суточного профиля САД: количество «dipper» увеличилось на 23%. Достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) наблюдалось у 80,5% больных. Использование фиксированной комбинации антагониста кальция и иАПФ у больных с АГ в сочетании с ИБС, подвергнутых СКА позволяет эффективно контролировать АД и ЧСС. От изученности предоперационной клинической ситуации и жизнеспособности миокарда пациента во многом зависит успех реваскуляризации. Применение антиагрегантов, статинов и фиксированной комбинации (амлодипин+периндоприл) у больных ИБС с АГ после СКА обеспечивает благоприятное влияние на течение болезни.

Выводы. Оценка жизнеспособности миокарда, подбор эффективных и безопасных доз гипотензивных препаратов, антиагрегантов и статинов позволяет предупредить развитие резистентности к препаратам, рестенозов и других осложнений.

Особенности диастолической функции левого желудочка и деформации миокарда после стентирования у больных сахарным диабетом 2-го типа

Аляви А. Л., Туляганова Д. К., Нуритдинова С. К., Хан Т. А., Юнусова Л. И., Назарова Г. А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить диастолическую функцию и деформацию миокарда ЛЖ у больных ИБС с СД 2 типа в ранние сроки после стентирования. Материалы и методы исследования: всего обследовано 62 пациента с ИБС, из них 25 пациентов с сопутствующим СД 2 типа, средний возраст которых составил $58,4 \pm 9,1$ года. Все больные были разделены на 2 группы: первая группа без СД (n=37), вторая группа с сопутствующим СД 2 типа (n=25). Из исследования исключались больные с клапанной патологией и аневризмой сердца, а также больные с СД 1 типа. Всем больным до и после стентирования проводилось клинико-лабораторное исследование, в том числе проводился контроль прандиальной и постпрандиальной гликемии, ЭКГ, ЭхоКГ. Решение вопроса о коронарном стентировании решался на основании селективной коронароангиографии.

Результаты исследований: установлено, что нарушение диастолической функции левого желудочка чаще встречалось у больных СД, чем без диабета (82%, (p<0,05)). При этом наиболее распространенный тип диастолической дисфункции ЛЖ – замедленная релаксация (тип 1) 57% у больных без диабета и 85% с СД 2 типа соответственно. Деформация миокарда достоверно (p<0,05) снижена во всех сегментах левого желудочка, тогда как после стентирования наблюдается улучшение этих показателей в обеих группах (p<0,05).

Выводы. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ чаще нарушена у больных ИБС и СД 2 типа, чем без диабета, что подтверждают полученными нами результаты оценки деформации миокарда ЛЖ. В большинстве случаев нарушение сегментарной систолической и диастолической функций миокарда ЛЖ у пациентов со стабильной ИБС оказались частично обратимыми после реваскуляризации.

Влияние коррекции липидного обмена на течение ишемической болезни почек у больных с артериальной гипертензией

Андреева Д. В.

Ивановская государственная медицинская академия,
Иваново

В структуре причин необратимой утраты функции почек значительное место занимает ишемическая болезнь почек (ИБП), особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Развитие атеросклеротического процесса в почечных артериях приводит к прогрессированию артериальной гипертензии, дислипидемии. У большинства пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы ишемическая болезнь почек диагностируется лишь на поздних стадиях заболевания.

Цель: поиск факторов риска развития ишемической болезни почек у больных с сердечно-сосудистой патологией и влияние статинов на коррекцию этих факторов.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую группу наблюдения составили 23 больных с артериальной гипертензией (АГ) 2 степени от 34 до 66 лет ($55,56 \pm 4,7$ года) из них 6 мужчин и 17 женщин. Длительность заболевания от 2 до 11 лет (средняя длительность $5,8 \pm 2,65$). У всех пациентов была диагностирована ХСН 1 стадии, (хронической болезни почек) ХБП С 2. Вторую группу составили 28 больных артериальной гипертензией 2 степени ХСН1, С2 45 до 62 лет ($58,3 \pm 7,38$) из них 10 мужчин и 18 женщин. Длительность заболевания от 4 до 12 лет (средняя длительность $6,87 \pm 4,11$). Больные обеих групп находились на лечении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иваново». Всем больным проведено общеклиническое обследование. Функцию почек оценивали по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта, она соответствовала С2 ХБП у пациентов обеих групп. Больные обеих групп получали гипотензивную терапию, кроме того больные второй группы получали статины в дозе 20 мг/сут.

Результаты. Проанализированы основные показатели липидного обмена и сопоставлены с уровнем СКФ. В результате у пациентов первой группы уровень холестерина $5,73 \pm 0,43$ ммоль/л достоверно ($p < 0,05$) выше, чем во второй группе $4,66 \pm 0,28$ ммоль/л. Уровень ЛПВП (липопротеинов высокой плотности) в первой группе $1,36 \pm 0,19$ ммоль/л, мало отличались от этого показатель во второй группе $1,32 \pm 0,23$ ммоль/л. Уровень креатинина в обеих группах был примерно одинаковым и не превышает норму: в первой группе $95,7 \pm 6,83$ ммоль/л, во второй $86,48 \pm 7,23$ ммоль/л. А вот уровень ЛПНП (липопротеинов низкой плотности) достоверно ($p < 0,05$) выше в первой группе $3,28 \pm 0,23$ ммоль/л, чем во второй $2,56 \pm 0,24$ ммоль/л. Кроме того, у больных первой группы выявлена корреляция между уровнем СКФ и ЛПНП ($r = 0,67$, $p < 0,05$): при снижении уровня СКФ нарастает уровень ЛПНП. У пациентов второй группы такой корреляции не наблюдается. Однако выявлено, что СКФ у пациентов второй группы была $83,15 \pm 3,72$ достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у пациентов первой группы $71,96 \pm 4,21$. Такие низкие показатели липидного обмена у пациентов 2 группы, возможно, обусловлены

регулярным приемам статинов, что вероятно повлияло на увеличение скорости кровотока и повышения СКФ в данной группе по сравнению с первой группой.

Выводы: таким образом, в развитии и прогрессировании ишемической болезни почек важную роль играет нарушение липидного обмена (повышение ЛПНП). Регулярный прием статинов, возможно, способствует замедлению прогрессирования поражения почек при артериальной гипертензии.

Особенности неалкогольной жировой болезни печени в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа и без диабета

Багрий А. Э., Андреева Е. А., Пылаева Е. А.,
Брюховецкая Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк

Цель исследования: изучение и клиничко-лабораторных и инструментальных параметров у пациентов с НАЖБП в сочетании с СД 2т и у лиц с НАЖБП без диабета.

Материалы и методы: клиничко-лабораторные и инструментальные показатели сравнивали у 25 лиц с НАЖБП в сочетании с СД 2т (1 группа) и 25 – с НАЖБП без СД 2т (2 группа), находившихся на лечении в кардиологическом и эндокринологическом отделениях Дорожной клинической больницы станции Донецк. Оценивали уровни липидов, глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина, аминотрансфераз, билирубина, а также толщину комплекса интима-медиа сонных артерий с помощью ультразвукового исследования сосудов шеи. Статистически анализ данных выполнен в MedCalc Statistical Software.

Результаты. Между больными 1 и 2 групп не было существенных отличий в распределении больных по полу, в средних уровнях аминотрансфераз (они были примерно в равной степени повышенными у 76% больных в каждой из групп, в более значительной степени были увеличены концентрации аланинаминотрансферазы в сравнении с аспаратамино-трансферазой), значениях липидемии, величинах индекса массы тела (значительно повышены в обеих группах, но в равной степени), толщине комплекса интима-медиа сонных артерий, все $p > 0,05$. В то же время лица группы 1 в сравнении с таковыми группы 2 имели более высокие средние значения возраста ($57,6 \pm 6,4$ против $45,5 \pm 8,1$ лет), уровней гликемии ($8,2 \pm 1,4$ против $6,8 \pm 1,2$ ммоль/л) и гликозилированного гемоглобина ($9,5 \pm 1,6$ против $6,5 \pm 0,8\%$), все $p < 0,05$. Кроме того, среди больных группы 1 в сравнении с лицами группы 2 чаще выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы (80% против 32%, $p < 0,05$) и атеросклеротические бляшки в сонных артериях (72% против 60%, различия недостоверны).

Выводы. Лица с НАЖБП в сочетании с СД 2т в сравнении с больными НАЖБП без диабета относятся к более старшей возрастной группе, у них часто представлена декомпенсация СД 2т, чаще имеются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы. У больных обеих групп в равной степени повышены уровни аминотрансфераз, сравнимы величины липидемии и значения индекса массы тела.

Сравнительная оценка сахарного диабета, который развился вследствие деструктивного поражения поджелудочной железы и сахарного диабета 2 типа

Багрий А. Э., Никулин И. Ю., Пылаева Е. А.,
Нахлани Д. С.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк

Цель исследования: сравнение клинико-лабораторных и инструментальных параметров у пациентов с деструктивным поражением поджелудочной железы (СД-ДПЖ) и у лиц с сахарным диабетом 2го типа (СД 2т).
Материалы и методы: клинико-лабораторные и инструментальные показатели сравнивали у 65 лиц с СД-ДПЖ (1 группа) и 25 лиц СД 2т (2 группа), проходивших обследование в поликлиническом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Определяли уровни липидов, глюкозы крови, гликозилированного гемоглобина, аминотрансфераз, креатинина крови, а также наличие лополнительных образований поджелудочной железы. Статистически анализ данных выполнен в MedCalc Statistical Software.

Результаты исследования. Статистически значимых отличий между больными 1 и 2 групп не было выявлено в распределении больных по полу, в средних значениях возраста, креатинина, аминотрансфераз, липидов, все $p > 0,05$. При этом пациенты группы 1 в сравнении с лицами из группы 2 имели достоверно более низкие средние значения индекса массы тела ($20,1 \pm 5,3$ против $32,5 \pm 8,4$ кг/м², $p < 0,05$), более высокий уровень гликемии ($11,9 \pm 2,3$ против $8,2 \pm 1,8$ ммоль/л, $p < 0,01$). В группе 1 в сравнении с группой 2 отчетливо чаще выявлялись декомпенсация диабета (43,1% против 20,0%) и ультразвуковые признаки структурных нарушений поджелудочной железы – кисты, вирусного гепатита (80,0% против 4,0%), но значимо реже – сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (35,4% против 100,0%), все $p < 0,05$.

Выводы. У лиц с СД-ДПЖ, в сравнении с больными с СД 2т имеется дефицит массы тела, чаще представлены декомпенсация диабета и структурные поражения поджелудочной железы. Лица обеих групп существенно не различаются по возрасту, средним уровням липидов, трансаминаз, креатинина.

Бессимптомная гиперурикемия у пациентов с ревматическими заболеваниями

Башкинов Р. А., Фонтуренко А. Ю., Мазуров В. И.,
Гайдукова И. З.

Северо-Западный государственный университет
им. И. И. Мечникова, Клиническая ревматологическая
больница № 25, Санкт-Петербург

Введение. По данным эпидемиологических исследований отмечается увеличение распространенности гиперурикемии (ГУ) во многих странах мира. Так, в Российской Федерации она составляет 16,8%, что соответствует 14,9 миллионам человек взрослого населения. Помимо основного фактора риска подагры, ГУ, даже на этапе ее бессимптомного течения, является состоянием, связанным с развитием и прогрессированием артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, острого нарушения мозгового кровообращения, сердечно-сосудистой и общей

смертности. Учитывая доказанную негативную роль ГУ и системного воспаления в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистой патологии (ССП) и хронической болезни почек (ХБП) в общей популяции, представляется интересным изучение взаимосвязей ГУ с особенностями ревматических заболеваний (РЗ) и частотой коморбидной патологии (КП) у пациентов с РЗ.

Цель исследования – изучить взаимосвязи ГУ с частотой КП и особенностями течения РЗ.

Пациенты и методы. Выполнен анализ данных 1900 пациентов с РЗ и ГУ, включенных в городской регистр с января 2000 по апрель 2020 г. Вносили сведения о демографических особенностях (пол, возраст), диагнозе, наличии и длительности ГУ, длительности наблюдения, активности заболевания, лабораторных и иммунологических параметрах, КП, терапии основного и сопутствующих заболеваний. Под ГУ которой понимали зафиксированное ≥ 1 раз повышение уровня мочевоы кислоты (МК) сыворотки крови > 360 мкмоль/л у женщин и > 420 мкмоль/л у мужчин. Статистический анализ проводился с использованием пакета программного обеспечения STATISTICA 8.0 (StatSoftInc, США). Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

Результаты. Были проанализированы данные 564 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 262 пациентов с псориатическим артритом (ПсА), 214 пациентов со спондилоартритами (СпА), 124 пациента с болезнью Шегрена (БШ), 264 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), 112 пациентов с системной склеродермией (ССД) и 400 пациентов с остеоартритом (ОА) за период с января 2000 по апрель 2020 года. В исследование было включено 1358 женщин и 542 мужчины. Средний возраст пациентов составил $54,2 \pm 15,5$ г; длительность наблюдения $1,8 \pm 2,3$ г; длительность ГУ $1,3 \pm 2,4$ г. Пациенты с ГУ и без неё были сопоставимы по возрасту, полу, уровню активности РЗ и частоте псориаза ($p > 0,05$). Пациенты были разделены на три группы: в первую группу вошли с 500 пациентов с диффузными болезнями соединительной ткани (ДБСТ): БШ, СКВ и ССД, во вторую группу – 1000 пациентов с воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС): ПсА, РА и СпА, в третью – 400 пациентов с ОА. У пациентов первой группы выявлены прямые взаимосвязи между уровнем МК и возрастом пациентов, длительностью ГУ, уровнем скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка и аутоантител (СЕНТ-В, Rib-P, RNP-Sm, Scl-70, Sm, SS-B) и обратная взаимосвязь со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ($p < 0,001$ для всех). Пациенты с ГУ имели более высокие уровни холестерина ($5,7 \pm 1,3$ и $5,1 \pm 2,5$ ммоль/л), более низкую СКФ ($76,8 \pm 32,9$ и $94,1 \pm 60,8$ мл/мин), большую частоту легочной гипертензии, острого нарушения мозгового кровообращения и снижения минеральной плотности костной ткани ($p < 0,001$ для всех).

У пациентов второй группы выявлена прямая взаимосвязь между уровнем МК и уровнем глюкозы ($p < 0,001$ для всех). Пациенты с ГУ имели более высокие уровни глюкозы ($6,0 \pm 1,7$ и $5,4 \pm 1,0$ ммоль/л), большую частоту гиперхолестеринемии и ожирения ($p < 0,001$ для всех).

Для обеих групп выявлены прямые взаимосвязи между уровнем МК и длительностью наблюдения и креатинином сыворотки крови ($p < 0,001$ для всех). Пациенты с ГУ имели большую длительность наблюдения ($3,8 \pm 4,5$ и $0,8 \pm 1,8$ года для ДБСТ и $2,1 \pm 3,6$ и $0,6 \pm 1,9$ года для ВЗС соответственно), более высокие уровни креатинина ($94,4 \pm 47,2$ и $75,9 \pm 12,9$ мкмоль/л для ДБСТ и $87,2 \pm 17,9$ и $78,7 \pm 12,1$ мкмоль/л для ВЗС соответственно), большую частоту артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, неалкогольной жировой болезни печени, хронической болезни почек ($p < 0,001$ для всех).

У пациентов из третьей группы были выявлены достоверные взаимосвязи между уровнями холестерина и глюкозы ($r = 0,2$, $p < 0,001$), СРБ и СОЭ ($r = 0,3$, $p < 0,001$). Лица мужского и женского пола достоверно ($p < 0,001$) различались по среднему уровню МК (520 и 468 мкмоль/л соответственно). Частота КП достоверно превышала популяционные значения ($p < 0,001$).

Заключение: Гиперурикемия у пациентов с ревматическими заболеваниями является независимым от системного воспаления фактором риска развития и прогрессирования коморбидной патологии.

Респираторные и экстрапульмональные проявления COVID-19 у амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Бородай А. А., Тяпкина Д. А., Семенова О. Н., Тяпаева А. Р., Наумова Е. А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов

Введение: в декабре 2019 г. мир узнал о новом вирусе SARS-CoV-2, вызвавшем вспышку новой коронавирусной инфекции COVID-19. Многообразие симптомов и развитие осложнений, вызываемых SARS-CoV-2, требует пристального внимания и изучения влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 на организм человека.

Идея: особое внимание заслуживают проявления новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), так как сочетание этих двух заболеваний неблагоприятно сказывается на прогнозе и течении каждого из них.

Цель: проанализировать респираторные и экстрапульмональные проявления COVID-19 у пациентов с ССЗ.

Материалы и методы: с согласившимися пациентами с ССЗ, находящихся на амбулаторном лечении с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, проводилось анкетирование с использованием мобильной связи. Используемая анкета (48 вопросов) содержала вопросы о наличии ССЗ, симптомах новой коронавирусной инфекции, течении заболевания и назначенной терапии.

Результаты: предложено участие 78 пациентам, согласились – 54, медиана возраста – 61 год. Среди респондентов 36 (66,7%) женщин. Из ССЗ: артериальная гипертензия – у 54 (100%) пациентов, стенокардия напряжения – 16 (29,6%) и их факторы риска: сахарный диабет – 6 (11,1%), ожирение – 26 (48,1%). Респонденты переболели COVID-19 с августа по январь 2021 г. У 52 (96,3%) опрошиваемых были симптомы со стороны дыхательной системы: кашель у 32 (59,3%), одышка – 34 (63%), заложенность и боль в груди – 24 (44,4%), боль при дыхании – 16 (29,6%). Экстрапульмональные проявления COVID-19 были разнообразны. У 26 (48,1%) пациентов отмечались кожные проявления: боль при касании, зуд, высыпания, покалывания. 21 (41,3%) респондент жаловался на снижение/потерю остроты обоняния, вкуса/слуха. 38 (70,4%) опрошиваемых беспокоила миалгия и боль в суставах. Со стороны нервной системы и вестибулярного аппарата (дезориентация в месте и пространстве, эпизоды головокружения) отмечали 19 (34,6%) респондентов. 38 (70,4%) опрошенных заметили нарушение сна в виде бессонницы, трудного засыпания, частых пробуждений или тревожных снов. Со стороны желудочно-кишечного тракта у 5 (8,63%) пациентов было выявлено отсутствие аппетита, тошнота и диарея. У 44 (81,5%) и 48 (88,9%) опрошиваемых были замечены значительная слабость и ограничения обычной физической активности соответственно. Страхи беспокоили 36 (66,7%) пациентов. Температура тела повышалась у 52 (96,3%) респондентов. Также пациентам задавался открытый вопрос о необычных проявлениях болезни, которые у них имелись: 14 (25,9%) опрошиваемых отмечали повышение или снижение артериального давления, слабость в ногах, нарушение мочеиспускания, кольцевидную гранулему, конъюнктивит, першение в горле.

Обсуждение и выводы: полученные результаты показывают, что у пациентов с COVID-19 симптомов много, отмечается поражение практически всех органов и систем. У пациентов с ССЗ со стороны дыхательной системы в основном отмечались кашель и одышка. Помимо «традиционных» проявлений отмечается обилие экстрапульмональной симптоматики. Большая часть пациентов отмечали значительную слабость и ограничение физической активности. Температура тела поднималась практически у всех участников. Почти у четверти пациентов наблюдались снижение или потеря остроты обоняния, слуха и вкуса. Кожные проявления наблюдались почти у половины пациентов. Симптомы со стороны желудочно-кишечной системы отмечала только небольшая часть респондентов. Более половины опрошенных жаловались на миалгию, боль в суставах, а также на нарушение сна, чувство страха и тревожность. Большая часть пациентов отмечала разнообразные симптомы со стороны нервной системы. Некоторые опрошиваемые наблюдали необычные ощущения: изменения артериального давления, слабость в ногах и першение в горле. Дальнейшее изучение симптомов COVID-19 у пациентов с ССЗ требует особого внимания для улучшения прогноза и снижения смертности.

Диагностические возможности анкетирования для выявления гиперурикемии при суставном синдроме

Георгинова О. А., Краснова Т. Н., Григор С. О., Павликова Е. П., Потапенко А. В.

Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва

Цель исследования: разработка анкеты с целью выявления пациентов с гиперурикемией и суставным синдромом на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: в ретроспективную часть исследования включили 126 историй болезни пациентов, наблюдавшихся в Медицинском научно-образовательном центре МГУ (Университетская клиника) им. М. В. Ломоносова в период с 2016 по 2019 г. с диагнозами «Гиперурикемия без признаков воспалительного артрита и подагрических узлов», «Подагрический артрит» и «Хроническая сердечная недостаточность». Всем больным проводилось клинично-лабораторное и инструментальное обследование. Закрытое анкетирование проводилось у 62 пациентов в период с 01 по 20 марта 2020 г. в Медицинском научно-образовательном центре МГУ им. М. В. Ломоносова, и в клинике ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е. М. Тареева Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 12.

Результаты. На основании проведенного ретроспективного анализа 126 историй болезни пациентов в возрасте от 37 до 94 лет (средний возраст 71±8 лет; 74 женщины (58,7%) и 52 мужчины (41,3%)) была создана анкета, позволяющая на амбулаторном этапе обследования выявлять пациентов с вероятной гиперурикемией и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Чувствительность разработанной анкеты 86,7%, специфичность 95,7%.

Выводы: разработанная анкета оказалось адекватным и достоверным скрининговым методом, позволяющим при наличии суставного синдрома выявить пациентов с нарушением пуринового обмена на амбулаторном этапе.

Факторы риска развития фибрилляции предсердий после аортокоронарного шунтирования

Захарьян Е. А.

Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Симферополь

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) по распространенности и риску развития осложнений уже более полувека занимает лидирующее положение в списке наиболее значимых социальных проблем. Несмотря на значительные достижения в области фармакотерапии ИБС, она не всегда оказывается достаточной для достижения эффекта, что является основанием к использованию хирургических методов реваскуляризации. В настоящее время операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) является «золотым» стандартом лечения ИБС с поражением нескольких коронарных артерий или главного ствола левой венечной артерии. Улучшение техники АКШ позволило оперировать пациентов с более высокими рисками смерти и послеоперационных осложнений. Однако, несмотря на внедрение новейших технологий в хирургическое лечение ИБС, распространенность послеоперационных аритмий остается на прежнем уровне. Наиболее часто в послеоперационном периоде наблюдают наджелудочковые аритмии, в частности фибрилляция предсердий (ФП), что может способствовать повышению риска развития тромбэмболических осложнений, ишемии миокарда, застойной сердечной недостаточности, нестабильной гемодинамики, увеличению времени пребывания пациента в отделении интенсивной терапии. Следовательно, выявление предикторов развития послеоперационных аритмий может позволить своевременно осуществить их профилактику и лечение у группы больных высокого риска.

Цель исследования – изучить факторы риска развития фибрилляции предсердий и определить антиаритмическую профилактику у больных ИБС после аортокоронарного шунтирования.

Данная работа основана на анализе результатов клинических исследований 128 больных ИБС, которым была выполнена операция АКШ. Возраст пациентов составил от 38 до 76 лет (в среднем $59,5 \pm 1,3$ года). Диагноз ИБС был верифицирован на основании анамнеза, жалоб и подтвержден объективными методами обследования.

Частота развития пароксизмов ФП после операции АКШ составила $22,3 \pm 1,8\%$. Все пароксизмы ФП были тахисистолической формы со средней частотой желудочковых сокращений от 110 до 150 уд/мин и сопровождались такими симптомами, как головокружение (12,1%), одышка (18,6%), падение артериального давления (15,2%), слабость (24,4%); 58,2% случаев ФП протекали бессимптомно. В нашем исследовании пик развития ФП приходился на вторые сутки после операции (62,3%); к 7-м суткам отмечалась общая тенденция к снижению количества пароксизмов ФП. Это может быть связано как с максимумом выброса С-реактивного белка – белка острой фазы воспаления, так и с травматическим ремоделированием предсердий и реперфузионным синдромом, пик активности которого отмечается на 2–3-и сутки. При этом, на частоту возникновения ФП в раннем послеоперационном периоде влияло наличие у больных в анамнезе повторных инфарктов миокарда, возраст старше 65 лет, наличие систолической дисфункции левого желудочка, шунтирование более 3-х коронарных артерий, гипокалиемия менее $3,0$ ммоль/л, длительная искусственная вентиляция легких. Прием бета-адреноблокаторов до операции и в раннем послеоперационном периоде, при отсутствии противопоказаний, существенно снижал риск развития послеоперационной ФП.

Таким образом, для оптимизации течения послеоперационного периода с целью профилактики ФП при отсутствии противопоказаний, особенно

у пациентов высокого риска, рекомендовано назначение бета-адреноблокаторов в плановом порядке до АКШ и возобновление их приема в раннем послеоперационном периоде.

Пероральные препараты железа у пациентов мужского пола с гипохромной микроцитарной анемией

Ковальчук М. С., Стуклов Н. И., Гуркина А. А., Ченцова Д. Д., Кислый Н. Д.

Российский университет дружбы народов, Москва

Анемия у лиц мужского пола составляет 2% в развитых странах и 26% в развивающихся среди населения, что в 10 и в 2 раза меньше, чем у пациентов женского пола. Известно, что анемии у женщин в подавляющем большинстве связаны с хронической физиологической кровопотерей и абсолютным дефицитом железа. В связи с вышесказанным, при исследовании анемий в общей популяции они характеризуются как железодефицитные и отдельно не изучены у лиц мужского пола. Железодефицитная анемия (ЖДА) – это гипохромная микроцитарная анемия (среднее содержание гемоглобина (Hb) в эритроците (МСН) менее 27 пг) с низким сывороточным железом (СЖ) и ферритином (ФС). Для точного установления и подтверждения диагноза ЖДА необходимо также выявить и устранить причину (нарушение поступления, всасывания, хроническая кровопотеря, повышенная потребность в железе), получить прирост Hb более чем на 10 г/л через 1 месяц после назначения препаратов железа. Цель – изучить эффективность препаратов железа у пациентов терапевтического профиля мужского пола с впервые выявленной гипохромной микроцитарной анемией.

Материалы и методы. В исследование включили 20 больных мужского пола. Средний возраст колебался от 18 до 88 лет ($61,25 \pm 21,8$), Hb ниже 130 г/л, МСН ниже 27 пг. Для выявления причины анемии проводили: гастроскопию с биопсией, колоноскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентген органов грудной клетки, определяли простатспецифический антиген и проводили ультразвуковое исследование простаты. Абсолютный дефицит железа устанавливали при низком СЖ (норма – 12–150 мкмоль/л) и при ФС менее 30 мкг/л. ФС исследован не у всех больных в связи с отсутствием данного показателя в стандартах обследования. Эффективность лечения оценивали через месяц по приросту гемоглобина более 10 г/л.

Полученные результаты. По полученным данным средняя концентрация Hb в общей группе больных до лечения препаратами железа составила ($111,8 \pm 40,2$) г/л, после лечения – ($116,4 \pm 22,1$) г/л, таким образом, средний прирост составил 4,6 г/л, что говорит о неэффективности лечения анемии. Средние показатели МСН до лечения – ($26,9 \pm 9,2$) пг, после лечения – ($25,2 \pm 5,4$) пг, следовательно, анемии у данной категории больных в целом являются гипохромными микроцитарными, но ввиду прогрессирования гипохромии на фоне лечения – не железодефицитными. Прирост Hb более 10 г/л отмечен у 12 пациентов (60%). Из выявленных причин анемий в этой группе: подростковый возраст и быстрый рост у 1, у 9 пациентов выявлено хроническое кровотечение из органов желудочно-кишечного тракта, у остальных 2 пациентов причина анемии не обнаружена. Прирост Hb составил менее 10 г/л, выявлен у пациентов со следующей патологией: рак предстательной железы у 4, рак желудка у 2 больных, у 2 пациентов причина не найдена. Абсолютный дефицит железа доказан у 12 больных (60%), у 5 из которых обнаружены злокачественные опухоли. Прирост Hb в данной группе с низким ФС составил всего 3,3 г/л. У пациентов с доказанным хроническим кровотечением из органов ЖКТ без злокаче-

ственной опухоли средний прирост Hb составил 25,5 г/л, наоборот, при наличии таковой, убыль Hb составила 17,3 г/л. Таким образом, низкий ФС не всегда определяет успех лечения анемии препаратами железа, а при отсутствии прироста Hb в обязательном порядке требуется поиск злокачественной опухоли.

Выводы: 1. Рутинное назначение препаратов железа у первичных пациентов мужского пола с гипохромной микроцитарной анемией не оказывает значимый клинический эффект. 2. У пациентов с приростом гемоглобина более 10 г/л в половине случаев выявлена хроническая кровопотеря из верхнего и нижнего отделов ЖКТ, что доказывает необходимость рутинного использования гастро- и колоноскопии в этой группе больных. 3. При отсутствии значимого прироста гемоглобина, как правило, выявляются злокачественные опухоли, что доказывает необходимость детального обследования пациентов мужского пола на предмет поиска злокачественной опухоли. 4. Абсолютный дефицит железа выявлен у 12 пациентов, у которых лечение препаратами железа в целом было неэффективно. При этом при доказанной кровопотере отмечен выраженный прирост гемоглобина, при доказанной опухоли – прогрессирующее анемии. Неэффективность лечения определяет обязательное проведение онкопоиска.

Роль катепсина L в развитии дизгидрических нутритивных нарушений при опухолях пищеварительного тракта в фазе прогрессии в эпоху COVID-19

Костюченко Л. Н., Варванина Г. Г., Лычкова А. Э.

Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова, Москва

Актуальность. Оценка роли лизосомальных протеолитических ферментов (катепсинов L) в плазме как характеристик нутриционного прогноза при онкопатологии различных пищеварительных органов изучена недостаточно. Особенно это касается на фоне COVID-19. Тем не менее молекулярные изменения, по-видимому, возникают раньше других характеристик нутритивного статуса и могут лежать в основе дизгидрических нутритивных нарушений.

Материал и методы. Обследованы пациенты с КРР – 48 чел., раком желудка – 16, опухолями головки поджелудочной железы – 24, получавшие адьювантную ХТ. Соматометрические показатели (содержание общей и внеклеточной воды – ОВ и ВВ, фазового угла – ФУ, активную клеточную массу – АКМ и недостаточность соматического белка) определяли биоимпедансометрией, что сопоставлялось с традиционными биохимическими параметрами плазмы крови. Фазу канцерогенеза оценивали по критериям нутриционного угасания (НУ) и верифицировали морфологически. COVID устанавливали общеизвестными методами.

Полученные результаты. При сопоставлении параметров ОВ и ВВ с другими белковыми характеристиками нутритивного статуса по параметрам плазмы (преальбумин, общий белок) и данными БИМ (ИММ, липиды, ФУ, дефицит белка) выявлены отрицательные корреляции ОВ и ВВ с параметрами нутриционного статуса в фазе прогрессии канцерогенеза (у пациентов с Т4 и у части пациентов с Т3) у больных, перенесших COVID-19. Наблюдение в динамике: рост ОВ и ВВ являлся прогностически неблагоприятным и относительно поздним критерием нутритивных нарушений.

Обсуждение. Катепсин L реагировал в более ранние сроки и, учитывая его участие в РААС, вызывал влияние через альдостероновый механизм задержку воды в организме (зачастую рефрактерную). Описанный механизм дизгидрического процесса являлся, по-видимому, системным

в фазе прогрессии, так как его направленность не зависела от локализации опухоли в органах пищеварения (в ПЖ, при КРР, раке желудка).

Выводы и рекомендации. Рост катепсина L – ранний маркер неблагоприятного нутриционного прогноза, в том числе у больных, перенесших COVID-19. Рекомендуется определять катепсин L в комбинации с преальбумином в целях раннего прогнозирования развития нутриционной недостаточности и своевременной ее коррекции, включая антиоксидантные нутритивные препараты.

Клинико-anamнестические показатели пациентов трудоспособного возраста в постковидный период

Ларина В. Н., Рыжих А. А., Шерегова Е. Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Диагностический клинический центр № 1, Москва

Актуальность. Учитывая рост переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), продолжается изучение клинических особенностей этой болезни как в острый период, так и в период восстановления. Цель: оценить встречаемость симптомов и уровень качества жизни (КЖ) в восстановительном периоде у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Методы: в исследование включено 30 пациентов в возрасте от 24 до 59 лет (39,5±11,5 лет), перенесших COVID-19 разной степени тяжести, в период от 26 до 91 (58,8±18,3) дней. Из общего числа пациентов 11 (36,7%) пациентов получали лечение в условиях стационара, 19 (63,3%) – на амбулаторном этапе. Среди исследуемых было 10 (33,3%) мужчин и 20 (66,7%) женщин, у 5 (16,7%) имелось ожирение, индекс массы тела составил в среднем 25,5 кг/м². Среди исследуемых курили 4 (13,3%) человека. Всем пациентам проводился общепринятый физикальный осмотр, оценивалось качество жизни в баллах по шкале EQ5D.

Результаты. К 58,8±18,3 дню болезни 20 (67%) пациентов отмечали сохранение усталости, 13 (43%) – головной боли, 7 (23%) – эпизоды головокружений, 6 (20%) – боли в груди, 5 (17%) – одышки, 5 (17%) – аносмии, 4 (13%) – дисгевзии и нарушения стула, 3 (10%) – кашля 3 (10%) – отсутствие аппетита, 2 (7%) – боли в мышцах. Выпадение волос и боль в суставах беспокоили 8 (40%) и 7 (35%) женщин, соответственно, в отличие от мужчин, которые не предъявляли жалобы такого характера. Частота сердечных сокращений составила 76,7±11 ударов в минуту, систолическое артериальное давление (АД) – 122,3±11,7 мм рт. ст., диастолическое АД – 77,4±8,8 мм рт. ст., насыщение крови кислородом – 96,9±1,4%, КЖ соответствовало 75,4±12 баллам.

Заключение: ко 2-му месяцу от начала заболевания практически у каждого второго пациента сохраняются жалобы на усталость и головную боль, у каждого четвертого – на головокружение. Такие симптомы как выпадение волос (40%) и боль в суставах (35%) были характерны только для женщин, что может свидетельствовать о более внимательном отношении женщин к своему здоровью. Отмечено значимое снижение качества жизни пациентов. Полученные данные свидетельствуют о длительном сохранении разнообразных симптомов после перенесенной инфекции у лиц трудоспособного возраста, что требует более длительного наблюдения пациентов в постковидный период и дальнейшего изучения его особенностей.

Оценка качества жизни больных остеоартритом коленного сустава 0–2 стадий после сочетанной ортовольтной рентгенотерапии и SYSADOA (открытое рандомизированное исследование)

Макарова М. В., Вальков М. Ю.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск

Остеоартрит (ОА) одна из наиболее частых причин развития хронического болевого синдрома, функциональных нарушений, ограничения жизнедеятельности, что обуславливает его существенное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель исследования – сравнительный анализ динамики показателей КЖ при ОА коленных суставов 0–2 стадии по Kellgren-Lawrence после стандартно рекомендованного лечения препаратами замедленного действия (SYSADOA) и нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) либо его сочетания с ортовольтной рентгенотерапией (ОВРТ) в рамках открытого рандомизированного исследования с помощью анкеты Short Form Medical Outcomes Study (SF-36).

Материал и методы. В исследование включали больных с клинически подтвержденным первичным идиопатическим ОА коленных суставов рентгенологической стадии 0–2 по Kellgren-Lawrence, проходивших лечение в медицинских учреждениях г. Архангельска за период 2012–2014 гг., рандомизированных в две группы: SYSADOA и SYSADOA+ОВРТ. Больные обеих групп получали комбинированный препарат глюкозамина (500 мг) и хондроитина (400 мг) сульфат: по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3 недель, с четвертой недели по 1 капсуле 2 раза в день до 12 недель. После перерыва 8 недель повторный курс в том же режиме назначали на 12 недель. Больным группы SYSADOA+ОВРТ дополнительно проводили ОВРТ в разовой очаговой дозе 0,45 Гр, всего 10 сеансов с интервалом 48 часов до суммарной дозы 4,5 Гр.

Результаты. Характеристики физической составляющей КЖ после лечения SYSADOA, либо его сочетания с ОВРТ, менялись по схожему паттерну: КЖ улучшалось к моменту окончания лечения (внутригрупповые оценки как для физической составляющей (шкалы PF, физическое функционирование; RP, ролевое функционирование; BP физическая боль; GH, общее восприятие здоровья), так и ментальной составляющей (SF-Social Functioning, RE-Role Emotional, MH-Mental Health, VT-Vitality) сравнительно с исходной точкой статистически значимы на уровне $p < 0,0001$), затем происходила стабилизация показателей со снижением к последней временной точке, 36 месяцев. В итоге межгрупповая оценка физического компонента КЖ была выше в группе ОВРТ, начиная со с третьей временной метки (6 месяцев): 72,8 (SD (стандартное отклонение), 14,1) против 61,1 (SD, 17,3), $p = 0,010$; 71,8 (SD, 13,0) против 58,0 (SD, 16,6), $p = 0,012$; 76,6 (SD, 14,9) против 66,6 (SD, 19,6), $p = 0,002$ по характеристикам PF, RP и BP, соответственно. К третьему году наблюдения сохраняется значимое преимущество в физической оценке качества жизни для группы ОВРТ на 13–17% (различия по характеристикам PF, RP, BP, GH статистически значимы на уровне $p < 0,0001$). Для ментальной составляющей КЖ было выше в группе ОВРТ уже к шестому месяцу после завершения терапии: 79,0 (SD, 18,5) против 61,1 (SD, 21,5), $p < 0,0001$; 71,8 (SD, 18,3) против 56,8 (SD, 21,2), $p < 0,0001$; 41,7 (SD, 18,0) против 50,8 (SD, 17,6), $p < 0,0001$ по характеристикам SF, RE и MH, соответственно. К третьему году наблюдения сохраняется значимое преимущество в физической оценке качества жизни для группы ОВРТ на 15–19% (различия по характеристикам SF, RE, VT, MH статистически значимы на уровне $p < 0,0001$).

Вывод. Ортовольтная рентгенотерапия помогает значимо лучше, чем при стандартном использовании SYSADOA в сочетании с НПВП сохра-

нить физическое и психологическое благополучие в течение минимум трех лет. Требуется изучение КЖ больных ОА коленного сустава в более длительном периоде (5–10 лет).

Собственный опыт применения ингибиторов янус-киназ в комплексной терапии COVID-19

Мельников Е. С., Мазуров В. И.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования. сравнить влияние комплексной терапии с применением барицитиниба и дексаметазона на течение интерстициальной пневмонии, вызванной COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 122 человек, госпитализированных в центр по лечению больных с COVID-19 клиники СЗГМУ им. И. И. Мечникова, которым проводились исследование мазков из рото- и носоглотки методом полимеразной цепной реакции на SARS-CoV-2, оценка клинических симптомов (температура, кашель, общая слабость, сатурация и др.), лабораторная диагностика (клинический, биохимический анализы крови), компьютерная томография органов грудной клетки в динамике. Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу входили 64 пациента, получавших барицитиниб в дозе 4мг/сутки в течение 7 дней наряду с антибактериальными препаратами, низкомолекулярными гепаринами, гидроксихлорохином, дексаметазоном, кислородотерапией, терапией сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа). Во вторую группу входили 33 пациента, в комплексную терапию которых входил дексаметазон в дозировке $10,48 \pm 2,87$ мг. Третью группу составили 25 пациентов с COVID-19, в комплексную терапию которых входили антибактериальные препараты, кислородотерапия, антигипертензивная терапия, инсулинотерапия, низкомолекулярные гепарины (группа сравнения).

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов объем поражения легких составлял 25–75% (КТ 2–3 степени) у 78,1% больных, более 75% у 14,1% больных, что сопровождалось выраженной симптоматикой (общая слабость, одышка, снижение сатурации, кашель, субфебрильная/фебрильная лихорадка, аносмия/агевзия, рвота, диарея), высокими показателями лабораторной активности (СРБ > 100 , ферритин > 1000). На фоне терапии положительная динамика по КТ наблюдалась в 48,4% случаев, отрицательная в 4,7%. Отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей. Во второй группе пациентов объем поражения легочной ткани по КТ 2–3 степени наблюдался у 84,9% обследуемых, клинико-лабораторная активность соответствовала среднетяжелому течению. На фоне комплексной терапии положительная динамика по КТ в 18,2% случаев. В группе сравнения на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика по КТ отмечалась у 56% пациентов. У всех наблюдаемых пациентов из трех исследуемых групп, на фоне лечения отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей.

Выводы. В первой группе преобладали пациенты с наибольшим количеством коморбидной патологии и тяжелым течением COVID-19. В результате комплексной терапии, включающей барицитиниб, у 48,4% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла $22,9 \pm 7,5$ дней.

Течение COVID-19 во второй группе пациентов было более тяжелым, чем в группе сравнения, но протекало легче, чем в первой группе. В результате комплексной терапии, включавшей дексаметазон, отмечалась

нормализация клинико-лабораторных показателей и у 18,2% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла $18,3 \pm 7,4$ дней.

В группе сравнения коморбидный фон и течение COVID-19 были менее выраженными, по сравнению с группами, в комплексную терапию которых был включен барицитиниб и дексаметазон. В результате стандартной комплексной терапии, отмечалась нормализация клинико-лабораторных показателей и у 56% больных наблюдалась положительная динамика по данным КТ. Длительность лечения пациентов данной группы составляла $15,4 \pm 2,5$ дней.

Течение сахарного диабета у пациентов с коронавирусной пневмонией

Михайлова О. Д., Гиззатуллин Э. Р., Касимов А. М.

Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск

По данным Международной диабетической федерации, число больных сахарным диабетом среди взрослого населения в 2020 г. составляло 463 млн человек. Инфекционная эпидемия COVID-19, вызванная новым коронавирусом, характеризуется тяжелым течением у пациентов, вовлеченных в неинфекционную эпидемию сахарного диабета (Бабенко А. Ю., Лаевская М. Ю., 2020). По данным Yang JK et al., 2010, попадание SARS-CoV-2 в островковые клетки поджелудочной железы может непосредственно усугубить повреждение бета-клеток. Для предотвращения возможных последствий необходимо изучить течение сахарного диабета у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Цель: изучить особенности течения сахарного диабета у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов с коронавирусной инфекцией, с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (8 мужчин и 22 женщины) инфекционного отделения клинической больницы г. Ижевска. Возраст пациентов составил 40–88 лет (в среднем $69,5 \pm 9,8$ лет). В течение 24 дней исследовался уровень гликемии натощак и постприандиальный (после завтрака и обеда). Для оценки результатов были использованы статистический и математический методы обработки данных.

Результаты. Основными клиническими проявлениями сахарного диабета у всех исследуемых пациентов были сухость во рту, полидипсия, полиурия. У 20 (66,7%) пациентов наблюдалась декомпенсация сахарного диабета. Средний уровень гликемии натощак у обследованных пациентов составил 12,8 ммоль/л, у 40% пациентов – 5,5–10 ммоль/л, у 40% пациентов – от 10 до 15 ммоль/л, у 20% пациентов – больше 15 ммоль/л. Пищевая нагрузка свидетельствует о сохранных компенсаторных возможностях поджелудочной железы у части больных: после завтрака уровень глюкозы сыворотки составил в среднем 14,4 ммоль/л, у 33,3% пациентов – менее 10 ммоль/л, у 36,7% пациентов – от 10 до 15 ммоль/л, у 30% пациентов был выше 15 ммоль/л. После обеда средняя гликемия составила 15,0 ммоль/л, у 26,7% пациентов – менее 10 ммоль/л, у 36,7% пациентов – от 10 до 15 ммоль/л, у 36,7% пациентов – выше 15 ммоль/л. 3 пациентам за время пребывания в стационаре инсулинотерапия не проводилась, они получали пероральные сахароснижающие препараты. 27 (90%) пациентов получали инсулинотерапию под контролем уровня глюкозы в крови. 26% из них была впервые назначена инсулинотерапия в связи с неэффективностью сахароснижающих препаратов. 26% пациентов потребовалось внутривенное введение инсулина из-за повышения уровня глюкозы сыворотки крови выше 30 ммоль/л. Кроме того, выявлено, что

гипергликемия зависела от сроков пребывания в стационаре и была выше на 20–22 день лечения. Все пациенты парентерально получали глюкокортикоиды (дексаметазон в дозе от 8 до 24 мг/сут), что также могло привести к повышению уровня глюкозы в сыворотке.

Вывод. Таким образом, у пациентов с пневмонией, вызванной COVID-19, часто происходит декомпенсация сахарного диабета, что важно учитывать при дифференцированной терапии.

Социально-психологические факторы, влияющие на развитие и течение хронического панкреатита

Михайлова О. Д., Камалов М. И., Куликова И. Н., Григус Я. И.

Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск

Хронический панкреатит (ХП) в настоящее время является одной из актуальных и значимых проблем медицины. Распространенность данного заболевания в России составляет – 27,4–50 случаев на 100 тыс. населения (В. Т. Ивашкин и соавт., 2014). Тенденция к росту заболеваемости ХП отмечается во всем мире, за последние 30 лет она выросла более чем в 2 раза. Хроническое течение болезни определяет специфику жизни пациентов и их семей: требует постоянного соблюдения диеты, режима питания, что может изменить отношения в семье к больному ее члену. Можно предположить, что микроклимат в семье и общее психоэмоциональное состояние пациентов с ХП могут значительно отличаться от образа жизни здоровых людей.

Цель: изучить социально-психологические особенности больных с ХП. Материалы и методы. Обследованы 47 пациентов с ХП (13 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 50 до 70 лет. Диагноз устанавливался Рекомендациями РГА по диагностике и лечению ХП (2014). Контрольную группу составили 16 здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Анкетирование проведено по специально разработанной анкете, включавшей 3 блока вопросов: медико-демографическая характеристика семьи пациента, пищевое поведение и вкусовые предпочтения, социально-психологические аспекты личности.

Результаты. Выявлено, что у 68% больных ХП ежемесячный доход составляет 5–10 тысяч рублей, что, возможно, влияет на количество и качество потребляемой пищи. Микроклимат в семье в 86% случаев пациенты оценивают как благоприятный, отмечают поддержку со стороны семьи; в 80% семей отсутствует тенденция собираться вместе за одним столом: собираются только по выходным дням или большим праздникам (в контрольной группе – у 72%). В пищевом поведении и у больных ХП и здоровых существенных отличий не было: 85% пациентов питаются только дома, редко посещая столовую и кафе (среди здоровых – 70%); 90% обеих групп испытывают удовлетворение от еды, питаются с удовольствием; при наличии неотложного долгосрочного дела 90% пациентов и респондентов контрольной группы предпочитают не наедаться про запас. В психологических же особенностях личности выявлены различия: пациенты с ХП часто чувствовали себя виноватыми в жизненных ситуациях, замыкаться в себе и долго держать внутри обиду. Так, 31% пациентов с ХП и 75% в контрольной группе не испытывают чувство обиды на жизнь, судьбу, а 2% опрошенных с ХП ощущают обиду почти постоянно. 24% пациентов с ХП склонны во всех жизненных ситуациях винить себя, среди здоровых таких не отмечено. При этом чувствуя обиду, 43% респондентов с ХП предпочитают молчать и замыкаться в себе, в отличие от 12% в контрольной группе.

Выводы. Выявленные психологические особенности больных ХП позволяют врачам первичного звена выделять группы риска среди пациентов и планировать лечебно-профилактические мероприятия.

Особенности иммуногенности ингибиторов фактора некроза опухоли α у пациентов с различными иммуновоспалительными заболеваниями

Нуриахметова Т. Ю., Одинцова А. Х., Сухорукова Е. В., Абдулганиева Д. И.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница, Казань

Актуальность. Иммуногенность ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО- α) является актуальной проблемой при лечении пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями, поскольку она может подавлять ответ на терапию. Поиск факторов, влияющих на иммуногенность иФНО- α , вероятно, поможет понять ее механизмы и пути преодоления. Цель исследования: сравнить особенности иммуногенности иФНО- α у пациентов с ревматическими заболеваниями и воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. В исследование было включено 104 пациента (59 мужчин, 45 женщин) с РЗ (анкилозирующий спондилит (АС) (n=36) и ревматоидный артрит (n=14)) и ВЗК (болезнь Крона (БК, n=39) и язвенный колит (n=15)). Пациенты получали инфликсимаб (ИНФ, n=32), адалимумаб (АДА, n=40) и цертолизумаб пэгол (ЦЗП, n=32). Длительность терапии на момент включения пациентов в исследование – 8 [3; 16] мес. Для определения концентрации иФНО- α и АТ к ним в сыворотке крови использовались готовые коммерческие наборы. Низкой считалась концентрация ИНФ менее 1 мкг/мл для РЗ и менее 5 мкг/мл для ВЗК, АДА менее 5 мкг/мл для РЗ и менее 7,5 мкг/мл для ВЗК, ЦЗП менее 17 мкг/мл при РЗ и менее 20 мкг/мл при ВЗК.

Результаты. Положительные АТ были обнаружены у 13 (26%) пациентов с РЗ и 11 (20,4%) с ВЗК ($p > 0,05$). У этих пациентов медиана концентрации АТ к ИНФ составила 1356,82 [1079,19; 2060,08] нг/мл, к АДА – 483,19 [332,04; 1215,55] нг/мл, к ЦЗП – 3,85 [3,15; 62,35] ЕД/мл. Выявление АТ не зависело от сопутствующей базисной терапии или активности заболевания на момент начала терапии и включения в исследование. Однако положительные АТ на фоне сопутствующей терапии метотрексатом или препаратами 5-аминосалициловой кислоты встречались исключительно при РЗ ($p = 0,046$). У 75% пациентов с АТ выявлялась низкая концентрация иФНО- α , и лишь у 25% достигалась рекомендованная терапевтическая концентрация (OR3,857, 95% ДИ 1,385–10,741, $p < 0,01$). При анализе отдельных групп заболеваний было обнаружено, что только при РЗ, но не при ВЗК, сохранялась достоверность связи между положительными АТ и низкой концентрацией (76,9% vs 23,1%, OR5,476, 95% ДИ 1,283–23,374, $p < 0,05$). АТ чаще выявлялись в возрастной категории от 30 до 45 лет (33,3% vs 15,3%, OR2,78, 95% ДИ 1,08–7,13, $p = 0,03$), при отдельном анализе групп тенденция к такой зависимости наблюдалась только у пациентов с РЗ (40% vs 16,7%, 0,065). Из факторов, связанных с выявлением положительных АТ у определенных групп пациентов, были определены форма АС и стадия БК, внескелетные проявления и курение. У пациентов с АС преимущественно выявлялись у пациентов с аксиальной формой заболевания (57,1% vs 17,2% при периферической форме, $p = 0,05$). При пенетрирующей и стриктурирующей стадии БК АТ образовывались чаще, чем при воспалительной стадии (35% vs 5,6%, $p = 0,045$). У женщин с РЗ АТ наблюдались преимущественно у пациентов без внескелетных

проявлений (70,6% vs 29,4%, $p < 0,05$). Среди курильщиков у 66,7% (n=4) выявлялись положительные АТ (OR7,8, 95% ДИ 1,333–45,657, $p < 0,05$). При отдельном анализе такая же закономерность выявлялась лишь у биоинайвных пациентов в группе ВЗК (25% vs 0%, $p = 0,036$).

Выводы. Частота выявления положительных АТ в группах РЗ и ВЗК значимо не различалась. При этом АТ к иФНО- α сопровождалась низкой концентрацией препарата только при РЗ. На частоту формирования АТ влияли курение, а также стадия БК и форма АС.

Особенности течения бронхиальной астмы на современном этапе

Приходько О. Б., Кострова И. В., Лучникова Т. А., Анохина В. С., Красовская О. О.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, являющееся серьезной социально-экономической проблемой общества как в России, так и во всем мире. На протяжении последних десятилетий большинством исследователей отмечен неуклонный рост распространенности бронхиальной астмы в различных возрастных группах, в том числе, среди женщин репродуктивного возраста. В то же время достаточно распространенным заболеванием среди взрослого населения многих стран является артериальная гипертензия. Изучение вопроса взаимного отягощения бронхиальной астмы и беременности остается актуальной проблемой пульмонологии. Бронхиальная астма у беременных является самым распространенным заболеванием легочной системы, частота диагностики которой в России составляет от 0,4 до 1%. Этим обусловлен интерес изучения клинического течения БА в период беременности. В то же время, учитывая проблему полиморбидности и коморбидности, представляет интерес изучение взаимного отягощения бронхиальной астмы и другой экстрагенитальной патологии, в том числе, артериальной гипертензии (АГ), во время беременности. Повышенное артериальное давление достаточно часто встречается у больных бронхиальной астмой и может быть следствием нарушения обмена вазоактивных веществ, вегетативного дисбаланса с угнетением адренорецепторов, гипоксемии, нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения, венозного застоя.

Цель исследования: изучить клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы, дебютировавшей во время беременности, в том числе, на фоне других экстрагенитальных заболеваний (артериальной гипертензии, внелегочных проявлений аллергии и др.).

Материалы и методы: проанализированы клинико-anamnestические данные течения беременности у 47 больных бронхиальной астмой с манифестацией клинических симптомов заболевания во время гестации. Отягощенная наследственность по аллергии была у 29,8% больных. Артериальная гипертензия отмечена у 21,3% обследуемых пациенток (у 7 пациенток артериальная гипертензия была диагностирована еще до беременности, но большинство из них постоянную антигипертензивную терапию не получали, у 3 – впервые в гестационном периоде). Известно, что на характер течения бронхиальной астмы оказывает влияние сопутствующая экстрагенитальная патология, частота которой среди наблюдаемых беременных составляла 3,1 на одну больную.

Результаты. Внелегочные проявления аллергии до наступления беременности отмечались у 68,1%, из них крапивница – у 27,7%, atopический дерматит – у 14,9%, аллергический ринит – у 17%, поллиноз – у 17%, анафилактический шок – у 6,4%, то есть, были достаточно выражены

до манифестации БА. Аллергическая форма БА выявлена у 66% больных, не аллергическая – у 12,8%, смешанная – у 21,2%. У 48,9% больных симптомы БА появились в I триместре беременности, у 44,6% – во II и у 6,5% – в III триместре. У 24 больных с легким течением (БАЛТ) приступы удушья впервые появились после ОРВИ и контакта с аллергеном. При этом дебют у 15 больных был в I триместре беременности, чаще при сроке 5–6 недель, у 9 – во II триместре, при сроке беременности 16–20 недель. У 20 больных БА среднетяжелого течения (БАСТ) диагностирована впервые при сроках гестации 6–12, 20–29 недель, после ОРВИ. У 3 пациенток приступы БАТТ появились при сроке гестации 10–14 и 21 недели на фоне ОРВИ. При этом БАЛТ наблюдалась у 51,1%, БАСТ – у 42,6%, БАТТ – у 6,4%. Из неспецифических факторов, способствующих обострению БА, преобладали: ОРВИ – 69,3% больной, психоэмоциональное напряжение – у 45,7%, влияние метеоусловий – у 60%, физической нагрузки – у 38,6%. Увеличение частоты респираторной аллергии, происходящее пропорционально утяжелению течения БА, подтверждает концепцию о единстве аллергического воспаления в верхних и нижних дыхательных путях. Первородящих было 59,6% больных, у остальных – повторные роды (2–5). Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 53,2% больных. Манифестация симптомов БА чаще отмечается в I триместре беременности, чему, как правило, предшествовали внелегочные проявления аллергии.

Выводы. Полученные данные диктуют необходимость первичной профилактики БА предусматривающей ограничение воздействия факторов риска ее развития в перинатальном периоде, профилактика пищевой, бытовой, эпидермальной, лекарственной аллергии, что снизит манифестацию ранней астмы и отсрочит влияние отрицательных воздействий на формирование болезни в более поздние периоды детства.

Влияние комплекса физиотерапии и лечебной физкультуры на показатели качества жизни больных с остеоартрозом коленных суставов

Расулова З. Д., Шайхова У. Р., Валижанова З. И.

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Главного медицинского управления при Аппарате Президента Республики Узбекистан, Ташкент

Цель исследования – оценка эффективности технологии комплексного лечения физиотерапии и лечебной физкультуры (ЛФК) на фоне стандартной терапии у больных с деформирующим остеоартрозом (ОА) коленного сустава в условиях поликлиники.

Методы. Нами были обследованы 40 больных с остеоартрозом коленных суставов. Всем пациентам проведено комплексное клиническое и рентгенологическое обследование. I рентгенологическая стадия остеоартроза по J. H. Kellgren была у 13 пациентов (32,5%), II стадия – у 15 пациентов (37,5%), III стадия – у 12 пациентов (30%). Оценку эффективности терапии оценивали по показателям качества жизни (КЖ) у больных с остеоартрозом, используя международный опросник SF-36. Проведен анализ результатов 10-дневного лечения. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – 25 больных, которым к стандартной терапии (нестероидные профилактические препараты и хондропротекторы) включили комплекс физиотерапии (сочетание Дециметровой терапии (ДМВ) и лазера на область коленей по 6–8 точек) и ЛФК; вторая – 15 пациентов – только стандартная терапия.

Результаты. Анализ шкал SF-36 показал, что у больных с ОА значения КЖ были значительно ниже в группе с II–III рентгенологической стадией остеоартроза и синовитом. В наибольшей степени у больных

с ОА были снижены показатели физического здоровья: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (Б), общее здоровье (ОЗ), социальное функционирование (СФ). На фоне лечения было отмечено улучшение показателей КЖ – РФФ, Б, ОЗ, СФ: в первой группе больных на 35% ($p < 0,05$), 28% ($p < 0,05$), 32% ($p < 0,05$), 38% ($p < 0,05$); во второй группе больных на 18% ($p < 0,05$), 19% ($p < 0,05$), 22% ($p < 0,05$), 25% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. Результаты восстановительного лечения показали достоверное улучшение данных общего состояния больных с уменьшением отечности в суставах, значительным уменьшением боли и улучшением подвижности в коленных суставах с более выраженными показателями в группе больных, получавших комплекс реабилитационной терапии.

Выводы. ОА оказывает отрицательное влияние на физическое, психологическое и социальное функционирование человека. С помощью анкеты SF-36 для исследования КЖ можно проводить мониторинг состояния пациентов и использовать их при оценке эффективности лечения. Применение технологии комплексного лечения физиотерапии (сочетание ДМВ терапии и лазера на область коленей по 6–8 точек) и ЛФК на фоне стандартной терапии позволяют повысить эффективность медикаментозной терапии и улучшить качество жизни данной категории больных в условиях поликлиники.

Эффективность и безопасность стентирования коронарных артерий, имеющих гемодинамически значимый стеноз и эктазию

Стародубов О. Д., Попов А. В., Сулов А. С., Филатов М. В.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород

Сердечно-сосудистые заболевания, и в частности ишемическая болезнь сердца, в течение десятилетий остаются среди лидирующих причин смерти населения. Гемодинамически значимый стенозирующий коронаросклероз в большинстве случаев является ведущим этиологическим фактором возникновения данной патологии. Нередко отмечается сочетание стенозирующего коронаросклероза с эктазией коронарной артерии (ЭКА), играющей большую роль в патогенезе развития коронаросклероза. На сегодняшний день несомненны достижения эндоваскулярных методов в лечении ИБС, но вместе с тем недостаточно изучены эффективность и безопасность стентирования гемодинамически значимых стенозов коронарной артерии (КА), имеющих сопутствующую ЭКА.

Цель. Проанализировать и оценить эффективность стентирования атеросклеротических гемодинамически значимых стенозов КА, имеющих сопутствующую ЭКА, в отдаленном периоде. Выявить возможные осложнения, а также определить безопасность выполнения чрескожного коронарного вмешательства у данной когорты больных.

Методы. Сформированы 2 группы исследования: контрольная группа – 62 пациентов с изолированным гемодинамически значимым стенозом, основная группа – 57 пациентов с гемодинамически значимым стенозом и сопутствующей ЭКА. Больные в возрастном промежутке от 40 до 70 лет, имеющие стенокардию напряжения II–III функционального класса, были сопоставимы по возрасту, полу и наличию сопутствующей патологии. В плановом порядке выполнялась коронарография со стентированием стеноза передней межжелудочковой артерии с проводимой соответствующей медикаментозной терапией. Всем

больным имплантировались стенты с лекарственным покрытием. Первичные конечные точки: частота неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений (смерть, ИМ, повторные вмешательства). Вторичные конечные точки: рестеноз, диссекция и тромбоз стента по данным коронарографии. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов групп сравнения летальных исходов и случаев развития инфаркта миокарда не зарегистрировано. Частота осложнений в обеих группах достоверно не различалась, так частота рестеноза стента и повторного коронарного вмешательства составляла 1,6% ($n=1$) в группе контроля и 3,5% ($n=2$) у пациентов основной группы ($p=0,573$). При сравнительном анализе не было выявлено достоверного различия в частоте диссекций в контрольной и исследуемой группах, что составило 4,8% ($n=3$) и 7% ($n=4$) соответственно ($p=0,658$). Развития острого, подострого или позднего тромбоза стента не отмечалось в исследуемых группах.

Выводы. Частота интраоперационных, ранних и поздних осложнений не имела значимых отличий в сопоставляемых группах больных. При сочетанном поражении коронарных артерий (гемодинамически значимый атеросклероз и ЭКА) не возникают дополнительные риски осложнений и безопасности проведения коронарного стентирования.

Особенности вариабельности ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической обструктивной болезнью легких

Стаценко М. Е., Лопушкова Ю. Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель: выявить особенности вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Задачи: изучить особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ХСН и ХОБЛ в сравнении с пациентами с изолированной ХСН. Установить взаимосвязи ВРС: с уровнем насыщения крови кислородом, параметрами функции внешнего дыхания (ФВД), концентрацией Nt – $proBNP$ в крови.

Материалы и методы. В исследование было включено 123 пациента. 1 группа – основная (60 пациентов обоего пола) с ХСН ишемического генеза II–III функционального класса по NYHA и ХОБЛ GOLD I–III степени (классификация GOLD2019) в состоянии ремиссии, 2 группа – контрольная (63 пациента, обоего пола), с ХСН изолированной. Все больные перенесли острый инфаркт миокарда в анамнезе (от 1 года до 5 лет). Возраст составил 45–70 лет. ВРС изучали с помощью программного модуля Поли-Спектр-Ритм (Поли-Спектр-8/Е (Россия)). Исследовали кратковременные (5-минутные) записи электрокардиограммы при положении пациента лежа. Оценивали временные показатели ВРС: SDNN (мс), rNN50 (%), RMSSD (мс). Также изучали: стресс – индекс (SI) и индекс напряжения (ИН). Спектральный анализ включал показатели: TP (мс²), VLF (%), LF (%), HF (%). ФВД оценивали на аппарате SPIROSOFT FUKUDA 3000 (Япония). SpO₂ изучали с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК–ОП. Концентрацию N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови изучали иммуноферментным методом (NT-proBNP, Bio-medica, Slovakia). Результаты представлены в виде Me [Q25; Q75], где Me – медиана, Q25

и Q75–25 и 75 процентилю соответственно. Анализ осуществляли с помощью программы Statistica 10.0. Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: у больных 1 группы выявлено достоверное снижение показателей: SDNN (33,5 [19,0; 47,0] vs 35,0 [27,0; 55,0]), CV (3,1 [2,0; 5,1] vs 3,8 [2,7; 5,6]), TP (1185,0 [520,0; 1863,0] vs 1364,0 [750,0; 3312,0]), rNN50 (1,1 [0,0; 5,6] vs 2,7 [0,9; 14,4]). У пациентов основной группы установлено статистически значимое увеличение параметров SI (229,7 [96,7; 528,5] vs 138,9 [79,3; 265,1]) и ИН(161,7 [81,4; 435,1] vs 134,8 [58,9; 220,7]). При исследовании ВРС в группах обнаружено достоверное увеличение частоты встречаемости больных с гиперсимпатикотонией (51% vs 34,5%). В 1 группе были определены статистически значимые корреляционные связи между параметрами ФВД и показателями: ЖЕЛ и ИН ($r = -0,27$), ЖЕЛ и SDNN($r=0,24$), ЖЕЛ и CV ($r=0,20$), ЖЕЛ и RMSSD ($r=0,26$), ОФВ1/ФЖЕЛ и LF ($r=0,20$). В основной группе обнаружены достоверные корреляционные взаимоотношения между SpO₂ и VLF ($r=0,16$), SpO₂ и LF ($r=0,19$), а также статистически значимые корреляционные связи между: NT-proBNP и SI ($r=0,35$), NT-proBNP и ИН ($r=0,30$), NT-proBNP и SDNN, ($r = -0,32$), NT-proBNP и CV ($r = -0,28$), NT-proBNP и TP ($r = -0,36$), NT-proBNP и VLF ($r=0,34$), NT-proBNP и RMSSD($r = -0,23$). В результате проведенного многофакторного регрессионного анализа, наибольший вклад в развитии вегетативного дисбаланса (LF/HF) участвует параметр ФВД-ЖЕЛ ($p < 0,05$). Степень влияния ЖЕЛ на показатель LF/HF составила 40%. Также выявлено статистически значимое влияние концентрации NT-proBNP в плазме крови на параметр ВРС–VLF. Степень влияния NT-proBNP на VLF составила 40%.

Выводы: в результате полученных данных установлены особенности ВРС у больных ХСН и ХОБЛ. Результаты проведенного многофакторного регрессионного анализа, а также достоверные корреляционные связи между параметрами ВРС и: SpO₂, показателями ФВД, уровнем NT-proBNP в крови свидетельствуют о неразрывной взаимосвязи патологических процессов, наблюдающихся при коморбидности ХСН и ХОБЛ.

Особенности вариабельности сердечного ритма и риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени

Стаценко М. Е., Стрельцова А. М., Деревянченко М. В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель исследования – оценить вариабельность сердечного ритма и риск сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.

Материал и методы. Проведено поперечное сравнительное исследование. В основную группу были включены больные с артериальной гипертензией (АГ) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) ($n=50$, 35 (70%) женщины, средний возраст – 57,4±6,9 лет), в контрольную группу – пациенты с изолированной АГ ($n=41$, 33 (80,5%) женщины, средний возраст – 58,0 (50,0;65,0) лет). Группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям ($p > 0,05$). Проведен сравнительный анализ показателей вариабельности сердечного ритма (фоновые и после проведения ортостатической пробы), 5-летнего риска сердечно-сосудистых (ССО) и 10-летнего риска фатальных осложнений, корреляционный анализ для оценки

зависимости стеатоза печени и степени нарушения вариабельности сердечного ритма.

Результаты. Выявлено, что в обеих группах у большинства пациентов наблюдается снижение SDNN ниже 50 мс, что говорит об усилении симпатической регуляции, подавляющей активность автономного контура регуляции. У больных с АГ и НАЖБП достоверно ниже, чем у пациентов с изолированной АГ, активность парасимпатического звена вегетативной регуляции (RMSSD и pNN50 ($p=0,0075$ и $p=0,0232$, соответственно)). При проведении спектрального анализа показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) у пациентов основной группы достоверно выше значения очень низкочастотного (VLF, % ($p=0,0000$)) и низкочастотного (LF, % ($p=0,0424$)) компонентов спектра и значимо ниже – высокочастотного (HF, % ($p=0,0012$)). После проведения ортостатической пробы у коморбидных больных наблюдается более низкий уровень SDNN (36,0(26,0;46,0) vs 38,0(29,0;54,0)) и у большего количества больных показатель SDNN < 50 мс (84,0% vs 70,7%) по сравнению с контрольной группой. Ортостатическая проба подтверждает более выраженные изменения уровней LF ($p=0,0496$), HF ($p=0,0003$) и LF/HF ($p=0,0000$) в основной группе, что свидетельствует о достоверном повышении частоты встречаемости симпатикотонии у пациентов с АГ и НАЖБП. В контрольной группе достоверно увеличились показатели RMSSD ($p=0,0354$), VLF ($p=0,0000$), HF ($p=0,0000$) и LF/HF ($p=0,0000$), что свидетельствует об увеличении активности как парасимпатического, так и симпатического звена вегетативной регуляции. У больных с АГ и НАЖБП значительно чаще определяется вегетативная реактивность по гиперсимпатикотоническому типу (в 64,0% vs 43,9% случаев ($p=0,0387$)), что говорит о перенапряжении регуляторных систем. Также у больных основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы достоверно выше как 10-летний фатальный риск (2,4 (1,4;5,2) vs 1,1(0,5;2,8), $p=0,0006$), так и 5-летний риск сердечно-сосудистых событий (3,0(1,6;5,1) vs 1,7(0,9;4,4), $p=0,0148$). Установлено, что у пациентов с АГ и НАЖБП при повышении индекса стеатоза печени (FLI) увеличивается 10-летний ($r=0,25$, $p=0,0103$) и 5-летний риск сердечно-сосудистых осложнений ($r=0,20$, $p=0,0411$), а также достоверно уменьшаются фоновые показатели SDNN ($r=-0,35$, $p=0,0001$), RMSSD ($r=-0,35$, $p=0,0001$) и повышается значение ИИ1 ($r=0,23$, $p=0,0112$), что свидетельствует о значимом снижении активности автономного контура регуляции и росте напряжения адаптационных механизмов. Обнаружено, что уменьшение показателя SDNN, т. е. усиление симпатической регуляции, приводит к повышению 5-летнего риска ССО ($r=-0,18$, $p=0,0461$).

Заключение. У больных с АГ и НАЖБП по сравнению с больными с изолированной АГ достоверно ниже активность парасимпатического звена вегетативной регуляции. При оценке спектрального анализа показателей BCP у больных основной группы отмечается смещение системы регуляции работы сердца и тонуса сосудов в сторону симпатикотонии, которая значимо увеличивается после проведения ортостатической пробы, по сравнению с больными изолированной АГ. Индекс напряжения регулирующих систем, который характеризует активность механизмов симпатической регуляции, достоверно выше у коморбидных больных по сравнению с пациентами с изолированной АГ, что указывает на увеличение риска внезапной смерти. При повышении степени стеатоза печени отмечается увеличение 10-летнего и 5-летнего риска сердечно-сосудистых осложнений, снижение активности автономного контура регуляции, усиление симпатического влияния и рост напряжения адаптационных механизмов, что значимо коррелирует с возрастанием 5-летнего риска ССО у пациентов с АГ и НАЖБП.

Комбинированная противовирусная терапия при новой коронавирусной инфекции: клинический случай

Туличев А. А., Улитин И. Б., Улитин Б. И., Туличева Н. А.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. На настоящий момент нет данных о применении комбинированной противовирусной терапии при новой коронавирусной инфекции. В основном, согласно действующим нормативным документам, рекомендуется назначение монотерапии умифеновиром, фавипиравиром или ремдесвиром. Также недостаточно данных о применении интерферонов и ингибиторов нейраминидазы у больных COVID-19 и более того – их комбинации с вышеуказанным этиотропным лечением. В последнее время появляются данные о положительном эффекте при использовании ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир, римантадин) при наличии гриппе у больных COVID-19. Приведенный ниже клинический случай демонстрирует положительный эффект амбулаторного применения ингибитора нейраминидазы (римантадина) в комплексе с ингибитором фузии (умифеновиром) у заболевшего коронавирусной инфекцией.

Цель работы. Проанализировать клинический случай применения комбинированной противовирусной терапии у больного новой коронавирусной инфекцией.

Материал и методы. В амбулаторных условиях проведено обследование больного А., 48 лет. Изучались жалобы, анамнез заболевания и жизни, физикальные и параклинические методы исследования, а также данные медицинской документации.

Описание случая. Больной А., 48 лет заболел остро. Манифестация заболевания в виде лихорадки до 39 °С, головной боли, миалгии, першения в горле, сухого кашля. Вечером того же дня самостоятельно принял таблетку ибупрофена, утром обратился в ГБУЗ НО ГКБ № 3 (НГЦ). При физикальном обследовании выявлена гиперемия зева и глотки с единичными петехиальными высыпаниями, справа – crepitatio indurata в нижних отделах на фоне ослабления везикулярного дыхания там же. Артериальное давление 100/80 мм рт. ст., сатурация 96% без использования кислорода, частота дыхательных движений – 21/минуту, частота сердечных сокращений 96 уд./мин., температура 38,1 °С. Из сопутствующих заболеваний отметим артериальную гипертензию, нарушение гликемии натощак. Рентгенологически подтверждена – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Был взят мазок ПЦП на SARS-Cov2, который оказался положительным. Лабораторно в общем анализе крови отмечалась лейкопения – 3,3 Гига/л за счет, прежде всего, лимфоцитопении. С-реактивный белок 12,8 мг/л. Учитывая клиническую симптоматику и данные исследований, диагностирован COVID-19: правосторонняя пневмония. Начато амбулаторное лечение: умифеновир 200 мг 4 раза в день 7 дней; римантадин 300 мг однократно, затем 100 мг 3 раза в день с 3 по 4-й день, затем 100 мг 2 раза в день до 5 дней; парацетамол 500 мг 2 раза в день планово 5 дней; кишечнорастворимая форма аспирина 100 мг на ночь. Лихорадка сохранялась до 5-го дня с подъемами до 38 °С, затем субфебрилитет. На пятый день зарегистрировано однократное снижение сатурации до 93%. В связи с этим для профилактики бактериального компонента к лечению добавлен амоксициллин 1,0 г 2 раза в день. Также проводилась ранняя респираторная реабилитация с применением массажа грудной клетки и дыхательной гимнастики. На 10-й день получен полный регресс симптоматики. Выполнена контрольная мультиспиральная компьютерная томография, где зарегистрировано 10% двусторонних поражений в стадии разрешения. Получен отрицательный мазок на SARS-Cov2. Больной выписан на работу.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость как можно более раннего назначения противовирусного лечения (в доальвеолярную фазу), а также возможность комбинации противовирусных препаратов. В перспективе необходимо дальнейшее изучение комбинированного лечения противовирусными препаратами различных групп.

Оценка факторов воспаления, показателей липидного обмена и жизнеспособности миокарда у пациентов коронарной болезнью сердца с метаболическим синдромом, подвергшихся стентированию

Узоков Ж. К., Тошев Б. Б., Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х.

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

Цель исследования – изучить содержание факторов воспаления и липидов у больных коронарной болезнью сердца (КБС) с метаболическим синдромом (МС), подвергшихся стентированию.

Материал и методы. Наблюдали больных КБС стабильной стенокардией напряжения III функционального класса с МС (20, средний возраст 57,4±5,2 лет), подвергшихся плановому стентированию, получавших стандартное лечение согласно рекомендациям (ацетилсалициловая кислота+клопидогрел, бета-блокаторы, розувастатин). До и после процедуры стентирования и через 3 месяца изучали содержание интерлейкина (ИЛ-6), высокочувствительного С-реактивного белка (вСРБ), фибриногена, показателей липидного спектра активность ферментов аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), агрегационную активность тромбоцитов. Оценивали жизнеспособность миокарда (показатели ЭхоКГ, МСКТ), проводили вэлзэргометрию и холтеровского мониторирования ЭКГ.

Результаты исследования. Исходно выявлено увеличение уровня в СРБ, которое составило 15,7±1,0 мг/л, повышение уровня ИЛ-6 до 14,7±1,19 пг/л. При этом отмечено повышение спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, выраженные нарушения липидного спектра по типу атерогенной дислипидемии. Через 3 месяца выявлено снижение уровня вСРБ до 9,2±1,5 мг/л. Содержание ИЛ-6 оставалось повышенным, хотя и уменьшилось до 8,6±0,76 пг/мл. Влияние лечения на содержание фибриногена было приблизительно аналогичным. Через 3 месяца после стентирования отмечено улучшение показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, уменьшение общего холестерина (ХС) на 30%, ХС липопротеидов низкой плотности на 36%, триглицеридов на 25% и увеличение ХСЛП высокой плотности. Показатели АЛТ, АСТ и ОБ были без особых изменений при улучшении таковых фибриногена и агрегации (спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов). Состояние больных значительно улучшилось, что коррелировало с данными ЭКГ, ЭхоКГ, МСКТ, вэлзэргометрии и холтеровского мониторирования ЭКГ. Течение стенокардии ассоциируется с повышением концентрации факторов воспаления (провоспалительных цитокинов), что свидетельствует о наличии уже на этапе стабильной стенокардии персистирующего воспаления, при котором увеличивается риск развития тромботических осложнений. Важную роль в атерогенезе и в развитии сердечно-сосудистых осложнениях играет воспаление, а повреждение атеросклеротической бляшки в результате ее воспаления и разрыва с последующей агрегацией тромбоцитов является основным

механизмом, приводящим к атеротромбозу и развитию острых коронарных событий. Стентирование и консервативное лечение оказали благоприятное влияние на изученные показатели и течение КБС с МС. Исследование еще раз показывает целесообразность подбора эффективных и безопасных доз антиагрегантов и статинов, предупреждение резистентности к препаратам и оценки жизнеспособности миокарда. Выводы. Коррекция нарушений липидного обмена, факторов воспаления и оценка жизнеспособности миокарда перед проведением реваскуляризации имеют важное значение в повышении эффективности и безопасности лечения больных КБС с МС.

Спектр болезней органов пищеварения у мужчин призывного возраста

Якушев А. А., Федоров И. Г., Саликов А. В., Ильченко Л. Ю., Никитин И. Г.

Городская клиническая больница им. В. М. Буянова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

Цель: охарактеризовать спектр заболеваний органов пищеварения у мужчин 18–27 лет, направленных военными комиссариатами г. Москвы в многопрофильный стационар (за период 2017–2020 гг.).

Материалы и методы: включено в исследование 3171 мужчин в возрасте 18–27 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение для верификации диагноза. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее клинико-лабораторные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз (АЛТ, АСТ), билирубина и его фракций, железа), серологические (маркеры вирусов гепатитов В и С (HBsAg, anti-HCV)) и инструментальные методы (ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), уреазный дыхательный тест (УДТ)). По показаниям проводилось морфологическое исследование слизистой желудка и кишки.

Результаты: наиболее распространенной патологией являлась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; она выявлена у 71,6% (n=2700) обследованных пациентов. Данное заболевание регистрировалось в стадии ремиссии у большинства из них – 76,8% (n=2075). Известно, что важнейшим звеном патогенеза эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является контаминация слизистой *Helicobacter pylori* (Hр). Всего было протестировано на наличие Hр-инфекции 1733 пациента. Положительный результат зарегистрирован у 78,3% (n=1357) обследуемых. Второе место в спектре заболеваний органов пищеварения принадлежало хроническому гастродуодениту с наличием и без эрозий (48%; n=1523). Третьей по встречаемости патологией была гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, обнаруженная в 37,2% (n=1179) случаев. Значительно реже у молодых мужчин выявлялась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (8,6%; n=273). Данные заболевания верхних отделов ЖКТ наблюдались в сочетании с такими патологическими состояниями, как недостаточность кардии и дуоденогастральный рефлюкс, которые выявлялись в 64,7% (n=2053) и 16,6% (n=527) случаев соответственно. Болезни кишечника встречались значительно реже. Так язвенный колит был установлен у 50 обследуемых, что составило 1,58%, а болезнь Крона – у 0,9% (n=29). При УЗИ ОБП в исследуемой группе наиболее часто выявляли холестероз желчного пузыря. Данная патология установлена у 6,7% (n=212). Намного реже констатировали желчекаменную болезнь – лишь у 1,4% (n=44) пациентов. Кроме того,

у 1,1% (n=33) были обнаружены гемангиомы печени малых размеров. С целью выявления хронических заболеваний печени оценивали показатели функционального состояния. Наиболее часто регистрировалась гипербилирубинемия – в 35,8% (n=1137) случаев с преобладанием неконъюгированного билирубина. Диагноз «Синдром Жильбера» был установлен ранее с помощью молекулярно-генетического метода лишь у 54 пациентов, что составило менее 2%. Средний показатель уровня билирубина, превышающий референсные значения, составил 33,2 мкмоль/л, максимальный – 120 мкмоль/л. Ни у кого из обследованных пациентов данных за гемолиз получено не было. У 26,6% (n=842) мужчин молодого возраста регистрировалось повышение активности аминотрансфераз. Отклонение от верхней границы нормы (ВГН) АСТ отмечалось у 10,4% (n=330), АЛТ – у 16,2% (n=512), одновременное повышение – у 7,6% (n=241). Среди 91,4% пациентов с гиперферментемией активность аминотрансфераз не превышала трех норм от ВГН (24,3%; n=770 из всей

группы). Количество мужчин призывного возраста с активностью АСТ и/или АЛТ от 3 до 5 норм от ВГН составило 2% (n=64). Активность трансаминаз более 10 норм от ВГН зарегистрирована в 2 случаях (0,06%). Данным пациентам был установлен диагноз «Аутоиммунный гепатит». Максимальные уровни АСТ и АЛТ составляли 1037 ЕД/л, и 382 ЕД/л соответственно. Ни у одного из обследуемых пациентов маркеров вирусов гепатитов выявлено не было.

Заключение. В спектре заболеваний органов пищеварения преобладала язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (71,6%). Доля выявленной хеликобактерной инфекции велика и составила 78,3%. Более чем у трети обследованных пациентов зарегистрирована неконъюгированная гипербилирубинемия (35,8%). Гиперферментемия отмечалась у четверти мужчин призывного возраста (26,6%), у двух из них установлен аутоиммунный гепатит. Пациентам с неуточненной гиперферментемией рекомендовано проведение углубленного обследования.

Конкурс на лучшую научную работу

Сравнительный анализ течения постковидного синдрома у лиц разных возрастных групп

Абулдинова О. А.

Амурская государственная медицинская академия,
Благовещенск

Введение. Постковидный синдром (англ. Post-COVID-19 syndrome), также известный как Long Covid – последствия коронавирусной инфекции (COVID-19), при которой до 20% людей, перенесших коронавирусную инфекцию, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и более.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа особенностей течения постковидного синдрома у лиц разной возрастной группы.

Материалы и методы. В ходе исследования были обследованы 59 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет и 32 пациента в возрасте от 60 до 79 лет, перенесших ковид-ассоциированную пневмонию и обращавшихся за амбулаторной медицинской помощью. Проводилась оценка жалоб, данных объективного осмотра, результатов клинического и биохимического анализов крови (общий белок, АСТ, АЛТ, ГГТ, СРБ, фибриноген).

Результаты исследования и их обсуждение. Все обследованные пациенты разделены на две возрастные группы: от 18 до 59 лет (средний возраст 43,2±7,7), среди них женщин – 39, мужчин – 20; от 60 до 79 лет (средний возраст 66,8±4,14), женщин – 20, мужчин – 12. Данные пациенты перенесли ковид-ассоциированную пневмонию в течение 1–3 месяцев до обращения за медицинской помощью в МЛДЦ «Диагност». Был проведен анализ частоты различных клинических проявлений постковидного синдрома у лиц разных возрастных групп, в ходе которого выявляется выраженность респираторных проявлений у лиц молодого и среднего возраста, в то время как у лиц пожилого возраста наряду с респираторными жалобами на первое место выходит слабость, головная боль и артериальная гипертензия. Сохранение субфебрильной температуры длительное время отмечается практически с одинаковой частотой в обеих возрастных группах. Также в старшей возрастной группе встречаются проявления суставного синдрома, крапивницы и значительно чаще, чем у молодых пациентов, расстройство работы желудочно-кишечного тракта. Помимо клинических проявлений, оценивались результаты лабораторных методов исследования: в первой группе у 16 пациентов (27,1%) отмечался умеренный лейкоцитоз, в то время как во второй группе процент пациентов с лейкоцитозом составил 62,5 (20 пациентов); в биохимическом анализе крови у пациентов первой группы у 57,6% (44 человека) выявлено повышение трансаминаз, во второй группе данные изменения отмечаются у 87,5% (28 пациентов). По данным объективного осмотра у ряда пациентов выявлялись сухие свистящие хрипы над легочными полями (17 человек (28,8%) – в первой группе и 11 человек (34,4%) – во второй); у лиц старшей возрастной группы также отмечалось повышение артериального давления (22 человека – 68,5%), в то время как у пациентов молодого и среднего возраста на момент приема фиксировалось нормальное артериальное давление.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что существует ряд различий в проявлениях постковидного синдрома у лиц разных возрастных групп: 1. У лиц молодого и среднего возраста в большей степени проявляются респираторные нарушения, в то время как у пожилых

пациентов отмечаются полисистемные проявления. 2. Патологические изменения по данным лабораторных методов исследования также в большинстве процентов случаев выражены у пациентов старшей возрастной категории.

Ангиопоэтин-подобный белок 4 типа как ключевой фактор, связывающий метаболические изменения и развитие почечной дисфункции у больных ревматоидным артритом

Александров В. А.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии им. А. Б. Зборовского,
Волгоград

Ревматоидный артрит (РА) является частым фоном для развития почечной патологии, особенно при наличии метаболического синдрома (МС), способного выступать в качестве независимого фактора риска развития хронической болезни почек (ХБП). Ангиопоэтин-подобные белки, принимающие активное участие в преимущественно связанных с хроническим воспалением процессах, могут являться целевыми маркерами для изучения кардиоренальных осложнений РА.

Цель исследования: оценить связь сывороточных концентраций ангиопоэтин-подобных белков 3, 4 и 6 типов с метаболическими нарушениями и выраженностью почечной дисфункции у больных РА.

Материалы и методы. Обследовано 158 пациентов с РА (91,8% – женщин и 8,2% – мужчин) в возрасте от 21 до 80 лет и средней длительностью заболевания – 9 [4;15] лет. Преобладали пациенты серопозитивные по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (60,1%), с развернутой клинической стадией (45,6%) и умеренной активностью РА (58,2%). Для исследования сывороточных концентраций АППБ был применен иммуноферментный анализ и использованы коммерческие тест-системы Bio Vendor (Чехия) и RayBiotech (США). Сочетание повышенного уровня артериального давления ($\geq 140/90$ мм рт. ст.), повышения уровня триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л) и нарушений углеводного обмена (повышенный уровень глюкозы плазмы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л) на фоне центрального ожирения (объем талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин) предполагало включение в группу больных РА с признаками МС. На основании измерений расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI (2009 года) пациенты с РА были разделены на три группы: I – оптимальная функция почек (>90 мл/мин/1,73 м²); II – незначительное снижение функции почек (89–60 мл/мин/1,73 м²); III – сниженная функция почек (<59 мл/мин/1,73 м²).

Результаты и обсуждение. Содержание АППБ3 в сыворотке крови больных РА (n=158) составило 641,9±224,5 нг/мл, АППБ4 (n=158) – 3,15[0,77;12,1] нг/мл, а АППБ6 (n=38) – 6,21[3,85;7,93] нг/мл. Положительными по содержанию АППБ3 были 74,7% (n=118), по АППБ4 – 49,4% (n=78), а по АППБ6 – 23,7% (n=9 из 38) больных РА. Уровни АППБ 3 и 4 в сыворотке крови больных РА были существенно выше, а АППБ6 – незначительно ниже, чем у здоровых лиц (n=32; U-тест M-W: p=0,038, p<0,001, p=0,166,

соответственно). Средняя СКФ у больных РА составила $74,0 \pm 18,6$ мл/мин/1,73 м². Более половины обследованных пациентов имели СКФ в пределах 60–89 мл/мин/1,73 м² (по стадиям ХБП: С1–21,5%; С2–58,9%; С3–19,6%). Имелись достоверные различия в содержании АППБ3 у пациентов I-ой и III-ей групп ($p=0,032$) и АППБ4 у пациентов с нормальной функцией почек (группа I) с группами больных РА со сниженной СКФ (группы I–II: $H\text{-test}=10,7$, $p=0,001$; группы I–III: $H\text{-test}=20,1$, $p<0,001$). При СКФ <90 мл/мин/1,73 м² показатели АППБ4 также имели межгрупповые различия (группы II–III: $H\text{-test}=7,2$, $p=0,007$). Существенных различий в содержании АППБ6 в группах с различной СКФ отмечено не было ($p=0,91$). Многофакторный дисперсионный анализ по сравнению показателей АППБ в зависимости от СКФ показал, что между больными РА с различной степенью выраженности метаболических нарушений (с/без МС) наблюдались существенные различия в уровне АППБ3 ($p=0,0034$) и АППБ4 ($p<0,001$), но не в уровне АППБ6 ($p>0,05$). Изучение совместного влияния МС и почечной дисфункции на содержание АППБ у больных РА продемонстрировало, что наличие метаболических нарушений оказывало значительное влияние на показатели АППБ4 в группах больных с оптимальной (группа I) и сниженной (при объединении групп II и III) СКФ. Отмечено достоверное увеличение АППБ4 в сыворотке крови больных РА со сниженной СКФ ($p<0,001$) и выраженными метаболическими изменениями ($p<0,001$). Квадрат множественного коэффициента корреляции (R^2) в данной модели был равен 0,33. Следовательно, на содержание АППБ4 у больных РА непосредственное влияние оказывают два фактора (почечная дисфункция и наличие МС), способные более, чем в 30% случаев описать изменчивость данного признака.

Выводы. Таким образом, хроническое ревматоидное воспаление потенцирует развитие почечной дисфункции (выявлено у 78,5% пациентов) и сопровождается увеличением содержания АППБ в крови больных РА. АППБ 4 типа следует рассматривать в роли ключевого фактора, связывающего развитие почечной дисфункции и метаболические изменения, вызванные ревматоидным воспалением. Лучшее понимание действий и механизмов АППБ может иметь первостепенное значение для разработки эффективных методов лечения кардиоренальных осложнений при РА.

Влияние факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на качество жизни медицинских работников на модели Томской области

Альмикеева А. А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Введение. Проблема отрицательного влияния факторов риска (ФР) ХНИЗ не теряет своей актуальности в мировой и отечественной науке. Однако четкого понимания того, как именно и в какой степени различные ФР на показатели качества жизни (КЖ) у медицинских работников связаны, на данный момент нет.

Идея. Данный исследовательский проект позволит восполнить недостаток знаний о механизмах взаимодействия ФР ХНИЗ и показателей КЖ в такой медико-социальной группе как медицинские работники, выделить наиболее значимые факторы риска и «уязвимые» параметры качества жизни для разработки более эффективных региональных превентивных программ.

Цель. Установить корреляцию ФР ХНИЗ на КЖ у медицинских работников Томской области для разработки программ эффективной профилактики. Материалы и методы: в рамках исследования медицинскому работнику было предложено заполнить анкету, включающая вопросы, связанные

с трудовой деятельностью респондента, а также опросник, составленный на основании методических рекомендаций «Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении» (письмо от 16.01.2013г № 14–2/10/2–123), которые позволили оценить поведенческие ФР ХНИЗ. А также антропометрические данные, а также вносили сведения о АД и о содержании глюкозы и холестерина крови. Для оценки КЖ врачей использована русскоязычная версия краткого опросника ВОЗ (WHOQOL-BREF). Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows version 10.0.

Результаты. В анкетировании приняли участие 1668 врачей и 2486 средних медицинских работников. Так, средний возраст врачей составил $42,0 \pm 11,3$ лет, а медсестер $41,3 \pm 11,0$. При оценке КЖ итоговое (общее) значение для врачей составило $56,7 \pm 10,3$ и $56,7 \pm 10,0$ для медсестер. Наибольшее среднее значение было получено в субсфере социальных отношений (68,81 и 65,35 баллов), а наименьшее – в домене физического здоровья (51,56 и 51,65 баллов). Также мы рассмотрели различия КЖ в зависимости от проживания и работы медработника, а также по гендерному признаку. По нашим расчетам, значение по всем четырем субсферам КЖ можно оценить, как сниженное при этом статистически достоверных различий по сравниваемым параметрам не выявлено. У средних медицинских работников достоверно, что КЖ в домене физическое здоровье выше у женщин, чем у мужчин ($p=0,013$). Выявлено, что КЖ у врачей и медсестер без ФР ХНИЗ ($n=55$ и $n=73$) не имеют статистически значимых различий от их коллег имеющих хотя бы один ФР ($n=388$ и $n=558$). Однако зафиксировано, что физическое и психологическое здоровье выше у врачей без избытка массы тела ($p=0,016$, $p=0,031$). А у средних медицинских работников статистически доказано, что домен окружающая среда выше у медработников, проживающих в городе без гиподинамии (51,78 против 53,27; $p=0,030$). У среднего медицинского персонала мужчин без гиперхолестеринемии КЖ выше в доменах физического и психологического здоровья (43,61, против 52,74; $p=0,007$ и 51,38 против 59,69; $p=0,007$ соответственно).

Обсуждение. Результаты демонстрируют, что у всего медицинского персонала зафиксирован низкий уровень КЖ, в сравнении с общей популяцией Сибирского федерального округа или Центрального федерального округа (56,7 vs 61,11 и 61,34 соответственно) [1]. В исследовании Teles et al. ($n=797$) зафиксировано, что у курящих врачей зарегистрированы более низкие показатели в экологической и социальной сферах (ОШ 3,13 (95% ДИ (1,38–7,11))). А у врачей с гиподинамией снижено общее КЖ (ОШ 2,00 (95% ДИ 1,06–3,81)) [2]. Однако данные подтверждают ученые из Франции, что КЖ (опросник SF-36) снижалось, если медработник не занимался физическими упражнениями ($p=0,02$). Также отмечено, что КЖ у женщин ниже именно в психологическом домене ($p=0,01$). [3]. Протокол исследования был утвержден локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России г. Томска (регистрационный № 4984 от 31.10.2016 г.).

Распространенность нутритивных нарушений среди пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от состояния почечной функции

Борханова Э. Г., Альскари С. З., Дербали М. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. За последние годы за счет старения популяции значительно возросло число герiatricких пациентов, в том числе и с хронической болезнью

почек (ХБП). Пожилой и старческий возраст сам по себе является риском развития нарушений питания, прямым образом влияющих на выживаемость пациентов. У гериатрических пациентов на додиализных стадиях ХБП патогенез нутритивных нарушений является полиэтиологичным – дефицит питания является следствием нарушений метаболизма, протеинурии, хронического воспаления, старческой астении. Подходы к оценке нутритивного статуса у пациентов пожилого и старческого возраста на додиализных стадиях ХБП различаются в зависимости от популяции – в России исследования статуса питания данной группы пациентов не проводились.

Цель исследования: сравнительная оценка показателей нутритивного статуса пациентов пожилого и старческого возраста в группах с додиализными стадиями ХБП и без ХБП.

Материалы и методы. Проведено исследование 150 пациентов пожилого и старческого возраста. Критерии включения пациентов: возраст 60–90 лет. Критерии исключения пациентов: онкологические заболевания; острые инфекционные заболевания; тяжелые психические заболевания, выраженные когнитивные нарушения (по шкале MMSE) или по мнению исследователя. В 1 группу вошли пациенты с ХБП 3Б-5 стадии (СКФ по СКД-ЕРІ ≤ 45 мл/мин/1,73 м²) – 150 человек. Во 2 группу вошли пациенты пожилого и старческого возраста без признаков ХБП (СКФ по СКД-ЕРІ > 45 мл/мин/1,73 м²) – 50 человек. Между группами не было обнаружено достоверных различий по возрасту, половой структуре. Всем пациентам проводилась оценка статуса питания по шкале Субъективной глобальной оценки (СГА) и Краткой шкале оценки питания (Mini Nutritional Assessment). Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с использованием пакета программы Jamovi 1.6.16.

Результаты. У 35% пациентов в 1 группе с ХБП 3Б-5 стадии был нормальный статус питания по шкале СГА, у 56% пациентов наблюдались легкие и умеренные нарушения питания, у 9% имелись симптомы белково-энергетической недостаточности (БЭН). В группе 2 у 30% были выявлены нутритивные нарушения легкой и средней степени тяжести, остальные 70% имели нормальный статус питания. При оценке статуса питания по Краткой шкале оценки питания (MNA) нормальный статус питания был определен у 25% пациентов в группе 1 пациентов с ХБП 3Б-5 стадии, в группе 2 – у 72%. В риске развития нутритивных нарушений находились 54% пациентов в группе 1 и у 26% в группе 2. Нарушения питания – симптомы мальнутриции – наблюдались у 21% пациентов на додиализных стадиях ХБП и только у 2% пациентов с СКФ по СКД-ЕРІ > 45 мл/мин/1,73 м². При сравнении 2 групп по показателям нутритивного статуса было обнаружено, что нутритивные нарушения по шкале СГА и MNA преобладают в группе 1 с ХБП 3Б-5 стадии ($p < 0,05$) по сравнению с группой 2 пациентов пожилого и старческого возраста без снижения функции почек.

Выводы. Распространенность нутритивных нарушений в популяции гериатрических пациентов с ХБП 3Б-5 стадии в зависимости от методов оценки составила 65–75%, в группе без снижения функции почек 28–30%.

Разрывы миокарда: предикторы, клинические и медико-биологические аспекты

Виллов В. В., Журавлев А. К.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Городская клиническая больница № 31, Москва

Одним из самых грозных осложнений инфаркта является разрыв миокарда, который всегда происходит внезапно и часто заканчивается

смертельным исходом. Связано это как и с быстротечностью процесса, так и с отсутствием в стационарах возможности экстренного кардиохирургического вмешательства. Поэтому важной задачей, стоящей перед кардиологами, остается поиск достоверных предикторов (предвестников) развития разрывов миокарда для выработки стратегии и тактики ведения таких пациентов. На базе ГКБ № 31 г. Москвы был проведен ретроспективный анализ 6 клинических случаев, в которых установлен диагноз: Разрыв миокарда.

Целью и задачей исследования было выявить совпадающие для этих случаев клинические и анамнестические данные, результаты лабораторно-инструментальной диагностики, которые можно было бы считать предикторами этого фатального осложнения инфаркта миокарда, и, соответственно, проявлять повышенную настороженность при ведении таких больных.

В результате установлено, что в 67% случаев развитие данного осложнения ассоциировано с женским полом, 83% пациентов были старше 70 лет, 100% больных имели сопутствующую гипертоническую болезнь. В 100% случаев отмечено повышение уровня глюкозы крови, у 83% пациентов инфаркт миокарда был первым и трансмуральным, у 67% развитию данного осложнения предшествовало возникновение нарушений ритма сердца (фибрилляции желудочков, идиовентрикулярного ритма). При изучении циркадного ритма данного осложнения в 83% случаев смертельный исход произошел в вечерне-ночное время суток, причем в 50% в первые сутки после госпитализации, что требует повышенного превентивного внимания кардиологической службы.

В целом полученные результаты соотносятся с данными научных исследований по данной проблеме ургентной кардиологии. Достоверными предикторами разрывов миокарда можно считать принадлежность к женскому полу, старшей возрастной группе, наличие гипертонической болезни и сахарного диабета у данного контингента пациентов, первый по счету и трансмуральный инфаркт миокарда, возникновение нарушений ритма сердца.

Терапия остеоартрита коленного сустава: сочетанное применение гликозаминогликан-пептидного комплекса и диацереина

Гончарова В. Е.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. На сегодняшний день остеоартрит (ОА) занимает лидирующие позиции среди заболеваний костно-мышечной системы. В РФ распространенность ОА на 2018 г. составила 13%, а рост общей заболеваемости с 2011 по 2016 г. 3,5 на 1000 населения. По различным данным до 85% приходится на поражение коленного сустава. Помимо прочего, ОА является одной из ведущих причин инвалидности в мире. Ведущий симптом ОА – боль. В основном терапевтические усилия нацелены на купирование боли и предотвращение прогрессии заболевания. Так самыми назначаемыми препаратами при лечении ОА являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), применение которых сопряжено с определенными рисками. При этом отмечено, что ОА наиболее часто сочетается с заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Таким образом поиск эффективных и безопасных методов лечения ОА является актуальной задачей. Рекомендации ESCO-2019 предлагают в качестве терапии первой линии препараты из группы симптоматических препаратов замедленного действия (SYSADOA), основной фармакологический эффект которых связан с противовоспалительным

действием, а одно из главных достоинств – высокая безопасность препаратов данной группы. Широко применяемыми препаратами для лечения ОА коленного сустава являются гликозаминогликан-пептидный комплекс (ГПК) и диацереин (ДР).

Цель. Оценить эффективности и безопасность сочетанного применения ДР и ГПК в сравнении с изолированным применением ГПК при ОА коленного сустава.

Идея. ГПК включает в свой состав хондроитин-, кератан- и дерматан-сульфат, которые показали определенную эффективность в нормализации обмена веществ в хрящевой гиалиновой ткани, снижении катаболических процессов. ДР, в свою очередь, ингибирует активность ряда провоспалительных цитокинов. Оба препарата показали свою эффективность и безопасность у пациентов с ОА в ряде клинических исследований при изолированном применении. Имея различные механизмы и схожий высокий профиль безопасности, можно предположить, что сочетанное применение ГПК и ДР приведет к более лучшему клиническому ответу у пациентов с ОА коленного сустава.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 20 пациентов [85% – женщины, средний возраст 55,5±6,41 лет, медиана длительности заболевания – 8 (5–10) лет]. Критерии включения: ОА 2–3 стадии по Kellgren-Lawrence, уровень боли визуально-аналоговой шкале (ВАШ) >40 мм, потребность в НПВП за 3 месяца >30 дней. Критерии исключения: наличие острого или декомпенсация хронического заболевания, применение SYSADOA или проведение внутрисуставных манипуляций в предыдущие 6 месяцев, оперативное вмешательство на коленном суставе, вторичный ОА. Длительность исследования 10 месяцев (8 месяцев терапии, 2 месяца наблюдение), число визитов – 6. Все пациенты получили 2 курса ГПК (1 курс – 25 инъекций, 2-й курс через 6 месяцев – 25 инъекций), 10 человек – диацереин (диафлекс) 100 мг в сутки – 8 месяцев. Для оценки эффективности использовались динамика боли по ВАШ и потребности в НПВП, индексы WOMAC, EQ-5D, критерий OMERACT-OARSI. Оценка безопасности: наличие нежелательных явлений (НЯ). На визитах 1, 3 и 5 производилась оценка лабораторных показателей (АЛТ, АСТ, гликированный гемоглобин, липидограмма, СРБ). Статистическая обработка методами описательной статистики, критерий Вилкоксона, χ^2 -Пирсона в программе StatPlusPro.

Результаты и их обсуждение. Ответ на терапию по критерию OMERACT-OARSI получен в обеих группах (90% – ГПК, 100% – ГПК+ДР), при этом в группе ГПК+ДР эффективность у 50% пациентов отмечена на третьем визите. К пятому визиту в обеих группах – статистически значимое улучшение индекса WOMAC. В группе ДР+ГПК тенденция к снижению WOMAC отмечена уже через месяц от начала терапии. Достоверно снизилась потребность в НПВС: в полтора раза к третьему визиту (ГПК+ДР) и четвертому (ГПК). При этом среди пациентов сочетанной терапии ДР и ГПК 40% смогли полностью отказаться от применения системных НПВС. Также более выраженная тенденция к снижению индекса массы тела, улучшению показателей липидного профиля, снижению мочевой кислоты отмечена в группе ГПК+ДР. За время проведения исследования НЯ в обеих группах не отмечено.

Выводы. Сочетанное применение ГПК и ДР показало высокую эффективность и безопасность: более раннее наступление эффекта, ответ на терапию получен в 100% случаев, плейотропные эффекты (снижение массы тела, некоторое улучшение показателей липидного и пуринового обменов).

Отдаленный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий и инфарктом миокарда: влияние клинико-anamnestических факторов и лекарственной терапии

Ежова А. В., Симкова Л. А., Переверзева К. Г.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Рязань

Введение. Проблема лечения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших острый коронарный синдром (ОКС) является одной из самых обсуждаемых в кардиологии. Вопрос наиболее оптимальной антитромботической терапии (АТТ) этих пациентов до сих пор окончательно не решен, что косвенно отражает постоянно изменяющийся раздел клинических рекомендаций, посвященный ведению данной группы пациентов. На основании данных мета-анализов сделан вывод о том, что двойная терапия (оральный антикоагулянт (ОАК) + антиагрегант) предпочтительнее тройной, но данных об эффективности терапии ОАК при ФП и инфаркте миокарда (ИМ) в составе двойной и тройной антитромботической терапии, полученных в реальной клинической практике, мало, в связи с этим изучение данного вопроса представляется целесообразным и актуальным.

Цель: изучить влияние клинико-anamnestических факторов и получаемой АТТ на отдаленный прогноз у пациентов с сочетанием ФП неклапанной этиологии, госпитализированных в кардиологический стационар в 2018–2019 гг. по поводу ИМ.

Материалы и методы. В исследование было включено 256 пациентов, из них мужчин – 55,8% (143). Медиана возраста – 71,0 [65,0;79,3] год. Первичный источник информации – истории болезни. Через 24 месяца от индексного события (ИМ) с 253 (98,8%) пациентами или их родственниками был установлен телефонный контакт с целью оценки жизненного статуса пациента. Выживаемость составила 70,4%. В исследовании была проанализирована комбинированная конечная точка (ККТ), объединившая произошедшие после индексного события смертельные исходы, нефатальные ИМ и мозговые инсульты (МИ). Пациенты были разделены на две группы: группа 1 – пациенты, достигшие ККТ (n1=103), группа 2 – пациенты, не достигшие ККТ (n2=150). Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Statistica 12.0 и пакета MS Excel 2010. За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$. Результаты. Медиана возраста в группе 1 составила 75,0 [67,0;81,0] лет, в группе 2 – 65,0 [50,0;82,0] лет, $p < 0,001$. Мужчин в группе 1 было 48,5% (50), в группе 2 – 61,3% (92), $p = 0,045$. По частоте встречаемости хронической болезни почек, глубине ИМ, сахарному диабету, уровню креатинина, количеству баллов по шкале CHA2DS2-VASc группы 1 и 2 не различались. Среди пациентов группы 1 по сравнению с группой 2 чаще встречалось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе – в 20,4% (21) и 8,0% (12) случаях, $p = 0,005$ и режестирование коронарных артерий – в 52,4% (54) и – 66,0% (99) случаях, $p = 0,03$. В группе 1 38,8% (40) пациентов имели количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3 баллов, в группе 2 – 15,3% (23), $p < 0,001$. По частоте назначения ОАК вне зависимости от состава АТТ группы не различались. В группе 2 аспирин вне зависимости от состава АТТ назначался чаще – в 86,0% (129) случаях, а в группе 1 – в 70,9% (73), $p = 0,004$. Группе 1 чаще назначалась монотерапия антиагрегантом – в 14,6% (15), в группе 2 – 6,0% (9), $p = 0,02$. Группе 2 комбинация аспирина и клопидогреля вне зависимости от состава АТТ назначалась чаще – в 74,7% (112) случаях, а в группе 1 – в 62,1% (64), $p = 0,03$. Все параметры, статистически значимо отличающиеся между группой 1 и группой 2, включались в однофакторный анализ. По результатам которого связь с развитием ККТ показали: возраст ОП

1,04 (95% ДИ 1,02–1,07); $p < 0,001$, ОНМК в анамнезе ОР 2,05 (95% ДИ 1,20–3,49); $p = 0,008$, количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3 ОР 2,29 (95% ДИ 1,54–3,42); $p = 0,00005$, назначение аспирина ОР 0,59 (95% ДИ 0,39–0,91); $p = 0,02$, назначение монотерапии антиагрегантом ОР 1,76 (95% ДИ 1,02–3,05); $p = 0,04$. В ходе дальнейшего многофакторного анализа факторами, ассоциированными с развитием ККТ, были: возраст ОР 1,05 (95% ДИ 1,03–1,07); $p = 0,00002$, ОНМК в анамнезе ОР 1,72 (95% ДИ 1,06–2,80); $p = 0,023$, количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3 ОР 2,63 (95% ДИ 1,75–3,95); $p = 0,000004$.

Выводы. Факторы, ассоциированные с неблагоприятным исходом (смерть, нефатальный ИМ и нефатальный МИ) у пациентов с ФП и ИМ по данным 2-летнего наблюдения: возраст ОР 1,05 (95% ДИ 1,03–1,07); $p = 0,00002$, ОНМК в анамнезе ОР 1,72 (95% ДИ 1,06–2,80); $p = 0,03$, количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3 ОР 2,63 (95% ДИ 1,75–3,95); $p = 0,000004$. Статистически значимой связи частоты назначения антиагрегантов и ОАК со смертельным исходом у пациентов с ФП и ИМ получено не было.

Особенности коморбидной патологии у пациентов с частыми тяжелыми обострениями хронической обструктивной болезни легких

Зиннатуллина А. Р.

*Казанский государственный медицинский университет,
Казань*

Введение. Частые тяжелые обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) – одна из главных причин прогрессирования заболевания, а также основная причина смерти пациентов с ХОБЛ. Однако коморбид при ХОБЛ тоже играет важную роль в ее прогрессировании, является независимым фактором риска летального исхода и существенно влияет на прогноз основного заболевания. До 50% причин летальных случаев составляют «внелегочные».

Цель: выявить особенности коморбидной патологии у пациентов с частыми обострениями ХОБЛ, требующими госпитализации.

Материал и методы: ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных, госпитализированных в терапевтическое отделение многопрофильного стационара г. Казани с обострением ХОБЛ за 4 года. Результаты и их обсуждение. За данный период было госпитализировано 423 пациента с обострением ХОБЛ. Из них 276 были госпитализированы один раз за год (контрольная группа), а 147 случаев госпитализаций пришлось на 60 пациентов, госпитализированных 2 и более раз за год (основная группа). В обеих группах преобладало число мужчин: в контрольной группе их доля составила 72,5%, в основной – 91,7%. Средний возраст пациентов группы контроля составил $69,49 \pm 0,64$ лет, основной – $70,48 \pm 1,22$ года ($p > 0,05$). Средняя продолжительность ХОБЛ у пациентов контрольной группы составила $8,51 \pm 0,77$ лет, в основной группе – $11,34 \pm 1,33$ года ($p < 0,05$). Среди однократно госпитализированных пациентов 10,38% имели легкие обструктивные нарушения, 30,2% – среднетяжелые, 40,56% – тяжелые, 18,86% – крайне тяжелые. Среди госпитализированных повторно 28,13% пациентов имели среднетяжелые обструктивные нарушения, 37,5% – тяжелые, 34,37% – крайне тяжелые. В основной группе доля пациентов с крайне тяжелыми обструктивными нарушениями была почти в 2 раза больше, чем в контрольной. 35,5% (98) пациентов контрольной группы и 29,9% (44) – основной продолжали курить на момент госпитализации. В группе контроля средний стаж курения составил $37,9 \pm 1,7$ пачка/лет, в основной – $42,2 \pm 3,4$ пачка/лет ($p < 0,05$). Стаж курения 40 лет и более повышал риск повторных госпитализаций в 1,6 раза (ОР 1,6, 95% ДИ 0,87–3,0, $p < 0,05$). Было выявлено,

что пациенты группы контроля имели в среднем $2,7 \pm 0,1$ сопутствующих заболеваний, а основной – $3,27 \pm 0,18$. Наличие 3 и более сопутствующих заболеваний повышало риск повторных госпитализаций в 2 раза (ОР 2,0; 95% ДИ 1,23–3,4, $p < 0,05$). В исследованных группах почти с одинаковой частотой встречались такие коморбидные патологии, как ишемическая болезнь сердца (46,6% и 44,6%, соответственно), сахарный диабет (13,3% и 12,3%), анемии (13,04% и 11,7%). В группах не было выявлено достоверных различий и по числу пациентов с ожирением (51,7% и 51,8%), но в группе контроля доля пациентов с дефицитом массы тела была в 2 раза больше, чем в основной (13,4% против 6,7%) ($p < 0,05$). Пациенты основной группы достоверно чаще имели в анамнезе гипертоническую болезнь (ГБ) (88,3% и 72,1%), хроническую сердечную недостаточность (ХСН) 2А стадии (35% и 23,5%) и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) (23,3% против 5,8%). Наличие ГБ повышало риск повторных госпитализаций в 3,5 раза (ОР 3,55, 95% ДИ 1,47–8,57, $p < 0,05$), наличие ХСН 2А стадии – в 1,5 раза (ОР 1,56, 95% ДИ 0,98–2,5, $p < 0,05$), наличие ГЭРБ – в 3 раза (ОР 3,1, 95% ДИ 1,95–4,95, $p < 0,05$). В основной группе по сравнению с контрольной было достоверно выше число пациентов с верифицированными бронхоэктазиями (6,7% против 1,8%). Наличие в анамнезе клинически значимых бронхоэктазов повышало риск частых обострений ХОБЛ более, чем в 2,5 раза (ОР 2,59, 95% ДИ 1,2–5,6, $p < 0,05$). В период обострения ХОБЛ внебольничная пневмония наблюдалась у 1,8% (5) пациентов контрольной группы и у 8,3% (5) – основной. Было установлено, что развитие пневмонии повышало риск обострения ХОБЛ почти в 1,5 раза (ОР 1,45, 95% ДИ 0,77–2,74, $p < 0,05$).

Выводы. Наличие 3 и более сопутствующих заболеваний повышает риск повторных госпитализаций с обострением ХОБЛ в 2 раза. Наиболее значимым коморбидом у пациентов с частыми обострениями ХОБЛ можно считать ГБ, ХСН 2А и ГЭРБ. Необходима активная терапия указанного коморбида в попытке возможного уменьшения ее влияния на риск повторных госпитализаций. Другая бронхолегочная патология (бронхоэктазии, внебольничная пневмония) также существенно влияет на риск обострений ХОБЛ. Длительность курения более 40 лет и продолжение курения на фоне заболевания повышают риск обострений ХОБЛ в 1,6 раз, что придает еще больший смысл активной борьбе с табакокурением у пациентов с ХОБЛ.

Анализ качества оказания медицинской помощи у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

Иномов А. А.

*Ханты-Мансийская государственная медицинская академия,
Няганская городская поликлиника, Нягань*

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – синдром, обусловленный эмболией легочной артерии или ее ветвей тромбом и характеризуется резкими кардиореспираторными расстройствами. Актуальность ТЭЛА – потенциально жизнеугрожающее заболевание, которое занимает 3-е место в структуре сердечно-сосудистой смертности. По данным патологоанатомических исследований среди больных с высоким и невысоким рисками ТЭЛА правильный диагноз устанавливается лишь у 30%, поэтому смертность среди госпитализированных пациентов обусловлена в большей степени диагностическими ошибками, чем неадекватностью терапии. Цель. Проанализировать качество оказания медицинской помощи у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

Задачи. 1. Определить распространенность амбулаторных и госпитальных ТЭЛА. 2. Изучить особенности диагностики ТЭЛА и их соответствие клиническим рекомендациям

Материалы и методы. 1. Результаты ретроспективного анализа историй болезней ($n=31$) с ТЭЛА за 2016 год. 2. Рекомендации Европейского кардиологического общества по диагностике и ведению пациентов с острой эмболией системы легочной артерии (2014 г.). 3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (2010 г.). В исследуемой группе 21 (68%) – женщина, 10 (32%) – мужчин, средний возраст которых составил 62,2 г. Трудоспособное население – 8 (26%), нетрудоспособное – 23 (74%). 48% являются жителями г. Ханты-Мансийска (ХМ). Анализ показал, что 19 (61%) ТЭЛА возникла в стационаре, из них 16 (52%) от общего числа пациенты из г. ХМ, 3 (10%) жители округа, изначально получающие лечение по другим заболеваниям в стационаре по месту жительства и 12 (39%) пациенты с внегоспитальной ТЭЛА. В 18 (58%) ТЭЛА выявили в стационаре, чуть меньше в приемном отделении и в 1 (3%) – бригадой скорой медицинской помощи (БСМП). Из промежуточных факторов: в 16 (52%) – ХСН, 7 (23%) – онкологическое заболевание. 5 (16%) – инсульт с параличом, химиотерапия и заместительная гормонотерапия. Из слабых факторов: 27 (87%) – возраст >40 лет, 23 (74%) – ожирение, 8 (26%) – варикозные вены. Также оценивалась вероятность ТЭЛА по бальным шкалам по Wells: 21 (68%) оказались в промежуточном риске, 5 (16%) в высоком и низком. По шкале Geneva: 18 (58%) в промежуточном риске, 8 (26%) с высоким риском вероятности ТЭЛА и 5 (16%) – с низким. Пусть значимого различия при анализе данных, полученных по шкале Wells и Geneva, выявлено не было, но следует отметить, что при оценке риска развития ТЭЛА по шкале Geneva мы применяем более развернутые критерии и те 10%, которые при анализе по шкале Wells были классифицированы в группу промежуточного риска, при анализе по шкале Geneva оказались в группе высокого риска, в связи с чем шкалу Geneva можно считать предпочтительнее.

Анализ диагностики ТЭЛА. Лабораторно определялись маркеры внутрисосудистого тромбообразования и повреждения миокарда. D-димер повышался в большинстве случаев, в 81% повышался тропонин и в 26% BNP. По ЭхоКГ и ЭКГ были оценены изменения характерные для ТЭЛА: дилатация правого желудочка (ПЖ) была у 13 (42%), нарушение сократимости ПЖ в 15 (48%), трикуспидальная регургитация в 19 (61%), повышение систолического давления (СД) в легочной артерии (ЛА) в 25 (81%) и повышение СД в ПЖ в 24 (77%) случаев. Синусовая тахикардия была в 19 (61%), НПБПНПГ – в 19% (6), SI, QIII, TIII в 11 (35,5%), P-pulmonale – 7 (23%) случаев. В настоящее время компьютерная томография (КТ) перешла в рамки золотого стандарта для диагностики ТЭЛА и выполняется в нашем учреждении практически всем пациентам. Видим, насколько неспецифична и низкоинформативна P-грамма. Обязательно конечно выполнялась в большинстве случаев УЗИ сосудов, потому что н/к – основной источник внутрисосудистых тромбов, но изменения выявлены менее чем у половины пациентов. Также оценивался индекс смерти в стационаре и в первые 30 дней. Нам больше всего интересуют классы с III по V что составило 74%, которые являются составляющими в определении риска ТЭЛА.

Выводы: 1. Анализ показал, распространенность ТЭЛА в стационаре составила 61%, преимущественно тяжелые пациенты с сопутствующей патологией, длительно находившиеся в стационаре и получавшие лечение по основному заболеванию. 2. Активное применение в клинике шкал рисков развития ВТЭО: Geneva, Wells и методов диагностики позволяет в кратчайшие сроки выставить предварительный диагноз и принять решения о тактике возможной терапии.

Структура хронических неинфекционных заболеваний у долгожителей г. Москвы

Ларина В. Н., Карпенко Д. Г., Врублевский А. Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше, являются малоизученной группой населения в связи с малочисленностью и сложностями в проведении обследования. На сегодняшний день структура хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и их ассоциация с возрастом и гериатрическими синдромами среди долгожителей изучена недостаточно. Цель. Оценить структуру ХНИЗ у долгожителей г. Москвы, которые живут в домашних условиях.

Материалы и методы. В исследование было включено 34 пациента в возрасте от 90 до 99 лет ($92,9 \pm 2,2$ лет). Среди долгожителей было 8 лиц мужского пола в возрасте $91,9 \pm 1,4$ лет и 26 – женского пола в возрасте $93,2 \pm 2,4$ лет, $p=0,133$. Всем пациентам проводился сбор жалоб, анамнеза, информации о наличии ХНИЗ, общепринятый физикальный осмотр. Получение данных было реализовано в рамках непосредственного опроса долгожителей или их родственников (в случае нахождения рядом с долгожителем во время исследования) на дому и анализа медицинской документации (при её наличии). Скрининг старческой астении и преастении проводился по шкале «Возраст не помеха»: 3 балла и выше – высокая вероятность наличия старческой астении, 1–2 балла – преастения, 0 баллов – отсутствие пре- и астении. Мультиморбидность рассматривалась при наличии двух и более любых подтвержденных ХНИЗ.

Результаты. Наиболее распространенной патологией в группе долгожителей оказалась гипертоническая болезнь – у 33 (97%) пациентов, на втором месте – другие сердечно-сосудистые заболевания, включая стабильную стенокардию, ранее перенесенные инфаркты миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения, в том числе транзиторные ишемические атаки, операции по реваскуляризации миокарда, подтвержденный атеросклероз сосудов, которые отмечались у 23 (67,6%) пациентов. На третьем месте по встречаемости у обследованных долгожителей оказался остеоартроз (ит) – у 14 (41%) обследованных пациентов. Болезнь Альцгеймера регистрировалась у 7 (20,5%), сахарный диабет 2 типа – у 5 (14%), заболевания щитовидной железы – у 5 (14%), остеопороз – у 4 (11,7%), патология предстательной железы – у 3 (37,5%), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – у 3 (8,8%), анемический синдром – у 2 (5,8%), онкологические заболевания – у 2 (5,8%), подагра – у одного (2,9%) и заболевание кожи – у одного (2,9%) пациента. Мультиморбидность имела у 32 (94,1%) пациентов. Старческая астения выявлена у 24 (70,5%), преастения – у 9 (26%) пациентов. Установлена связь мультиморбидности со старческой астенией ($p=0,024$, $r=0,39$), возраста и остеопороза ($p=0,030$, $r=0,37$), сахарного диабета с подагрой ($p=0,014$, $r=0,41$) и фибрилляции предсердий с анемическим синдромом ($p=0,019$, $r=0,40$).

Выводы. У большинства долгожителей имелись мультиморбидность (94,1%) и старческая астения (70,5%). Ведущей патологией оказались ССЗ, среди которых преобладала гипертоническая болезнь (97%). Остеоартроз выявлен у каждого 2-го, болезнь Альцгеймера – у каждого 5-го долгожителя. Онкологические заболевания, анемический синдром, подагра и кожные заболевания встречались в единичных случаях. Выявленная связь мультиморбидности и старческой астении, остеопороза и возраста, сахарного диабета и подагры, фибрилляции предсердий с анемическим синдромом требует своевременного выявления перечисленных заболеваний и состояний с целью коррекции и предупреждения неблагоприятных исходов.

Зависимость иммуногенности и эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли α от длительности лечения различных иммуновоспалительных заболеваний

Нуриахметова Т. Ю., Шевнина Я. О., Сухорукова Е. В.

Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница
МЗ Республики Татарстан, Казань

Введение. Иммуногенность ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО- α) является актуальной проблемой при лечении иммуновоспалительных заболеваний. Изучение ее различий между отдельными нозологиями может способствовать пониманию механизмов и путей ее преодоления.

Идея. Иммуногенность и фармакокинетика иФНО- α могут изменяться при различных заболеваниях в зависимости от длительности лечения и, соответственно, по-разному влиять на эффективность терапии на разных ее этапах.

Цель исследования: определить особенности иммуногенности, фармакокинетики и эффективности иФНО- α у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) с различной длительностью терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 121 пациент (66 мужчин, 55 женщин) с РЗ (анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит) и ВЗК (болезнь Крона, язвенный колит). Пациенты получали инфликсимаб (ИНФ, $n=35$), адалимумаб (АДА, $n=48$) и цертолизумаб пэгол (ЦЗП, $n=38$). Длительность терапии на момент включения пациентов в исследование составила 8 [4; 21] месяцев. Для оценки эффективности терапии использовались критерии, разработанные для каждой нозологии. У всех пациентов в сыворотке крови были определены концентрация иФНО- α и уровень антител (АТ) к препарату методом ИФА, у 39 из них – дважды с интервалом 20 [17; 21] мес. Низкой считалась концентрация ИНФ менее 1 мкг/мл при РЗ и 5 мкг/мл при ВЗК, АДА 5 мкг/мл при РЗ и 7,5 мкг/мл при ВЗК, 17 мкг/мл при РЗ и 20 мкг/мл при ВЗК.

Результаты и обсуждение. 43 (64,2%) пациента с РЗ и 37 (68,5%) с ВЗК получали терапию иФНО- α менее 1 года, из них 17 (25,4%) и 14 (25,9%), соответственно, были включены в исследование при длительности лечения менее 12 недель. Эффективность иФНО- α наблюдалась у 56 (83,6%) пациентов с РЗ и 36 (66,7%) пациентов с ВЗК (OR2,545, 95%ДИ 1,078–6,01, $p=0,03$). 3 (27,3%) из 11 случаев неэффективности в группе РЗ развились при длительности лечения менее 1 года (OR0,15, 95%ДИ 0,035–0,638, $p=0,013$). В группе ВЗК в 10 (55,6%) из 18 случаев неэффективности пациенты получали лечение менее 12 месяцев ($p>0,05$). При длительности лечения менее 12 недель у пациентов с ВЗК выявлена концентрация АДА ниже, чем при большей длительности лечения (5,68 \pm 2,33 против 13,63 \pm 0,67, $p=0,005$). В группе РЗ терапевтическая концентрация АДА была достигнута до 12-й недели лечения (6,34 \pm 1,86 против 6,22 \pm 1,29 $p>0,05$). Кроме того, после 3 месяцев лечения концентрация АДА оказалась выше при ВЗК, чем при РЗ (13,27 [12,53; 14,57] vs 3,89 [0,66; 13,23], $p=0,021$). Концентрация ИНФ различалась между нозологиями при длительности лечения более 1 года (3,2 [0,79; 4,99] при ВЗК против 0,53 [0,12; 1,49] при РЗ, $p=0,022$). Концентрация ЦЗП достоверно не различалась между нозологиями и не зависела от длительности лечения. Низкая концентрация иФНО- α выявлена у 31 (46,3%) пациента с РЗ и 27 (50%) с ВЗК. В группе РЗ все 3 случая неэффективности до 1 года лечения сопровождались НК; при хорошей эффективности препарата субтерапевтическая концентрация выявлялась у 30,8% пациентов ($p=0,04$). В группе ВЗК достоверных

различий между частотой выявления низкой концентрации у пациентов с хорошим ответом и «неответом» не выявлено. Положительные антитела были обнаружены у 18 (26,9%) пациентов с РЗ и 11 (20,4%) с ВЗК, среди них у 5 (27,8%) пациентов с РЗ и 5 (45,5%) пациентов с ВЗК положительные АТ сопровождалась неэффективностью терапии ($p>0,05$). При этом все случаи неэффективности с выявленными АТ в группе ВЗК развились у пациентов, получавших лечение менее 1 года, а в группе РЗ – при лечении более 1 года ($p=0,008$). В группе ВЗК лишь у одного пациента формирование АТ выявлено после 1 года лечения, при этом они не оказывали влияние на эффективность терапии.

Обсуждение. Частота неэффективности иФНО- α выше при ВЗК, чем при РЗ. Случаи неэффективности с положительными АТ наблюдались в группе ВЗК исключительно при длительности лечения менее 1 года, при РЗ, напротив, после 12 месяцев лечения. Известно, что при ВЗК АТ, формирующиеся после 1 года лечения, являются преимущественно «транзистными», однако в группе РЗ в нашем исследовании большинство таких АТ оказались персистирующими, т. е. влияющими на эффективность. Субтерапевтическая концентрация иФНО- α была достоверно связана со всеми случаями неэффективности в группе РЗ, развившимися ранее 1 года лечения, при ВЗК достоверной связи между низкой концентрацией препаратов и эффективностью не выявлено. ЛЭК 24.03.2020 Руководитель д. м.н., профессор Абдулганиева Д. И.

Возможности кардиопротекции у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом

Седов Д. С., Ребров А. П.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского, Саратов

Сердечно-сосудистая летальность остается по-прежнему высокой в диализной популяции. Важнейшая задача заместительной почечной терапии (ЗПТ) – разработка стратегии кардиопротективного диализа. Высоко-объемная гемодиализация (ГДФ) на сегодняшний день «золотой стандарт» программной экстракорпоральной терапии, способствующий увеличению продолжительности жизни у пациентов на программном гемодиализе (ПГД), в первую очередь за счет снижения риска развития сердечно-сосудистых событий (ССС). Нет однозначных данных о том, какой механизм способствует уменьшению риска неблагоприятного исхода. Улучшению прогноза может способствовать объем замещающего раствора при on-line ГДФ, значительно превышающий рекомендованные в настоящее время значения (не менее 63 л/нед.). Так как N-терминальный фрагмент прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) с современных позиций рассматривается как маркер миокардиального стресса, то определение уровня NT-proBNP может позволить объективно оценить влияние разных объемов замещения на миокард.

Идея. С целью кардиопротекции персонализировать выбор объема замещения при on-line ГДФ в зависимости от сывороточного уровня NT-proBNP. **Цель.** На основании исследования уровня NT-proBNP в динамике оценить возможность кардиопротективного воздействия различных объемов замещения у пациентов, получающих on-line ГДФ на фоне стабильной комплексной медикаментозной терапии.

Материалы и методы. В течение 16 месяцев проспективного исследования под наблюдением находились 58 пациентов (мужчин – 67,2%) получающих on-line ГДФ. На момент начала наблюдения и через 16 месяцев определен уровень NT-proBNP на вторые сутки после диализа методом твердофазного иммуноферментного анализа. Учитывалась лабильность показателей

на ПГД, при статистической обработке использовались средние значения объема замещения для каждого пациента за 16 месяцев. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 23. При распределении, отличном от нормального, приведены медиана, нижний и верхний квартили Me [Q25; Q75]. Для оценки различий уровня NT-proBNP до и на момент окончания периода наблюдения у пациентов с различным квартилем объема замещения использован критерий Уилкоксона. Для оценки различий количественных признаков в независимых группах использован критерий Краскела-Уоллиса. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана возраста составила 57 [42;64] лет, медиана уровня NT-proBNP на момент начала исследования – 2107 [973;2724] пг/мл. В процессе наблюдения у 15 (25,9%) пациентов развились ССС, из них фатальные – у 5 (33,3%). Медиана уровня NT-proBNP к окончанию периода наблюдения – 708 [26;1821] пг/мл. Частота ССС была существенно выше у пациентов с более высоким уровнем NT-proBNP в начале наблюдения: 2510 [2100;4823] и 1667 [744;2648] пг/мл соответственно. Отмечено увеличение медианы уровня NT-proBNP после развития нефатальных ССС с 2489 [1806;9712] до 3497 [71;12085], $p > 0,05$. При сравнении уровня NT-proBNP в начале и на момент окончания периода наблюдения выявлено снижение уровня NT-proBNP во всех группах пациентов, разделенных по объему замещения. Существенное снижение уровня NT-proBNP за период наблюдения выявлено у пациентов с объемом замещения < 69 л/нед. ($n=13$) с 2086 [1247;2548] до 372 [0;6890] пг/мл, $p=0,01$. Снижение уровня NT-proBNP отмечено у пациентов с объемом замещения 69–83 л/нед. ($n=22$) с 2492 [1287;15022] до 1274 [65;6052] пг/мл ($p=0,06$) и объемом > 83 л/нед. ($n=18$) ($p=0,07$). Меньшее снижение уровня NT-proBNP в последних двух группах пациентов может быть обусловлено изначально более низким уровнем NT-proBNP в группах с большим объемом замещения. Обнаружена существенная разница значений индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка и размеров левого предсердия (ЛП) у пациентов с разным объемом замещения. Наименьшие значения указанных показателей отмечены у пациентов с объемом замещения более 83 л/нед.: ИММ 124 [111;149] г/м, ЛП 3,9 [3,7;4,4] см по сравнению с пациентами с объемом замещения менее 69 л/нед. (ИММ 132 [102;165] г/м, ЛП 4,55 [3,95;5] см) и 69–83 л/нед. (ИММ 145 [136;170] г/м, ЛП 4,38 [4,1;4,6] см). Обсуждение. Уровень NT-proBNP можно рассматривать как объективный лабораторный маркер, отражающий выраженность миокардиального стресса у пациентов на ПГД. Большой объем замещения более 83 л/нед. может обладать кардиопротективным эффектом у пациентов, получающих ЗПТ методом online ГДФ в сочетании со стабильной комплексной медикаментозной терапией.

Оценка структуры заболеваемости бронхолегочной патологией среди пациентов с колоректальными раками

Сементеева М. В., Логвиненко Н. И.

Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск

Введение. В настоящее время в здравоохранении одной из самых актуальных проблем является коморбидность, что можно объяснить развитием сочетанных заболеваний в связи с увеличением продолжительности жизни, так как появляются возрастные изменения, длительное время присутствуют отрицательные воздействия окружающей среды и условий жизни. Одними из таких заболеваний, которые чаще встречаются в сред-

нем и пожилом возрасте, являются колоректальные раки (10% от общего числа выявленных новых случаев онкологии). Согласно статистике ВОЗ третье место по частоте встречаемости среди онкологических заболеваний занимает рак толстой и прямой кишки и находится на втором месте по смертности среди всех злокачественных образований. Не менее актуальной и распространенной проблемой являются бронхолегочные заболевания, среди которых особое внимание уделяется бронхиальной астме. По данным Российского респираторного общества на 2018 г. распространенность бронхиальной астмы в России среди взрослых составляла 6,9%, по данным GINA за 2020 г. около 358 млн пациентов во всем мире страдают бронхиальной астмой, а риск смерти среди больных астмой в 5 раз выше, чем в среднем в популяции. Очень сложно предположить, что эти две патологии могут быть взаимосвязаны. Однако ученые установили, что данные нозологии могут и, вероятнее всего, оказывают влияние друг на друга, но на сегодняшний день это является достаточно неоднозначным вопросом.

Идея. В ходе длительного наблюдения за пациентами с бронхиальной астмой достаточно часто впоследствии был обнаружен колоректальный рак, который клинически по тяжести заболевания выходил на первое место. В связи с этим было проведено исследование среди пациентов с колоректальными раками на наличие бронхолегочных заболеваний, поиск возможных точек соприкосновения между данными патологиями. Цель. Оценить структуру и частоту заболеваемости бронхолегочной патологией среди пациентов с колоректальными раками.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование включало анализ 92 историй болезни пациентов с колоректальными раками, оперированными в Новосибирском областном клиническом онкологическом диспансере в 2017–2019 гг., возраст пациентов составил от 34 до 82 лет, доля мужчин – 54%. Проспективное исследование включало анализ амбулаторных карт и динамическое наблюдение данных пациентов в поликлиническом звене. Методом случайной выборки было исследовано 54 амбулаторные карты, которые составили группу сравнения (30 женщин, 24 мужчины), возраст от 31 до 78 лет. Анализ научных исследований, этиологических и генетических основ бронхиальной астмы и колоректального рака. Статистическая обработка данных в программе MS Excel.

Результаты и их обсуждения. Анализ полученных данных показал, что в структуре заболеваемости колоректальных раков 48% составил рак прямой кишки, 27% – сигмовидной кишки, 10% – слепой и 15% – ободочной кишки. По результатам нашего исследования выявлено 9 случаев (6 мужчин и 3 женщины) с коморбидной бронхолегочной патологией, что составляет 9,8% и встречается чаще, чем в группе сравнения (5,8%). По заболеванию легких на учете у терапевта до обнаружения злокачественного образования состояло 7 человек. Доля пациентов с заболеванием легких среди умерших составила 8%, что может косвенно говорить о более тяжелом течении заболеваний. При анализе литературы отмечено, что одной из доказанных причин развития как бронхиальной астмы, так и злокачественных новообразований, является генетическая предрасположенность, мутация в гене GSTM1 свойственна и бронхиальной астме, и колоректальному раку. Учитывая общий источник развития дыхательной и пищеварительной систем в процессе онтогенеза – энтодерму, можно предположить и возможность развития ассоциированных патологических состояний между заболеваниями легких и кишечника.

Заключение. Встречаемость бронхолегочных заболеваний среди пациентов с колоректальным раком в нашем исследовании выше, чем в группе сравнения, доля мужчин с сочетанием данных патологий выше, данные заболевания являются взаимоотягощающими и требующими дальнейшего исследования. В ходе исследования были обнаружены точки соприкосновения в развитии бронхиальной астмы и колоректального рака.

Возможности ранней диагностики поражения кишечника у больных анкилозирующим спондилитом

Тарасова Д. Д.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) является одним из наиболее социально значимых ревматологических заболеваний. Согласно литературным данным, внескелетные проявления встречаются у 42–48% больных АС, из которых у 3,5–10% развивается воспалительное заболевание кишечника (ВЗК), а у 70% обнаруживаются субклинические признаки поражения кишечника. В то же время у 30% больных ВЗК обнаруживаются признаки поражения аксиальных или периферических суставов, а у 6–9% имеется подтвержденный диагноз АС. Артриты при ВЗК совместно с анкилозирующим спондилитом, недифференцированными спондилоартритами, реактивным артритом и псориатическим артритом объединены в группу спондилоартритов (СпА). Общность патогенеза АС и ВЗК активно изучается. Имеются данные о повышении проницаемости кишечной стенки, попадании в кровотоки компонентов бактериальных клеток и запуске иммунологических реакций, приводящих к развитию и прогрессированию системных заболеваний. Большинство ученых считают, что активность суставного синдрома не зависит от выраженности кишечного воспаления. Однако наличие поражения кишечника требует особого внимания к таким пациентам и влияет на тактику ведения таких пациентов.

Идея. В настоящее время для ранней диагностики кишечного воспаления используются неинвазивные тесты с целью определения необходимости проведения колоноскопии. Наибольшей популярностью пользуется определение фекального кальпротектина (ФКП). Кальпротектин – белок, продуцируемый нейтрофилами слизистой оболочки кишечника. Высокий уровень кальпротектина свидетельствует о воспалении в слизистой оболочке кишечника, а также является предиктором развития и обострения ВЗК. Цель. Выявление ранних признаков воспалительного поражения кишечника у больных АС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ревматологического отделения ГУЗ ГKB СМП № 25 г. Волгограда. Были обследованы 60 пациентов с подтвержденным диагнозом АС. Среди пациентов было 37 мужчин и 23 женщины. На первом этапе проводилось анкетирование с помощью Универсального опросника для выявления признаков иммуновоспалительных заболеваний – псориаз, ПсА, ВЗК (БК, ЯК). При положительном ответе на один основной и один дополнительный вопросы, проводилось определение наличия фекального кальпротектина с помощью качественного метода с использованием тест-полосок «РЭД кальпротектин». Перед проведением анализа кала пациентам на 2 недели отменялся прием НПВП.

Результаты и обсуждение. У 53 пациентов (88,3%) по результатам анкетирования выявлены признаки возможного поражения кишечника. При определении уровня ФКП у 19 больных (31,6%) обнаружен положительный результат. Наличие субклинических признаков воспалительного поражения кишечника было выявлено у трети обследуемых больных АС. Этим пациентам были даны рекомендации провести количественное определение уровня ФКП, при значении больше 50, проведение илеоколоноскопии для уточнения диагноза и оценки эндоскопических признаков поражения кишечника.

Развитие ВЗК, как внескелетного проявления АС, требует пересмотра тактики лечения таких пациентов, совместного наблюдения ревматологом и гастроэнтерологом, решения вопроса о назначении ГИБП.

Полиморфизмы генов ренин-ангиотензиновой системы при различных метаболических фенотипах у лиц молодого возраста

Ткаченко П. Е., Гаврилова Е. С., Чулков В. С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

Введение. Висцеральное отложение жировой ткани встречается даже при нормальной массе тела. В основе дисфункции жировой ткани лежит инсулинорезистентность, развитие которой регулируется на генетическом уровне. Более 200 различных генов, ассоциированы с высоким риском развития артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2 типа.

Идея. У лиц молодого возраста с избыточной массой тела/ожирением имеются более выраженные кардиометаболические изменения и большая частота полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы в сравнении с таковыми с нормальной массой тела.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов кардиометаболического риска и генетических полиморфизмов ренин-ангиотензиновой системы у лиц молодого возраста с различными метаболическими фенотипами.

Материал и методы. В исследование по типу поперечного среза за период 2013–2016 гг. был включен 251 пациент: группа 1 – метаболически здоровый фенотип с нормальной массой тела (индекс массы тела [ИМТ] 18,5–24,9 кг/м²) – 62 человека, 30 [24–36] лет; группа 2 – метаболически нездоровый фенотип с нормальной массой тела – 57 человек, 28 [23–38] лет; группа 3 – метаболически здоровое ожирение (ИМТ ≥25 кг/м²) – 16 человек, 30 [24–36] лет; группа 4 – метаболически нездоровое ожирение – 116 человек, 36 [28,5–41] лет. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторно-инструментальное исследование. Критерием метаболического нездоровья принималось отклонение хотя бы одного из перечисленных лабораторных показателей: общий холестерин ≤5 ммоль/л; триглицериды ≤1,7 ммоль/л; ХС-ЛПВП ≥1,0 ммоль/л у мужчин и ≥1,2 ммоль/л у женщин; ХС-ЛПНП ≤3 ммоль/л; индекс инсулинорезистентности HOMA-IR ≤2,8. Исследовались аллельные полиморфизмы генов, кодирующих различные компоненты РАС: ангиотензинпревращающий фермент (I/D ACE), ангиотензиноген (AGT T174M, AGT M235T), рецептор 1-го типа ангиотензина II (AGTR1 A1166C). Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета MedCalc (Version 19.5; Бельгия, 2020). Применялись t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни; критерий Краскелла-Уоллиса, критерий χ² (хи-квадрат) Пирсона, точный критерий Фишера, критерий Спирмена. Для всех видов анализа статистически достоверными принимались значения p<0,05.

Результаты. Пациенты в группе 4 в сравнении с другими группами имели наиболее высокие концентрации глюкозы (ммоль/л): 5,5±0,6 vs 5,2±0,4 – в гр. 1, 5,1±0,5 – в гр. 2, 5,3±0,6 – в гр. 3, p4–1,2,3<0,05; Хс-ЛПНП (ммоль/л): 3,5±0,6 vs 2,1±0,6 – в гр. 1, 2,8±1,1 – в гр. 2, 2,1±0,6 – в гр. 3, p4–1,2,3<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, p4–1,2,3<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, p4–12,3<0,001; PAI-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, p4–1<0,001, а также более низкие показатели Хс-ЛПВП (ммоль/л): 1,3±0,5 vs 2,0±0,5 – в гр. 1, 1,9±0,7 – в гр. 2, 2,1±0,9 – в гр. 3, p4–1,2,3<0,05. Наиболее низкие концентрации адипонектина (мкг/мл) оказались в группах 3 и 4 (7,9 [4,9–10,2]) и 7,9 [5,2–12,4] соответственно) в сравнении с группами 1 и 2 (9,1 [7,5–12,2] и 8,7 [7,2–10,5] соответственно, p3,4–1,2<0,05). Концентрация инсулина оказалась наиболее высокой в группах 2 и 4 (19,7

[12,7–45,5] и 22,6 [10,5–37,5] соответственно) в сравнении с группами 1 и 3 (7,7 [6,5–9,4] и 7,9 [5,6–9,9] соответственно, $p_{2,4-1,3} < 0,05$). Среди лиц с метаболически нездоровым ожирением выявлены более высокая частота встречаемости мутантного аллеля Т гена ангиотензиногена AGTM235T (rs699) (71,9%) по сравнению с таковыми в группе 1 (52,5%, $p_{1-4} = 0,049$), в группе 2 (49,0%, $p_{2-4} = 0,04$) и в группе 3 (23,1%, $p_{3-4} = 0,002$), а также мутантного аллеля М гена ангиотензиногена AGTT174M (rs4762) (45,3%) по сравнению с таковыми в группе 2 (28,6%, $p_{2-4} = 0,07$).

Обсуждение. Наиболее выраженные нарушения углеводного и липидного обмена, протромботические сдвиги гемостаза выявлены среди молодых лиц с метаболически нездоровым ожирением. В этой же группе выявлена более высокая частота сочетания ожирения с артериальной гипертензией, более низкие концентрации адипонектина в сыворотке крови, а также более высокая частота мутантного аллеля Т гена ангиотензиногена AGTM235T и мутантного аллеля М гена ангиотензиногена AGTT174M по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела. Протокол № 11 от 09.11.2013.

Молекулярно-генетические маркеры инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа

Толмачева А. А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Численность пациентов с сахарным диабетом (СД) СД 2 типа в мире на 2018 г., согласно данным Международной диабетической ассоциацией, составляет 425 млн больных, к 2045 г. предположительно этот показатель превысит 629 млн человек. В России по данным регистра больных СД, на 2019 г. количество больных СД 2 типа составляет 4,24 млн человек. Однако все эксперты сходятся во мнении, что истинное количество пациентов с СД 2 типа в РФ в 2 раза выше, около 8–9 млн человек. Подтверждением тому является исследование NATION, результаты которого продемонстрировали, что доля не верифицированного СД 2 типа в России составляет 54%. СД 2 типа является независимым фактором риска развития ССЗ, в тоже время к моменту верификации диагноза СД 2 типа часть пациентов уже имеют ССЗ. Сочетание ССЗ и СД 2 типа влечет за собой более тяжелое течение заболевания, раннюю инвалидизацию, как исход смертность населения, в том числе среди лиц трудоспособного возраста, что является одной из главных медико-социальных проблем здравоохранения во всем мире.

Идея. Одним из ведущих направлений в формировании персонализированного подхода к пациенту с СД 2 типа, в том числе проведения первичной профилактики, является выявление генетических маркеров риска развития ССЗ у данных пациентов.

Цель исследования: выявить генетические маркеры риска развития инфаркта миокарда у больных СД 2 типа.

Материал и методы. Работа представлена открытым проспективным нерандомизированным исследованием методом параллельных групп. Основная группа включает 115 больных (55 мужчин, 60 женщин) с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и СД 2 типа, группа сравнения – 116 пациентов (60 мужчин, 56 женщин) с ОИМ без сопутствующего СД 2 типа, госпитализированные в период с 1 декабря 2018 г. по 31 декабря 2019 г. в ГБУЗ НСО ГКБ № 1 г. Новосибирска. Средний возраст пациентов в основной группе 63,2±5,3 лет, мужчин 62,3±5,5, женщин 64,3±4,9 лет. Средний возраст больных в группе сравнения 63,6±5,4 лет, мужчин 62,1±4,2 лет, женщин 65,2±5,7 лет. Верификация диагноза ОИМ основывалась на кри-

териях Европейского кардиологического общества (2015, 2017), СД 2 типа на основании критериев Всемирной организации здравоохранения. Во время госпитализации больным проводилось клинико-инструментальное обследование, предусмотренное клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, молекулярно-генетическое исследование однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП), которые показали свою ассоциацию с риском развития СД 2 типа и ОИМ по результатам GWAS: rs2464196 гена HNF1A (hepatocyte nuclear factor 1-alpha, картирован на q-плече хромосоме 12), rs11212617 гена ATM (Ataxia-Teleangiectasia Mutated, локализован на q-плече хромосомы 11). Генотипирование молекулярно-генетических маркеров производилось в лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ – филиал ИЦИГ СО РАН. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ SPSS, версии 19.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России (протокол № 111 от 29.11.2018). Все пациенты перед включением в исследование были информированы о предстоящем проекте и подписывали официальное информированное согласие.

Результаты. В настоящем исследовании были проанализированы два ОНП в отношении ассоциации данных маркеров с риском развития ОИМ у пациентов с СД 2 типа-rs11212617 гена ATM, rs2464196 гена HNF1A. В основной группе частота генотипа AA полиморфизма rs2464196 гена HNF1A достоверно выше по сравнению с группой сравнения пациентов (14,8% против 5,2%, $p = 0,014$). При расчете отношения шансов выявлено, что носительство генотипа AA полиморфизма rs2464196 гена HNF1A ассоциировано с повышенным риском развития ОИМ на фоне СД 2 типа в 3,18 раз (95% ДИ 1,206–8,387, $p = 0,015$).

Обсуждение. В настоящем исследовании было проведено реплицирование данных GWAS в отношении двух ОНП. Достоверные различия по частоте встречаемости генотипов ОНП получены для гена HNF1A-генотип AA полиморфизма rs2464196 ассоциирован с повышенным риском развития ОИМ на фоне СД 2 типа в 3,18 раз. Полученные данные позволят выделить приоритетную группу пациентов для проведения персонализированной профилактики развития ОИМ.

Коморбидная патология при псориатическом артрите: связь с клинико-лабораторными и ультразвуковыми особенностями течения псориатического артрита и качеством жизни

Файрушина И. Ф.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель. Изучить влияние коморбидной патологии (КП) на клинико-лабораторные и ультразвуковые (УЗ) параметры активности псориатического артрита (ПсА) и качество жизни у пациентов молодого и среднего возраста. **Материалы и методы.** Всего исследование было включено 92 пациента от 18 до 60 лет с ПсА (CASPAR, 2006), среди которых было 42 (45,7%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 43 (35,5; 50) лет, длительность ПсА – 7 (2; 11,8) лет, DAPSA – 15,2 (10,2; 21,4), PASI – 3,8 (1,2; 9,6), вч-СРБ – 5,1 (2,2; 16,1) г/л, СОЭ – 20 (11; 30) мм/ч, ИМТ 26,4 (23,7; 30,4) кг/м². Все пациенты прошли клиническое обследование, включавшее оценку числа припухших суставов (ЧПС/14), числа болезненных суставов (ЧБС/14), числа болезненных энтезисов/54 (ЧБЭ), индексов энтезита (LEI, MASES, SPARCC); проводился анализ КП (число КП), УЗ-исследование крупных суставов и энтезисов верхних и нижних конечностей с опре-

делением числа энтезитов и числа синовитов в режиме серой шкалы, числа васкуляризованных энтезитов и синовитов (ЧВС). Все пациенты заполнили опросники FACIT-F, SF-36 и HAQ-DI. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=37) – 1 КП и ее отсутствие, 2-я группа (n=55) – 2 КП и более. По длительности ПСА, полу, DAPSA и PASI группы были сопоставимы ($p>0,05$). Для анализа полученных данных применялись методы описательной статистики, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена, простой линейный регрессионный анализ, для сравнения двух групп рассчитывался критерий Манна-Уитни. Значения $p<0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. При корреляционном анализе было обнаружено, что с возрастом увеличивалось число КП ($r=0,417$, $p<0,01$). Число КП увеличивалось с увеличением ИМТ ($r=0,416$, $p<0,01$), окружности талии ($r=0,345$, $p<0,01$) и бедер ($r=0,312$, $p<0,05$) (ОТ, ОБ), соотношения ОТ и ОБ ($r=0,219$, $p<0,05$). С увеличением числа КП ухудшалось общее состояние здоровья пациентов и физическое функционирование пациентов ($p<0,05$). При сравнении в группах пациенты с 2 КП и более характеризовались более старшим возрастом, большим ИМТ, ОТ и ОБ ($p<0,05$). Среди клинических данных ЧБС/14 было выше у пациентов с 2 и более КП ($p<0,05$). Во 2-й группе число энтезитов ($p<0,05$) и синовитов ($p<0,01$), в том числе васкуляризованных ($p<0,01$), было достоверно выше. У пациентов во 2-й группе общее состояние здоровья (шкала опросника SF-36) ($p<0,01$) было хуже. При анализе характера связи числа КП с клиническими и УЗ-параметрами было обнаружено, что с увеличением на числа КП увеличивались ЧБС/14 ($\beta=0,22$, $p<0,05$, $R^2=4,7\%$), ЧБЭ ($\beta=0,28$, $p<0,01$, $R^2=7,9\%$); LEI ($\beta=0,24$, $p<0,05$, $R^2=5,8\%$); MASES ($\beta=0,37$, $p<0,01$, $R^2=13,7\%$), число энтезитов ($\beta=0,27$, $p=0,01$, $R^2=7,2\%$), число синовитов ($\beta=0,25$, $p=0,015$, $R^2=6,4\%$), ЧВС ($\beta=0,25$, $p=0,018$, $R^2=6,1\%$) и HAQ-DI ($\beta=0,222$, $p=0,034$, $R^2=4,9\%$). Число КП не влияло на уровень лабораторных маркеров воспаления (вч-СРБ, СОЭ), DAPSA ($p>0,05$).

Выводы. Число КП, увеличиваясь с возрастом, ассоциируется с повышением ИМТ, ОТ и ОБ, а также ОТ/ОБ, что говорит о важности контроля веса и окружности талии у пациентов с ПСА. КП при ПСА способна оказывать влияние на качество жизни пациентов и течение ПСА. С числом КП достоверно увеличивались клинические (ЧБС/14, LEI, ЧБЭ, MASES) и УЗ параметры активности ПСА (число энтезитов, число синовитов и ЧВС) без влияния на лабораторные маркеры воспаления, что важно в определении тактики ведения пациентов с КП. Число КП также ухудшало общее состояние здоровья пациентов и влияло на их физическое функционирование.

Структура коморбидной патологии у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в постменопаузальном периоде

Шамбатов М. А.

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург

Среди пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), чаще выявляются заболевания различных систем органов. При этом известно, что уровень коморбидности в популяции ассоциирован с возрастом и среди пациентов пожилой и старческой возрастных групп значимо возрастает. Оценка вклада НДСТ в уровень и структуру коморбидности у пациенток, находящихся в поздней постменопаузе представляет особый интерес.

Идея: структура коморбидной патологии определяет тактику ведения пациентов с НДСТ. Изучение различных групп пациентов с НДСТ может

способствовать коррекции тактики ведения отдельных категорий пациентов с НДСТ.

Цель – оценка уровня и структуры коморбидности у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы. В одномоментное исследование на условиях добровольного информированного согласия включено 116 пациенток, находящихся в поздней постменопаузе. Признаки поражения систем органов анализировали с использованием процедуры последовательного распознавания Вальда. НДСТ верифицировали при сумме диагностических коэффициентов выше +17. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 13.0 с использованием непараметрических критериев. Мера усреднения данных – медиана, мера разброса – 25 и 75 перцентили. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ на заседании № 1 от 18.09.2020 г.

Полученные результаты. Основную группу (1 группа) сформировали пациентки с установленным диагнозом НДСТ, группу сравнения (2 группа) составили пациентки без НДСТ. В группу 1 включены 36 пациенток в возрасте 66 лет (63÷70), в группу 2 – 80 пациенток в возрасте 69 лет (67÷71), различия в возрасте незначимы ($p=0,08$), продолжительность постменопаузы пациенток 1 группы – 17 лет (15÷21), 2 группы – 19 лет (17÷23), ($p=0,54$). Артериальная гипертензия (АГ) значимо чаще встречалась у пациенток группы сравнения ($\chi^2=11,9$; $p<0,01$). АГ выявлена у 26 (72%) чел. из группы 1 и 75 (94%) чел. из группы 2. При этом среди пациенток без НДСТ значимо чаще встречалась АГ 2 и 3 степени, $\chi^2=11,8$; $p<0,01$. Значимых различий в частоте выявления кардиоваскулярных событий в анамнезе среди пациентов 1 и 2 групп не выявлено: острый инфаркт миокарда (ОИМ) ($\chi^2=0,92$; $p=0,33$) и острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) ($\chi^2=1,8$; $p=0,18$). На момент включения в исследование инфаркт миокарда (ОИМ) перенес 1 (3%) чел. из 1 группы и 2 (3%) чел. из группы 2, Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – перенесли 2 (6%) чел. из 1 группы и 1 (1%) чел. из группы 2. Аортокоронарное шунтирование (АКШ) / стентирование коронарных артерий – перенесли 3 (4%) чел. из группы сравнения, в основной группе – 0, $\chi^2=0,93$; $p=0,94$. Стенокардия напряжения выявлена у 7 (20%) чел. из группы 1 и 17 (21%) чел. из группы 2, $\chi^2=0,06$; $p=0,80$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) установлена у 8 (22%) чел. из группы 29 (36%) чел. из группы 2, $\chi^2=3,02$; $p=0,22$. На момент осмотра курили 2 (6%) пациентки из основной группы, в группе сравнения курильщиц не выявлено, $\chi^2=4,37$; $p=0,03$. При оценке частоты выявления заболеваний других систем органов в основной группе и группе сравнения значимых различий нами не выявлено. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) имели 26 (72%) чел. из группы 1 и 75 (94%) чел. из группы 2, $\chi^2=4,03$; $p=0,40$. Бронхиальную астму имели 3 (8%) пациентки основной группы и 8 (10%) пациенток группы сравнения, $\chi^2=0,1$; $p=0,75$. Хроническую обструктивную болезнь легких выявили у 1 (3%) пациентки основной группы и у 2 (3%) пациенток группы сравнения, $\chi^2=0,78$; $p=0,68$. Жировая болезнь печени, ассоциированная с метаболическим синдромом, выявлена у 5 (13,88%) пациенток основной группы и у 18 (22%) пациенток группы сравнения, $\chi^2=1,86$; $p=0,39$. Язвенную болезнь желудка и ДПК выявили у 1 (3%) пациентки основной группы и у 7 (9%) пациенток группы сравнения, $\chi^2=1,22$; $p=0,54$. Диагноз остеоартрита установлен в 22 (61%) случаях в группе 1 и в 46 (58%) случаях в 2 группе, $\chi^2=0,04$; $p=0,98$.

Выводы. Большая часть амбулаторных пациенток, находящихся в поздней постменопаузе, имели коморбидные заболевания. Нами установлено, что частота выявления большинства коморбидных заболеваний среди пациенток с НДСТ и контрольной группы, находится на одинаковом уровне. Среди пациенток без НДСТ чаще выявлялась артериальная гипертензия, при этом частота выявления ассоциированных с АГ клинических состояний сравнима с таковой у пациенток с НДСТ.

Конкурс на лучший клинический случай

Клинический случай острого повреждения почек у пациента с COVID-19

Абдуллина Э. Р., Шайдуллина Д. М., Лотфуллина Г. Р., Нуруллина Г. И., Халфина Т. Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Новая коронавирусная инфекция, первично манифестирующая в виде острого респираторного заболевания с интерстициальной пневмонией, может проявляться поражением различных органов и систем. Накопление информации о данном заболевании позволило установить, что почки также являются органами с высокой уязвимостью при COVID-19.

Результаты анализа. Northwell Health (Нью-Йорк) показали, что у более трети из выборки госпитализированных с COVID-19 пациентов развивалось острое повреждение почек (ОПП). Исследователи отмечают, что независимые предикторы ОПП у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2 включают пожилой возраст, сахарный диабет, артериальную гипертензию, сердечно-сосудистые заболевания, искусственную вентиляцию легких, исходно повышенный уровень креатинина в сыворотке. В настоящее время активно изучаются долгосрочные негативные эффекты перенесенного ОПП у пациентов с COVID-19, их влияние на развитие и увеличения темпов прогрессирования хронической болезни почек.

Описание клинического случая. Пациент Г., 35 лет, был госпитализирован в отделение нефрологии Республиканской клинической больницы г. Казани (РКБ) в марте 2021 года с жалобами на отеки голеней, усиливающиеся при ходьбе и в положении стоя, чувство тяжести в поясничной области, одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке (подъем на 2 этаж), повышенное артериальное давление (АД) до 220/160 мм рт.ст., протекающее бессимптомно. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 160/100 мм рт.ст./ было зафиксировано в 2019 г. в ходе прохождения профилактического осмотра, изменений в анализах мочи и крови выявлено не было. Пациент терапию по поводу артериальной гипертензии (АГ) не получал. В сентябре 2020 г. заболел новой коронавирусной инфекцией, в связи с тяжестью состояния был госпитализирован в районную больницу по месту жительства. Диагностирована двусторонняя пневмония. Со слов пациента, получал антибиотикотерапию. Был выписан с улучшением. В ранний постковидный период у пациента сохранялись жалобы на подъем АД до 180/100 мм рт.ст., амбулаторно нерегулярно принимал нифедипин, лизиноприл, анализы не контролировал. В феврале отметил эпизод гематурии, появились и стали нарастать отеки на ногах, увеличились цифры артериального давления до 220/110 мм рт. ст. При обследовании была выявлена азотемия – повышение креатинина до 300 мкмоль/л. Пациент был направлен из районной больницы в поликлинику РКБ, где был поставлен предварительный диагноз: Нефритический синдром, и госпитализирован в отделение нефрологии. На момент курации пациента при физикальном осмотре были выявлены отеки на ногах до колен, ожирение 1-й степени (30,3 кг/м²). В анализах отмечались следующие изменения: ускоренное СОЭ – 38 мм/ч,

лейкоциты 8×10^9 /л, относительная лимфоцитопения 13,3%, азотемия – повышение мочевины 16,6 ммоль/л и креатинина до 417 мкмоль/л, повышенное содержание мочевой кислоты – 626 мкмоль/л и ЛДГ – 283 ЕД/л, гиперлипидемия – 5,6 ммоль/л, фосфор – 2,1 ммоль/л. В иммунограмме выявлено увеличение ЦИК – 179 усл/е, в протеинограмме – повышение b1-глобулинов до 9%. СКФ по СКД-ЕPI 14 мл/мин. Пациенту был выставлен диагноз: Хроническая болезнь почек С5 А3, ОПП (от сентября 2020 г.). Артериальная гипертензия, 3 стадия, риск 4. Состояние после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Заключение. У пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию, развилось ОПП, которое не было вовремя диагностировано. На фоне АГ высокой степени и неотрегулированного давления в течение нескольких месяцев произошла потеря почечной функции с формированием ХБП С5 и необходимостью проведения программного гемодиализа.

Подострый тиреоидит, ассоциированный с COVID-19: случай из практики

Авакова С. М., Дегтярева Ю. С., Давиденко И. Ю., Волкова Н. И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Последствия новой коронавирусной инфекции COVID-19 в настоящее время являются активно изучаемой проблемой. Поступает все больше сообщений о внелегочных клинических проявлениях COVID-19 на различных этапах заболевания, одним из которых является подострый тиреоидит. Данная патология зачастую возникает вследствие инфекционного заболевания и может появиться из-за воздействия на организм различных вирусных агентов, в число которых вошла и новая коронавирусная инфекция COVID-19. Представляем клинический случай подострого тиреоидита, возникшего вследствие COVID-19.

Клинический случай. Мужчина, 42 года, вызвал бригаду скорой помощи (СП) с жалобами на температуру 38,5 °С, сухой непродуктивный кашель, головную боль, отсутствие обоняния и вкуса. Со слов пациента: заболел 4 дня назад, когда температура тела поднялась до 39,0 °С, исчезли обоняние и вкус. В связи с ухудшением самочувствия пациент был госпитализирован для дообследования. При поступлении отмечается повышение температуры тела до 37,7 °С, артериальное давление – 124/92 мм рт.ст., пульс – 91 уд/мин, частота дыхательных движений – 20 в мин., сатурация – 96% на воздухе. По результатам ПЦР мазка из рото- и носоглотки был верифицирован COVID-19. По данным КТ органов грудной клетки выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония, вероятно вирусной этиологии, объем поражения легочной ткани – 15%, легкая степень тяжести (КТ-1). При проведении лабораторных исследований выявлен лейкоцитоз – $10,8 \times 10^9$ /л, тромбоцитоз – 468×10^9 /л, повышение уровня С-реактивного белка до 11,3 мг/л. На основании данных анамнеза, теста на SARS-CoV-2, результатов КТ большой был направлен в специализированное отделение Инфекционного моногоспиталя для дальнейшего лечения COVID-19, где пациент получал антибактериальную (цефтриаксон,

левофлоксацин), антикоагулянтную терапию, бронхолитики и жаропонижающие при высокой температуре. На 5 день госпитализации пациента начали беспокоить тахикардия (ЧСС – 120 уд/мин) и боль в передней части шеи. Обращал на себя внимание резко повышенный уровень СРБ – до 127 мг/л, в то время как прокальцитонин оставался в пределах референсных значений – <0,5 нг/мл. С целью уточнения диагноза больному было проведено расширенное обследование, включающее ПЦР мазка из ротоглотки (отрицательный на респираторно-синцитиальные вирусы А и В, грипп А и В, вирусы парагриппа 1–4, риновирусы А/В/С, аденовирус, энтеровирус человека), посев крови (роста бактерий в аэробных и в анаэробных условиях выявлено не было), ядерные антитела к гепатиту В, поверхностные антигены гепатита В, поверхностные антитела к гепатиту В (отрицательные). Проведена консультация оториноларинголога, который обнаружил диффузный асимметричный зоб с твердыми и болезненными при пальпации участками обеих долей и заподозрил патологию щитовидной железы. При лабораторном обследовании выявлен первичный гипертиреоз с повышенным уровнем свободного Т3–15,6 пмоль/л, повышенным уровнем свободного Т4–43,9 пмоль/л, и сниженным уровнем ТТГ, антитела к рецепторам ТТГ и к тиреопероксидазе – отрицательны. На основании обследования поставлен диагноз: Подострый тиреоидит. Учитывая выраженный болевой синдром был назначен преднизолон 20 мг в день на 2 недели с постепенным снижением дозы на 5 мг в неделю, при тахикардии – атенолол 25 мг по утрам. Через два дня после начала лечения боль в передней части шеи уменьшилась. На 5-й день лечения уровень СРБ снизился до 16,5 мг/л, нормализовался пульс. Впоследствии, благодаря успешному лечению COVID-19, пациент был выписан. Спустя 6 недель при плановом обследовании щитовидная железа пальпаторно не определяется, шейные лимфатические узлы не пальпируются, Т4 св.– 11,0 пмоль/л, ТТГ – 2,10 мЕд/л. Гормональная терапия была прекращена ввиду полного исчезновения симптомов, запланировано динамическое наблюдение.

Заключение. Поскольку в современной литературе описаны единичные случаи подострого тиреоидита на фоне протекания новой коронавирусной инфекции COVID-19, данная проблема требует дальнейшего активного изучения. Клиницисты должны знать о возможных осложнениях со стороны щитовидной железы вследствие COVID-19 и не относить симптомы тиреоидита к фарингиту или ухудшению состояния, которые часто наблюдаются при данной инфекции. Раннее распознавание и своевременная противовоспалительная терапия могут приводить к успешному лечению и положительному прогнозу у таких пациентов.

Трудности диагностики дерматополимиозита в практике врача первичного звена

Гончарова В. Е., Размерица А. А.

Новосибирский государственный медицинский университет,
ООО «Центр лечебно-профилактических технологий»,
Новосибирск

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМП) относятся к группе редких аутоиммунных заболеваний, характеризующихся полиморфизмом клинических проявлений. Выделяют четыре основных подтипа ИВМП: дерматомиозит, полимиозит, аутоиммунную некротизирующую миопатию и миозит с включениями. Ассоциацией ревматологов России (АРР) разработан алгоритм ведения пациентов с ИВМП, согласно которому, при наличии характерных клинических проявлений необходимо включение ИВМП в круг дифференциального диагноза.

Пациент В., 51 год, в июне 2020 г. обратился к терапевту с жалобами на слабость в руках и ногах, невозможность подняться/спуститься по лестнице, одышку смешанного характера, редкий сухой кашель, затруднение при глотании, сыпь в области спины и груди, покраснение и шелушение над поверхностью суставов кистей рук. Из анамнеза: считает себя больным с декабря 2019 г., когда впервые отметил слабость, одышку, эпизодический сухой кашель, однократное повышение температуры тела до 38,0 °С, терапевтом по месту жительства установлен диагноз ОРВИ, проведена симптоматическая терапия. В феврале 2020 г. повторно обращался к терапевту с жалобами на сыпь в области спины, шелушения на тыльной поверхности, одышка, кашель и мышечная слабость сохраняются, назначена терапия антигистаминными препаратами, рекомендована консультация дерматолога, кардиолога. Дерматологом установлен диагноз крапивницы, рекомендовано исключить паразитоз. Кардиолог: кардиомиопатия сложного генеза. Проведено обследование в объеме ОАК (норма), ОАМ (норма), кал на яйца гельминтов и цисты простейших трехкратно (не выявлены), биохимический анализ крови (синдром цитолиза (АЛТ 51 Ед/л при норме 41 Ед/л, АСТ 62 Ед/л при норме 37 Ед/л), билирубин и его фракции в норме, дислипидемия), ЭКГ (синусовый ритм, частота сердечных сокращений 70 в 1 минуту, нарушение реполяризации). Рекомендован прием дезагрегантов, антигистаминных препаратов, статинов, консультация гастроэнтеролога. С марта по май 2020 г. проходит лечение у гастроэнтеролога с диагнозом хронический гепатит сложного генеза, хронический гастрит, описторхоз (?). Терапия: ингибиторы протонной помпы, гепатопротекторы, спазмолитики. Проконсультирован оториноларингологом: хронический компенсированный тонзиллит, хроническая дисфония. Объективно на момент осмотра (июнь 2020): передвигается самостоятельно, симметричная слабость проксимальных мышц рук и ног, в области декольте, верхней части спины, груди определяются эритематозные высыпания (симптом шали), над мелкими суставами кистей обеих рук шелушащиеся высыпания (симптом Готтрона), трещины на коже ладоней (рука «механика»), по системам органов без существенных отклонений. Установлен предположительный диагноз: идиопатическая воспалительная миопатия. По результатам дообследования: трехкратное повышение АЛТ (114 Ед/л при норме 41 Ед/л), шестикратное повышение АСТ (239 Ед/л при норме 37 Ед/л), повышение АНФ в 64 раза (1:10240 при норме <1:160), АНА иммуноблот (PM-scl +++). Клиническая и лабораторная картина соответствовала критериям ИВМП Bohan, Peter 1975 года, пациент госпитализирован в ревматологическое отделение с диагнозом: первичный дерматополимиозит, подострое течение, миозит (проксимальная мышечная слабость, повышение КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ), дисфония, дисфагия, поражение кожи (рука «механика»), папулы Готтрона, симптом «шали»), АНФ+, PM-Scl+. В стационаре проведено лечение: метилпреднизолон (МП) 40 мг в сутки, метотрексат 15 мг подкожно и фолиевая кислота 5 мг 1 раз в неделю. На фоне терапии положительная динамика: снижение ферментов и мышечной слабости, уменьшение одышки. В сентябре 2020 г. – повторный осмотр терапевта амбулаторно: жалобы на слабость, снижение массы тела, поперхивание при глотании и разговоре. Лабораторно АЛТ 18 Ед/л (норма), АСТ 24 Ед/л (норма), КФК 116 Ед/л (норма), ЛДГ 220 Ед/л (норма). Объективно: высыпаний нет, проксимальная мышечная слабость. В настоящее время пациент продолжает наблюдение и лечение у ревматолога. Отмечена положительная динамика: нормализация мышечных ферментов, уменьшение слабости, планируется снижение дозы МП.

Таким образом, ИВМП представляют определенную трудность для диагностики врачами различных специальностей, а от своевременности поставленного диагноза зависит дальнейший прогноз жизни пациента. Необходимо акцентировать внимание на рекомендации АРР включать ИВМП в круг дифференциального диагноза при жалобах на прокси-

мальную мышечную слабость для своевременного и обоснованного направления пациента к ревматологу.

Лейкемоидная реакция миелоидного типа у пациентки с инфекционным эндокардитом аортального клапана на фоне аденокарциномы хвоста поджелудочной железы

Ким О. В., Резник Е. В., Лукьянов А. Л., Михалева Л. М.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва

Цель работы – описать лейкемоидную реакцию миелоидного типа у пациентки с инфекционным эндокардитом аортального клапана (АК) на фоне аденокарциномы хвоста поджелудочной железы.

Материал и методы. Больная, 83 лет госпитализирована с жалобами на слабость в правых конечностях. Пациентке проведены обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.

Результаты. Больная длительное время страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. При поступлении состояние тяжелое, положение пассивное, температура тела 36,8 °С. В общем анализе крови выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (лейкоцитоз $18,4 \times 10^9$ ст/л с нарастанием до $60,86 \times 10^9$ ст/л на 5 сутки). При компьютерной томографии головного мозга выявлены признаки кистозной трансформации в правом полушарии головного мозга и в правой доле мозжечка. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, множественные объемные образования печени, диффузные изменения экоструктуры поджелудочной железы, застойный желчный пузырь. При эхокардиографии выявлены уплотнение аорты, створок аортального и митрального клапанов, кальцинаты на створках аортального и митрального клапанов, расширение левого предсердия, гипертрофия миокарда левого желудочка, отсутствие должного систолического укорочения передней, перегородочной стенок на уровне верхушечного сегментов, верхушки левого желудочка. Глобальная сократимость незначительно снижена. Фракция выброса левого желудочка 50%. При доплерографии митральная регургитация I степени, аортальная – I степени, трикуспидальная – II степени. Незначительная легочная гипертензия. Проводилась инфузионная, антибактериальная, гастропротективная, антикоагулянтная, антиагрегантная, симптоматическая терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, мероприятия по профилактике тромбоэмболических осложнений. Несмотря на это, через 5 суток от начала госпитализации пациентка скончалась. При аутопсии: Основное заболевание. 1. Умеренно- и низкодифференцированная аденокарцинома хвоста поджелудочной железы с распадом, с прорастанием в парапанкреатическую клетчатку, ворота селезенки. Метастазы рака в парапанкреатических, парааортальных лимфатических узлах и лимфатических узлах ворот печени. T3bN1M1. 2. Острый бактериальный эндокардит АК. Микробиологическое исследование: *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*. Осложнения. Сепсис: Микробиологическое исследование крови: *Acinetobacter baumannii*, гиперплазия красного костного мозга левой бедренной кости, спленомегалия, вторичный менингит, вторичное субарахноидальное кровоизлияние в теменно-височно-затылочной области левого полушария головного мозга, вторичный межжелудочковый миокардит с очагами метаболического повреждения в миокарде задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, инфаркты в селезенке, бактериальные отсевы в печени и почках, острый трахеобронхит, очаговая двусторонняя бронхопневмония (микробиологическое исследование мокроты:

Acinetobacter baumannii), тромбоцитопения, диапедезные подкожные кровоизлияния туловища. Раковая кахексия и дистрофия внутренних органов. Тромбоэмболический синдром: Тромбоз селезеночной вены, тромбоз глубоких вен правой голени, тромбоз сегментарных ветвей правой легочной артерии. Анемия. Ферментемия. Отек легких. Отек головного мозга. Сопутствующие: Артериальная гипертензия. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения: бурые кисты в подкорковых ядрах обоих полушарий головного мозга, в правой гемисфере мозжечка, атеросклероз сосудов головного мозга. Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый. Атеросклероз аорты, сосудов нижних конечностей, венечных артерий. Хронический двусторонний бронхит. Диффузный пневмосклероз. Хронический двусторонний пиелонефрит. Полип эндометрия. Дивертикулы сигмовидной кишки. Варикозно-расширенные вены нижних конечностей. Давняя тубэктомия.

Заключение. С учетом клинико-лабораторно-инструментальных данных, изменения в клиническом анализе крови у данной пациентки расценены как лейкемоидная реакция миелоидного типа, развившаяся на фоне инфекционного эндокардита аортального клапана и аденокарциномы хвоста поджелудочной железы. Необходима онконастороженность у пациентов пожилого возраста для своевременной диагностики онкологической патологии и предотвращения развития фатальных осложнений.

Клинический случай внутрипеченочного холестаза беременных

Ковешников А. И.

Тверской государственной медицинской университет, Тверь

Внутрипеченочный холестаз при беременности (ВХБ) – это обратимое, часто наследственное, холестатическое заболевание печени, характерное только для второго и третьего триместра беременности, проявляющееся появлением кожного зуда, желтухи, повышением уровня билирубина и желчных кислот в крови и спонтанно прекращающееся через 2–3 недели после родоразрешения.

Цель исследования – описание клинического случая пациентки 26 лет с внутрипеченочным холестазом во время беременности.

Материалы и методы. История болезни пациентки с установленным диагнозом: О26.6 – Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовый период. Лечение больной проводилось на базе акушерского отделения ГБУЗ ТО ОКБ Твери. Проведены обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, клинический анализ мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, кардиотокография плода, ультразвуковое исследование плода, доплерометрия сосудов пуповины.

Результаты. Пациентка К., 26 лет, поступила в ГБУЗ ТО ОКБ Твери с жалобами на кожный зуд, усиливающийся в вечернее время, субиктеричность склер, слабость, дефицит массы тела. Из анамнеза: беременность первая, 36 недель, вышеперечисленные жалобы беспокоят около двух недель. Госпитализирована с целью уточнения причины появления данных жалоб и изменений в анализе крови с последующим проведением лечения. Изменения в биохимическом анализе крови: щелочная фосфатаза (ЩФ) 683 Ед/л (норма до 360 Ед/л), АЛТ 307 МЕ/л (норма до 40 МЕ/л), АСТ 150 МЕ (норма до 40 МЕ/л), билирубин общий 42 мкмоль/л (прямой 27,5, непрямой 14,5 мкмоль/л). Согласно клиническим рекомендациям, повышенный уровень ЩФ не является диагностически значимым для постановки диагноза ВХБ, так как ее повышение обусловлено многочисленными плацентарными изоформами. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: расширение внутрипеченочных желчных

протоков. Клинический анализ крови, коагулограмма, клинический анализ мочи, мазок на флору, кардиоотография плода, ультразвуковое исследование плода, доплерометрия сосудов пуповины без изменений. Маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Диагноз был поставлен на основании жалоб и анамнеза, данных физикального обследования (субиктеричность склер, кожные расчесы, печеночные знаки), лабораторных анализ (выраженный холестатический и цитолитический синдром высокой активности), данных УЗИ печени и проток (внутрипеченочный холестаза). Через 2 недели после лечения урсодезоксихолевой кислотой состояние пациентки улучшилось, жалобы отсутствовали. Проведения экстракорпоральных методов лечения не потребовалось. Родоразрешение было в срок, через естественные родовые пути. В послеродовом периоде показатели крови нормализовались, клинических проявлений синдрома холестаза не было выявлено.

Выводы: ВХБ – заболевание, напрямую связанное гиперэстрогемией и гиперпрогестеронемией, которые вызывают изменения структуры желчи беременной и повреждения гепатоцитов, что клинически проявляется симптомами холестаза. Самостоятельное излечение наступает через 2–3 недели после родоразрешения, когда гормоны возвращаются к норме.

Особенности дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза: клинический случай

Кошкин Н. Е., Гизатуллина Г. Р., Ганенко Л. А., Давиденко И. Ю., Волкова Н. И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Введение. Синдром тиреотоксикоза – это клинический синдром, обусловленный негативным влиянием стойкого избытка тиреоидных гормонов на организм. При этом существуют различные патогенетические варианты тиреотоксикоза. К первой группе относятся заболевания, при которых повышается выработка тиреоидных гормонов. Второй вариант тиреотоксикоза обусловлен не повышенной выработкой гормонов, а деструкцией ткани щитовидной железы. Поэтому необходимо проведение дифференциальной диагностики данного синдрома, а выявление вида тиреотоксикоза является принципиальным, поскольку лечебные подходы абсолютно различны.

Клинический случай. Пациент, 35 лет, обратился к терапевту с жалобами на слабость, снижение массы тела на 11 кг за последние 1,5 месяца, дрожание кистей, ощущение учащенного сердцебиения. Данные жалобы появились около месяца назад. При обследовании было выявлено снижение ТТГ менее 0,0083 мЕд/л, рекомендована консультация эндокринолога. При осмотре щитовидная железа размером не более дистальной фаланги большого пальца обследуемого. Рост 181 см, вес 79 кг, ИМТ – 24 кг/м². ЧСС – 100 уд./мин. АД 115/80 мм рт.ст. По результатам лабораторного обследования вновь выявлено снижение ТТГ (<0,0083 мЕд/л), повышение свободного Т4 (28,29 пмоль/л). По данным УЗИ щитовидной железы отмечались признаки диффузных изменений, общий объем – 16,8 мл. На основании полученных данных была заподозрена болезнь Грейвса, рекомендовано определение антител к рецепторам ТТГ. При повторном обращении было выявлено незначительное повышение титра антител к рецепторам ТТГ – 1,43 МЕ/л (норма менее 1), на основании чего была диагностирована болезнь Грейвса. Назначено лечение: Тирозол 30 мг в сутки в 2 приема. Бисопролол 2,5 мг по 1 табл. 1 раз в день утром, длительно. Рекомендован контроль свободного Т4 и общего Т3 через 3 недели, а также самоконтроль АД и пульса. Через три недели при по-

вторной консультации пациент отметил улучшение самочувствия, однако слабость и дрожание рук проявлялись в вечернее время. По данным самоконтроля АД не превышало 125/80 мм рт.ст., пульс: 91–115 уд/мин. По результатам лабораторного обследования сохранялось повышение свободного Т4 (23,33 пмоль/л) и общего Т3 (3,26 нмоль/л). Полученные данные гормонов щитовидной железы были расценены как неадекватность получаемой дозы Тирозола, было принято решение об увеличении дозы до 40 мг в сутки с последующим контролем свободного Т4 и общего Т3 через 2 недели. Через 2 недели по результатам лабораторного обследования сохранялось повышение свободного Т4 (27,26 пмоль/л) и общего Т3 (3,84 нмоль/л). Принимая во внимание отсутствия динамики на фоне получаемого лечения, болезнь Грейвса была поставлена под сомнение. При более тщательном сборе анамнеза было установлено, что 1,5 года назад пациент наблюдался у кардиолога по поводу частой желудочковой экстрасистолии, была выполнена процедура радиочастотной абляции, перед проведением которой 6 месяцев больной получал терапию Амиодароном (дозы не помнит). В связи с чем для установления причины синдрома тиреотоксикоза было рекомендовано проведение скинтиграфии, по данным которой на тиреосцинтифото было получено слабое накопление радиофармпрепарата с диффузной неравномерностью распределения. На основании результатов скинтиграфии щитовидной железы, учитывая данные анамнеза приема Амиодарона 1,5 года назад, был выставлен диагноз: Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 2 типа. Был отменен Тирозол и назначен Преднизолон в суточной дозировке 40 мг/сутки. В настоящее время проводится динамическое наблюдение. Заключение. На примере данного клинического случая мы хотели продемонстрировать важность тщательного сбора анамнеза для проведения дифференциальной диагностики, поскольку ошибки, допущенные на данном этапе, могут привести к неверному диагнозу и, как следствие, к некорректно назначенному лечению.

Поражение почек при COVID-19

Краснова Л. А., Сагитова А. С., Халфина Т. Н., Нуруллина Г. И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Актуальность. На рубеже 2019–2020 гг. человечество столкнулось с новой коронавирусной инфекцией SARS-Cov-2 (НКВИ), которая быстро распространилась во многих странах и достигла масштабов пандемии. Особенностью вируса SARS-Cov-2 является его высокая контагиозность, вирулентность и тропизм ко многим клеткам органов человека. Известно, что вирус, проникая через дыхательные пути, далее попадает в кровоток и взаимодействует с клетками других органов, поражая, в том числе почки. Почки имеют большое количество ACE2-рецепторов, которые являются основной мишенью НКВИ. Влияние вируса на почки может быть индуцировано прямым цитопатическим действием и/или индуцированного цитокинами системного воспалительного ответа. Поражение почек НКВИ способствует прогрессированию хронической болезни почек (ХБП) и может быть причиной летального исхода.

Клинический случай. Пациент Д., 73 лет, длительно наблюдался с диагнозом: Хроническая первичная подагра с поражением суставов (полиартрит) и почек (мочекаменная болезнь, тубулоинтерстициальный нефрит). Киста правой почки. ХБП С3, А2. Артериальная гипертензия 3 стадия, риск 4. В октябре 2020 г. был госпитализирован в ковидный госпиталь с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелая форма. ДН 1. КТ2. Из анамнеза известно, что заболевание на-

чалось с повышения температуры тела до 37,5 °С. На следующий день отмечал ухудшение состояния с повышением температуры тела до 38,5 °С, появление слабости, ломоты в теле, умеренных болей в суставах, появление кашля с небольшим количеством мокроты, отмечал скачки артериального давления. С вышеуказанными жалобами обратился в поликлинику по месту жительства. По результатам анализов отмечались типичные изменения для COVID-19, лимфоциты 10%, СОЭ – 33 мм/ч, фибриноген общий 478 мг/дл, СРБ 48 мг/л. Кроме того, были завышены показатели креатинина – 144,7 ммоль/л и мочевины – 9,4 ммоль/л. Результат соскоба на SARS Cov-2 положителен. После проведенного лечения пациент был выписан в связи с улучшением состояния. Через 7 дней в связи с ухудшением состояния вторично госпитализирован в ковидной госпиталь. Но на момент второй госпитализации отмечается резкое возрастание показателей креатинина – 944 ммоль/л и мочевины – 38,5 ммоль/л. В связи с нарастанием азотемии и необходимостью проведения острого гемодиализа пациент был переведен в отделение нефрологии. При поступлении в отделение нефрологии пациент предъявлял жалобы на слабость, снижение аппетита, тошноту, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, умеренные непостоянные боли в пястно-фаланговых суставах стопы, голеностопном и коленном суставе. В отделении нефрологии проводилось лечение: режим палатный; гепарин подкожно; бисопролол; преднизолон; омега-3; амброксол, ежедневный острый гемодиализ. На фоне проводимого лечения была достигнута положительная динамика и стабилизация функций почек: снижение выраженности азотемии, креатинин – 424 мкмоль/л, мочевина 13,6 ммоль/л. Пациент был выписан с рекомендациями проведения программного гемодиализа и медикаментозной поддерживающей терапии.

Выводы: данный случай демонстрирует, что, несмотря на проводимую терапию, отсутствие настороженности по поводу возможного поражения почек при НКВИ привело к поздней диагностике острого повреждения почек. В связи с этим у пациента с предшествующей ХБП данное осложнение спровоцировало ухудшение течения хронической болезни почек с потерей почечной функции и необходимостью перевода пациента на программный гемодиализ. Лица с ХБП представляют группу особого риска и внимания. Раннее выявление и постоянный мониторинг показателей функции почек на фоне НКВИ в раннем постковидном периоде, своевременное начатое лечение и поддержание функции почек определяют прогноз у данной категории пациентов.

Манифестация саркоидоза на фоне диагностики и лечения ишемической болезни сердца с нарушением ритма сердца

Майкова Е. В.

Яльчикская центральная районная больница, Яльчикский район, Чувашская Республика

Введение. Саркоидоз-воспалительное заболевание, проявляющееся мультисистемным поражением различных органов и активацией Т-клеток. Решающую роль в развитии заболевания играет воздействие факторов окружающей среды на генетически предрасположенный организм. Триггеры развития саркоидоза-микобактерии туберкулеза с измененными свойствами, не вызывающие развитие туберкулеза, пропионовокислые бактерии, возбудитель Лаймской болезни. Многие наблюдения показывают, что возникновению саркоидоза предшествовали стрессовые события, частое применение интерферонов и индукторов интерфероногенеза для лечения простудных заболеваний.

Описание клинического случая. Мужчина, 51 год, мастер спорта по тяжелой атлетике, тренер, до августа 2019 г. проходил только плановые медицинские осмотры. В августе 2019 г. во время очередного медосмотра врач-терапевт выявил первично неритмичное сердцебиение. По ЭКГ – ритм синусовый, АВ-узловая бигеминия. Из анамнеза – периодическое нарушение ритма сердца с 2016 г., после стресса на работе. Гипертонический, ишемический анамнез отрицает, лекарственных препаратов не принимает. Пациент направлен на СМЭКГ, заключение – ритм синусовый, феномен WPW, частые наджелудочковые экстрасистолы, в основном абберантные АВ-узловые, АВ-узловая парасистолия. Консультация кардиохирурга от 11.09.2019 г., диагноз – ИБС, преходящий синдром WPW, частая наджелудочковая экстрасистолия, АВ-узловая парасистолия. Пациент 02.10.2019 г. госпитализирован в Республиканский кардиологический диспансер. КАГ от 04.10.2019 г. – ПМЖВ ЛКА-в проксимальном и верхнесреднем отделах тандемный эксцентрические стенозы до 40%, ОА-в проксимальном отделе стеноз до 30%. Заключительный диагноз – ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Преходящий синдром WPW, частая одиночная желудочковая экстрасистолия по СМЭКГ, парная, групповая желудочковая экстрасистолия по СМЭКГ в анамнезе. ХСН I с сохранной ФВ 60%, ФК II. При выписке из стационара дано направление на оперативное лечение РЧА в Первый клинический медицинский центр г. Ковров Владимирской области. Во время подготовки к оперативному лечению на КТ легких от 18.11.2019 г. были выявлены полисегментарная очаговая диссеминация в легких, туберкулезный характер не исключается, лимфаденопатия средостения, очаги в печени. Мокрота на ВК б/ск методом от 15.11.2019-МБТ не обнаружены. 20.11.2019 г. пациент госпитализирован в Республиканский противотуберкулезный диспансер, 04.12.2019 года выполнена VATS резекция S2 справа. Исследование операционного материала от 16.12.2019 г. – гранулемы саркоидного типа. Выставлен окончательный диагноз: Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких. Консультация пульмонолога Республиканской клинической больницы от 10.01.2020 г. – Саркоидоз легких, 2 стадия, рекомендовано – витамин Е 0,4 в сутки постоянно, пентоксифиллин 0,4 в сутки 2 месяца. В феврале 2020 г. пациент признан инвалидом 3 группы. С февраля 2020 г. ежедневно принимает – соталол 80 мг 2 раза в день, аллапинин 25 мг 3 раза в день, периндоприл 2 мг в день, ацетилсалициловая кислота 100 мг вечером, аторвастатин 20 мг в день. Спирография от 18.02.2020 г. – нарушений нет. СМЭКГ от 25.02.2020 г. – основной-синусовый ритм, преходящий синдром WPW, желудочковая экстрасистолия 4а градации по Руан, наджелудочковые аритмии до 56 в час, желудочковые аритмии до 1448 в час, транзиторная АВ-блокада 1 степени. Рентгенография легких от 13.08.2020 г. – по всем легочным полям сетчатая милиарная мелкоочаговая инфильтрация, механический шов в верхней доле правого легкого, сердце расширено в поперечнике. В динамике по ЭхоКГ от 13.01.2021 года ФВ 60%, расширение аорты в области синуса Вальсальвы, увеличение полости ЛП 1 ст. СМЭКГ от 12.01.2021 г. – основной ритм синусовый, феномен WPW, частые наджелудочковые экстрасистолы, эпизоды АВ-узловой парасистолии. Спирометрия от 13.01.2021 года – нарушений ФВД нет. Заключение. Саркоидоз считается «великим имитатором». В данном клиническом случае нет прямых доказательств, что у пациента саркоидоз манифестировал с саркоидоза сердца, хотя саркоидоз сердца характеризуется определенной автономностью, не совпадая с фазами процесса в легких и внутригрудных лимфатических узлах. Диагноз кардиосаркоидоза должен быть основан на результатах инструментальных обследований и при возможности-биопсии. В настоящее время пациент активно наблюдается врачом-терапевтом вследствие отсутствия угрожающего жизни состояния, снижения функций органов и систем, очевидных данных за быстрое прогрессирование заболевания.

Формирование некротизирующего васкулита у пациентки с В-крупноклеточной лимфомой на фоне терапии ингибитором иммунных контрольных точек (PD-1)

Мельников Е. С., Павлюченко Е. С., Мазуров В. И., Гайдукова И. З.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Ингибиторы иммунных контрольных точек (ИКТ) существенно улучшили прогноз и клинические исходы пациентов со злокачественными новообразованиями при многих типах рака. Свое противоопухолевое действие ИКТ реализуют через блокирование сигнальных путей CTLA-4, PD-1, PD-L1/2, которые являются ингибиторами костимулирующих сигналов CD80/CD86 на антигенпрезентирующих клетках и CD28 на Т-клетках, этот механизм позволяет усиливать противоопухолевый ответ лимфоцитов. Однако это может приводить к формированию аутоиммунной агрессии и развитию нежелательных явлений, которые реализуются преимущественно в коже, толстой кишке, печени, легких, гипофизе, щитовидной железе, также есть сообщения о поражении сердца и нервной системы, которые встречаются значительно реже.

Описание клинического случая. Пациентка Т. 73 лет. В декабре 2015 года появилось образование плотнoэластической консистенции в области околоушной железы справа, размером 2x1,5 см, с быстрым ростом в течение месяца до 6x6 см и появлением признаков воспаления. 03.02.2016 выполнена пункционная биопсия, установлен диагноз «аденокарцинома околоушной слюной железы». 03.16 – оперативное лечение: удаление опухоли с резекцией правой околоушной слюнной железы. При гистологическом исследовании: диффузная В-крупноклеточная лимфома. С 05.2016 по 07.2016 выполнена лучевая терапия суммарно 36 Гр. В июне 2017 года появление плотного, безболезненного, увеличенного лимфоузла (л/у) в подчелюстной области слева, по данным биопсии: диффузная В-крупноклеточная лимфома. 16.01.18 ПЭТ-КТ шеи: конгломерат ретрофарингеальных л/у слева 41x22мм, конгломерат внутренних яремных слева 32x20мм, единичный надключичный слева 12x7 мм. Множественные аксиллярные л/у 18x15мм. В брюшной полости парааортальные, общие подвздошные л/у. Спленомегалия без патологического накопления радиофармацевтического препарата. В феврале 2018 года госпитализирована в отделение гематологии и химиотерапии.

Компьютерная томография (брюшная полость, мягкие ткани шеи, грудная клетка) от 26.02.2018: в ротоглотке образование 30x46x38мм, в мягких тканях на уровне трахеи 16x11x26мм (лимфоидная ткань?), множественные шейные л/у слева размерами до 43x26мм с зонами некроза. Надключичные л/у слева до 14мм.

Магнитная резонансная томография (головной мозг) от 27.02.2018: умеренная гидроцефалия. Лейкоареоз. Назначена полихимиотерапия «R-CHOP» с интратекальным введением цитостатиков, на фоне терапии отмечался положительный клинический эффект, нормализация картины по КТ, а также значительная гематологическая токсичность (продолжительность нейтропении 5 дней, min до 0.6), переход на схему «R-CHOP-mini». С сентября 2018 года увеличение шейных л/у слева. По данным биопсии и иммуногистохимии: рецидив В-клеточной лимфомы, NON-GCB.

Компьютерная томография (брюшная полость, малый таз, мягкие ткани шеи, грудная клетка) от 30.11.2018: образование, округлой формы, неоднородной структуры 36x40x32мм, шейные л/у до 11,5мм. Проведено 6 курсов полихимиотерапии «R-GDOx». Лучевая терапия суммарно 36 Гр. С 17.08.19 воспаление в области шва над патологическим образованием, 22.08.19 – появление изъязвления с истечением прозрачной, желтоватой жидкости. Выполнена биопсия: диффузная крупноклеточная В-клеточная

лимфома. При ИГХ: позитивная реакция на PD-L1 в 90% опухолевых клеток (CD20-позитивных, CD68-негативных).

Проведен курс ниволумабом 100мг в/в 28.11.19

Пациентка поступила 13.01.2020 с выраженными явлениями мукозита, язвенно-некротическими высыпаниями на коже (голена, спина), консультирована дерматологом: некротизирующий васкулит с поражением кожи, слизистых, разрешающаяся герпетическая инфекция с поражением слизистой губ, ротовой полости. В анализах крови картина гемолитической анемии.

Иницирована терапия: Преднизолон 1мг/кг в течение 2 недель, с постепенной отменой, ацикловир – 800 мг/сут. На фоне проводимой терапии разрешение гемолита, восстановление кожных покровов и слизистых.

По результатам МСКТ регресс патологического образования на шее. Продолжена терапия ниволумабом без рецидива некротизирующего васкулита.

Вывод. Терапия ИКТ является весьма эффективной в терапии злокачественных опухолевых заболеваний, однако нередко бывает ассоциирована с возникновением иммунных нежелательных реакций. По данным литературы, большинство побочных эффектов разрешаются в результате временной отмены препарата и/или применения глюкокортикостероидов. Повторное назначение ИКТ возможно по показаниям и под строгим клинико-лабораторным контролем. Недавние исследования показали, что идентичные рецидивы возможны от 18% до 42% случаев, и наиболее изучены для ингибиторов PD-1 и PD-L1.

В нашем случае был отмечен полный регресс кожных проявлений на фоне отмены препарата и терапии глюкокортикостероидами. При повторном назначении, рецидива не случилось, лечение ИКТ было продолжено в полном объеме.

Случай фульминантного гепатита в Новосибирске

Моисеева Е. А.

Новосибирский государственный медицинский университет, городская инфекционная клиническая больница № 1, Новосибирск

Приблизительно 650 тыс. смертей ежегодно в мире обусловлено патологией, ассоциированной с HBV. Низким уровнем распространенности принято считать регионы с частотой носительства менее 2%, средним или умеренным – 2–8%, более 8% – высоким. В Австралии, Центральной Европе, США, Канаде отмечают низкий уровень носительства (не более 2%), в Восточной Европе, России уровень носительства составляет от 2–7%. К странам с высоким уровнем носительства HBsAg можно отнести Китай – более 8%. Частота острого вирусного гепатита В (ВГВ) за последние 7 лет в Новосибирской области (НСО) снизилась – примерно до 12–16 случаев за год. Частота фульминантного гепатита (ФГ) при ВГВ составляет 1–2%, а процент летальных исходов при ФГВ без пересадки печени достигает 70%. На фоне снижения заболеваемости острым ВГВ в НСО за последние 5 лет, в октябре 2020 года и в январе 2021 года зарегистрированы случаи ФГВ. Пациентка П., 55 лет, жительница Новосибирска, заболела остро 28.09.2020 с головной болью, першением в горле, жидким стулом до 3 р/сут. 30.09 присоединились рвота до 5 р/сут., температура 37,2 °С. 02.10. доставлена скорой медицинской помощью в Городскую инфекционную клиническую больницу № 1. Отмечались слабость, головная боль, рвота, жидкий стул, гепатомегалия (+2 см). Были значительно повышены показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ) 5155 ед/л, аспартатаминотрансферазы (АСТ) 4680

ед/л, снижен протромбиновый индекс (ПТИ) 56%, билирубин в норме 19 мкмоль/л. Поставлен диагноз: вирусный гепатит А, безжелтушная форма, тяжелой степени тяжести. Назначена инфузионная терапия с орнитином 40 мл 1 раз/сут, дексаметазоном 8 мг 2 р/сут. 5.10. состояние тяжелое: вялая, адинамичная, признаки острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ) I степени, гепатомегалия (+3 см). Сохраняется повышение АЛТ 5420 ед/л, АСТ 2000 ед/л, снижен ПТИ до 52%, билирубин 40 мкмоль/л. 6.10. сохранялись ОПЭ I ст., субиктеричность кожи и склер, гепатомегалия (+3 см). 7.10. на фоне проводимой терапии нарастание цитолиза (АЛТ 6440 ед/л, АСТ 3292 ед/л), снижение ПТИ до 48%, сонливость, «хлопающий» тремор (ОПЭ II ст.). Вечером 7.10. нарастание цитолиза (АЛТ 8090 ед/л., АСТ 6581 ед/л.), билирубина до 346 мкмоль/л, снижение уровня мочевины до 0,9 мм/л, ПТИ до 50%, альбумина до 31 г/л. Проводилась пульс-терапия солюмедролом 1,5 г в/в, увеличена доза орнитина до 40 мл 2 раз/сут., переливалась свежемороженая плазма (СЗП). 8.10. состояние очень тяжелое. Печень не пальпировалась (симптом «пустого подреберья»). При уменьшении цитолиза (АЛТ 4508 ед/л, АСТ 2677 ед/л) дальнейшее снижение ПТИ до 32%, билирубин 347 мкмоль/л. Повторная пульс-терапия солюмедролом 1,5г в/в и орнитином 40 мл 2 раза в сутки, СЗП, цитофлавин, реамберин, гептрал. Больная переведена в ОРИТ: неадекватна, ОПЭ II ст., частично ориентирована во времени и пространстве, выраженное психомоторное возбуждение, галлюцинаторно-бредовый синдром, выраженная желтуха, пастозность голеней и стоп. 9.10. развился асцит. Уровень сознания минимальный, в контакт вступала с трудом, была неадекватна, дезориентирована, периодическое психомоторное возбуждение, ПТИ 29%. К 14:00 в контакт не вступала (ОПЭ III ст.), аритмичное дыхание, переведена на ИВЛ. 10.10.: печеночная кома (ОПЭ IV ст.), критическое снижение ПТИ до 25%. 11.10. у больной диагностирована кома 5–6 баллов по Глазго. 12.10. в 1:40 произошла асистолия, летальный исход. Диагноз ВГВ подтвержден выявлением в ПЦР ДНК HBV 7,7*10⁴ МЕ HBV/мл; в ИФА: HBsAg(+), IgMHBsC(+). IgM HBD (-). Выводы: у больной имел место сверхострый вариант ФГВ на 1-й неделе желтушного периода ВГВ, с быстрым прогрессированием синдрома цитолиза с преобладанием АЛТ, острой печеночной энцефалопатий от I до IV степени, коагулопатии (снижением ПТИ с 56 до 25%), завершившимся летальным исходом на фоне консервативной терапии без неотложной пересадки печени.

Нарушения психики в постковидном периоде и их связь с соматическим статусом пациента

Нестерина М. К., Нуруллина Г. И.

*Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан,
Казань*

Введение. Проблема реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (НКИ), стала общемедицинской и находится в стадии активного изучения. Исходом заболевания может быть развитие интерстициального заболевания легких, легочного фиброза, на фоне которых могут длительное время персистировать симптомы заболевания. Пандемия оказалась сопряженной с увеличением частоты психических расстройств. По данным Всемирной организации здравоохранения, более чем у 34% пациентов с НКИ возникают различной степени тяжести психические и неврологические проявления.

Клинический случай. Пациент И. проходил лечение в отделении пульмонологии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» (ГАУЗ

РКБ МЗ РТ) в марте 2020 г. с диагнозом: Интерстициальное заболевание легких как исход двусторонней вирусной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией. Двусторонняя вирусно-бактериальная пневмония средней степени тяжести. ДН2. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад заболел НКИ, в связи с прогрессирующим ухудшением состояния был госпитализирован в провизорный госпиталь. Состояние оценивалось как средней тяжести, диагностирована двусторонняя вирусная пневмония с поражением до 75% легочной паренхимы. После проведенной патогенетической терапии был выписан с улучшением. В течение 3 месяцев после выписки пациент был двукратно госпитализирован по причине рецидивирования симптомов. Проведена повторная Компьютерная томография легких (КТ легких), отмечена отрицательная динамика по сравнению с предыдущим результатом. В связи с отсутствием улучшения состояния, был направлен в отделение пульмонологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ для лечения и дообследования. При первичном осмотре были выявлены жалобы на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, изнуряющий кашель, лихорадку. Была назначена терапия: низкопроточная кислородотерапия, эноксапарин, дексаметазон, меронем, гликлазид, ежедневная дыхательная гимнастика и физиотерапия. На фоне лечения состояние пациента улучшилось, симптомы нивелировались. В анализах крови прослеживалась положительная динамика: содержание лейкоцитов – 10,3*10⁹/л, СОЭ – 13 мм/час, СРБ – 4,6 мг/л, по сравнению с данными при поступлении, когда число лейкоцитов составляло 14,2*10⁹/л, нейтрофилов – 10,9*10⁹/л, СОЭ – 27 мм/час, уровень СРБ – 16,8 мг/л. Кроме основных жалоб, обращали на себя внимание эмоциональная лабильность пациента, выраженное беспокойство в отношении своего состояния и прогноза. Больной постоянно измерял сатурацию четырьмя личными пульсоксиметрами. Озвучивал жалобы на впервые возникшие приступы тревоги, «панических атак», бессонницу, головокружения, выраженные нарушения памяти, повышенную утомляемость. Был чрезмерно обеспокоен нарастанием полноты, ухудшением зрения, что расценивал как побочные эффекты терапии. Пациент консультирован психотерапевтом, выставлен диагноз: Астено-невротические проявления, вызванные соматическим заболеванием, рекомендованы селанк и фенибут. После подробного анализа соматического статуса пациента при помощи клинических опросников была проведена оценка выраженности психоневротических расстройств. Получены следующие результаты: по опроснику СМОЛ выявлены высокие значения по шкале ипохондрии – 75 Т-баллов и психастении – 81 Т-баллов. По клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний продемонстрирован высокий уровень невротизации по шкалам тревоги – 7,74 балла и вегетативных нарушений – 9,57 баллов. По шкале депрессии Бека – 29 баллов. По шкале Мориски-Грин – 4 балла. Заключение. У пациента И. в постковидном периоде на фоне соматического состояния средней степени тяжести выявлены признаки психических и неврологических нарушений. В профиле личности преобладают заостренность внимания на соматическом неблагополучии, высокая тревожность, социальная замкнутость, склонность к «информационной жвачке», что может приводить к повторным госпитализациям, отсутствию улучшения клинического течения заболевания, повышенной невротизации и депрессии. Проявления острого нервно-психического расстройства у пациентов, перенесших НКИ, могут усугубляться продолжающейся гипоксией головного мозга, сосудистыми нарушениями, длительным приемом гормональных препаратов. В связи с чем, пациентам в раннем постковидном периоде важно своевременное выявление психических нарушений с целью рекомендации индивидуальной психотерапии и подбора специализированных препаратов, что может способствовать более быстрому и эффективному выздоровлению пациентов с НКИ.

Клинический случай прогрессирующего семейного внутриверечного холестаза 3 типа

Паневкина С. В., Абдурахманов Д. Т., Розина Т. П.,
Никулкина Е. Н., Танащук Е. Л., Наякина Н. Ю., Моисеев С. В.

Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Клиника
ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е. М. Тареева,
Москва

Введение. Прогрессирующий семейный внутриверечный холестаз (ПСВХ) – это гетерогенная группа редких аутосомно-рецессивных заболеваний, связанных с нарушением секреции или транспорта желчных кислот. Распространенность ПСВХ составляет приблизительно 1: 50 000–100 000 новорожденных. Существует 6 генетических вариантов ПСВХ, наиболее частыми из которых являются ПСВХ 1 типа, 2 типа и 3 типа, связанные с мутациями в генах АТР8В1, АВСВ11 и АВСВ4, соответственно. Основные проявления ПСВХ, такие как желтуха, кожный зуд и лабораторные признаки холестаза, обычно появляются в младенчестве или раннем детстве. Заболевание зачастую характеризуется быстро прогрессирующим течением с формированием цирроза печени в первые 10 лет жизни. На сегодняшний день лечение ПСВХ не разработано. В редких случаях применяются хирургические методы лечения, однако наиболее эффективной чаще всего оказывается трансплантация печени. В данной работе представлен редкий клинический случай ПСВХ 3 типа, диагностированный у пациента в возрасте 26 лет.

Описание клинического случая. Пациент М. 26 лет поступил в отделение гепатологии Клиники имени Е. М. Тареева с жалобами на желтушность кожных покровов и склер. Вышеуказанные жалобы впервые появились за 1,5 месяца до обращения на фоне полного здоровья пациента. При обследовании обращали на себя внимание признаки цитолиза и холестаза, панцитопения, белково-синтетическая функция печени была сохранена. По результатам инструментальных исследований (ультразвуковое исследование и компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, эзофагогастродуоденоскопия) были выявлены признаки цирроза печени с синдромом портальной гипертензии, а также расширение внутриверечных желчных протоков. Данных за вирусное (вирус иммунодефицита человека, вирусы гепатита В и С, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус) и аутоиммунное (анти-нуклеарный фактор, антимитохондриальные М2 антитела, перинуклеарные антитела к цитоплазме нейтрофилов, цитоплазматические антитела к цитоплазме нейтрофилов, антитела к гладким мышцам) поражение печени не получено. Признаков болезней накопления также обнаружено не было (ферритин и церулоплазмин сыворотки в норме, кольцо Кайзера-Флейшера не выявлено). Учитывая мужской пол, лабораторные признаки цитолиза и холестаза, наличие расширения внутриверечных желчных протоков, у больного был заподозрен первичный склерозирующий холангит (ПСХ) в сочетании с аутоиммунным гепатитом, начато лечение урсодезоксихолевой кислотой в дозе 750 мг в сутки, в дальнейшем к лечению был добавлен преднизолон в дозе 35 мг в сутки. Однако в связи с отсутствием характерных для ПСХ изменений при магнитно-резонансной холангиопанкреатографии и эффекта от проводимой терапии (нарастающие цитолиза и холестаза, снижение уровня альбумина и протромбина сыворотки), а также обнаружением высокой суточной экскреции меди с мочой (превышала верхнюю границу нормы в 5 раз), была заподозрена болезнь Вильсона-Коновалова. Пациент был направлен на генетическое тестирование, которое не подтвердило болезнь Вильсона-Коновалова,

но выявило мутацию в гене АВСВ4, соответствующую ПСВХ 3 типа. К моменту получения результатов генетического тестирования, у пациента отмечались признаки выраженной печеночной недостаточности, отечно-асцитического синдрома, желтуха, сумма баллов по шкале Model for End-Stage Liver Disease (MELD) составила 15, что являлось основанием для постановки больного в лист ожидания трансплантации печени. Через 14 месяцев после первой госпитализации в Клинику пациенту была успешно выполнена ортотопическая трансплантация печени. В настоящее время состояние больного удовлетворительное, он находится под динамическим наблюдением гепатологов.

Заключение. Таким образом, необходимо тщательное обследование пациентов с признаками холестатического синдрома даже во взрослом возрасте для выявления ПСВХ с поздним дебютом и своевременного начала терапии.

Клинический случай хориоретинита на фоне генно-инженерной терапии ревматоидного артрита

Поздеева В. А., Уколов Н. Д.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

В современной медицинской практике вопрос диагностики и лечения многих аутоиммунных заболеваний остается особо актуальным. В такой патологический процесс вовлекается также и орган зрения. Поражение глаз может быть обусловлено и терапией аутоиммунных заболеваний препаратами системного действия.

Пациентка С., 60 лет, обратилась к офтальмологу с жалобами на резкое снижение зрения на правом глазу, около 10 дней назад. Объективно: максимально скорректированную остроту зрения правого глаза 0,4, левого глаза 0,7. На обоих глазах роговица прозрачная, конъюнктивы отечная, складки на ребре века. В хрусталиках начальные помутнения. В правом глазу – взвесь воспалительных клеток в стекловидном теле. При осмотре глазного дна в области макулы отек, по верхне-сосудистой аркаде – мягкий экссудат с пигментацией. Сетчатка пастозна. При пальпации правого глаза болезненность. Пациентке выполнена оптическая когерентная томография макулярной области обоих глаз. Правый глаз – профиль макулярной ямки сохранен, эпиретинальная мембрана парамакулярно, без выраженной тракции сетчатки. По верхне-височной аркаде – хориоретинальный очаг с нарушением структуры слоев сетчатки. При тщательном сборе анамнеза, был выяснен ревматологический статус. Пациентка С. больна с конца 2013 г., когда впервые появились боли и припухание в мелких суставах кистей. Принимала преднизолон 10 мг/сут. без эффекта. В марте 2014 г. выставлен диагноз: Серопозитивный ревматоидный артрит, ранняя стадия, 3 степень активности, неэрозивный, АЦЦП (+). Назначен сульфасалазин 2 г/сутки. В связи с отсутствием эффекта в схему лечения добавлены: метотрексат 17,5 мг в неделю, преднизолон 10 мг в сутки, фолиевая кислота 5 мг в неделю и нимесулид 100 мг два раза в день постоянно. С учетом неэффективности базисной терапии пациентке была назначена генно-инженерная терапия. Пациентка получила на момент обращения к офтальмологу инфликсимаб 9 раз. С учетом анамнеза и клиники течения, пациентке выставлен диагноз: Хориоретинит правого глаза на фоне генно-инженерной терапии ревматоидного артрита. Пациентка направлена на исключение токсоплазменной и туберкулезной природы развития заболевания (в связи с типичной офтальмологической картиной для данных нозологий). Пациентка осмотрена офтальмофтизиатром. На основании отрицательного Диаскинтеста была исключена туберкулезная этиология увеита. Антитела к токсоплазме IgG 170 МЕ/мл (положительный >8). Исхода

из полученных данных, пациентке скорректирован диагноз: Хориоретинит токсоплазменной этиологии правого глаза, фаза инфильтрации. Назначено лечение: дексаметазон по 1 капле 6 раз в течение 1 часа – 2 раза в день, непафенак – по 1 капле 4 раза в день, внутрь ровамицин 3 млн МЕ – 2 раза в день, 20 дней. На контроле после лечения через 20 дней острота зрения правого глаза с коррекцией составила 1,0, активных жалоб не предъявляет. По данным ОКТ и осмотра глазного дна: значительное уменьшение отека сетчатки. В связи с выраженным побочным действием и неэффективностью терапии ревматоидного артрита, пациентке отменен препарат инфликсимаб после 9 инфузий. В настоящее время принимает метотрексат 10 мг, преднизолон 10 мг, нимесулид 100 мг два раза в сутки, дексаметазон внутримышечном 1 раз в 2 дня, лефлуномид 20 мг в сутки, регулярно наблюдается у ревматолога по месту жительства. Рецидивов хориоретинита не отмечает.

Терапия аутоиммунной патологии препаратами системного действия может вызывать побочные эффекты во многих органах и системах, в том числе, в органе зрения, о чем необходимо помнить профильным специалистам (ревматолог, терапевт, офтальмолог) в системе как первичного приема, так и при консультировании пациентов в стационаре. В данном случае у пациентки произошла активация очага хронической инфекции на фоне генно-инженерной терапии ревматоидного артрита.

Родственная трансплантация печени от однойцевой сестры у больной врожденным фиброзом печени

Розина Т. П., Старостина Е. Е., Семенов А. В., Филин А. В., Ким Э. Ф., Некрасова Т. П., Фастовец С. В.

Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Покровского, Москва

Врожденный фиброз (ВФ) печени – это редкое аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся перипортальным фиброзом различной степени выраженности и хаотичным ходом желчных протоков. У большинства пациентов первые клинические признаки обычно связаны с портальной гипертензией, в частности со спленомегалией и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Неспецифичность клинической картины ВФ печени значительно затрудняет его распознавание, диагноз часто ставится методом «исключения», т. е. имеющиеся тромбоцитопения и дефицит факторов свертывания не позволяют верифицировать заболевание морфологически. Причиной развития ВФ печени являются мутации в разных генах, наиболее часто в гене «поликистоза почек и печени» PKHD1, причем, мутации встречаются во всех экзонах, что значительно затрудняет генетическую диагностику заболевания. У пациентки 23 лет в 2009 г. на раннем сроке беременности выявлены небольшая тромбоцитопения, повышение активности трансаминаз до 1,5–2 норм, выраженная спленомегалия (размер селезенки 18x9 см). Маркеры вирусов гепатита В и С не обнаружены. Беременность протекала с выраженным отеком синдромом, на сроке гестации 35 недель проведено кесарево сечение. В мае 2011 г в связи с нарастанием слабости и утомляемостью госпитализирована по месту жительства. Выявлены гипохромная анемия, лейкопения, умеренная тромбоцитопения. Лабораторные признаки цитолита и холестаза отсутствовали. При УЗИ органов брюшной полости (ОБП) обнаружены спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вен до 14 и 15 мм соответственно, а также замедление скорости кровотока в портальной

системе. При эзофагогастродуоденоскопии выявлено ВРВП 1 ст. В результате проведенного обследования диагностирована подпеченочная форма портальной гипертензии, тромбоз селезеночной вены. Терапия антикоагулянтами не проводилась. В декабре 2011 г повторно госпитализирована для сплено-рентальной шунтирования. В лабораторных данных обращали на себя внимание трехкратное повышение уровня билирубина, впервые – признаки печеночной недостаточности: снижение протромбинового индекса (ПТИ) до 51%. При КТ ОБП впервые выявлен асцит, тромбоз селезеночной вены не подтвержден. Для уточнения характера поражения печени в феврале 2012 г. госпитализирована в клинику им. Е. М. Тареева. Как возможные этиологические факторы поражения печени были исключены аутоиммунный гепатит, болезнь Вильсона-Коновалова, первичный склерозирующий холангит, вирусный гепатит В и С, дефицит альфа-1-антитрипсина, токсическое и лекарственное поражения печени. В связи с выраженной спленомегалией, тромбоцитопенией исключены миело- и лимфопролиферативное заболевание, аутоиммунная тромбоцитопения. Учитывая наличие выраженной портальной гипертензии, тромбоцитопении, нормальной активности АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, а также молодой возраст пациентки, наиболее вероятным представлялся диагноз врожденного фиброза печени. Однако наличие геморрагического синдрома, тромбоцитопении, дефицита факторов свертывания не позволяло провести биопсию печени и подтвердить диагноз морфологически. Принимая во внимание декомпенсацию цирроза печени, больная включена в лист ожидания трансплантации печени. В качестве донора рассматривалась однойцевая сестра пациентки, тщательное обследование которой, включающее биопсию печени и консультацию генетика, позволило исключить у нее наличие хронического диффузного заболевания печени. В феврале 2013 г. больной выполнена ортотопическая трансплантация печени от сестры-близнеца. Макроскопически печень реципиента была маленьких размеров, картина соответствовала крупноузловому циррозу печени. При микроскопическом исследовании: Дольковое и балочное строение нарушено. Фиброзная строма представлена субкапсулярными и внутripеченочными прослойками звездчатой формы, от которых отходят прямые равномерной толщины фиброзные септы. Центральная часть септ представлена продольно идущими пучками грубо волокнистой соединительной ткани. Гепатоциты без патологических признаков. Таким образом, морфологическая картина соответствовала врожденному фиброзу печени.

Особенностью данного наблюдения является развитие поражения печени только у одной из однойцевых сестер-близнецов. Можно предположить, что мутация гена PKHD1 произошла после физического разделения blastomeres, что привело к появлению монозиготных близнецов с проявлением заболевания только у одного из них. Возможность проведения трансплантации печени позволила радикально изменить прогноз ранее неизлечимого заболевания.

Манифестация гранулематоза с полиангиитом у пациентки с инфекцией SARS-CoV2

Рымберг В. П., Ревва О. В., Воронова Н. Е., Корсакова Л. В., Теплова Л. В., Шапсигова О. А., Вечорко В. И., Кочмарева Е. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова, Москва

Вступление. В пандемию COVID-19 стала актуальной дифференциальная диагностика пневмонита, вызываемого SARS-CoV2, и других изменений

в легких, в т. ч., при системных заболеваниях соединительной ткани. В данном клиническом случае представлен дебют гранулематоза с полиангиитом и последующее присоединение инфекции COVID-19 у пациентки 29 лет. Клинический случай/ Пациентка М., доставлена 11.09.2020 г. в ковидный стационар г. Москвы с жалобами на затруднение носового дыхания, сухой кашель, онемение губ, снижение слуха, повышение температуры до 38 °С в течение 3 месяцев. 27.08.2020 г. положительный результат ПЦР SARS-CoV2. Амбулаторно: левофлоксацин, цефепим, риамовир – без эффекта. 01.09.2020 г. на КТ ОГК участки уплотнения по типу «матового стекла» КТ 1 ст., расценены как проявления вирусной пневмонии. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожный покров без особенностей. ЧД 18 в мин/; SaO2 на воздухе 99%; АД 132/82 мм рт.ст., ЧСС 85 в мин. Язык влажный, живот не увеличен, мягкий и безболезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Лабораторно: нейтрофильный лейкоцитоз $17,7 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз $733 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок (СРБ) 27,38 мг/л, микрогематурия. Осмотрена ЛОР-врачом: диагностированы остаточные явления двустороннего гайморита и отита. Назначен цефтриаксон, эноксапарин натрия 40 мгх2 р/сут. 16.09.2020 г. эпизод выраженного кровохарканья, отменен антикоагулянт. Лабораторно: нарастание СРБ, креатинина крови; гемоглобин 68 г/л, протеинурия (1,0 г/л), глюкозурия (5,5 ммоль/л), сохранялись лейкоцитоз, микрогематурия. Проведена гемотрансфузия 2 доз эритроцитарной взвеси и свежезамороженной плазмы. В связи с продолжающимся кровохарканьем и возникновением ДН, переведена в реанимационное отделение. По данным бронхоскопии состоявшееся легочное кровотечение. Из бронхоальвеолярного лаважа выделен *A. baumannii*, назначен цефепим/сульбактам. КТ ОГК в динамике: КТ-картина двусторонней полисегментарной пневмонии, высокая вероятность COVID-19, КТ 3–4 ст. Состояние усугубилось антибиотик-ассоциированным колитом, терапия метронидазолом и ванкомицином. Явления колита купированы. 19.10.2020 г. – явления полиорганной недостаточности, переведена на ИВЛ, инициирована вазопрессорная терапия. Проведен консилиум совместно с заведующей ревматологическим отделением: с учетом анамнеза и результатов обследования

заподозрен системный васкулит с быстро прогрессирующим гломеруло-нефритом, что подтверждено высоким титром антител к протеиназе-3 (>200 отн. ед.). Назначена пульс-терапия метилпреднизолоном 250 мг в/в + преднизолоном 60 мг/сут внутрь. От назначения цитостатиков решено воздержаться в связи с высоким риском усугубления течения COVID-19. От проведения пункционной биопсии почки также решено воздержаться. 18.09–30.09.2020 г. проведено 3 сеанса плазмафереза, 4 сеанса плазмообмена. 25.09.2020 выполнена трахеостомия. 26.09–13.10.2020 г. на фоне олигоанурии, прогрессирования ОПП (креатинин 411,4 мкмоль/л) – 6 сеансов продолжительной гемодиализации. Назначен метилпреднизолон 48 мг внутрь. Лабораторно: снижение СРБ, лейкоцитоза. Возобновлена антикоагулянтная терапия, с иммуностабилзирующей целью в/в введен иммуноглобулин человека в суммарной дозе 150 г. 08.10.2020 г. из мокроты выделена *P. aeruginosa*, назначены тигециклин + ингаляционный колистин. Результат лечения: частичное разрешение явлений ОПП, ясное сознание, перевод на самостоятельное дыхание увлажненным кислородом. На КТ ОГК: уменьшение зон поражения легких до КТ 2 ст. 26.10.2020 г. выписана на амбулаторное долечивание, рекомендовано обращение в ревматологический центр, где продолжена патогенетическая терапия в режиме индукции ремиссии (назначен Циклофосфан 600 мг/мес). Через 3 месяца – восстановление массы тела, регресс одышки, сохраняется тугоухость. КТ-контроль ОГК: остаточные явления в виде ретикулярных тяжей в обоих легких. По настоящее время продолжается патогенетическая терапия. Заключение/ Данный случай демонстрирует проблемы диагностики редких заболеваний в условиях пандемии, в то время как их сочетание с инфекцией COVID-19 крайне неблагоприятно влияет на прогноз пациентов. Рецидивирующий синусит явился нераспознанным дебютом системного васкулита, а присоединение COVID-19 и далее маскировало ANCA-васкулит, что привело к прогрессирующему ухудшению состояния пациентки. Благодаря своевременной диагностике и патогенетической терапии системного васкулита удалось добиться регресса воспалительной реакции и полиорганной недостаточности.

Сборник тезисов

Некоторые подходы к лечению больных ишемической болезнью сердца с артериальной гипертензией, подвергшихся стентированию Азизов Ш. И., Узоков Ж. К., Тошев Б. Б., Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Исхаков Ш. А.	36
Особенности диастолической функции левого желудочка и деформации миокарда после стентирования у больных сахарным диабетом 2-го типа аАляви А. Л., Туляганова Д. К., Нуригдинова С. К., Хан Т. А., Юнусова Л. И., Назарова Г. А.	36
Влияние коррекции липидного обмена на течение ишемической болезни почек у больных с артериальной гипертензией Андреева Д. В.	37
Особенности неалкогольной жировой болезни печени в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа и без диабета Багрий А. Э., Андреева Е. А., Пылаева Е. А., Брюховецкая Е. В.	37
Сравнительная оценка сахарного диабета, который развился вследствие деструктивного поражения поджелудочной железы и сахарного диабета 2 типа Багрий А. Э., Никулин И. Ю., Пылаева Е. А., Нахлани Д. С.	38
Бессимптомная гиперурикемия у пациентов с ревматическими заболеваниями Башкинов Р. А., Фонтуренко А. Ю., Мазуров В. И., Гайдукова И. З.	38
Респираторные и экстрапульмональные проявления COVID-19 у амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями Бородай А. А., Тяпкина Д. А., Семенова О. Н., Тяпаева А. Р., Наумова Е. А.	39
Диагностические возможности анкетирования для выявления гиперурикемии при суставном синдроме Георгинова О. А., Краснова Т. Н., Григор С. О., Павликова Е. П., Потапенко А. В.	39
Факторы риска развития фибрилляции предсердий после аортокоронарного шунтирования Захарьян Е. А.	40
Пероральные препараты железа у пациентов мужского пола с гипохромной микроцитарной анемией Ковальчук М. С., Стуклов Н. И., Гуркина А. А., Ченцова Д. Д., Кислый Н. Д.	40
Роль катепсина L в развитии дизгидрических нутритивных нарушений при опухолях пищеварительного тракта в фазе прогрессии в эпоху COVID-19 Костюченко Л. Н., Варванина Г. Г., Лычкова А. Э.	41
Клинико-anamnestические показатели пациентов трудоспособного возраста в постковидный период Ларина В. Н., Рыжих А. А., Шерегова Е. Н.	41
Оценка качества жизни больных остеоартритом коленного сустава 0–2 стадий после сочетанной ортовольтной рентгенотерапии и SYSADDOA (открытое рандомизированное исследование) Макарова М. В., Вальков М. Ю.	42
Собственный опыт применения ингибиторов янус-киназ в комплексной терапии COVID-19 Мельников Е. С., Мазуров В. И.	42
Течение сахарного диабета у пациентов с коронавирусной пневмонией Михайлова О. Д., Гиззатуллин Э. Р., Касимов А. М.	43
Социально-психологические факторы, влияющие на развитие и течение хронического панкреатита Михайлова О. Д., Камалов М. И., Куликова И. Н., Григус Я. И.	43
Особенности иммуногенности ингибиторов фактора некроза опухоли α у пациентов с различными иммуновоспалительными заболеваниями Нуриахметова Т. Ю., Одинцова А. Х., Сухорукова Е. В., Абдулганиева Д. И.	44
Особенности течения бронхиальной астмы на современном этапе Приходько О. Б., Кострова И. В., Лучникова Т. А., Анохина В. С., Красовская О. О.	44
Влияние комплекса физиотерапии и лечебной физкультуры на показатели качества жизни больных с остеоартрозом коленных суставов Расулова З. Д., Шайхова У. Р., Валижанова З. И.	45
Эффективность и безопасность стентирования коронарных артерий, имеющих гемодинамически значимый стеноз и эктазию Стародубов О. Д., Попов А. В., Суслов А. С., Филатов М. В.	45
Особенности вариабельности ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической обструктивной болезнью легких Стаценко М. Е., Лопушкова Ю. Е.	46
Особенности вариабельности сердечного ритма и риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени Стаценко М. Е., Стрельцова А. М., Деревянченко М. В.	46

Комбинированная противовирусная терапия при новой коронавирусной инфекции: клинический случай Туличев А. А., Улитин И. Б., Улитин Б. И., Туличева Н. А.....	47
Оценка факторов воспаления, показателей липидного обмена и жизнеспособности миокарда у пациентов коронарной болезнью сердца с метаболическим синдромом, подвергшихся стентированию Узоков Ж. К., Тошев Б. Б., Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х.....	48
Спектр болезней органов пищеварения у мужчин призывного возраста Якушев А. А., Федоров И. Г., Саликов А. В., Ильченко Л. Ю., Никитин И. Г.....	48

Конкурс на лучшую научную работу

Сравнительный анализ течения постковидного синдрома у лиц разных возрастных групп Абулдинова О. А.....	50
Ангиопозтин-подобный белок 4 типа как ключевой фактор, связывающий метаболические изменения и развитие почечной дисфункции у больных ревматоидным артритом Александров В. А.	50
Влияние факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на качество жизни медицинских работников на модели Томской области Альмикеева А. А.....	51
Распространенность нутритивных нарушений среди пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от состояния почечной функции Борханова Э. Г., Альяскари С. З., Дербали М. А.	51
Разрывы миокарда: предикторы, клинические и медико-биологические аспекты Виллов В. В., Журавлев А. К.....	52
Терапия остеоартрита коленного сустава: сочетанное применение гликозаминогликан-пептидного комплекса и диацереина Гончарова В. Е.....	52
Отдаленный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий и инфарктом миокарда: влияние клинико-anamnestических факторов и лекарственной терапии Ежова А. В., Симкова Л. А., Переверзева К. Г.....	53
Особенности коморбидной патологии у пациентов с частыми тяжелыми обострениями хронической обструктивной болезни легких Зиннатуллина А. Р.	54
Анализ качества оказания медицинской помощи у пациентов с тромбозом легочной артерии Иномов А. А.....	54
Структура хронических неинфекционных заболеваний у долгожителей г. Москвы Ларина В. Н., Карпенко Д. Г., Врублевский А. Н.	55
Зависимость иммуногенности и эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли α от длительности лечения различных иммуновоспалительных заболеваний Нуриахметова Т. Ю., Шевнина Я. О., Сухорукова Е. В.	56
Возможности кардиопротекции у пациентов, получающих лечение программным гемодиализом Седов Д. С., Ребров А. П.....	56
Оценка структуры заболеваемости бронхолегочной патологией среди пациентов с колоректальными раками Сементеева М. В., Логвиненко Н. И.	57
Возможности ранней диагностики поражения кишечника у больных анкилозирующим спондилитом Тарасова Д. Д.....	58
Полиморфизмы генов ренин-ангиотензиновой системы при различных метаболических фенотипах у лиц молодого возраста Ткаченко П. Е., Гаврилова Е. С., Чулков В. С.	58
Молекулярно-генетические маркеры инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом 2 типа Толмачева А. А.	59
Коморбидная патология при псориатическом артрите: связь с клинико-лабораторными и ультразвуковыми особенностями течения псориатического артрита и качеством жизни Файрушина И. Ф.	59
Структура коморбидной патологии у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани в постменопаузальном периоде Шамбатов М. А.....	60

Конкурс на лучший клинический случай

Клинический случай острого повреждения почек у пациента с COVID-19 Абдуллина Э. Р., Шайдуллина Д. М., Лотфуллина Г. Р., Нуруллина Г. И., Халфина Т. Н.	61
Подострый тиреоидит, ассоциированный с COVID-19: случай из практики Авакова С. М., Дегтярева Ю. С., Давиденко И. Ю., Волкова Н. И.	61
Трудности диагностики дерматополимиозита в практике врача первичного звена Гончарова В. Е., Размерица А. А.	62
Лейкемоидная реакция миелоидного типа у пациентки с инфекционным эндокардитом аортального клапана на фоне аденокарциномы хвоста поджелудочной железы Ким О. В., Резник Е. В., Лукьянов А. Л., Михалева Л. М.	63
Клинический случай внутривенного холестаза беременных Ковешников А. И.	63
Особенности дифференциальной диагностики синдрома тиреотоксикоза: клинический случай Кошкин Н. Е., Гизатуллина Г. Р., Ганенко Л. А., Давиденко И. Ю., Волкова Н. И.	64
Поражение почек при COVID-19 Краснова Л. А., Сагитова А. С., Халфина Т. Н., Нуруллина Г. И.	64
Манифестация саркоидоза на фоне диагностики и лечения ишемической болезни сердца с нарушением ритма сердца Майкова Е. В.	65
Формирование некротизирующего васкулита у пациентки с В-крупноклеточной лимфомой на фоне терапии ингибитором иммунных контрольных точек (PD-1) Мельников Е. С., Павлюченко Е. С., Мазуров В. И., Гайдукова И. З.	66
Случай фульминантного гепатита в Новосибирске Моисеева Е. А.	66
Нарушения психики в постковидном периоде и их связь с соматическим статусом пациента Нестерина М. К., Нуруллина Г. И.	67
Клинический случай прогрессирующего семейного внутривенного холестаза 3 типа Паневкина С. В., Абдурахманов Д. Т., Розина Т. П., Никулкина Е. Н., Танащук Е. Л., Няйкина Н. Ю., Моисеев С. В.	68
Клинический случай хориоретинита на фоне генно-инженерной терапии ревматоидного артрита Поздеева В. А., Уколов Н. Д.	68
Родственная трансплантация печени от однояйцевой сестры у больной врожденным фиброзом печени Розина Т. П., Старостина Е. Е., Семенов А. В., Филин А. В., Ким Э. Ф., Некрасова Т. П., Фастовец С. В.	69
Манифестация гранулематоза с полиангиитом у пациентки с инфекцией SARS-CoV2 Рымберг В. П., Ревва О. В., Воронова Н. Е., Корсакова Л. В., Теплова Л. В., Шапсигова О. А., Вечорко В. И., Кочмарева Е. А.	69

74-я Межрегиональная научно-практическая конференция
М: ООО «КСТ Групп», 2021. — 80 с.

Печать офсетная.

© Оформление, оригинал-макет, ООО «КСТ Групп», 2021

Конгресс-оператор



ООО «КСТ Групп», Москва, Научный проезд, 14Ас1
телефон: +7 (495) 419-08-68
электронная почта: info@kstgroup.ru