ISSN 2713-1823 (Online)

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

РНМОТ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ

ТЕРАПИЯ
THERAPY

RNMOT.ORG THERAPY-JOURNAL.RU

XXI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

19-21 ОКТЯБРЯ 2026 Г.
МОСКВА

ОРГАНИЗАТОРЫ:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ ТЕРАПИЯ №7

ТОЛЬКО ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

2026

XXI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ
(сборник тезисов)

19-21 ОКТЯБРЯ 2026 г., МОСКВА

РЕЦЕНЗЕНТЫ

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

Гасанов М.З., к.м.н., доцент, заместитель директора Медицинского института ФГБОУ ВО «НовГУ», доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «НовГУ», г. Великий Новгород

Жарова М.Е., к.м.н., эксперт Центра организации программ скрининга онкологических заболеваний ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, секретарь секции «Молодые терапевты» РНМОТ, г. Москва

Мухаметова Д.Д., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Тюрин А.В., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Файрушина И.Ф., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Чулков В.С., д.м.н., доцент, директор Медицинского института ФГБОУ ВО «НовГУ», зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «НовГУ», председатель секции «Молодые терапевты» РНМОТ, г. Великий Новгород

Для цитирования:
XX НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ
(сборник тезисов)
Терапия. 2026; 12(7S): 1-525
Doi: https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2026.7suppl.1-525

СОДЕРЖАНИЕ

АБАЕВА К. А., ЗАМЯТИН Р. А., ДЖИОЕВА О. Н.
Выявляемость анемий и железодефицитных состояний у пациентов с острой декомпенсацией СНСФВ 33

АБДУЛГАСАНОВ Р. А. ОГЛЫ, ШУМИЛИНА М. В., ИВАНОВ А. В., ДАРВИШ Н. А., ШОГЕНОВ М. А., АБДУЛГАСАНОВА М. Р., ИВАНОВА Е. В., ПРОВОТОРОВА Ю. Р., ГАСЫМОВ Э. Г.
Первичный гиперальдостеронизм у больных с артериальной гипертензией (результаты хирургического лечения) 34

АБДУЛГАСАНОВ РА. ОГЛЫ, ШУМИЛИНА М. В., ИВАНОВ А. В., ДАРВИШ Н. А., ШОГЕНОВ М. А., АБДУЛГАСАНОВА М. Р., ИВАНОВА Е. В., ПРОВОТОРОВА Ю. Р., ГАСЫМОВ Э. Г.
Феохромоцитома (параганглиома) надпочечников у больных с вторичной артериальной гипертензией 35

АБДУЛГАСАНОВ Р. А. ОГЛЫ, ШУМИЛИНА М. В., ИВАНОВ А. В., ДАРВИШ Н. А., ШОГЕНОВ М. А., АБДУЛГАСАНОВА М. Р., ИВАНОВА Е. В., ПРОВОТОРОВА Ю. Р., ГАСЫМОВ Э. Г.
Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии при приобретенных и врожденных заболеваниях аорты и магистральных артерий 36

АБДУЛГАСАНОВ Р. А. ОГЛЫ, ШУМИЛИНА М. В., ИВАНОВ А. В., ДАРВИШ Н. А., ШОГЕНОВ М. А., АБДУЛГАСАНОВА М. Р., ИВАНОВА Е. В., ПРОВОТОРОВА Ю. Р., ГАСЫМОВ Э. Г.
Диагностика и результаты хирургического лечения вазоренальной артериальной гипертензии 37

АБДУЛГАСАНОВ Р. А. ОГЛЫ, ШУМИЛИНА М. В., ИВАНОВ А. В., ДАРВИШ Н. А., ШОГЕНОВ М. А., АБДУЛГАСАНОВА М. Р., ИВАНОВА Е. В., ПРОВОТОРОВА Ю. Р., ГАСЫМОВ Э. Г.
Результаты хирургического лечения паренхиматозных (нефрогенных), вторичных артериальных гипертензий 38

АБДУЛЛАЕВ А. А.
Влияние комплексной медикаментозной терапии на структурно-функциональные параметры сердца у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом 39

АБДУЛЛАЕВ А. А.
Нейрогуморальные механизмы компенсации при инфаркте миокарда с низкой фракцией выброса: роль комбинированной терапии 40

АБДУЛЛАЕВ А. Х., АЛЯВИ Б. А., УЗОКОВ Ж. К., РАИМКУЛОВА Н. Р., РАСУЛОВ Е. Э.
Эффективность антиагрегантной терапии с учетом полиморфизма генов у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическими нарушениями 41

АБРАМЕНКО М. С., ОРЛОВА О. С.
Влияние гипербарического кислорода на митохондриальную функцию у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа 42

АБРАМОВ Ю. И., ДЕМКО И. В., СОБКО Е. А., МАТЮШИН Г. В.
Факторы, ассоциированные с переносимостью физической нагрузки у молодых мужчин с бронхиальной астмой 43

АБЫЗОВ А. С., КИЧИГИН В. А.
Влияние ингибиторов JAK и ингибиторов интерлейкина-6 на клинические исходы при COVID-19 44

АБЫЗОВ А. С., ПЕТРОВА В. Э., АБЫЗОВ М. С., ЖУРАВЛЕВА Н. В.
Клинический случай саркоидоза у пациентки с отягощенным онкологическим анамнезом 45

АБЫЗОВ А. С., АБЫЗОВ М. С., ПЕТРОВА В. Э., ЖУРАВЛЕВА Н. В.
Маски системного васкулита: сложности разграничения с острой инфекцией в клинической практике 46

АВДЕЕВА И. В., КУЛАКОВА Э. В., ПАВЛЕНКО К. И., ЛАВРЕНТЬЕВА Е. Д.
Оценка структурно-функциональных свойств артерий у пациентов
с дислипидемией и псориазом в анамнезе 47

АВЕРКИЕВА Ю. В., КОРОЛЕВА М. В., КОЛОСОВА Е. В., БУТАКОВА К. Д.
Влияние физического труда у мужчин на риск развития остеопоротических переломов 48

АВЕРКИЕВА Ю. В., КОРОЛЕВА М. В., КОЛОСОВА Е. В.
Гендерно-возрастная характеристика распространенности остеопоротических
переломов позвонков в популяции старших возрастных групп 49

АГАРКОВ Д. И.
Особенности полиморбидной патологии у лиц пожилого и старческого возраста
с артериальной гипертензией 50

АДАШЕВА Т. В.
Существует ли «женский вопрос» в гипертензиологии: беременность, лактация, контрацепция,
менопаузальный переход 51

**АКСЮТИНА Н. В., БОЛЬШАКОВА Т. Ю., ДЕМИЧЕВ И. А., НАРОЖНАЯ А. Д.,
ГУСЕНОВА Н. Г., ЗЛОБИНА А.А., АХМЕТОВ А.Р.**
Ассоциация факторов риска ИБС с острым коронарным синдромом 52

**АКСЮТИНА Н. В., БОЛЬШАКОВА Т. Ю., ДЕМИЧЕВ И. А., НАРОЖНАЯ А. Д.,
ГУСЕНОВА Н. Г., ЗЛОБИНА А.А., АХМЕТОВ А.Р.**
Коморбидность у пациентов со старческой астенией 53

**АКСЮТИНА Н. В., БОЛЬШАКОВА Т. Ю., НАРОЖНАЯ А. Д., ГУСЕНОВА Н. Г., З
ЛОБИНА А. А., АХМЕТОВ А.Р.**
Последствия SARS-CoV-2 у студентов, занимающихся спортом 54

**АКСЮТИНА Н. В., БОЛЬШАКОВА Т. Ю., ДЕМИЧЕВ И. А., НАРОЖНАЯ А. Д.,
ГУСЕНОВА Н. Г., ЗЛОБИНА А.А., АХМЕТОВ А.Р.**
Факторы риска, ухудшающие состояние здоровья студентов-медиков 55

**АКСЮТИНА Н. В., БОЛЬШАКОВА Т. Ю., ДЕМИЧЕВ И. А., НАРОЖНАЯ А. Д.,
АХМЕТОВ А. Р., ГУСЕНОВА Н.Г., ЗЛОБИНА А.А.**
Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистой патологией 56

**АКУЛЬШИНА Е. П., МАЛАХОВА А. Е., НИКОЛАЕВА Н. А., ВОРОНКОВА О. О.,
АБДУЛЛАЕВА Г. Б., КОЖЕВНИКОВА М. В., БЕЛЕНКОВ Ю. Н.**
Метаболический профиль ацилкарнитинов и аминокислот с разветвленной цепью
при саркоидозе и бронхиальной астме 57

АЛ АУТАИРИ А., МОИСЕЕВА А. Ю., КОБАЛАВА Ж. Д.
Интерлейкин-6 как предиктор неблагоприятных событий у пациентов старческого возраста
с хронической сердечной недостаточностью 58

АЛАЕДДИН Т., ТАРАСОВА О. И.
Жесткость селезенки как маркер риска кровотечения из ВРВП у пациентов с циррозом печени 59

АЛЕКСЕЕВА Р. И., ПИЛИПЕНКО В. В., ПЛОТНИКОВА О. А., ШАРАФЕТДИНОВ Х. Х.
Взаимосвязь показателей липидного обмена с хроническим субклиническим воспалением
у пациентов сахарным диабетом 2-го типа 60

АЛИАХУНОВА М. Ю.
Распространенность дефицита витамина D и его сезонные особенности
у пациентов ревматологического профиля 61

АЛИБАЕВ А. К., НАСЫПБЕКОВ А. А., МУРКАМИЛОВ И. Т.
Состояние минерального обмена и параметры центральной гемодинамики у лиц разных возрастных групп 62

АЛИЕВА Л. Х., РЕЗНИК Е. В.
Когнитивные нарушения и гипераммониемия у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: клинико-прогностическое значение 63

АЛИЕВА С. З., СРОЖИДИНОВА Н. З., ЭСОНОВ А. Р., ЭРГАШЕВ Ф. Ф., АБДУЛЛАЕВА С. Я., АБДУЖАЛИЛОВ С., ТЕЛМАНОВ Д. З.
Состояние маркеров воспаления у пациентов с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2-го типа 64

АЛИХАНОВА Н. А.
Клинический случай. Эффективность применения алирокумаба у пациента с очень высоким сердечно-сосудистым риском 65

АЛИХАНОВА Н. А.
Случай выявления редкого порока развития артериовенозной мальформации нижней доли правого легкого 66

АЛЬМУХАМЕТОВА А. И., МАКСУДОВА А. Н.
Виды почечной дисфункции пациентов пожилого возраста, госпитализированных в многопрофильный стационар 67

АМЕТОВ Э. Н.
Анализ соответствия реальной клинической практики актуальным рекомендациям по ведению пациентов с артериальной гипертензией 68

АМЕТОВ Э. Н.
Неалкогольная жировая болезнь печени как предиктор кардиометаболических рисков: проспективное исследование в амбулаторной практике 69

АМЕТОВ Э. Н.
Оптимизация сахароснижающей терапии при сахарном диабете 2-го типа с учетом сердечно-сосудистых и почечных рисков 70

АНДЕРЖАНОВА А. А., КОТОВА Д. П., ЛУКИНА М. В., МЕЛЕШКИНА Ю. А., БАЛАЛАЕВА М. А.
Аспирация и психотропная терапия как факторы риска развития внебольничных и нозокомиальных пневмоний у пациентов с психическими расстройствами 71

АНДЕРЖАНОВА А. А., КОТОВА Д. П., ЛУКИНА М. В., МЕЛЕШКИНА Ю. А., БАЛАЛАЕВА М. А.
Инфекционные осложнения у психиатрических пациентов многопрофильного стационара: структура, факторы риска и связь с психофармакотерапией 72

АНДРЕЕВ П. В., АНДРЕЕВА Е. И.
Клинический случай миокардита, ассоциированного с терапией ингибитором контрольных точек иммунитета пембролизумабом 73

АНДРЕЕВ Д. Н., ДИЧЕВА Д. Т., ПАРЦВАНИА–ВИНОГРАДОВА Е. В., КУТИЛИНА Л. Ю.,
Частота реинфекции у пациентов с ранее проведенной результативной эрадикацией H.pylori 74

АНДРЕЕВА Д. Д., МАКАРОВА Е. В., КАЛИННИКОВА Л. А., ДМИТРИЕВА Н. А., ГУСЕВ М. А.
Взаимосвязь метаболических показателей и биологического возраста у пациентов старшей возрастной группы с сахарным диабетом 2-го типа и саркопеническим ожирением 75

АНИСИМОВА К. А., БЕЛОВА А. А., АНТРОПОВА О. Н.
Предикторы успешной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий: роль структурно-функционального ремоделирования сердца и мультиморбидности 76

АРАЛОВА Е. Б., КЛЕСТЕР К. В., БЕРЕСТЕННИКОВ А. В., МУСТАФИНА С. В.
Витамин D и хроническая обструктивная болезнь легких: нутритивная поддержка или больше? 77

АРАЛОВА Е. Б., КЛЕСТЕР К. В., БАТРАК Т. А., БЕРЕСТЕННИКОВ А. В., ЛЫСЕНКО Т. А., ЯРКОВА В. Г.
Заболевания пищеварительной системы и нарушения минерального обмена: акцент на H.pylori 78

АРЧАКОВ Е. А.
Роль воспалительных процессов в исходе радиочастотной аблации у пациентов с фибрилляцией предсердий 79

АСАДУЛЛИНА Г. В., ГАЛИНУРОВА Э. Р., ФАТХУЛЛИНА Р. И., ИВЧЕНКОВА А. Ф., КОСТРЮКОВА А. Д.
Клинический случай впервые диагностированной множественной миеломы с осложнениями и летальным исходом у пожилой пациентки с сахарным диабетом 80

АФАНАСЬЕВ Н. Е., АГРАНОВИЧ Н. В., АГРАНОВИЧ В. О.
Выявление факторов, связанных с летальностью пациентов с COVID-19 в стационарах Ставропольского края в период пандемии 81

АХИЯРОВА К. Э., ТЮРИН А. В.
Гено-фенотипические корреляции при синдроме Элерса–Данло 82

БАКИРОВА Н. М., ЧЕРНЫШОВА Т. Е., ИВАНОВ Л. А.
Прогноз течения артериальной гипертонии при коррекции субклинического гипотиреоза 83

БАРСУКЕВИЧ В. Ч., ЗАВАЛЕЙ Е. А., ПЛАЩИНСКАЯ Л. И., ЧАСНОЙТЬ А. Р., ГОНЧАРИК Д. Б.
Оценка качества жизни у пациентов с фибрилляцией предсердий и имплантированными сложными устройствами (ИКД/CRT–D) после выполнения катетерной аблации устьев легочных вен 84

БАЮТИНА Я. А., ВРУБЛЕВСКИЙ А. Н., КАРПЕНКО Д. Г.
Сложности раннего амбулаторного выявления холангиоцеллюлярного рака 85

БЕДИНА С. А., МОЗГОВАЯ Е. Э.
Активность аденозиндезаминазы, аденозинкиназы и гуанилаткиназы в плазме крови и лимфоцитах у больных системной красной волчанкой в зависимости от степени активности заболевания 86

БЕЗБОРОДОВА А. П., РЫЖОВ А. В., ГРОМОВА Е. В., ВЛАСОВА Т. И.
Гендерные особенности некоторых компонентов адипокинового статуса у молодых лиц с избыточной массой тела и ожирением I степени 87

БЕЛИКОВА А. А.
Структурные характеристики образа будущего как предикторы выраженности послеродовой депрессивной симптоматики 88

БЕЛЫХ В. И., ПЕТРИКОВ А. С.
Влияние полиморфизма генов фолатного цикла на уровень гомоцистеина у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями 89

БЕЛЫХ В. И., ПЕТРИКОВ А. С.
Нарушения фибринолиза у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями 90

БЕЛЫХ В. И., ПЕТРИКОВ А. С.
Показатели белков «острой фазы» воспаления при тромбозе глубоких вен нижних конечностей 91

БЕЛЫХ В. И., ПЕТРИКОВ А. С.
Связь полиморфизма гена FV «1691 G>A” с нарушениями в системе протеина с у больных с рецидивирующими венозными тромбоэмболическими осложнениями 92

БЕЛЫХ В. И., ПЕТРИКОВ А. С.
Эндотелиальная дисфункция у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями 93

БЕХТЕНОВ Д. А., ГЕРАСИМЕНКО О. Н., ГОРБУНОВА А. М., ТОЛМАЧЕВА А. А.
Характеристика минеральной плотности костной ткани у пациентов
с вибрационной болезнью и остеоартритом 94

БИКУШОВА И. В., СМИРНОВА Е. А., ОВОДКОВА М. О.
Наследственный ангиоотек: как не пропустить диагноз в рутинной практике 95

БИРЕМБЕКОВА С. С., МАММАЕВ С. Н., КАСАЕВА Э. А.
Синдром Вильямса–Кемпбелла: редкий порок развития бронхолегочной системы 96

БЛУДОВА Н. Г., БЛАГОДАРЕНКО А. Б., РЕБРОВА О. А., БЛАГИНИНА И. И.
Изменения течения ревматоидного артрита при сочетании с субклиническим гипотиреозом 97

БЛУДОВА Н. Г., ЯРЦЕВА С. В., РЕБРОВА О. А., КНЯЗЕВА А. К., БЛАГОДАРЕНКО А. Б.
Оценка риска развития атеросклероза у молодых пациентов с болезнью Крона 98

БОГОМОЛОВ А. Н., СТРЕЛКОВ Д. А., КУРОЧКИНА О. Н.
Валидизация и модификация «новой шкалы оценки риска в клинике МЭЙО
(NEW MAYO CLINIC RISK SCORE, NMCRS) у пациентов с острым коронарным синдромом,
получивших чрескожное коронарное вмешательство 99

БОГОМОЛОВ А. Н., СТРЕЛКОВ Д. А., КУРОЧКИНА О. Н.
Оценка риска летального исхода в стационаре у пациентов
с острым коронарным синдромом старше 80 лет 100

БОГОМОЛОВ А. Н., СТРЕЛКОВ Д. А., КУРОЧКИНА О. Н.
Предикторы летального исхода пациентов с острым коронарным синдромом
без подъема сегмента ST старше 75 лет 101

БОГОМОЛОВ А. Н., КУРОЧКИНА О. Н.
Прогностическая роль сахарного диабета и нарушения функции почек у больных
с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST старше 75 лет 102

БОГОМОЛОВ А. Н., КУРОЧКИНА О. Н., СТРЕЛКОВ Д. А.
Факторы риска неблагоприятных событий (MACE) у пациентов с острым коронарным синдромом
без подъема сегмента ST старше 75 лет 103

БОГУЛКО К. А., АУЭР Д. Р., ДОРОГОВА Э. А., ЛЕТАЕВА М. В.
Оценка нутритивного статуса у гериатрических пациентов 104

БОЛОТИН С. Г., СОЛОВЬЕВА А. В., УРЯСЬЕВ О. М.
Анализ функционального статуса, качества жизни и коморбидности при множественной миеломе 105

БОЛОТОВА Е. В., ДЕМИНА А. И.
Новые подходы к профилактическому консультированию взрослого населения
в системе диспансеризации 106

БРАЖНИКОВА А. Н., ДОЛГАЛЕВ А. А., БЫКОВ Ю. В.
Соматическая коморбидность как фактор риска средней и тяжелой степени пародонтита 107

БУБНОВА М. Г., ИВАНОВА О. В., ВЫГОДИН В. А.
Влияние разных видов комбинированной гипотензивной терапии на показатели физической
работоспособности и дыхательной функции коморбидных пациентов 108

БУЙЛОВА Е. В., КОТОВЩИКОВА Е. Ф., МАЛЬЦЕВА И. В.
Анализ распределения генотипов полиморфизма G10976A ГЕНА VII (FVII)
при дисплазии соединительной ткани (ДСТ) 109

БУНЕНКОВА Г. Ф., САЛИКОВА С. П., ГРИНЕВИЧ В. Б., МОРОЗОВА Е. С.
Взаимосвязь печеночных маркеров с показателями кардиоремоделирования у пациентов
с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени 110

БУННИКОВА Г. Ф., САЛИКОВА С. П., ГРИНЕВИЧ В. Б., СОКОЛОВ А. В., ГОРБУНОВ Н. П., КОСТЕВИЧ В. А.
Роль маркеров воспаления в фиброзном ремоделировании печени у пациентов с фибрилляцией предсердий 111

БУРЕНКОВ Ю. В., ШЕВЦОВА В. И., ОВСЯННИКОВ Е. С.
Клинико-лабораторный профиль и прогностическое значение гематологических индексов воспаления у экстренно госпитализированных полиморбидных пациентов 112

БУРЕНКОВ Ю. В.
Прогнозирование неблагоприятных исходов у экстренно госпитализированных полиморбидных пациентов на основе гематологических индексов с помощью LASSO-регуляризации 113

БУТУСОВА М. С.
Изменения костной плотности и метаболических маркеров у больных острым лейкозом под влиянием патогенетической терапии 114

БЫХАНОВА Е. А., ДЕМКО И. В., ГАРКУША Т. А.
Клинико-морфологические особенности поражения легких у пациентов с нарушениями гликемического профиля, умерших от пневмонии 115

БЫХАНОВА Е. А., ТОРГУНАКОВА Е. С., ДЕМКО И. В.
Трудности диагностики причины плеврального выпота у молодой женщины 116

ВАВИЛОВ А. М., ВАВИЛОВА В. П.
Причины конфликтов между врачом и пациентом 117

ВАВИЛОВ А. М., ВАВИЛОВА В. П.
Течение пептических гастродуоденальных язв у больных туберкулезом 118

ВАКИЛОВ Ф. Ф., АБДУЛЛИНА Н. И., ПЯТНИЦКАЯ С. В., АКБАШЕВ В. Н., ЯКУПОВ Р. Р., ТЮРИН А. В.
Хондросфероиды: создание и фенотипирование на примере остеоартрита 119

ВАЛЕЕВА Д. И.
Биохимические маркеры костного ремоделирования как предикторы эффективности терапии бисфосфонатами у взрослых пациентов с несовершенным остеогенезом 120

ВАНТЯЕВА С. В., СИНЕГЛАЗОВА А. В.
Параметры жирового обмена при различных фенотипах ранних нарушений углеводного обмена у лиц молодого возраста 121

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ОСАДЧУК М. А., МИТРОХИНА О. И., КОЗЛОВ В. В., ГАСАНОВ М. З.
Особенности метаболических фенотипов у пациентов, страдающих артериальной гипертензией 122

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ОСАДЧУК М. А., МИТРОХИНА О. И., ЧЕСНИКОВА А. И.
Особенности метаболической адаптации у пациентов с ожирением на фоне антигипертензивной терапии 123

ВАСИЛЬЕВА И. Н., ОСАДЧУК М. А., МИТРОХИНА О. И.
Предикторы сосудистой ригидности у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением в зависимости от метаболического фенотипа 124

ВАСИЛЬЕВА Н. П., СИДОРОВА Е. Н., ПАКШАНДАЕВА А. В., БУСАЛАЕВА Е. И., ОПАЛИНСКАЯ И.
Психологические и поведенческие особенности студентов-медиков и лингвистов 125

ВАСИЛЬЕВА Н. П., ОПАЛИНСКАЯ И. В., БУСАЛАЕВА Е. И.
Факторы риска и клинические аспекты инфаркта миокарда 2-го типа 126

ВАСИЛЬКОВА Г. А.
Фенотипы ожирения и гендерные особенности распределения жира
у больных артериальной гипертензией 127

ВАСИНА Н. О., ГАЛЕНКО А. С., ДЕЛОВА М. А., КАЛАШНИКОВА Е. Б.
Тяжелый стеноз на фоне одностворчатого аортального клапана у молодого мужчины 128

ВАХИТОВА Е. Б., ХРОМЦОВА О. М., ДОРОХИНА К. Р., ФОМИНЫХ М. И.
Взаимосвязь локуса перенесенного инфаркта миокарда
и тяжести хронической сердечной недостаточности 129

ВАХНЕНКО М. А., СКАБЕЛКИНА А. А.
Артериальная гипертония у подростка с коарктацией аорты и БАК-ассоциированной аортопатией 130

ВАХНЕНКО М. А., СТАНИСЛАВСКАЯ И. С.
Первичная диагностика фенотипа дилатационная кардиомиопатия +
некомпактный миокард в пожилом возрасте 131

ВЕРУШКИНА А. С., ЕФРЕМОВА Е. В., ГАБРИЭЛЬ О. В.
Влияние патологии на качество жизни в популяции старшей возрастной группы
с позиции пациентоориентированного подхода 132

ВИЛЕНСКАЯ Т. Д., ИСАКОВА А. В., ХОЛКИНА А. А.
Прогностическое значение NT–PROBNP у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий 133

**ВИШНЯК Д. А., ДОБРЫНИНА И. Ю., ДОБРЫНИН Ю. В.,
АРЯМКИНА О. Л., КАРИМОВА А. Х., ТИРАБЯН С. М.**
Сахарный диабет в северном регионе: 5-летняя динамика летальности 134

ВИШНЯК Д. А., ДОБРЫНИНА И. Ю., ДОБРЫНИН Ю. В., АРЯМКИНА О. Л.
Сахарный диабет в северном регионе: 5-летняя динамика распространенности 135

ВОДОРЕЗОВ З. А.
Ассоциация интегрального индекса психологической нагрузки с низкой приверженностью
к лечению после чрескожного коронарного вмешательства 136

ВОЛЧЕК И. А., НОВОЖЕНОВ В. Г.
Модуляция гиперэкспрессии IL–17 экстрактом бересклета бородавчатого (euonymus verrucosus) 137

**ВОЛЫНКИНА А. П., ТРОШИНА Е. А., МАКОЛИНА Н. П.,
ЕЛИЗАРОВА И. О., ВОЛЫНКИНА Е. А., БАБИЙ Н. В.**
Йодная обеспеченность и охват йодной профилактикой у детей, беременных и кормящих женщин
Воронежской области 138

ВОРОНОВА А. Н., МИХАЙЛОВ А. О., ПЛЕХОВА Н. Г.
Ассоциация полиморфизмов генов MMP1 и MMP9 с маркерами воспаления и деградации костно-
хрящевой ткани при остеоартрите: пилотное исследование 139

ВОРОНЧИХИНА А. Д., ШКЛЯЕВ Т. Н., МИХАЙЛОВА О. Д.
Диабетический кетоацидоз и преренальная ОПП в дебюте сахарного диабета 2-го типа 140

ГАВРИЛОВА А. А., ЛАРИНА В. Н.
Клинико-коморбидный профиль пациентов с хронической сердечной недостаточностью
с сохраненной фракцией выброса в зависимости от наличия фибрилляции предсердий 141

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Курение и тревожно-депрессивная симптоматика в молодежной популяции 142

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Оценка взаимосвязи тревоги и депрессии с основными факторами риска хронических
неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи 143

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Портреты потенциальных пользователей системы оценки кардиометаболических факторов 144

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Профиль основных факторов кардиометаболического риска среди молодежи 145

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Сравнительная оценка факторов кардиометаболического риска у обучающихся разных курсов медицинского университета 146

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Уровень образования во взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи 147

ГАВРИЛОВА Е. С., ЧУЛКОВ В. С.
Факторы кардиометаболического риска во взаимосвязи с тревогой и депрессией среди обучающихся медицинского колледжа 148

ГАВРИЛЮК Е. В., ПРИБЫЛОВА Н. Н., АВДЕЕВА Н. В.
Системное воспаление как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний 149

ГАГАРИН В. И., ТАРАСОВА М. Г., ДМИТРИЕВА Н. Г., АММОСОВ А. С.
Диабетическая нейроостеоартропатия у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа 150

ГАДИЕВА В. А., ГОРБУНОВА З. В.
Триметиламин-N-оксид как предиктор снижения скорости клубочковой фильтрации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью без сахарного диабета 151

ГАЛИНА И. И., ТЮРИН А. В.
Особенности коморбидного статуса у женщин в постменопаузе с остеоартритом суставов кистей 152

ГАЛИХАНОВА Ю. И., ШКЛЯЕВ А. Е., МУРАВЦЕВА М. А., МУРАВЦЕВА О. В., ТОЛМАЧЕВ Д. А.
Использование искусственного интеллекта школьниками: предиктор профессиональных рисков в цифровом здравоохранении 153

ГАЛИХАНОВА Ю. И., ШКЛЯЕВ А. Е., ИПАТОВА Н. Г., МУРАВЦЕВА О. В., ТАРАСОВА Е. В., ДУДАРЕВ В.М.
Клинический случай генерализованного амилоидоза с мультиорганным поражением 154

ГАЛИХАНОВА Ю. И., ШКЛЯЕВ А. Е., БОБЫЛЕВА Е. С., МУРАВЦЕВА О. В., СТАРОДУБЦЕВА О. И., МАЛЫГИНА А. С., ПАНТЮХИНА А. С.
Фатальный случай EVALI-синдрома, осложненного тромбоэмболией легочной артерии, у молодого пациента 155

ГАСАНОВ М. З., ЛАПИНА Е. С., ГАСАНОВА А. В., ПОНКРАШОВА Д. А.
Поражение почек при AL-амилоидозе как дебют множественной миеломы 156

ГАСАНОВ М. З., ЛИТВИНОВ А. С., ГАСАНОВА А. В., ЧУЛКОВ В. С.
Острый инфаркт миокарда у молодого пациента с семейной средиземноморской лихорадкой: клинический случай 157

ГАСАНОВ М. З., БАТЮШИН М. М.
Прогностическое значение саркопении у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии 158

ГАСАНОВ М. З., БАТЮШИН М. М.
Белково-энергетическая недостаточность и выживаемость пациентов с ХБП 5Д стадии 159

ГАСАНОВ М. З., БАТЮШИН М. М.
Фенотипы белково-энергетической недостаточности и саркопении у пациентов с ХБП 5Д стадии 160

ГАСАНОВА А. В., ГАСАНОВ М. З., ЛАНКИНА М. С., САВИЦКАЯ Д. А.
Доброкачественная кортикостерома как причина резистентной артериальной гипертензии: клинический случай 161

ГЕЛЕВАН ИИ., ОБЪЕДКОВА Н. Ю., МАЛЬ Г. С.
К вопросу оценки приверженности гиполипидемической терапии у пациентов повышенного резидуального риска с помощью опросника КОП–25 162

ГЕОРГИНОВА О. А., ГАББАСОВА Л. А., КРАСНОВА Т. Н., МАСТЕРОВА М. М., БАБЕНКО А. С., ДОМАШЕНКО М. А.
Гиперурикемия и коморбидность: результаты ретроспективного анализа данных университетской клиники МНОИ МГУ имени М.В. Ломоносова 163

ГЕОРГИНОВА О. А., ГАББАСОВА Л. А., КРАСНОВА Т. Н., ДОМАШЕНКО М. А.
«Ревмоскрининг»: структурированный алгоритм ранней дифференциальной диагностики ревматических заболеваний на уровне первичного звена здравоохранения 164

ГИЗАТУЛЛИНА Р. Р., ТЮРИН А. В.
Фенотипы композиционного состава тела у женщин с остеоартритом суставов кистей в постменопаузе 165

ГОРБАТОВСКАЯ Е. Е., ДОЛМАТОВА С. Е., СЛЕСАРЕВА Т. А., ГРУЗДЕВА О. В.
Экспериментальное обоснование кардиопротективного потенциала кровохлебки лекарственной на адипогенез мезенхимальных стволовых клеток эпикардиальной жировой ткани 166

ГОРБАЧЕВА Е. Е., ТУРКИНА С. В.
Сравнительная оценка индексов висцерального ожирения у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и нормальной массой тела 167

ГОРБУНОВ Н. Е., НЕУСТРОЕВА А. Н., ЛААС А. А.
Клиническое значение неинвазивных индексов стеатоза и фиброза печени при кардио-рено-метаболическом синдроме у терапевтических пациентов 168

ГОРБУНОВ А. Ю., ВЕСЕЛОВА Ю. О.
Социально-демографические особенности и паттерны потребления никотинсодержащей продукции у жителей Московской области 169

ГОРДЕЕВ В. В.
Десятилетний период наблюдения эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции у взрослых с хроническими заболеваниями 170

ГОРДИЕНКО Е. Н., ПЕРМИНОВ А. А.
Аспекты изучения сердца в системе современной высшей медицинской школы 171

ГОРШЕНИНА Е. И., ЛЕВИНА Т. М., КУРКИНА Н. В., СКОРОБОГАТОВА Л. Н.
Влияние легкого субклинического гипотиреоза на липидный профиль 172

ГРЕБЕНКИНА И. А., ПОПОВА А. А., ШИЛОВ С. Н.
Динамика выявления артериальной гипертензии и модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска по результатам трехлетнего наблюдения 173

ГРИГОРЬЕВА В. А., ДЕМИДОВ А. А., ДЕМИДОВА Л. А.
Клинический случай полиморбидного пациента-долгожителя в возрасте 101 года 174

ГУЗЕНКО Д. С., СТАЦЕНКО М. Е.
Влияние инсулинорезистентности на ригидность магистральных артерий у пациентов с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей 175

ГУЗЕНКО Д. С.
Особенности липидного обмена и инсулинорезистентности у пациентов с артериальной гипертонией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей 176

ГУКАСЯН Д. Ю., КАРАВАЕВ З. Д., МИХАЙЛОВА О. Д.
Диагностические трудности острой спаечной тонкокишечной непроходимости
у пациента с отягощенным абдоминальным анамнезом 177

ГУЛОВА Ш. Г., КУРНИКОВА И. А., ЗАВАЛИНА М. А., МОХАММЕД Х. Х. А.
Особенности автономной регуляции у пациентов с ИБС и гипертонической болезнью:
влияние коморбидного ожирения на спектральные и временные показатели ВСР 178

ГУСЕЙНОВА З. Н., УМУТКУЗИНА Д. А., ЯКОВЛЕВ С. В.
Инфекционные осложнения у пациентов терапевтического профиля: клиническая значимость,
тяжесть течения и исходы госпитализации 179

ГУСЬКОВА А. С., СИНЕГЛАЗОВА А. В., ФАХРУТДИНОВА А. Ш.
Анализ шкалы FINDRISK и кардиометаболических факторов риска у лиц с предиабетом
в молодом и среднем возрасте 180

ГУТОРОВА А. С., ЖАРОВА М. Е.
Тяжелый язвенный колит, ассоциированный с инфекцией Clostridium difficile,
у молодого пациента клинический случай 181

ДАВЛЕТОВА М. А., СТАВЦЕВА Ю. В., КОБАЛАВА Ж. Д.
Распространенность и предикторы повышенного уровня С-реактивного белка
у пациентов с фибрилляцией предсердий 182

ДАШЕЕВА А. С.
За пределами степени стеноза: анатомо-функциональная характеристика коронарного
атеросклероза при стабильной ишемической болезни сердца 183

ДЕВЕТЬЯРОВА Е. А., ЧЕСНИКОВА А. И.
Типы ремоделирования левого желудочка при легочной гипертензии разного генеза 184

ДЕМИНА А. И., БОЛОТОВА Е. В.
Отягощенный семейный анамнез как основание для расширения первого этапа диспансеризации 185

ДЕМИНА А. И., БОЛОТОВА Е. В.
Скрытый контингент повышенного риска среди лиц с I группой здоровья
по результатам диспансеризации 186

ДЕНИСЕНКО А. С., ЧУЛКОВ В. С.
Кардио-рено-метаболическая коморбидность при псориатическом артрите: структура, фенотипы,
влияние на вторичную неэффективность генно-инженерной биологической терапии 187

ДЕРЕВЯНЧЕНКО М. В., ИВАХНЕНКО И. В., КОЛЕСНИКОВА Е. О., ГУЧИАН М.
Сравнительный анализ приверженности принципам здорового питания российских
и иностранных студентов медицинского университета 188

ДИОМИДОВА В. Н., ЖУРАВЛЕВА Н. В., ТОЛМАЧЕВА Н. В., СМИРНОВА Т. Л.
Гериатрический профиль и полиморбидность: анализ структуры заболеваемости
и пути повышения эффективности помощи в условиях городской больницы 189

ДИОМИДОВА В. Н., ЖУРАВЛЕВА Н. В., ПУШКИНА Н. С., ГУРЬЯНОВА Е. А., УХТЕРОВА Н. Д.
Клинический случай аддисонического криза у пациентки с впервые выявленной первичной
надпочечниковой недостаточностью 190

ДОРОГОВА Э. А., БОГУЛКО К. А., АУЭР Д. Р., ЛЕТАЕВА М. В.
Оценка риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости
от нутритивного статуса 191

ДОРОХИНА К. Р., ХРОМЦОВА О. М., ФОМИНЫХ М. И.
Оценка уровня тревоги и депрессии у пациентов с перенесенной
острой тромбоэмболией легочной артерии 192

ДОРОХИНА К. Р., ХРОМЦОВА О. М., ФОМИНЫХ М. И.
Результаты работы кабинета врача-гериатра многопрофильного стационара ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга 193

ДОЦЕНКО А. А., АРДАШЕВ В. Н., МАСЛЕННИКОВА О. М.
Соотношение частотных параметров оси «мозг–сердце» как предиктор неблагоприятного исхода у пациентов с фибрилляцией предсердий 194

ДРОГАШЕВСКАЯ Н. В., ТИМОФЕЕВ Ю. С., ДЖИОЕВА О. Н.
Биомаркеры пироптоза и эхокардиографические параметры ремоделирования миокарда у пациентов с гипертонической болезнью в зависимости от степени ожирения 195

ДУДАРЕВ В. М., ШКЛЯЕВ А. Е., ПАНТЮХИНА А. С.
Реабилитация пациентов с ГЭРБ, как предиктор неблагоприятного исхода у пациентов с фибрилляцией предсердий 196

ДЫДЫШКО В. Т.
Некоторые метаболические и провоспалительные лабораторные показатели у мужчин молодого и среднего возраста в зависимости от статуса курения 197

ЕВДОКИМОВ Д. С.
Сочетание острого инфаркта миокарда и синдрома Такоцубо 198

ЕВДОКИМОВА Е. Д., ЕВДОКИМОВ Д. С.
Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с болезнью Крона 199

ЕВДОКИМОВА Е. Д., ЕВДОКИМОВ Д. С.
Эндотелиальная функция и показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов с болезнью Крона 200

ЕВПРАКСИНА А. М., БАЛАКИН А. А., ГРЕБЕНСКОВА Е. А., ТОКАРЕВА А. С., КУРАШИН В. К.
Приверженность к антиагрегантной терапии: структура причин низкого комплаенса и пути коррекции в реальной клинической практике 201

ЕЛИСЕЙКИНА А. С.
Контроль безопасности фармакотерапии и депрескрайбинг при лечении хронической сердечной недостаточности у пациентки с дисметаболической кардиомиопатией и хроническим миокардитом 202

ЕРИНА А. М., АСЕССОРОВА М. С., ИЛЬЯНОВА И. Н., ВАСИЛЬЕВА Е. Ю., НАЙМУШИНА А. О., ВАВИЛОВА Т. В., КОНРАДИ А. О.
Повторные ишемические инсульты на фоне В12-дефицита и гипергомоцистеинемии: клинический случай 203

ЖАРКОВА Д. А., МУСИНА Н. Н., СЛАВКИНА Я. С., САПРИНА Т. В.
Нетрадиционные факторы риска нарушений углеводного обмена у пациентов с избыточной массой тела и ожирением 204

ЖЕЛЕЗНОВА А. Л.
Стенокардия принцметала – клиническое наблюдение редкого варианта вазоспастической стенокардии 205

ЖИДЕЛЕВА И. В., КОРОБЕЙНИКОВА Е. Р.
Оценка нутритивного статуса у пациентов с ИБС, находящихся на стационарном лечении 206

ЖИЛЯЕВ А. Ф., ЧУЛКОВ В. С.
Связь поведенческих факторов и метаболических показателей у лиц молодого возраста 207

ЖИМИРИКИНА А. А.
Индекс массы тела как предиктор снижения минеральной плотности костной ткани у женщин среднего возраста 208

ЖУКОВА А. Ю., СУХАНОВ Д. С., СВИРИДО Д. А.
Интегральные воспалительные индексы и функция внешнего дыхания при обострении бронхиальной астмы 209

ЖУРАВЛЕВА П. А., ЛАРИНА Н. А., ДУДАНОВА О. П.
Расчетные индексы при метаболически ассоциированной жировой болезни печени 210

ЖУРАВЛЕВА А. С., КУХАРЕВА Е. И., КИСЛАЯ С. Н., КИСЛЫЙ Н. Д., КУРНИКОВА И. А.,
Мезентериальный панникулит как висцеральная форма болезни Вебера–Крисчена: диагностическая дилемма в практике терапевта 211

ЖУЧКОВА С. М., ДУБОВА А. В., ПРОКОПЬЕВА В. Р., ЗАЙЦЕВ М. Ю.
Региональный анализ данных фармаконадзора по рентгеноконтрастным средствам 212

ЗАВАЛИНА М. А., КУРНИКОВА И. А., МАЙОРОВ В. А., СЛОНИМСКАЯ Г. А., ГУЛОВА Ш. Г.
Кластер-специфичные различия в структуре нефрологических осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа 213

ЗАКОВРЯШИНА И. Н., ХАИШЕВА Л. А., АЛЕКСЕЕВА Н. С., МОИСЕЕНКО С. В.,
Распространенность ожирения в Ростовской области в зависимости от пола и возраста 214

ЗОРИНА В. В., АФАНАСЬЕВА А. Д.
Метаболические особенности пациентов 45 лет и старше с впервые выявленными нарушениями углеводного обмена в постковидном периоде 215

ЗОРЬКИНА А. В., ПАКАЛИНА В. М., ЗОРЬКИН М. В.
Аритмогенное действие левотироксина натрия на фоне железодефицитной анемии 216

ЗОРЬКИНА А. В., БАРАНОВА К. В., САМОЛЬКИНА О. Г.
Выраженность индивидуальной тахикардии у студентов медицинского института 217

ЗУБАРЕВА М. Ю., КУРОЧКИНА Н. С., СЕРГИЕНКО И. В., КАМИННАЯ В. И., РОЖКОВА Т. А.
Влияние различных режимов комбинированной терапии с бемпедоевой кислотой на показатели липидного профиля и уровень высокочувствительного С–реактивного белка (ВЧ–СРБ) у пациентов с гиперхолестеринемией (ГХС) 218

ЗЫРЯНОВ Т. С., ЖЕМЧУЖНОВА Н. Л., БЕЛОИВАН Н. И., ЗЫРЯНОВА Е. Т.
Особенности инсомнии у лиц с разным индексом массы тела 219

ИВАНИКОВ И. О., НОСОВ Д. А., ВЛАСОВ А. А., ЕФРЕМОВА Н. В., ЖАРОВА М. Е.,
Острый гепатит смешанной этиологии на фоне иммунотерапии рака легкого: клинический случай 220

ИВАНОВА Е. Ю., БУСЫГИНА М. С.
Нефротический и суставной синдромы, икота как дебютные проявления инфекционного эндокардита 221

ИВШИНА Д. Д., ОБЪЕДКОВА Н. Ю., МАЛЬ Г. С.
Анализ эффективности коррекции дислипидемии в среднесрочной перспективе у пациентов высокого остаточного риска 222

ИЛЬЧЕНКО Р. С., КОКОРИН В. А., ГОРДЕЕВ И. Г.
Клинико-прогностическая значимость фрагментации комплекса QRS при впервые возникшем инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST 223

ИЛЬЯНОВА И. Н., РОТАРЬ О. П., ВИЛЛЕВАЛЬДЕ С. В., БОЯРИНОВА М. А., МОГУЧАЯ Е. В., КОЛЕСОВА Е.П., ВАСИЛЬЕВА Е.Ю., КОНРАДИ А.О., БАБЕНКО А.Ю., ШЛЯХТО Е.В.
Ассоциация кардиоваскуло-рено-гепато-метаболического синдрома с ранним сосудистым старением в популяционной выборке жителей Санкт-Петербурга 224

ИСПАВСКАЯ К. С.
Потенциальные генетические маркеры саркопении у женщин постменопаузального возраста 225

КАЛИНКИН А. Л.
Апноэ сна у лиц с хронической инсомнией существенно повышает шансы наличия артериальной гипертензии при контроле других факторов риска....226

КАМИННАЯ В. И., ФОФАНОВА Т. В., СМИРНОВА М. Д., СОЛОВЬЕВА Е. Ю., БАСИНКЕВИЧ А. Б., АГЕЕВ Ф.Т.
Анализ востребованности обучающих и информационных видеоигр по данным анонимного анкетирования лиц старших возрастных групп....227

КАПИНУС В. Н., ПОПОВКИНА О. Е., ЯРОСЛАВЦЕВА-ИСАЕВА Е. В., НИКОЛАЕВА Е. Ю.
Возможности фотодинамической терапии при лечении рака полости рта у соматически отягощенных больных....228

КАПИТАНОВА Д. А., ВЛАСОВА Т. И., ГРОМОВА Е. В., ЯКОБСОН Т. И.
Роль клинико-анамнестических данных в профилактике гипертензивных расстройств гестации на прегравидарном этапе....229

КАПТАЕВА А. К., СТРЮК Р. И., ГОЛИКОВА А. А., ЕВДОКИМОВА А. Г.
Особенности клинических проявлений и диагностики анемии при полиморбидной патологии....230

КАРДАШОВА О. О., ЧЕРНОВА А. А.
Клинико-генетические предикторы нарушений ритма сердца у спортсменов....231

КАРПУХИНА Е. В., СМИРНОВА М. С., КАРПУХИНА А. И.
Роль ментальных заболеваний и антипсихотической терапии в структуре факторов кардиоваскулярного риска....232

КАСЬЯНОВА Т. Р., МАРТЫНОВА А. Д., ЛЕВИТАН Б. Н., ТИМОШЕНКО Н. В., АСТАХИН А. В., СЕРДЮКОВА Т. В., ЛИПЧАНСКАЯ Е. М.
Модифицируемые барьеры ингаляционной терапии у пациентов с бронхиальной астмой....233

КАЦЕР А. Б., ДЕМКО И. В., СОБКО Е. А.
Особенности диагностики патологии пищевода среди пациентов с бронхиальной астмой....234

КАШИРИНА С. В., ЯРЦЕВА С. В.
Ранние предикторы инсулинорезистентности в условиях нарушения сна....235

КАШИРИНА С. В., ЯРЦЕВА С. В., УДОВКИНА В. В.
Хроническая болезнь почек при сахарном диабете....236

КВАСОВА О. Г.
Клинический случай анемии в практике врача нефролога....237

КВИТКОВА Л. В., РУБАШКО А. В.
Гиперпаратиреоз как причина рецидивирующей мочекаменной болезни....238

КВИТКОВА Л. В., ИВАНОВА С. К.
Нейроэндокринные маски периферического рака легких....239

КИСЕЛЕВА М. К., ДЕХАРЬ В. В., ТАНКОВ С. В., ХЛОПКОВА Н. В., БЕЛОУСОВ А. М.
Распространенность функциональных и когнитивных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих хронической сердечной недостаточностью и имеющих старческую астению и преастению....240

КНЯЗЕВА А. К., БЛУДОВА Н. Г., ПАХОМОВ Н. А., РЕБРОВ Б. А.
Роль синтетических базисных противовоспалительных препаратов в патогенезе НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом....241

КОВАЛЕВА О. А., ГОРЯЧЕВА А. А.
Систоло-диастолическая артериальная гипертензия в молодом возрасте: характеристика центральной гемодинамики....242

КОВАЛЕНКО Е. В., ЕВДОКИМОВ В. В.
Влияние валсартана и валсартана/сакубитрила в составе комплексной терапии на клиническое течение сердечной недостаточности у больных с сахарным диабетом 2-го типа и хронической болезнью почек 243

КОЖЕНОВ А. Т., ХЛЫНОВА О. В., ОРЕХОВА Е. Н., ГАРБУЗОВ В. В.
Эффективный рефрактерный период левого предсердия и легочных вен как предиктор рецидива фибрилляции предсердий у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий после интервенционного лечения 244

КОЗЛОВ Я. Н., МИХАЙЛОВА О. Д.
Системная декомпенсация после успешной реперфузии при ишемическом инсульте: клинический случай 245

КОКУРИНА К. А.
Изучение эффекта тиреоидных гормонов при метаболическом синдроме 246

КОЛЕСНИКОВА И. Ю.
Инсомния как фактор риска когнитивного старения 247

КОЛОСОВА Е. В., АВЕРКИЕВА Ю. В., КОРОЛЕВА М. В.
Лекарственная нагрузка и коморбидный фон у пациентов с остеопоротическими переломами 248

КОЛОСОВА Е. В., БУТАКОВА К. Д., ЛЕТАЕВА М. В.
Клинический случай болезни Стилла у взрослых трудности дифференциальной диагностики 249

КОЛЬТЮГИНА В. А., ЛОЖКИНА Н. Г.
Индивидуальная стратификация риска рецидива тромбоэмболии легочной артерии: клинические и инструментальные предикторы 250

КОРОБЕЙНИКОВА Е. Р., РАССАМАХИНА О. С., КУЗЬМИНА А. Л., МАТВЕЕВА А. И.
Взаимосвязь типа пищевого поведения и эмоционального состояния у студентов медицинского университета 251

КОРОЛЕВА М. В., АВЕРКИЕВА Ю. В., БУТАКОВА К Д., КОЛОСОВА Е. В.
Влияние тревожно-депрессивных расстройств на тяжесть инсомнии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 252

КОРШУНОВА А. Л., ТИМОФЕЕВ Е. В.
Дифференциальная диагностика желтушного синдрома без органической патологии гепатобилиарной системы на примере клинического случая 253

КРАПОШИНА А. Ю., ДЕМКО И. В., СОБКО Е. А.
Качество жизни больных тяжелой бронхиальной астмой на фоне приема генно-инженерной биологической терапии 254

КРАСНОПЕЕВА Н., ЧУЛКОВ В. С.
Динамика фенотипов кардио-рено-гепато-метаболического синдрома на фоне терапии дапаглифлозином: персонализированный подход к стратификации риска 255

КРИЖАНОВСКИЙ К. А.
Клиническая инерция – прямая дорога мимо очевидного диагноза 256

КРЮКОВА П. А., ГАСАНОВ М. З.
Саркопения и системное воспаление в оценке прогноза пациентов с хбп 5д стадии и сахарным диабетом 2-го типа 257

КУДРЯШОВ С. И., КАРЗАКОВА Л. М., ГРИГОРЬЕВА И. М., АРСЕНТЬЕВА Т. А., ЕРОХИНА А. В.
Применение ритуксимаба в лечении рефрактерного нефротического синдрома при первичных гломерулопатиях: клинические случаи 258

КУЗНЕЦОВ А. В.
Коррекция гиперлипопротеидемии (А) у больных ишемической болезнью сердца 259

КУЗНЕЦОВА Д. А., ДЫДЫШКО В. Т.
Липидные маркеры в когорте практически здоровых мужчин с разным статусом холестерина липопротеинов высокой плотности 260

КУЛАБУХОВА Т. К.
Семейные случаи синдрома марфана с аневризмой аорты 261

КУЛИК Е. Г., ПАВЛЕНКО В. И.
Одногодичная выживаемость и предикторы смерти у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, переболевших COVID-19 262

КУРАНОСОВ А. Ю., ДОНЦОВА Е. В., ПОТАПЕНКО А. О.
Корреляционные связи лептина с клинико-лабораторными характеристиками пациентов с псориатическим артритом и метаболическим синдромом 263

КУРАШИН В. К., БОРОВКОВА Н. Ю., ТОКАРЕВА А. С.
Взаимосвязь артериальной гипертензии с другими факторами кардиоваскулярного риска среди населения Нижегородского региона 264

КУРАШИН В. К., БОРОВКОВА Н. Ю., ТОКАРЕВА А. С.
Распространенность сниженной скорости клубочковой фильтрации среди населения Нижегородского региона 265

КУРАШИН В. К.
Взаимосвязь бессимптомной гиперурикемии с традиционными факторами кардиоваскулярного риска 266

КУРАШОВА О. Н., КАЗАНЦЕВА Е. В.
Оптимальная гормонально-метаболическая курсовая коррекция клинико-патогенетических механизмов артериальной гипертензии 267

КУРДАЕВ А. А., КРАСНОВА Э. С., РЯБОВА Е. Е., ДЖИГКАЕВА А. А., БОРЗЫХ С. А., ТИХОНОВ С. В., АСАТРЯН Т. Т.
B12-витаминный статус у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями 268

КУРКИНА Н. В., ГОРШЕНИНА Е. И.
Факторы тромбогенного риска у пациента с нефротическим синдромом 269

КУХАРЕВА Е. И., ЖУРАВЛЕВА А. С., АКСЕНОВА М. С.
Клинический случай коморбидной патологии: целиакия и хронический гепатит С у пациентки с мальабсорбцией 270

ЛАРИНА В. Н., БАБЕНКО А. А., ФЕДОРОВА Е. В., ШЕРЕГОВА Е. Н.
Пациент кардиологического профиля с низкой приверженностью лечению 271

ЛЕНЕЦ Е. А., ЧУЛКОВ В. С., МИНИНА Е. Е., ЧУЛКОВ В. С.
Гендерные различия в ассоциации полиморфизмов генов ренин-ангиотензиновой системы и профиля гемостаза с риском артериальной гипертензии и метаболического синдрома у молодых лиц 272

ЛЕНЕЦ Е. А., ЧУЛКОВ В. С., МИНИНА Е. Е., ЧУЛКОВ В. С.
Прогностическая значимость адипокинов и показателей гемостаза в оценке 10-летней динамики кардиометаболического риска у лиц молодого возраста 273

ЛЕОНОВА И. А., ЗАХАРОВА О. В., БОЛДУЕВА С. А.
Клинический случай лечения пациента с ишемической болезнью сердца с обструктивным поражением коронарных артерий и вазомоторными расстройствами 274

ЛЕОНОВА И. А., ОБЛАВАЦКИЙ Д. В., БОЛДУЕВА С. А.
Демографическая характеристика пациентов с разными патогенетическими вариантами инфаркта миокарда 2-го типа 275

ЛИВАРСКИЙ П. А., ХАРИТОНОВ М. А., ИВАНОВ В. В.
Аденовирусная пневмония в условиях организованного коллектива: клиническое наблюдение 276

ЛИТВИНОВА М. С., ХАИШЕВА Л. А., УМУГВАНЕЗА Ж. А.
Изучение предикторов степени коронарного стеноза на основе шкалы CAD-RADS у лиц со стабильной ишемической болезнью сердца 277

ЛИХОДКИН В. А.
Лимфоматоидный папулез под маской дискоидной красной волчанки: пятилетний диагностический путь 278

ЛОБОВА М. Д.
Роль стоматологического мониторинга в комплексном ведении больных лимфомой Ходжкина 279

ЛОЖКИНА Н. Г., КУЗНЕЦОВ К. А.
Коморбидный пациент: оценка периоперационного риска хирургического лечения различных артериальных бассейнов 280

ЛОМАКИНА Н. А.
Синергическое взаимодействие сердца и магистральных артерий у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью 281

ЛУГОВСКОВА А. Д., ЯРЦЕВА С. В.
Эндотелиальная дисфункция: ключевой фактор риска для пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, сочетанным с ишемической болезнью сердца 282

ЛУТОШКИН М. Б., ГУДКОВА А. Н., КОЛТАКОВА О. В.
Уровень липопротеина(а) у пациентов амбулаторного звена в Вологодской области в 2024–2025 гг. 283

ЛЬВОВА Е. Р., СКЛЯРОВА В. И.
Факторы низкой фертильности и формирования некоторых неинфекционных заболеваний у врачей-ординаторов юга России 284

ЛЮБИМОВ А. В., ТАРАХТЕЕВ А. С., ТАРАХТЕЕВА Д. Д., ЕФИМОВ С. В., ЧЕРКАШИН Д. В., ПОГОЖАЯ Е. А.
Гипоксия-индуцированный фактор 1 – индикатор активации нейрофизиологических механизмов адаптации к острому стрессовому воздействию 285

ЛЮБИМОВ А. В., ТАРАХТЕЕВ А. С., ТАРАХТЕЕВА Д. Д., ЕФИМОВ С. В., ЧЕРКАШИН Д. В., ПОГОЖАЯ Е. А.
Гипокси-индуцированный фактор 1 – патогенетический компонент хронического болевого воздействия и перспективный диагностический маркер 286

ЛЮБСКАЯ Л. А., ЛЮБСКАЯ Л. А.
Оценка эффективности маршрутизации пациентов с синдромом цитолиза и холестаза на амбулаторном этапе 287

МАКАРОВА Н. А.
Диагностическая значимость геометрических размеров желчного пузыря 288

МАКАРОВА Е. В., ПЛАСТИНИНА С. С., КАЛИННИКОВА Л. А., ЕВПРАКСИНА А. М., АНДРЕЕВА Д. Д.
Результаты реализации социального проекта «кнопка помощи. управление рисками падений у одиноко проживающих лиц старшей возрастной группы» 289

МАКАРОВА Е. В.
Внебольничная пневмония у пожилых: проблемы диагностики, терапии и профилактики 290

МАКОВА Е. В., УСТИНОВ М. С., УСТИНОВА В. М.
Влияние электронных систем доставки никотина на психоэмоциональный статус студентов медицинского университета 291

МАЛЕВА О. В., ТРУБНИКОВА О. А., БАРБАРАШ О. Л.
Безопасность и эффективность применения ривароксабана в профилактике цереброваскулярных событий второго типа после симультанного вмешательства: односторонняя каротидная эндартерэктомия и коронарное шунтирование 292

МАЛЫШЕНКО О. С., БУТАКОВА К. Д.
Коморбидная патология у пациентов с тяжелым анемическим синдромом 293

МАЛЫШЕНКО О. С., БУТАКОВА К. Д., КОЛОСОВА Е. В.
Ревматическая полимиалгия: все ли так легко в диагностике и лечении? 294

МАЛЫШЕНКО О. С., МАРКИНА А. В.
Трудности диагностики острого лимфобластного лейкоза 295

МАЛЫШЕНКО О. С.
Язвенная болезнь и биологический возраст 296

МАЛЬЦЕВА И. В., КОТОВЩИКОВА Е. Ф., БУЙЛОВА Е. В.
Изменения электроэнцефалограммы у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани 297

МАНУКЯН А. С., ПРИХОДЬКО А. Г.
Влияние полиморфного локуса RS11562975 гена TRPM8 на реактивность дыхательных путей у детей в постинфекционный период респираторных заболеваний 298

МАРАЧКОВА Д. О., ГЕРАСИМЕНКО О. Н., ТОЛМАЧЕВА А. А.
Мультидисциплинарный подход в ведении пациента с синдромом Бланда–Уайта–Гарланда: клинический случай 299

МАРКЕЛОВА Т. Н., ЖУРАВЛЕВА Н. В., ДИОМИДОВА В. Н., ПУШКИНА Н. С., ГУРЬЯНОВА Е. А.
Школа хронических неинфекционных заболеваний как инструмент формирования приверженности к лечению и укреплению здоровья пациентов 300

МАРТЫНОВ С. А., ЧУЛКОВ В. С.
Неинсулиновые индексы инсулинорезистентности как маркеры стадийного прогрессирования кардиометаболического риска и органного поражения у молодых 301

МАРТЫНОВ С. А., ЧУЛКОВ В. С.
Профиль адипокинов и лептин/адипонектиновое отношение как ранние маркеры кардио-рено-гепато-метаболического синдрома у лиц молодого возраста 302

МАРШАЛКИНА П. С., АНДРОПОВА О. Н.
Предикторы прогрессирования аортального стеноза у пациентов пожилого и старческого возраста 303

МАСЛОВА Ж. И., ЦЫГАНКОВА Д. П.
Кардиометаболические фенотипы у пациентов с липоматозом поджелудочной железы 304

МАТВЕЕВА Е. О., ФОМИНЫХ Ю. А.
Психологический статус и качество жизни больных с констипационным синдромом различного функционального генеза 305

МАТВЕЙЧУК Т. А., КУДИНА Е. В., МИХАЙЛУСОВА М. П., ЛАРИНА В. Н.
Информированность в вопросах здоровья амбулаторных пациентов: гендерные различия 306

МЕДВЕДЕВА Н. В., ЧЕПУРНЕНКО М. С., ТОКОВЕНКО К. А., ОГАНЕСЯН А. Г., КОВАЛЕВ П. И.
Постинфекционное отягощение течения корригированной транспозиции магистральных сосудов 307

МЕДВЕДЕВА Н. В., ЧЕПУРНЕНКО М. С., КОВАЛЕВ П. И., ОГАНЕСЯН А. Г., ТОКОВЕНКО К. А.
Случай кардиотоксичности цисплатина 308

МЕДВЕДЕВА Н. В., ТОКОВЕНКО К. А., ЧЕПУРНЕНКО М. С., ОГАНЕСЯН А. Г., КОВАЛЕВ П. И.
Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 309

МЕДВЕДЕВА Н. В., ЧЕПУРНЕНКО М. С., ТОКОВЕНКО К. А., КОВАЛЕВ П. И., ОГАНЕСЯН А. Г.
Случай саркомы левого предсердия 310

МЕЛЬНИЧЕНКО О. В., РУИНА О. В., САДЫРИН Р. В., МОЛОШНИКОВА Ю. Н.
Фармакоэпидемиология: анализ назначений лекарственных препаратов в Нижегородской области 311

МИТЮХИН И. И., ЛОЖКИНА Н. Г., АРТЕМЕНКО С. Н., ВОЕВОДА М. И.
Промежуточные результаты влияния PCSK9-таргетной терапии на уровень ЛП(А)
в условиях реальной клинической практики по данным ФИЦ ФТМ 312

**МИХАЙЛИНА В. И., МЕШКОВ А. Н., БЛОХИНА А. В.,
КИСЕЛЕВА А. В., ЖАРИКОВА А.А., ДРАПКИНА О.М.**
Клинический случай пациента с семейной гиперхолестеринемией и субклиническим коронарным
атеросклерозом 313

МИХАЙЛОВА Т. В., БАБИЦЫН С. Н., ДЖАНБАЕВА О. Р., ТИУНОВА Е. В., КОРОТКИХ Е. А.
Опыт работы «поездов здоровья» в реализации системы раннего выявления хронических
неинфекционных заболеваний у жителей Белгородской области 314

МИХАЛЕВА М. М., ПЛАТОВА Ю. А.
Связь фенотипа ишемического инсульта с бассейном пораженной артерии у коморбидных пациентов 315

МОИСЕЕВА С. А. М. А. А. Л. И. КЫЗЫ, КОКОРИН В. А.
Ретроспективный анализ эволюции лечения острого перикардита в многопрофильном стационаре
за два десятилетия 316

МОЛОСТВОВА А. Ф., САЛИМОВА Л. М.
Клинический случай дебюта миелодиспластического синдрома в молодом возрасте 317

МОРОЗОВА К. П.
Сердечно-сосудистый риск и интегральные индексы коморбидности у пациентов с ревматоидным
артритом на различных схемах терапии 318

МОРОЗОВА К. П.
Клинико-демографические факторы, ассоциированные с недостаточным восстановлением функции
надпочечников у пациентов с ревматоидным артритом 319

МОРОЗОВА К. П.
Сравнительная характеристика стероидного профиля у пациентов с ревматоидным артритом 320

МОСКАЛЕНКО А. С., ЧЕСНОКОВА О. В.
Системный мастоцитоз в гастроэнтерологии 321

МОСКОВКИНА Е. И.
Неинсулиновые индексы инсулинорезистентности как предикторы гестационного
сахарного диабета у беременных с избыточной массой тела и ожирением 322

МОСТОВАЯ В. В.
Прогнозирование обструктивного поражения коронарных артерий
по рутинным клинико-лабораторным показателям 323

**МОХАМЕД А. В. Х., ГУБАНОВА А.В., ЗЕНКИНА А. Н.,
ВИНОГРАДОВА Э. С., АБЫЗОВ А. С., ПОСКАКАЛОВА А. Е., ПАУКОВА Е. А.**
Дистанционный мониторинг артериального давления при артериальной гипертензии:
оценка эффективности 324

МОХАММЕД Х. Х. А., КУРНИКОВА И. А., ДАНИЛИНА Н. О., АБДЕЛЬХАФИЗ М. В. Э.
Ранние вегетативные нарушения у молодых пациентов
африканского происхождения на фоне ожирения 325

МУРКИНА Р. Г.
Эктопические растворимые рецепторы TAS2R31 и TAS2R38
при различных вариантах бронхиальной астмы 326

МУСА Х. Х. Д., СЕЛИВАНОВ Г. А., КОКОРИН В. А.
Проспективная валидация шкалы Mezo для прогнозирования 12-месячной летальности
у пациентов после тромбоэмболии легочной артерии 327

МУСТАФИНА С. В., ШИШАКИНА Ю. А., ЩЕРБАКОВА Л. В., РЯБИКОВ А. Н., РЫМАР О. Д.
Показатели хронотипа у мужчин и женщин 45–69 лет с впервые выявленным
сахарным диабетом 2-го типа 328

МЫЛЬНИКОВА Е. С., УФИМЦЕВА М. А., ПОПОВ А. А., БОЧКАРЕВ Ю. М.
Оценка влияния компонентов метаболического синдрома на обеспеченность витамином D
и клиническое течение псориаза 329

МЯЗИН Р. Г., СТАЦЕНКО М. Е., РАЗВАЛЯЕВА О. В., УСТИНОВА М. Н.
Особенности коморбидности у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и саркопенией 330

НАБОЙЧЕНКО М. Д.
Показатели физического и психологического компонентов качества жизни больных
ассоциированной патологией в пожилом возрасте 331

НАХРАТОВА О. В., БАЗДЫРЕВ Е. Д., ЦЫГАНКОВА Д. П., АРТАМОНОВА Г. В.
Факторы кардиометаболического риска у жителей Кемеровской области
при сахарном диабете 2-го типа 332

НЕМА М. А.
Эктопические мембранные рецепторы TAS2R10 и TAS2R14
при различных вариантах бронхиальной астмы 333

НЕФЕДОЧКИНА Ю. В., БЕРНС С. А.
Влияние предоперационной приверженности к медикаментозной терапии на результаты
реваскуляризации миокарда у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца 334

НИКИТИНА А. О., ВЕЗИКОВА Н. Н., МАРУСЕНКО И. М., АВДЕЕВА Я. А., МОШНИНА С. М.
От предполагаемого лейкоза к верифицированной системной красной волчанке: клинический случай
сложного дифференциально-диагностического поиска при позднем дебюте 335

НИКОЛАЕВ Н. В., ПЕЧЕРСКИХ М. В.
Аутосомно-доминантный поликистоз почек. Возможности профилактики наследственной патологии 336

НИКОЛЕНКО Е. С., ЧУЛКОВ В. С., СЮНДЮКОВА Е. Г.
Артериальная гипертензия белого халата у беременных: от изолированного подъема АД
к раннему системному поражению органов-мишеней 337

НИКОЛЕНКО Е. С., ЧУЛКОВ В. С., СЮНДЮКОВА Е. Г.
Скрытые фенотипы суточного профиля АД и почечные биомаркеры как основа
предиктивной модели артериальной гипертензии белого халата у беременных 338

НОВИЧКОВА Н. В., БАЛАХОНОВА Т. В., ЕРШОВА А. И., БЫКОВ А. Н., КОЧМАШЕВА В. В., ЗАВАЛИНА Д. Е., ГОРЕВА Е. М., НЕКРАСОВА К. В., КУЦЕНКО В. А.
Структура факторов риска аневризмы брюшной аорты в реальной клинической практике 339

НОСОВА Е. А., ШАХНОВА Е. А., ГЕОРГИНОВА О. А., КРАСНОВА Т. Н.
Семейная гиперлипидемия И отложенный диагноз AL-амилоидоза 340

НУРИЕВА А. Р., СИНЕГЛАЗОВА А. В., НУРМИЕВА Л. С.
Модель принятия решений о наличии метаболически-ассоциированного остеоартрита в молодом и среднем возрасте 341

ОЗЕРОВ Д. С., КАРАКОЗОВ А. Г., ШУМИЛИН А. А.
Массивная деструктивная пневмония с полиорганными нарушениями у молодого пациента: случай успешного лечения 342

ОЛЕЙНИКОВ В. Э., БАБКИНА И. А., САЛЯМОВА Л. И.
Влияние терапии дапаглифлозином на миокардиальную работу у пациентов после инфаркта миокарда 343

ОЛИФИРЕНКО И. С., УРВАНЦОВА К. Р., ЧЕПЕЛЕВ А. С., ТИМОФЕЕВ Е. В.
Клинико-анамнестическая характеристика синдрома шегрена в педиатрической практике: возраст дебюта, симптоматика, путь к диагнозу 344

ОРЛОВА Д. А., СТОЛЯРОВА В. В.
Поздние потенциалы желудочков у пациентов с ожирением на фоне терапии семаглутидом 345

ОСМАНОВА Г. Я., СПИЦИНА С. С.
От легких к суставам: редкое проявление саркоидоза 346

ПАВАР Н. Д., ГАСАНОВ М. З., ГАСАНОВА А. В., КРЮКОВА П. А.
Дерматомиозит и рабдомиолиз в дебюте системной красной волчанки: клиническое наблюдение 347

ПАВЛОВА В. Ю., НЕВЕРОВА Е. А., ЯРАНСКИЙ В. С.
Психосоматический статус пациентов с ХОБЛ 348

ПАВЛОВА В. Ю.
Распространенность латентного дефицита железа среди взрослого населения 349

ПАВЛОВА В. Ю., АНЕШИНА И. И., ЗАТЕЕВА Т. Н.
Талассемия: этапы диагностического поиска 350

ПАВЛОВА В. Ю.
Тромбоцитопения: от симптома к диагнозу 351

ПАВЛОВА В. А., ПАВЛОВА А. А., ВЕБЕР В. Р., ЖМАЙЛОВА С. В.
Эффективность ренин-ориентированной монотерапии лерканидипином у пациентки с норморениновой артериальной гипертензией и регрессом гипертрофии левого желудочка 352

ПАДАЛКА Э. А., ЛЕЛЯВИНА Т. А., КОРНЮШИН О. В., СОНИН Д. Л., ГАЛАГУДЗА М. М.
Эффективность немедикаментозной терапии артериальной гипертонии у больных с избыточной массой тела и ожирением 353

ПАЙКОВА А. С., АЛЕКСАНДРОВ М. В., УШАКОВА С. Е., ЗИМИНА Т. Ю., БУДНИКОВА Н.
Особенности фармакотерапии пациентов старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертонией 354

ПАЛЬЦЕВ А. И.
Клинико-патогенетические, терапевтические особенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у ветеранов локальных войн 355

ПАЛЬЦЕВ А. И.
Хронический описторхоз как системная патология. Вопросы эпидемиологии, коморбидности, патоморфоза и лечения 356

ПАН А. А., АЛЕКСЕЕНКО С. А., ЗАЙКОВА–ХЕЛИМСКАЯ И. В.
Гипераммониемия у пациентов с фибрилляцией предсердий и НАЖБП: от диагностики к эффективной терапии 357

ПАНКОВА Е. Д., ЧУЛКОВ В. С.
Выделение метаболических фенотипов и прогностические модели кардиоренальных исходов у лиц молодого возраста с неалкогольной жировой болезнью печени 358

ПЕНЗОВА В. В., ЕВСЕВЬЕВА М. Е.
Оценка взаимосвязи уровня артериального давления и массы тела у молодых людей методом ROC-анализа 359

ПЕРЕЛЬМАН Н. Л., ШЕЛУДЬКО Е. Г.
Качество жизни пациентов, перенесших внебольничную пневмонию: результаты одномоментного исследования с использованием опросника SF–36 360

ПЕРМИНОВ А. А., ГОРДИЕНКО Е. Н.
Целесообразность изучения проблемы метагонимоза в России и за рубежом 361

ПЕСТОВА Н. В., КАЛАЙДЖЯН Е. П., МАРЦЕВИЧ С. Ю.
Исходный клинико-фармакологический профиль мультиморбидных амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: первые результаты регистра ФАРМИСС 362

ПЕСТОВА Н. В.
Почему молодой пациент не лечится: СДВГ и психические расстройства как барьеры лекарственной приверженности 363

ПЕТРОВА Е. А., МАЛЕВ Э. Г.
Липопротеин(А) в комбинированной оценке риска субклинического атеросклероза 364

ПЕЧЕРСКИЙ Д. А., ПИКУНОВА И. Н.
Неочевидная картина прогрессирования рака молочной железы 365

ПИЛИПЕНКО В. Е.
Психоэмоциональные нарушения и факторы риска у больных артериальной гипертензией в зависимости от уровня физической активности 366

ПИМОНОВ А. А.
Кардиоцеребральный кондукт при артериальной гипертензии: гипертрофия левого желудочка как суррогатный маркер тяжести церебральной микроангиопатии 367

ПЛОТНИКОВА Е. С., ЛЕТАЕВА М. В., ПИРОГОВА О. А.
Некомпактный миокард левого желудочка как причина дилатационной кардиомиопатии: клинический случай успешной трансплантации сердца на фоне хронического гепатита С 368

ПОБЕДЕННАЯ Г. П., ЧАЙКА Н. В., ВАГИНА Ю. И., КОТОВА И. С., ДОРОШЕНКО Т. В.
Клинические и лабораторные особенности внебольничной пневмонии у больных с субклиническим гипотиреозом 369

ПОБЕДЕННАЯ Г. П., СКИБА Т. А., ЯРЦЕВА С. В.
Показатели эйкозаноидов у больных бронхиальной астмой в динамике лечения 370

ПОБЕДЕННЫЙ А. А.
Нарушения морфологии и функции клеток крови у беременных с ожирением 371

ПОГОДИНА М. А., КАРАМНОВА Н. С., РЖАВЦЕВА Т. С., КРОТОВ М. Д., ШВАБСКАЯ О. Б., БАЛАНОВА Ю. А., ИМАЕВА А. Э., ЕВСТИФЕЕВА С. Е., КАПУСТИНА А. В., КОТОВА М. Б., МАКСИМОВ С. А., МУРОМЦЕВА Г. А., ШАЛЬНОВА С. А., ДРАПКИНА О. М.
Особенности питания пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом (по данным исследования ЭССЕ-РФ3) 372

ПОЗДНЯКОВА Е. А., СМИРНОВА О. В.
Оценка про- и антиоксидантного баланса в эритроцитах и плазме крови у пациентов с метаболическим синдромом и фибрилляцией предсердий 373

ПОЛЕТАЕВА Н. Б., ПИЧУРИН А. Д., ГРИШИНА И. Ф., БАЖЕНОВА О. В.
Диастолическая функция левого желудочка у молодых лиц с метаболическим синдромом, перенесших инсульт: связь с артериальной жесткостью 374

ПОЛОЗОВА А. И., РЫЖОВ А. В., ТЯГУШЕВА Е. Н., ВЛАСОВА Т. И.
Особенности тромбоэластограммы у лиц молодого возраста с избыточной массой тела и ожирением 375

ПОНКРАШОВА Д. А., ГАСАНОВ М.
Возрастные и половые особенности нутритивного статуса у пациентов с ХБП 5Д стадии и сахарным диабетом 376

ПОНОМАРЕВА И. Б., ГУДКОВА В. В., ЧЕРЕНКОВА А. С., БЕЛЬСКИХ Э. С., ГОЛЬДИНА Е. М.
Выявление фенотипа ХОБЛ с дисфункцией мелких дыхательных путей: роль пороговых показателей объемной капнографии 377

ПОПОВ А. А., ГОНЧАРЕНКО О. В., ПАЛАБУГИНА П. А.
Целиакия под маской спондилоартрита, ассоциированного с воспалительным заболеванием кишечника 378

ПОПОВКИНА О. Е.
Инновационные методы сопроводительной кардиотропной терапии в кардиоонкологии 379

ПРИБЫЛОВ В. С., ГАВРИЛЮК Е. В., ПРИБЫЛОВА Н. Н., ЛЕОНИДОВА К. О., ПРИБЫЛОВ С. А.
Артериальная ригидность и легочная гипертензия как прогностические маркеры и объекты терапии комбинированными гипотензивными препаратами у пациентов ИБС в сочетании с АГ и частыми фенотипами ХОБЛ после реваскуляризации 380

ПРИСЕКО Л. Г., ДЕЖЕМЕСОВА Т. С., ДЖАББАРОВА Д. Д.
Анализ распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в когорте молодых лиц 18–39 лет 381

ПРИХОДЬКО О. Б., РОМАНЦОВА Е. Б., КОСТРОВА И. В.
Влияние табакокурения и респираторной патологии у беременных на здоровье новорожденных 382

ПРИХОДЬКО О. Б., РОМАНЦОВА Е. Б., СИТНИКОВА В. В., САЯДЯН М. М., ПРИХОДЬКО К. С.
Медико-социальное сопровождение несовершеннолетних групп социального риска 383

ПРИХОДЬКО О. Б., РОМАНЦОВА Е. Б., КОСТРОВА И. В.
Неконтролируемая бронхиальная астма у беременных как фактор риска перинатальной патологии 384

ПРИХОДЬКО О. Б., РОМАНЦОВА Е. Б., КОСТРОВА И. В.
Особенности состояния здоровья потомства при дебюте бронхиальной астмы во время беременности 385

ПРИХОДЬКО А. Г., ПИРОГОВ А. Б., НАУМОВ Д. Е.
Роль интерлейкина-8 и эозинофилов в реакции дыхательных путей на холодовую бронхопровокацию у больных бронхиальной астмой, получавших длительную противовоспалительную терапию 386

ПРИХОДЬКО О. Б., РОМАНЦОВА Е. Б., КОСТРОВА И. В.
Структура и особенности аллергических заболеваний у беременных с бронхиальной астмой 387

ПРОНИН А. Г.
Медикаментозная кардиоверсия амиодароном у больных фибрилляцией и трепетанием предсердий 388

ПРОТАСОВА М. В.
Естественное течение Тетрады Фалло без хирургической коррекции у взрослого 389

ПРОТАСОВА М. В., ПРОТАСОВА Т. В.
Психоэмоциональный статус как фактор, ассоциированный с хронической болью в шее и верхних конечностях 390

ПРОХОРОВ Д. Ю.
Динамика психологического статуса студентов шестого курса медицинского ВУЗа в 2025 и 2026 годах 391

ПЫШКИНА Ю. С., СУРОВЦЕВ Е. Н.
Лучевая диагностика радиоиндуцированного поражения мелких сосудов головного мозга 392

РАКИТИНА К. А., БЫЧКОВА Л. В., ИГАМБЕРДИЕВ Ш. В. УГЛИ, ПОЛИТИДИС Р. Р., ТРИШИНА В.В., РОДОМАН М.Г.
Эффективность ингибиторов Il-6 и JAK при COVID-19-ассоциированной пневмонии с фокусом на почечную патологию 393

РАКОВСКАЯ Ю С., ДРАПКИНА О. М., ДРОЗДОВА Л. Ю.
Влияние углубленной диспансеризации на двухлетнюю выживаемость пациентов после COVID-19 394

РАХМОНОВА Ш. М., КАЛАЙДЖЯН Е. П., ТИМОФЕЕВ Ю. С., ДЖИОЕВА О. Н.
Анализ соотношения интерлейкин-18/интерлейкин-1β при фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса 395

РАХМОНОВА Ш. М.
Ассоциация концентрации сывороточного белка NLRP3 с клиническим статусом фибрилляции предсердий у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса 396

РЕБРОВ Б. А., КНЯЗЕВА А. К., ПАХОМОВ Н. А., ФЕТИСОВ И. С.
Особенности проявления НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом 397

РЕВКОВА Д. С., МАРЦЕВИЧ С. Ю., КАЛАЙДЖЯН Е. П.
Роль терапевта во вторичной профилактике повторного инсульта у пациентки с ФП, артериальной гипертензией и когнитивными нарушениями 398

РЕЕВА С. В., ГЛОТКО В. Е., ТИМОФЕЕВ Е. В.
Роль традиционных и специфических для женщин факторов сердечно-сосудистого риска в развитии инфаркта миокарда 399

РЕЗНИЧЕНКО К. А.
Оценка ответа на терапию ингибитором PCSK9 в реальной клинической практике 400

РЕЗНИЧЕНКО К. А., ТИМОФЕЕВ Е. В.
Эффективность и безопасность терапии ингибитором PCSK9 у пациентов пожилого и старческого возраста 401

РЕШЕТНИКОВА Л. К., СУЛИМА М. В.
Применение иммуномодулирующих препаратов в лечении язвенной болезни 402

РЖАВЦЕВА Т. С., КАРАМНОВА Н. С., ШВАБСКАЯ О. Б., ИВАНОВА Е. С., АСЛЯМОВ О. Р., НИКУЛИН В. Н., БЕЛЕНЬКАЯ В. А., САВИЦКАЯ Н. Н., ФОМИЧЕВА М. Л., ДРАПКИНА О. М.
Первые результаты проекта по оценке и коррекции питания у лиц с артериальной гипертонией с использованием цифрового сервиса 403

РОМАНОВ Д. С., БЕСПАЛОВА И. Д., ДЕНИСОВА О. А., КАНЕВ А. Ф.
Особенности метаболического статуса у пациентов с саркоидозом и артериальной гипертензией 404

РОМАНОВА А. А., ПАРВЕ С. Д.
Сравнительный анализ расчетных индексов EGDR и их взаимосвязь с ремоделированием сердца у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа 405

РОМАЩЕНКО О. В., ФЕДОРОВА С. П., МУЖЧИЛЬ Д. А.
Профессиональное выгорание студентов–медиков и уровень их самосознания: есть ли связь? 406

РОМАЩЕНКО О. В., ЯКУНЧЕНКО Т. И., ЗОЛОТУХИН Д. И., ЗОЛОТАРЕВА М. С., ФЕДОРОВА С. П.
Особенности профессионального выгорания студентов-медиков прифронтового и тылового ВУЗов России 407

РОМАЩЕНКО О. В.
Зависимость цитопротекторной активности триметазидина от приверженности к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца 408

РУФ Р. Р., ГРИНШТЕЙН Ю. И., ШАБАЛИН В. В.
Взаимосвязь сердечно-сосудистого здоровья трудоспособного населения с показателями психического здоровья 409

РУФ Р. Р., ГРИНШТЕЙН Ю. И., ШАБАЛИН В. В.
Продолжительность сна как показатель сердечно-сосудистого здоровья трудоспособного населения 410

РЫБИН Е. В.
Влияние сахарного диабета на толерантность к физической нагрузке у пациентов с острым инфарктом миокарда после эндоваскулярной реваскуляризации..... 411

РЫЖОВ А. В., МЯКУШИН С. С., БИКБАЕВА А. А., ВЛАСОВА Т. И.
Новый способ прогнозирования гипертензивных нарушений у молодых мужчин 412

РЫЖОВ А. В., МЯКУШИН С. С., ДЕРГАЧЕВА Е. С., ВЛАСОВА Т. И.
Особенности профиля риска артериальной гипертензии у молодых мужчин с избыточной массой тела 413

САВЕЛЬЕВА А. Н., КАРАМНОВА Н. С., ШВАБСКАЯ О. .1, КРОТОВ М. Д., БАЛАНОВА Ю. А., ИМАЕВА А.Э., ЕВСТИФЕЕВА С.Е., КАПУСТИНА А.В., ШАЛЬНОВА С.А., ДРАПКИНА О.М.
Особенности характера питания взрослого населения г. Москвы. Результаты эпидемиологического исследования Эгида–Москва 414

САВИЧ М. Б., ДЕМКО И. В., СОБКО Е. А., ИЩЕНКО О. П.
Оценка значимости мозгового натрийуретического пептида, галектина-3 и тенасцина с в качестве предикторов прогрессирования хронической сердечной недостаточности 415

САВИЩЕВА А. А., МАЛЬ Г. С., ЛЕОНИДОВА К. О.
Ожирение как предиктор недостижения целевого ХС ЛПНП при последовательной эскалации гиполипидемической терапии у больных ИБС 416

САДЫРИН Р. В., МЕЛЬНИЧЕНКО О. В., СКВОРЦОВ И. Н., РУИНА О. В., ГЕРМАН В. В.
Маскированный ATTR–амилоидоз сердца 417

САЗОНОВА А. Д., ШИРШОВ А. В.
Синдром Хакима-Адамса у пациента 74 лет: когда деменция обратима 418

САЛАМАТИНА А. А., ПИСАРЮК А. С., МЕРАЙ И. А., КАЗАХМЕДОВ Э. Р., ЛАПШИНА Е. А., КОБАЛАВА Ж.Д.
Характеристика индекса резистентности почечных артерий у пациентов с гипертоническими кризами 419

САЛЯМОВА Л. И., КВАСОВА О. Г., ВОСТРИКОВА М. С., ТРОФИМЕНКО Е. А.
Вазопротективное действие моно- и комбинированной липидоснижающей терапии у больных в постинфарктном периоде..... 420

САМЕДОВ М. Г.
Гетерогенность фенотипов хронической сердечной недостаточности у пациентов с циррозом печени: роль биомаркеров системного воспаления в стратификации риска 421

САМОЖЕНОВА П. С., ФОМИНА Е. И., САМОРУКОВА Е. И., ГОРУЛЕВА Е. И.
Оценка периоперационного риска у пожилого пациента перед плановой бариатрической операцией..... 422

САМОХИНА Ю. Ю.
Ассоциации нажбп с биомаркерами у лиц с атеросклеротическими ССЗ 423

САМУЙЛОВСКАЯ С. А., БОЯРИНОВА М. А., РОТАРЬ О. П., МОГУЧАЯ Е. В., КОЛЕСОВА Е. П., ВАСИЛЬЕВА Е.Ю., ВИЛЛЕВАЛЬДЕ С.В., КОНРАДИ А.О., БАБЕНКО А.Ю., ШЛЯХТО Е.В.
Повышенный уровень NT-proBNP как предиктор сердечно-сосудистых событий в популяционной выборке жителей Санкт-Петербурга 424

САРЫЧЕВА Ю. А., ЧЕРНЫШЕВА Т. В.
Провоспалительные цитокины и уровень ферритина у больных ревматоидным артритом с антифосфолипидным синдромом 425

САФРОНЕНКО В. А., ЧЕСНИКОВА А. И., ТАЮТИНА Т. В.
Прогнозирование сердечно-сосудистых событий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с учетом синдрома старческой астении 426

СЕДЯКИНА Ю. В.
Гемохроматоз и метаболически ассоциированная жировая болезнь печени: клинический случай дифференциальной интерпретации гиперферритинемии 427

СЕЛИВАНОВ Г. А., МУСА Х. Х. Д., КОКОРИН В. А.
Сравнение эффективности и безопасности оригинального препарата ривароксабана и его дженерика у пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии 428

СЕМЕНОВА О. Н., ЛИТВИНОВА В. Н.
Острая левожелудочковая недостаточность вследствие отрыва хорд при миксоматозной дегенерации митрального клапана: сложности дифференциальной диагностики с острым инфарктом миокарда 429

СЕМЕНОВА О. Н., РОМАНОВА К. Д., ФИЛИМОНОВА А. М.
Сравнительная оценка риска артериальной гипертензии при активном и пассивном курении 430

СЕМЕНОВА О. Н.
Факторы образа жизни, ассоциированные с гастроэзофагеальными симптомами у студентов-медиков 431

СЕМЕНОВА О. Н., БАГДАСАРЯН А. Г., МАНВЕЛЯН А. А.
Экологически-зависимые заболевания органов дыхания: региональные особенности на примере промышленного центра 432

СЕМЕРЬЯНОВА Е. К., АНТРОПОВА О. Н., ПЕРЕВОЗЧИКОВА Т. В., ДРОНОВ А. В., ЖУРАВЛЕВА А.Г.
Роль офисного, амбулаторного и центрального артериального давления в развитии предстадии хронической сердечной недостаточности 433

СЕМИКИН И. Д., СЕМИКИНА Е. В., ТАРАСОВ А. А.
Уровень фактора фон виллебранда при различных формах диабетической автономной нейропатии 434

СЕМИКИН И. Д., СЕМИКИНА Е. В., ТАРАСОВ А. А.
Уровень эндотелина-1 при различных формах диабетической автономной нейропатии 435

СЕМЧЕНКОВА М. Ю., МИХАЛИК Д. С., МАКСИМЕНКОВА В. В., НИКОЛАЕНКОВА Л. И., КРЕЧИКОВ Д.В., СИМОНЕНКО В.В.
Случай аутоиммунного полигландулярного синдрома 3-го типа 436

СЕНТЯКОВА Т. Н., КУНГУРЦЕВА О. А.
Метастатическая опухоль сердца под маской острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Клиническое наблюдение 437

СЕРГЕЕВ А. С., ДЫДЫШКО В. Т.
Индекс висцерального ожирения у лиц молодого возраста с разным статусом триглицеридов сыворотки крови 438

СЕРДЮКОВ Д. Ю., СОКОЛОВ Д. А.
Адипоцитарная дисфункция и периферическая инсулинорезистентность – предшественники атеросклероза у молодых мужчин 439

СЕРДЮКОВА А. В., ОСИПОВА О. А.
Влияние коморбидности на когнитивные функции у пациентов с атеросклерозом сонных артерий 440

СИВЕРИНА А. В., КОСТЕНКО В. А., СКОРОДУМОВА Е. А., ПИВОВАРОВА Л. П., АРИСКИНА О. Б., МАЛЫШЕВ М. Е., СКОРОДУМОВА Е. Г., РЫСЕВ А. В.
Особенности патогенетического влияния гена HIF1A, кодирующего гипоксией индуцированный фактор 1-А, у пациентов с инфарктом миокарда и острой сердечной недостаточностью 441

СИМОНОВА О. В., СОБКО Е. А., ДЕМКО И. В.
Возможность достижения клинической ремиссии среди больных тяжелой бронхиальной астмой на фоне применения иммунобиологической терапии 442

СИНЕГЛАЗОВА А. В., КРАПИВИНА Е. В., ФИЛАТОВ В. С., ЯКУПОВА Р. А.
Предиабет и коморбидность в среднем и пожилом возрасте 443

СКАБЕЛКИНА Ю. В., ГОРДИЕНКО В. П.
Уровень некоторых гормонов периферической крови здоровых жителей региона с резко континентальным климатом 444

СКИБА И. К., ЛАРИНА В. Н.
Двухфакторная шкала стратификации постгоспитального риска у пациентов с ОДСН 445

СКИБА Т. А., ЯРЦЕВА С. В., ПОБЕДЕННАЯ Г. П.
Оксидативный стресс и стресс-лимитирующие механизмы при коморбидности бронхиальной астмы и сахарного диабета 2–го типа 446

СКИБА Т. А.
Факторы бронхиальной деструкции у больных бронхиальной астмой, коморбидной с сахарным диабетом 2–го типа 447

СКИРДА А. Д., КОКОРИН В. А., МЕЛЕШКЕВИЧ Т. А., БОГОМОЛОВ П. О.
Взаимосвязь показателей суточного мониторирования артериального давления с индексом массы тела у пациентов с ожирением и неалкогольной жировой болезнью печени 448

СКЛЯРОВА В. И., ЛЬВОВА Е. Р.
Типичные предикторы формирования ХНИЗ у жителей Ростовской области на основе результатов фактического питания различных групп населения 449

СЛАВКИНА Я. С., ЖАРКОВА Д. А.
Трудности дифференциальной диагностики синдрома эндогенного гиперкортицизма – агрессивное течение болезни Иценко Кушинга 450

СЛЮСАРЬ А. А.
Диагностическая и прогностическая ценность гематологических параметров у пациентов с COVID-19 451

СМИРНОВ В. В., ШАПОВАЛОВА А. Б., ВАСИЛЕНКО В. С., МОЧАЛОВ П. А.
Влияние дефицита витаминов А, Д, Е на уровень андрогенов у пациенток с синдромом поликистозных яичников 452

СМИРНОВА Ю. И., КИРИЛЛОВА Э. Р., ДЖИОЕВА О. Н.
Распространенность нарушений внутрисердечной гемодинамики у пациентов, госпитализированных с хронической обструктивной болезнью легких, и их связь со степенью тяжести бронхиальной обструкции 453

СМИРНОВА М. С., КАРПУХИНА А. И.
Структурные изменения легких у пациента с прогрессирующим легочным фиброзом (клинический случай) 454

СМОЛКИНА Ю. А., СЕНЕНКО А. Ш.
Пять групп организационных подходов к ведению пациентов с семейной гиперхолестеринемией в РФ: анализ 153 публикаций 2011–2026 гг. 455

СПИЦИНА С. С.
Микроаденома гипофиза в сочетании с артериальной гипертензией: проблема диагностики 456

СТАЦЕНКО М. Е., ФАБРИЦКАЯ С. В., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М. В., МАКАРОВ Л. А.
Взаимосвязь уровня вазоэндотелиального фактора роста с показателями почечной дисфункции и ригидности артерий у больных хронической сердечной недостаточностью и ожирением 457

СТАЦЕНКО М. Е., ФАБРИЦКАЯ С. В., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М. В., ШИЛИНА Н. Н., МАКАРОВ Л. А.
Особенности гепато-рено-метаболического синдрома 458

СТАЦЕНКО М. Е., ОСТРОВСКИЙ О. В., МЯЗИН Р. Г., ЗЫКОВА Е. В., РАЗВАЛЯЕВА О. В., УСТИНОВА М.Н.
Оценка уровней лептина и адипонектина при неалкогольной жировой болезни печени в коморбидности с саркопенией 459

СТОЛЯРОВ Э. В., СОЛОВЬЕВА А. В., ГЛОТОВ С. И., ЮНЕВИЧ Е. А., ЛЕВИНА М. А.
Этиологическая структура анемии в терапевтическом стационаре и возможности рутинных лабораторных показателей в выявлении ее онкологического генеза 460

СТРЕЛЬЦОВА А М., СТАЦЕНКО М. Е.
Хроническое системное воспаление как предиктор высокой сосудистой жесткости у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени 461

СТРЮК Р. И., ГОЛИКОВА А. А., ГАЗАРЯН Г. Г., ТЮРИНА Л. Г., НЕФЕДОВА Г. А.,
Значение первичных коронарных вмешательств у больных инфарктом миокарда различных возрастных групп 462

СТУКОВА А. В.
Тромбоз портальной системы на фоне длительной терапии агонистами рецепторов глюкагоноподобного пептида-1: клинический случай 463

СУКМАРОВА З. Н., ИВАНОВА З. З.
Изучение воспалительной кардиопатии у пациентов с ревматоидным артритом посредством эхокардиографии и магнитно-резонансной томографии 464

СУКМАРОВА З. Н.
Перимиокардит как осложнение новой коронавирусной инфекции: результаты 6 лет наблюдения 465

СУЛИМА М. В., РЕШЕТНИКОВА Л. К.
Инактивированные бактерии Lactobacillus reuteri DSM 17648 в комплексной эрадикационной терапии Helicobacter pylori 466

СУМОРОКОВА Е. Ю., ШАХМАЕВА Н. Б., ЮРГИН Б. И.
Вариативность липидного профиля в зависимости от типа острого лейкоза 467

СУРОВ А. И., ТРОФИМОВ Е. А., ТРОФИМОВА А. С.
Стратегия терапии ожирения при скелетно-мышечной боли: шестимесячные эффекты и факторы, связанные с суставной болью 468

СЫРОВА И. Д.
Приверженность к лечению и эффективность коррекции факторов риска у пациентов с ишемической болезнью сердца через 5–7 лет после коронарного шунтирования 469

СЫРОМЯТНИКОВА Н. А., МАКАРОВА Е. В., ДМИТРИЕВА Н. А., ЕВПРАКСИНА А. М.
Жесткость сосудистой стенки и синдром раннего сосудистого старения у больных хроническими бронхолегочными заболеваниями 470

ТАРАСОВ А. А., СЕМИКИН И. Д., СЕМИКИНА Е. В.
Оценка показателя функции эндотелия при различных формах диабетической автономной нейропатии 471

ТАЮТИНА Т. В., ЧЕСНИКОВА А. И., САФРОНЕНКО В. А.
Фенотипические особенности эндотелиальной функции и состояния микроциркуляторного русла у больных с хронической обструктивной болезнью легких 472

ТОЛМАЧЕВА Н. В., ЖУРАВЛЕВА Н. В., ДИОМИДОВА В. Н., СМИРНОВА Т. Л.
Оценка информирования пациентов при проведении школ здоровья 473

ТОНКОПРЯД М. В., ГЕРАСИМЕНКО О. Н., СИМОНОВА В. Г., ТОЛМАЧЕВА А. А.
Характеристика нутритивно-метаболического и клинико-функционального статуса пациентов с остеоартритом и алиментарным ожирением 474

ТОРГУНАКОВА Е. С., БЫХАНОВА Е. А., ДЕМКО И. В.
Клинический случай генерализованного саркоидоза 475

ТУГУЧЕВА А. А., ЛАРИНА В. Н., ШЕРЕГОВА Е. Н., БЕЗЫМЯННЫЙ А. С.
Клинический профиль амбулаторного пациента с сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка 476

ТУРКИНА С. В., СТАЦЕНКО М. Е., ТЫЩЕНКО И. А., ТИТАРЕНКО М. Н., КОСИВЦОВА М. А., ЛОПУШКОВА Ю. Е.
Оценка соотношения окружности талии к росту и кардиометаболических факторов риска у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени 477

ТУРСУНОВ И. И., ШЕПЕЛЬ Р. Н., СОН И. М., МЕНЬШИКОВА Л. И., ДРАПКИНА О. М.
Региональная динамика кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами участковыми за 2021–2024 гг. 478

ТУРЯНСКАЯ Ю. В., ПОПОВ А. А.
Оценка корреляции уровня витамина Д с параметрами инсулинорезистентности у лиц с избыточной массой тела и ожирением 479

ТЮРИН А. В.
Исследование маркеров прогрессирования остеоартрита кистей у женщин с различным адипокиновым профилем 480

УРЯСЬЕВ О. М., ПОНОМАРЕВА И. Б., БЕРСТНЕВА С. В., ГЛОТОВ С. И., ЮНЕВИЧ Е. А., ГЛУХОВА Т.А., КОЛЬЦОВА В.В., МЕЛИХОВА А.А.
Кардиометаболический континуум при синдроме обструктивного апноэ сна: нарушения углеводного обмена и сердечно-сосудистые заболевания 481

УСАЧЕВА Е. В., ДРУК И. В., КУЛИКОВА О. М., ВИКТОРОВА И. А.
От слепых зон к точкам роста: как превратить диспансерный прием в инструмент кардиоваскулярной профилактики 482

УХТЕРОВА Н. Д., ЖУРАВЛЕВА Н. В., ДИОМИДОВА В. Н., ГУРЬЯНОВА Е. А.
Лечение Helicobacter pylori-ассоциированного гастрита в амбулаторной практике участкового врач-терапевта 483

ФАБРИЦКАЯ С. В., СТАЦЕНКО М. Е., ДЕРЕВЯНЧЕНКО М. В., МАКАРОВ Л. А.
Роль низкоинтенсивного системного воспаления и толщины эпикардиальной жировой ткани в прогрессировании ригидности магистральных артерий у больных хронической сердечной недостаточностью и ожирением 484

ФАЛУНИНА А. А.
Влияние коммуникации на медицинский исход 485

ФЕДИНА Е. А., ПИКУНОВА И. Н.
Анализ диагностической колоноскопии в терапевтическом отделении 486

ФЕДОТОВА Л. В., ПОПОВ А. А., ПАЛАБУГИНА П. А.
Низкая приверженность здоровому питанию как ключевой фактор избыточной массы тела и ожирения 487

ФИЛАТОВА М. В.
«Первичный гиперальдостеронизм: две стороны одной медали – хирургический скальпель или консервативный щит» 488

ФОМИНА Е. И., САМОЖЕНОВА П. С., САМОРУКОВА Е. И., АХМЕДЯРОВА Л. Б.
Оценка функционального статуса и расчет периоперационных рисков при плановых несердечных операциях у пациентов с патологией легких 489

ФОМИНЫХ М. И., ВАХИТОВА Е. Б., ДОРОХИНА К. Р., ПОПОВ А. А., ХРОМЦОВА О. М.
Гистиоцитарный некротизирующий лимфаденит Кикучи–Фудзимото. Клинический случай 490

ФОМИНЫХ М. И., ЕВСТИГНЕЕВА Л. П.
Сравнительный анализ частоты повторных переломов у пациентов, получающих и не получающих антиостеопоротическое лечение 491

ХАЙБУЛЛИНА А. М., ХАЙБУЛЛИНА А. М.
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) под маской пневмонии 492

ХАЛИЛОВА К., МИСАН И. А., КОБАЛАВА Ж. Д.
Жесткость селезенки по данным транзиентной эластометрии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью различных функциональных классов 493

ХУНХИНОВА С. А.
Новые подходы к оценке долгосрочной эффективности ренальной денервации у пациентов с резистентной артериальной гипертензией 494

ХУТАЕВА З. И., КОНОВАЛОВ Г. А., ЧАЩИН М. Г., МУХТАРОВ М. Б., ГОРШКОВ А. Ю., ДРАПКИНА О.М.
Липопротеин(А) и фенотип субклинического атеросклероза у лиц 30–39 лет 495

ЦЫГАНОВА Ю. В., КОКУРИНА К. А.
Зависимость вторичной тиреоидорезистентности от значения показателя фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени 496

ЧАВДА Х. А., НАЛЬГИЕВА М. А., ЯДВА С.
Катетер-ассоциированный сепсис с септической эмболией легочных артерий и аспергиллезом: клинический случай 497

ЧАНЫШЕВ Р. А., ГЕОРГИНОВА О. А., КРАСНОВА Т. Н., ГАББАСОВА Л. А., ДОМАШЕНКО М. А.
Вклад профессиональных факторов в развитие хронических неинфекционных заболеваний, протекающих с гиперурикемией, у работников черной металлургии 498

ЧВАНЧЕНКО А. С., ВОЛКОВА В. А., ГЕРАСИМЕНКО О. Н.
Хроническая сердечная недостаточность и мультифокальный атеросклероз: предикторы неблагоприятного прогноза 499

ЧЕПУРНЕНКО С. А., ТЕЛЬНИХИНА–НАУМОВА Д. А., КОСЕНКО В. В.
Вторичная дилатационная кардиомиопатия, обусловленная тиреотоксикозом 500

ЧЕПУРНЕНКО С. А., ТЕЛЬНИХИНА–НАУМОВА Д. А., КОСЕНКО В. В.
Инфаркт миокарда 2-го типа у пациента 39 лет на фоне пневмонии 501

ЧЕПУРНЕНКО С. А., КОСЕНКО ВВ., ТЕЛЬНИХИНА–НАУМОВА Д. А.
Оценка корригированного ЛПНП перед принятием решения
об интенсификации гиполипидемической терапии 502

ЧЕПУРНЕНКО С. А., КОСЕНКО В. В., ТЕЛЬНИХИНА–НАУМОВА Д. А.
Синдром Кавасаки, приведший к инфаркту миокарда в 15 лет 503

ЧЕРКАШИН Д. В.
Сочетание односторонней дисфункции диафрагмы и обструктивного апноэ сна
у пациентов в практике терапевта 504

ЧЕРНОВА А. Д., ШЕСТЕРНЯ П. А.
Динамика экспрессии микроРНК при переключении внутри класса ингибиторов ИЛ-6
у пациентов с ревматоидным артритом 505

ЧЕРНОРУЦКАЯ Е. И., СУХАНОВ Д. С., ИСАКОВ В. А., ПАРФЕНОВА Н. Н., РЕЕВА С. В.
Влияние особенностей микробиома кишечника на развитие вторичных дислипидемий
у взрослых с первичной лактазной энзимопатией 506

ЧЕРНЫШОВА Т. Е., СТЯЖКИНА С. Н., БЕЛОКРЫЛОВА И. И.
Динамика показателей состава тела и липидного обмена у пациентов
с избыточной массой тела при терапии ГПП-1 507

ЧЕРНЫШОВА Т. Е., САВЕЛЬЕВА Т. В., ТОЛМАЧЕВ Д. А., МОРОЗОВА А. А.
Состояние белково-синтетической функции печени у пациентов пожилого и старческого возраста
и перспективы коррекции стеатогепатоза 508

ЧУЛКОВ В. С., ВЕРЕИНА Н. К.
Клинико-биомаркерные фенотипы кардиореногепатометаболического синдрома
у женщин репродуктивного возраста 509

ЧУПИНА М. С., ШКЛЯЕВ А. Е., ДУДАРЕВ В. М.
Электрогастроэнтерографические критерии эффективности лечения пациентов
с синдромом раздраженного кишечника 510

ШАВРИН А. П.
Роль воспалительных факторов в формировании тонуса сосудистой стенки
и уровня артериального давления 511

ШАМИЛОВА З. М., АБДУЛЛАЕВ А. А.
Оценка влияния терапии валсартан/сакубитрилом на показатели внутрисердечной гемодинамики
у пациентов с ишемической хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса 512

ШАРАПУДИНОВА Ч. Н., ЯВЕЛОВ И. С., ВЕЧОРКО В. И., АВЕРКОВ О. В., ДРАПКИНА О. М.
Потребность в коррекции диуретической терапии при разных подходах к подбору дозы фуросемида
в первые сутки лечения декомпенсации хронической сердечной недостаточности 513

ШАРАФЕТДИНОВ Х. Х., ПИЛИПЕНКО В. В., АЛЕКСЕЕВА Р. И., ПЛОТНИКОВА О. А.
Взаимосвязь кардиометаболического индекса с показателями углеводного обмена 514

ШЕВЧУК В. В., СОСНИН Д. Ю.
Макроформы тиреотропного гормона как причина гипердиагностики гипотиреоза
в клинической практике 515

ШЕЕНКОВА М. В., ЯЦЫНА И. В.
Клинико-функциональная эффективность аэробных тренировок в респираторной реабилитации
пациентов с пневмокониозом 516

ШКЛЯЕВ А. Е., МАЛАХОВА И. Г., ШКЛЯЕВА Д. А.
Организующая пневмония у пациента, перенесшего COVID-19 517

ШКЛЯЕВ А. Е., ДУДАРЕВ В. М., ЧУПИНА М. С.
Оценка эзофагопротективного эффекта минеральных вод Удмуртской Республики 518

ЩЕМЕЛЕВА Е. В., СКОРОДУМОВА Е. А., КОСТЕНКО В. А., ПОВЗУН А. С.
Клинико-лабораторные особенности и госпитальные исходы острого коронарного синдрома у пациентов с подагрой 519

ЩЕРБАКОВ Е. В., ПЯТЧЕНКОВ М. О., ДОРОЩУК К. С.
Когнитивные расстройства и комплаенс у пациентов на гемодиализе 520

ЮСУПОВА А. А., БУЛАТОВА И. А.
Фенотип неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с нормальной массой тела: прогнозирование риска развития выраженного стеатоза 521

ЮСУПОВА А. Ф., ГИМАЕВ Р. Х.
Электрофизиологические показатели сердца у пациентов с артериальной гипертонией в зависимости от полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы 522

ЮШЕНКО Д. В., ИЛЮШИНА А. С., ЛИХАЧЕВ–МИЩЕНКО О. В., ХАИШЕВА Л. А.
Прогностическая значимость галектина-3 и NT-proBNP в оценке эффективности радиочастотной катетерной аблации устьев легочных вен у пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью 523

ЯКОВЕНКО В. А., МОИСЕЕВА А. Ю., КОБАЛАВА Ж. Д.
Роль висцерального ожирения при различных фенотипах хронической сердечной недостаточности 524

ЯЦЫНА И. В., ШЕЕНКОВА М. В.
Возможности психофизиологической коррекции для снижения потребности в фармакотерапии артериальной гипертензии 525

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АНЕМИЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СНСФВ

Абаева К.А., Замятин Р.А., Джиоева О.Н.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается значимой проблемой здравоохранения с высокой частотой госпитализаций. Частота дефицита железа (ДЖ) при ХСН с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ) составляет 32–65%, однако недостаток данных формирует клинический пробел в тактике ведения данной категории больных.
Цель. Провести анализ структуры ДЖ, в том числе с развитием анемии, у пациентов, госпитализированных в стационар с острой декомпенсацией сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ОДСНсФВ).
Материал и методы. Анализ показателей феррокинетики у 240 пациентов, госпитализированных в НМИЦ ТПМ с острой декомпенсацией сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса.
Результаты. Анемия выявлена у 126 из 240 больных (52,5%); у 114 пациентов (47,5%) гемоглобин был выше диагностического порога. Среди пациентов с анемией преобладали женщины – 102 случая (81,0%). Анемия преимущественно была легкой степени – у 103 пациентов (81,7%); средняя степень отмечалась у 15,9%, тяжелая – у 2,4%. Нарушения феррокинетики выявлялись и без анемии у 83 из 114 больных (72,8%). Наиболее типичной была нормоцитарная нормохромная анемия: нормоцитоз выявлен у 75,4% пациентов с анемией, нормохромия – более чем у 95%. Ферритин у большинства был в нормальном или повышенном диапазоне; снижение <30 нг/мл отмечалось только у 11,1%. Гипоферремия часто выявлялась как при анемии, так и без нее: снижение сывороточного железа отмечено у 52,4 и 43,9% пациентов соответственно. При анемии сниженный трансферрин выявлен у 29,4%, нормальный – у 66,7%, повышенный – у 3,2% пациентов; без анемии сниженный трансферрин отмечался у 29,8%. ОЖСС у большинства была нормальной или сниженной: при анемии – у 45,2 и 15,9% соответственно, без анемии – у 64,0 и 16,7%. Гепсидин у большинства оставался в референсном диапазоне. Усиленный эритропоэтиновый ответ (ЭПО) отмечался только у 27,0% пациентов с анемией.
Выводы. *У пациентов с ОДСНсФВ часто выявлялись анемия и нарушения обмена железа. Лабораторный профиль чаще соответствовал функциональному ДЖ и воспалительной дисрегуляции феррокинетики с нарушением доступности железа для эритропоэза, ввиду чего важен комплексный анализ показателей обмена железа у пациентов.*

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ)

Абдулгасанов Р.А. оглы, Шумилина М.В., Иванов А.В., Дарвиш Н.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Стойкое течение артериальной гипертензии (АГ), обусловленной синдромом Конна (СК), первичным гиперальдостеронизмом (ПГА), способно вызвать жизнеугрожающие кардиальные, церебральные осложнения. Своевременная диагностика СК позволяет выявить истинную причину АГ, исключая тем самым диагноз гипертонической болезни (ГБ).
Цель. Изучить частоту первичного гиперальдостеронизма, СК среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), гипертонической болезнью (ГБ).
Материал и методы. В НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения РФ с 1986 по 2026 г. были обследованы 3045 больных в возрасте от 5 до 89 лет со стойкой АГ.
Результаты. При обследовании пациентов у 72,6% больных диагноз ГБ не подтвердился, были выявлены различные формы вторичных, симптоматических АГ. Первичный гиперальдостеронизм с аденомой надпочечников был диагностирован у 9,5% больных. Аденомы надпочечников небольших размеров, макро- и микронодулярная гиперплазия надпочечника не были диагностированы по данным УЗИ и ангиографии, но были установлены у 33,6% пациентов только по данным КТ, КТА, МРТ, МРА. При ревизии забрюшинного пространства у 29 пациентов была выявлена микро- или макронодулярная гиперплазия надпочечника, у 15 пациентов образования диаметром до 4–5 мм не были диагностированы по данным УЗИ и лабораторного определения уровня гормонов до операции. После оперативных вмешательств у пациентов с односторонним поражением надпочечника в 98,5% случаев наступил хороший гипотензивный эффект. При поражении обоих надпочечников нормализация АД наступила лишь у 64%. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у пациентов, которым было выполнено удаление опухоли надпочечника с над- и поддиафрагмальной спланхникганглионэктомией, расширенной десимпатизацией. Хирургические методы лечения при СК позволяли получить гипотензивный эффект у 88% пациентов.
Выводы. *Таким образом, использование УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА, сцинтиграфии надпочечников, контрастной ангиографии позволяет своевременно установить диагноз и значительно снизить количество церебральных и сердечных осложнений.*

ФЕОХРОМОЦИТОМА (ПАРАГАНГЛИОМА) НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдулгасанов РА. оглы, Шумилина М.В., Иванов А.В., Дарвиш Н.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Стойкое течение артериальной гипертензии (АГ) у больных с параганглиомой, феохромоцитомой надпочечников (ФН) способно вызвать серьезные кардиальные, церебральные осложнения. Своевременная диагностика и хирургическое лечение позволяют добиться снижения или нормализации артериального давления.
Цель. Изучить частоту параганглиом (феохромоцитом) надпочечников среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) или «гипертонической болезнью».
Материал и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения РФ с 1986 по 2026 г. обследованы 3045 больных со стойкой, выраженной, длительной артериальной гипертензией (АГ). ФН была причиной АГ у 2,3% больных. Вненадпочечниковые формы ФН (перикарда, сердца, плевральной полости, парааортального пространства) со злокачественным течением АГ были выявлены у 3,9% пациентов. При всестороннем обследовании больных использовались УЗИ, контрастная ангиография, КТ, КТА, МРТ, МРА.
Результаты. После хирургического лечения у 98,5% больных с ФН наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через пять лет произошел рецидив АГ. После повторной операции наступила нормотензия. У другого пациента феохромоцитома сердца крупных размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная феохромоцитома с отдаленными метастазами была диагностирована у четырех больных только при помощи КТА и МРА. Ввиду поздней диагностики из признаков злокачественного роста информативными оказались только метастазы. Феохромоцитомы небольшие при УЗИ и контрастной ангиографии диагностированы не были, диагноз ФН был установлен у 32,9% больных только при МРТ, МРА, КТ и КТА. У 10 пациентов были выявлены вненадпочечниковые феохромоцитомы диаметром от 1 до 4 мм в забрюшинном пространстве, парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и исследовании уровня гормонов. После операций у больных с односторонним поражением надпочечников у 97,5% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление ФН со спланхникганглионэктомией, расширенной десимпатизацией.
Выводы. *Широкое применение УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА, исследования уровня гормонов позволяет своевременно установить диагноз ФН, а также значительно снизить риск развития осложнений.*

ВТОРИЧНЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ И ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Абдулгасанов Р.А. оглы, Шумилина М.В., Иванов А.В., Дарвиш Н.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Выраженные, стойкие симптоматические артериальные гипертензии (САГ) вызывают церебральные, кардиальные и другие серьезные осложнения. Своевременная диагностика САГ позволяет выявить причину артериальной гипертензии (АГ), исключая тем самым диагноз гипертонической болезни, эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ).
Цель. Изучить частоту САГ среди больных со выраженной, длительной эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) или «гипертонической болезнью» (ГБ).
Материал и методы. С 1986 по 2026 г. в НМИЦ ССХ имени А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения РФ были обследованы 3045 пациентов со стойкой артериальной гипертензией (АГ), частыми кризами в возрасте от 5 до 89 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила от 5 до 36 лет. При обследовании больных у 71,6% больных диагноз ГБ не подтвердился и были диагностированы различные виды САГ. Пациентам были проведены КТ, КТА, МРТ, МРА, контрастная ангиография, определены уровни прессорных и депрессорных гормонов.
Результаты. При всестороннем обследовании больных хронический пиелонефрит, нефролитиаз, гипернефрома и другие виды нефрогенной АГ была диагностирована у 49,9%, коарктация аорты у 1,9%, вазоренальная гипертензия у 5,5%, гемодинамическая АГ у 9,3%, стенозирующий неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,9% пациентов. АГ эндокринной этиологии была диагностирована у 15,3% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 2,1% больных, синдром Конна у 9,6%, синдром, болезнь Иценко–Кушинга у 1,3%, поражения артерий головного мозга у 1,3%, лекарственная АГ у 0,7%, алкогольная АГ у 0,6%, разные виды наркомании у 0,5%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,9%.
Выводы. *При всестороннем обследовании пациентов со стойкой, выраженной АГ современными методами лучевой и лабораторной диагностики у 71,5% удается выяснить причину АГ. Применение УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА позволяет значительно снизить частоту ЭАГ (ГБ). Хирургическое лечение позволяет получить хороший эффект.*

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдулгасанов Р.А. оглы, Шумилина М.В., Иванов А.В., Дарвиш Н.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Стойкое и неконтролируемое течение вазоренальной артериальной гипертензии (ВРГ) способно вызвать жизнеугрожающие осложнения. Своевременное хирургическое вмешательство способно достичь нормотензии, выраженной гипотензии и предотвратить развитие осложнений.
Цель. Изучить частоту поражения почечных артерий, ВРГ среди пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)», а также оценка эффективности хирургических методов лечения.
Материал и методы. С 1986 по 2026 г. в НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения РФ были обследованы 3045 больных со стойкой артериальной гипертензией (АГ) с частыми кризами в возрасте от 5 до 89 лет, которым был раннее выставлен диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность артериальной гипертензии (АГ) составила от 5 до 29 лет.
Результаты. Поражение брюшной аорты и почечных артерий были диагностированы у 9,4% больных. Вазоренальная артериальная гипертензия была выявлена у 5,5% пациентов. У 22 пациентов вследствие окклюзии почечной артерии и длительного течения АГ развилось сморщивание почек, выраженное снижение почечной функции. Пациентам были проведены нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная спланхникганглионэктомия. Стенозы почечной артерии были выявлены у 56 пациентов. После реконструкции почечной артерии у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 91%. У больных с длительностью АГ более десяти лет из-за необратимых изменений в паренхиме почек нормализация АД произошло лишь у 64%. Расслаивающая аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии из ложного просвета аорты была обнаружена у 1,9% пациентов. Операбельными оказались только 42% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и магистральных артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.
Выводы. *Использование УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА, контрастной ангиографии способствует своевременной диагностике ВРГ. Несвоевременное оперативное вмешательство при поражении почечных артерий у 39% больных не приводит к устранению АГ. Своевременное восстановление почечных артерий способствует нормализации АД.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ (НЕФРОГЕННЫХ), ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ

Абдулгасанов Р.А. оглы, Шумилина М.В., Иванов А.В., Дарвиш Н.А., Шогенов М.А., Абдулгасанова М.Р., Иванова Е.В., Провоторова Ю.Р., Гасымов Э.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Длительное течение паренхиматозной (нефрогенной) артериальной гипертензии (АГ), обусловленной поражением паренхимы почек, способно вызвать различные жизнеугрожающие осложнения. Своевременная диагностика и хирургическое вмешательство способно достичь нормотензии, выраженной гипотензии и предотвратить развитие серьезных осложнений.
Цель. Изучить частоту распространенности нефрогенных АГ при поражении паренхимы почек у пациентов со стойкой АГ, а также изучение эффективности методов лечения.
Материал и методы. С 1986 по 2026 г. в НМИЦССХ имени А.Н. Бакулева Министерства здравоохранения РФ были обследованы 3045 пациентов в возрасте 5– 89 лет со стойкой АГ и диагнозом «эссенциальная артериальная гипертензия» (ЭАГ), «гипертоническая болезнь» (ГБ) с частыми кризами. Для диагностики были использованы УЗИ, контрастная ангиография, КТ, КТА, МРТ, МРА.
Результаты. При всестороннем обследовании пациентов нефрогенная АГ с поражением паренхимы почек была диагностирована у 49,9% пациентов. После операции у 88,9% пациентов был получен хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. Нефрэктомия, декапсуляция почек, спланхникганглионэктомия у 65% пациентов привели к нормотензии, у 23% – к значительному снижению артериального давления (АД), снижению доз антигипертензивных препаратов. У 15% больных оперативные вмешательства привели к снижению АД на 15–20 мм рт. ст. Кисты почек были выявлены у 4,5%, поликистоз – у 0,9% пациентов. Удаление кист паренхимы почек, оменторевaскуляризация, расширенная спланхникганглионэктомия у 69,9% больных привели к снижению АД. Диабетический гломерулосклероз был диагностирован у 2,9% пациентов, 89,9% пациентам была выполнена расширенная спланхникганглионэктомия, декапсуляция почки с удовлетворительным эффектом. Нефролитиаз с хроническим пиелонефритом был диагностирован у 4,5% больных, нефроптоз у 2,7% больных. Нефропексия, пластика почечных артерий, спланхникганглионэктомия привели к нормотензии у 92% больных. У двух пациентов вследствие выраженного нефроангиосклероза нормотензия не была достигнута оперативным путем.
Выводы. *УЗИ, КТ, КТА, МРТ, МРА являются информативными методами диагностики нефрогенных АГ. Диагнозы ЭАГ и ГБ должен ставиться только при исключении всех форм АГ. При выраженной, стойкой АГ, малоэффективности консервативных мероприятий пациентам показано хирургическое лечение.*

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Абдуллаев А.А.
Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Проблема постинфарктного ремоделирования миокарда остается одной из наиболее актуальных в современной кардиологии. Своевременная коррекция патологических изменений сердечной мышцы определяет прогноз и качество жизни пациентов. Современные терапевтические подходы направлены на замедление процессов ремоделирования и улучшение функционального состояния миокарда.
Цель. Оценить влияние различных терапевтических стратегий на структурно-функциональные показатели сердца у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.
Материал и методы. Исследование проведено на базе кардиологического отделения с участием 120 пациентов. Критерии включения: возраст 45–75 лет, перенесенный Q–ИМ, признаки постинфарктного кардиосклероза, ХСН II–III ФК по NYHA. Пациенты были рандомизированы в три группы. Группа 1 (n=40) получала терапию валсартаном/сакубитрилом 200 мг/сут. Группа 2 (n=40) – терапию лизиноприлом 10 мг/сут. Группа 3 (n=40) – комбинированную терапию. Методы исследования включали эхокардиографию, холтеровское мониторирование, оценку гемодинамических показателей и статистический анализ данных.
Результаты. Анализ полученных данных показал следующие закономерности. Наблюдались значительное уменьшение индекса массы миокарда, стабилизация размеров полостей сердца, нормализация геометрии левого желудочка и снижение степени фиброзных изменений. Функциональные показатели демонстрировали увеличение фракции выброса в среднем на 10–15%, улучшение показателей диастолической функции, оптимизацию сократительной способности миокарда и нормализацию сердечного выброса. Гемодинамические эффекты проявлялись в снижении преднагрузки на сердце, уменьшении постнагрузки, оптимизации внутрисердечной гемодинамики и нормализации показателей наполнения желудочков. Статистический анализ подтвердил наличие достоверных различий между группами по степени уменьшения КДО (–22%), динамике КСО (–26%), приросту ФВ (+11%) и улучшению показателей тканевой допплерографии. Клиническая значимость результатов определяется замедлением прогрессирования сердечной недостаточности, снижением частоты госпитализаций, улучшением качества жизни пациентов и оптимизацией медикаментозного контроля.
Выводы. *Комплексная терапия достоверно превосходит монотерапию: она не только улучшает сократительную функцию миокарда и снижает гемодинамическую нагрузку, но и способствует устойчивой стабилизации ремоделирования сердца, что подтверждается динамикой структурно-функциональных параметров.*

НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КОМПЕНСАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА: РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Абдуллаев А.А.
Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда с низкой фракцией выброса (ИМ с нФВ) характеризуется выраженным дисбалансом нейрогуморальных систем, что приводит к прогрессированию сердечной недостаточности. Своевременная коррекция этих нарушений определяет прогноз заболевания. Особую роль в патогенезе играет активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и секреция натрийуретических пептидов.
Цель. Оценить влияние различных терапевтических стратегий на нейрогуморальные показатели и клиническое состояние пациентов с ИМ и нФВ.
Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов с ИМ и нФВ (ФВ ЛЖ ≤40%) II–III ФК по NYHA. Критерии включения: возраст 40–70 лет, перенесенный Q–ИМ, длительность заболевания до 1 года. Пациенты были рандомизированы в две группы: первая группа (n=50) получала периндоприл 5 мг/сут., вторая группа (n=50) – валсартан/сакубитрил 200 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Проводился комплексный мониторинг показателей: оценка уровня NT–proBNP, тест 6-минутной ходьбы, анализ активности РААС, исследование эндотелиальной функции. Статистический анализ включал оценку динамики показателей на фоне терапии с использованием современных методов статистической обработки данных.
Результаты. Анализ показал, что у пациентов с ИМ и нФВ наблюдается активация компенсаторных механизмов, включающих ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и секрецию натрийуретических пептидов. При оценке динамики NT–proBNP выявлено статистически значимое снижение данного маркера в группе валсартана/сакубитрила ($p < 0{,}001$), тогда как в группе периндоприла значимых изменений не зафиксировано ($p = 0{,}535$). В группе валсартана/сакубитрила отмечено значительное улучшение показателей физической толерантности по тесту 6-минутной ходьбы. Наблюдалось подавление избыточной активности РААС, улучшение показателей эндотелиальной функции и снижение маркеров фиброза миокарда.
Выводы. *У пациентов с ИМ и нФВ выраженный дисбаланс нейрогуморальных систем. Валсартан/сакубитрил эффективнее периндоприла корректирует его: достоверно снижает NT-proBNP, улучшает толерантность к нагрузке и эндотелиальную функцию – данные подтверждены клиническими показателями.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Абдуллаев А.Х.[1], Аляви Б.А.[2], Узоков Ж.К.[3], Раимкулова Н.Р.[1], Расулов Е.Э.[1]
[1] Ташкентский государственный медицинский университет; Узбекистан
[2] Ташкентский государственный медицинский университет; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан
[3] ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на успешное развитие медицинских технологий в диагностике и лечении ишемической болезни сердца(ИБС) смертность и осложнения от коронарной болезни сердца в популяции диабета не снижается.
Цель. Изучить эффективность антиагрегантной терапии у пациентов ИБС узбекской популяции с метаболическими нарушениями после планового стентирования коронарных артерий (СКА).
Материал и методы. Наблюдали пациентов ИБС стабильной стенокардией напряжения(34) III–IV ФК с сахарным диабетом 2-го типа, которым по показаниям проведено СКА. Базисное лечение включало ацетилсалициловую кислоту, клопидогрел, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, розувастатин. Изучали показатели ЭКГ и ЭХО-КГ, коронароангиографии, параметры левого желудочка(ЛЖ), агрегацию тромбоцитов(АТ) и полиморфизм генов CYP2C19 и 9p21.
Результаты. У 82% больных были исходно были снижены параметры систолической функции ЛЖ. 86% были чувствительны к клопидогрелу (1-я группа; ингибирование АТ >10%) и 14% – резистентны к клопидогрелу (2-я группа; ингибирование АТ <10%). До СКА у больных с ИБС IV ФК выявлены более высокие значения АТ. На фоне терапии клопидогрелом 5 мкмоль/л АДФ индуцированная АТ снизилась до 36% (p=0,0001). Начальная 5 мкмоль/л АДФ индуцированная АТ составила 43,1±12,5% в 1-й группе (чувствительных к клопидогрелу) и 40,12±12,3% во 2-й группе (резистентных к клопидогрелу) (P=0,6). После 600 мг нагрузочной дозы клопидогрела 5 мкмоль/л АДФ АТ снизилась до 21,5±6,8% в 1-й группе и до 38,3±11,6% во 2-й группе (P=0,0001). Однонуклеотидный аллель CYP2C191 – 48%, неактивный CYP2C192 (rs4244285/–681G>A) – 21%, CYP2C193 (rs1057910/–636G>A) – 11%, CYP2C1917 (rs12248560/–806 C>T) – 20%. АТ была ниже у пациентов с однонуклеотидными аллелями CYP2C192 и CYP2C193 и значительно выше у пациентов с однонуклеотидными аллелями CYP2C1917 по сравнению с CYP2C191 (P <0,0001). У больных с неактивными генами CYP2C192 (rs4244285/–681G>A) имеется прямая связь с высоким риском развития тромбоза.
Выводы. *Выявление нефункционирующего гена (CYP2C192,3) ассоциировано с устойчивостью пациентов к антиагрегантному действию клопидогрела, а гена CYP2C1917 – с повышенным риском кровотечений. При этом необходимо назначать другой антиагрегант.*

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОГО КИСЛОРОДА НА МИТОХОНДРИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Абраменко М.С.[1], Орлова О.С.[2]
[1] МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия
[2] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Митохондриальная дисфункция является одним из патогенетических механизмов метаболических нарушений при сахарном диабете 2-го типа (СД2). Гипербарическая оксигенация (ГБО), изменяя доступность кислорода для тканей, потенциально может влиять на функциональное состояние митохондрий. Однако реакция митохондриального аппарата на ГБО может быть неоднородной и зависеть от исходного метаболического и функционального состояния клеток.
Цель. Оценить динамику митохондриальных параметров у пациентов с СД2 после курса ГБО и определить ее взаимосвязь с метаболическими и воспалительными показателями.
Материал и методы. В исследование включены 15 пациентов с СД2 в возрасте 18–74 лет, получавших стандартную сахароснижающую терапию не менее 3 мес., с уровнем HbA1c 6,0–7,5%. Все участники получили курс ГБО в соответствии со следующим протоколом: 1,4–1,7 АТА, 60 мин., 10 процедур. До и после курса оценивали лабораторные показатели, митохондриальный мембранный потенциал (ΔΨm) методом проточной цитометрии с использованием TMRE и массу митохондрий по интенсивности флуоресценции MitoTracker Green в мононуклеарных клетках периферической крови (PBMC).
Результаты. После курса ГБО выявлена разнонаправленная динамика митохондриального статуса в исследуемой группе. У части пациентов отмечалось одновременное увеличение ΔΨm и митохондриальной массы, тогда как у других наблюдалось их снижение. Положительная митохондриальная динамика сопровождалась снижением уровня инсулина (p=0,031) и индекса HOMA–IR (p=0,034). В группе с отрицательной динамикой митохондриальных показателей отмечалось увеличение количества лейкоцитов (p=0,039) и СОЭ (p=0,031). Выявлена выраженная взаимосвязь между изменениями ΔΨm и митохондриальной массы, что указывает на сопряженность функциональных и количественных изменений митохондриального аппарата.
Выводы. *Ответ митохондрий на курс ГБО у пациентов с СД2 имеет неоднородный характер и может проявляться как повышением, так и снижением митохондриальных показателей. Необходимо учитывать исходное функциональное состояние пациентов при оценке метаболических эффектов ГБО.*

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Абрамов Ю.И., Демко И.В., Собко Е.А., Матюшин Г.В.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, КГБУЗ ККБ, г. Красноярск, Россия

Актуальность. У молодых пациентов с бронхиальной астмой (БА) снижение переносимости физической нагрузки может быть связано как с нарушением бронхиальной проходимости и бронхиальной гиперреактивностью (БГР), так и с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ). Уточнение вклада этих факторов важно для интерпретации ранних кардиореспираторных изменений.
Цель. Определить факторы, ассоциированные с переносимостью физической нагрузки у молодых мужчин с БА.
Материал и методы. Тредмил-тест выполнен у 238 мужчин 18–27 лет с БА: 131 пациент с ФР ССЗ и 107 без них. Учитывали курение, избыточную массу тела/ожирение и дислипидемию. Оценивали достигнутую метаболическую нагрузку (МЕТ), частоту сердечных сокращений и артериальное давление. Проводили спирометрию с бронходилатационной пробой и пробу с физической нагрузкой для оценки БГР. Количественные данные представлены как Me [Q1; Q3]. Для межгрупповых сравнений применяли критерий Манна–Уитни, при множественных сравнениях – поправку Бенджамини–Хохберга. Независимые ассоциации с МЕТ оценивали методом многофакторной линейной регрессии.
Результаты. У пациентов с ФР ССЗ достигнутая нагрузка была ниже: 13,60 [13,00; 14,90] против 14,45 [13,60; 14,90] МЕТ, p=0,003, при сопоставимых достигнутой ЧСС и максимальном АД. Пациенты, у которых значения ОФВ1/ФЖЕЛ после пробы с бронхолитиком были ниже медианы, МЕТ также был ниже: 13,60 [12,00; 14,90] против 13,60 [13,60; 14,90], p=0,004; q=0,027. В многофакторной модели со снижением МЕТ независимо были ассоциированы больший возраст (B=−0,155; 95% ДИ −0,269–−0,041; p=0,008) и ИМТ (B=−0,162; 95% ДИ −0,239–−0,085; p <0,001). ОФВ1/ФЖЕЛ после бронходилатации (B=−0,012; p=0,510), выраженность БГР (B=0,015; p=0,205), наличие обострения (B=−0,060; p=0,842) и количество ФР ССЗ (B=−0,151; p=0,428) самостоятельной связи с МЕТ не имели.
Выводы. *У молодых мужчин с БА наличие ФР ССЗ ассоциировано с меньшей переносимостью физической нагрузки. Наиболее устойчивыми факторами, ассоциированными со снижением МЕТ, были возраст и ИМТ, тогда как бронхиальная проходимость, БГР, обострение БА и количество ФР ССЗ независимой связи не демонстрировали.*

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ JAK И ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ ПРИ COVID-19

Абызов А.С., Кичигин В.А.
ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Тяжелое течение COVID-19 ассоциировано с развитием цитокинового шторма, в патогенезе которого ключевую роль играют сигнальные пути JAK и интерлейкин-6 (ИЛ-6). Применение ингибиторов JAK (барицитиниб, тофацитиниб) и ингибиторов ИЛ-6 (тоцилизумаб, олокизумаб, левилимаб) рекомендовано в международных протоколах, однако оптимальные сроки инициации и выбор между монотерапией и комбинацией препаратов остаются дискуссионными.
Цель. Оценить влияние применения ингибиторов JAK и ингибиторов ИЛ-6 на клинические исходы у госпитализированных пациентов с COVID-19 в зависимости от сроков инициации терапии и исходной степени риска.
Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 311 пациентов старше 18 лет, госпитализированных в БУ «БСМП» Минздрава Чувашии в 2020–2024 гг. с подтвержденным диагнозом COVID-19. Пациенты распределены на 4 группы: контроль (n=112), монотерапия ингибиторами JAK (n=105), монотерапия ингибиторами ИЛ-6 (n=37) и комбинированная терапия (n=57). Проведена стратификация по срокам инициации терапии и уровню СРБ. Статистический анализ включал расчет относительного риска (ОР) с определением уровня значимости (p).
Результаты. Общая летальность в когорте составила 35,0% (109/311). Наименьший показатель зафиксирован в группе монотерапии ингибиторами JAK – 19,05% (20/105), что достоверно ниже контроля (41,07%; ОР=0,46; p <0,001). При ранней инициации ингибиторов JAK (≤24 ч) летальность составила 7,41% (4/54) против 31,37% (16/51) при позднем назначении (ОР=0,24; p=0,007). В подгруппе с уровнем СРБ <50 мг/л монотерапия ингибиторами JAK обеспечила наивысшую выживаемость (86,8%) и статистически значимо снизила риск смерти на 51% по сравнению с контролем (ОР=0,49; p=0,032) и на 65% по сравнению с группой ингибиторов ИЛ-6 (ОР=0,35; p=0,019). В группах ингибиторов ИЛ-6 и комбинированной терапии летальность была выше (45,95 и 45,61% соответственно), что объясняется селективным назначением данных схем пациентам с выраженным цитокиновым штормом (медиана ИЛ–6 106,1 против 25,7 пг/мл в контроле).
Выводы. *Монотерапия ингибиторами JAK ассоциирована со значимым снижением летальности при COVID-19, особенно при ранней инициации (≤24 ч) и уровне СРБ <50 мг/л. Применение анти-ИЛ-6 препаратов требует тщательного отбора пациентов.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА У ПАЦИЕНТКИ С ОТЯГОЩЕННЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Абызов А.С., Петрова В.Э., Абызов М.С., Журавлева Н.В.
ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Введение. Саркоидоз и рак легкого могут иметь сходную клинико-рентгенологическую картину, что создает серьезные трудности для дифференциальной диагностики, особенно у людей с отягощенным онкологическим анамнезом.
Описание случая. Женщина, 43 года, в апреле 2025 г. заболевает пневмонией. На компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) выявлен участок консолидации в S5 правого легкого размером 12,0×9,0 мм. После курса цефтриаксона (1,0 мг 2 раза в день) наступило выздоровление. 22 марта 2026 г. пациентка вновь заболевает пневмонией, на КТ ОГК – рост очага до 16,3×14,0 мм (в динамике рост почти на 5 мм). В анамнезе фиброаденома правой молочной железы (операция от 15.11.2025), из сопутствующих: бронхиальная астма по смешанному типу. Дедушка по линии отца погиб от рака легких, а сестра дедушки – от рака желудка. Был заподозрен периферический рак легкого. В анализах крови анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 106 г/л), увеличение СОЭ до 27 мм/ч и С-реактивного белка до 16 мг/л. Уровень онкомаркеров в пределах нормы. При инструментальном исследовании признаки метастатического поражения внутренних органов и костей не выявлено. При бронхоскопии очаговый бронхит, а при ультразвуковом исследовании лимфатических узлов шеи признаки неспецифической шейной лимфаденопатии с обеих сторон. Ключевыми факторами, усложнившими диагностику в данной ситуации, стали рост очагового образования, отягощенный наследственный анамнез, профессиональные вредности, сопутствующая патология. Для верификации диагноза была выполнена VATS (video-assisted thoracoscopic surgery), атипичная резекция правого легкого с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала (ПГИ), которое выявило плотные скопления эпителиоидных клеток, формирующие неказеозные гранулемы с гигантскими многоядерными клетками Пирогова–Лангханса по периферии. Установлен окончательный диагноз «саркоидоз с поражением правого легкого, III стадия».
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай демонстрирует существенные трудности в дифференциальной диагностике саркоидоза и периферического рака легкого. Рост очага в динамике не является абсолютным критерием злокачественности. Необходимо проведение ПГИ для выбора оптимальной тактики ведения пациента.*

МАСКИ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА: СЛОЖНОСТИ РАЗГРАНИЧЕНИЯ С ОСТРОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Абызов А.С., Абызов М.С., Петрова В.Э., Журавлева Н.В.
ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Введение. Дебют геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) и гранулематоза с полиангиитом (ГПА, гранулематоз Вегенера) часто маскируется под единый «легочно-почечный синдром», из-за чего симптомы васкулита интерпретируются как атипичное или осложненное течение вирусной инфекции.
Описание случая. Женщина, 53 года, 10 мая 2025 г. заболевает острой респираторной вирусной инфекцией, лечилась осельтамивиром 75 мг 2 раза в день. 12 мая 2025 г. с двусторонней пневмонией госпитализируется в отделение терапии. Начали антибактериальную терапию: схемы менялись каждые 3–4 дня из-за отсутствия клинико-лабораторного улучшения. Постепенно развились кровохарканье, дыхательная недостаточность, 22 мая 2025 г. женщину перевели в реанимацию. Сохранялся лейкоцитоз ($17{,}8\times10^9$/л) появилась выраженная тромбоцитопения (19×10^9/л), анемия средней степени тяжести (гемоглобин 89 г/л), гипопротеинемия (общий белок 40 г/л), креатинин вырос с 83 до 216 мкмоль/л. Пациентку отправили на гемодиализ. 29 мая в крови выявлены IgM и IgG к Hantavirus в титрах 1:400 и 1:800 соответственно. Уровень креатинина достиг до 847 мкмоль/л, уровень С-реактивного –193 мг/л, гемоглобин – 86 г/л. 25 июня 2025 г. провели нефробиопсию и выявили пауциммунный гломерулонефрит. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела к протеиназе 3 (PR3–АНЦА) –189 Ед./л (норма <20). Анализ истории болезни выявил эпизоды резистентных к терапии верхнечелюстного синусита и гнойного среднего отита в 2024–2025 гг. Возникло подозрение на ГПА. Суммарный балл по классификационным критериям Американского колледжа ревматологов и Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (2022) составил 12 (при диагностическом пороге ≥5), что окончательно подтвердил диагноз. Иммуносупрессия циклофосфамидом 3 мг/кг массы тела в сутки с высокими дозами преднизолона 30 мг/сут. усугубила персистирующий инфекционный процесс, который поддерживал системное воспаление. Это привело к полиорганной недостаточности и смерти 7 ноября 2025 г.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У пациентки уже существовала локализованная форма ГПА. Перенесенная ГЛПС, возможно, из-за феномена «молекулярной мимикрии», послужила триггером для генерализации ранее скрытого васкулита. Отсроченная диагностика ГПА привела к необратимым последствиям и летальному исходу.*

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И ПСОРИАЗОМ В АНАМНЕЗЕ

Авдеева И.В.[1], Кулакова Э.В.[2], Павленко К.И.[1], Лаврентьева Е.Д.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия
[2] ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Актуальность. Активные иммунные клетки при псориазе выделяют биологически активные вещества, которые поддерживают воспаление не только в коже, но и во всем организме. В частности, воздействие их на сосуды может изменить структурно-функциональные свойства артерий.
Цель. Оценка показателей объемной сфигмографии у пациентов с дислипидемией и псориазом в анамнезе.
Материал и методы. Обследовано 19 пациентов с псориазом и дислипидемией в анамнезе (12 мужчин и 7 женщин) в возрасте 46,2±7,3 года. Артериальную гипертензию отмечали 8 человек (42,1%). С помощью биохимического анализатора AU 480 (Beckman Coulter, США) в крови определяли общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП). Структурно-функциональные свойства артерий оценивали методом объемной сфигмографии (VaSera 2000, Fukuda Denshi, Япония). Анализировали лодыжечно-плечевой индекс (R/L–ABI), индекс аугментации (AI), пальце-плечевой индекс (R/L–TBI), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (R/L–CAVI), биологический возраст на соответствие паспортному.
Результаты. Уровень офисного артериального давления составил 130,7±7,9 и 76,5±8,7 мм рт. ст., частота сердечных сокращений –64,3±5,7 уд./мин., окружность талии 99,4±10,1 см, индекс массы тела 30,3±3,4 кг/м^2. Параметры липидного профиля были: ОХ – 6,7±1,2 ммоль/л, ХС ЛНП – 4,3 (3,9; 5,0) ммоль/л, ХС ЛВП – 1,4±0,3 ммоль/л, ТГ – 1,7±0,7 ммоль/л. R/L–ABI составил 1,07±0,12, AI – 0,93 (0,87; 1,1), R/L–TBI – 0,85 (0,7; 1,02), R/L–CAVI – 6,9±0,9. Биологический возраст соответствовал реальному у 9 человек (47,4%), у 4 обследованных (21,1%) оказался меньше реального, у 6 – больше реального (31,5%).
Выводы. *Несмотря на то что основные параметры структурно-функциональных свойств артерий у пациентов с псориазом и дислипидемией в анамнезе соответствовали норме, биологический возраст у ряда больных оказался выше реального. Это диктует необходимость более активного выявления дислипидемии и ее коррекции.*

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ТРУДА У МУЖЧИН НА РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ

Аверкиева Ю.В.[1], Королева М.В.[1], Колосова Е.В.[1], Бутакова К.Д.[2]
[1]ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово, Россия
[2]ГБУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 11», г. Кемерово, Россия

Актуальность. Факторами риска развития остеопороза являются снижение физической активности и длительная иммобилизация. Существует положительная корреляционная связь между адекватной физической нагрузкой в юношеском возрасте, достижением оптимального уровня пика костной массы и целевыми параметрами МПК.
Цель. Оценить влияние уровня физического труда (ФТ) у мужчин на риск развития остеопоротических переломов.
Материал и методы. Факторы риска изучены у 173 женщин и 46 мужчин в возрасте 50 лет и старше с переломами бедра, полученными при минимальном уровне травмы. Контрольную группу составили 150 женщин и 50 мужчин в возрасте 50 лет и старше без переломов бедра в анамнезе. Всего в исследование было включено 419 человек. Всем больным задавались вопросы касательно возраста начала трудовой деятельности, а также ее характер в разные периоды жизни (<25, 25–50, > 50 лет).
Результаты. Средний возраст начала трудовой деятельности у мужчин в основной группе составил 14,09±1,44 года; Me=14 (P25=13; P75=15), в контрольной группе –17,3±3,47 года; Me=16 (P25=15; P75=18) ($p < 0,0001$). В возрасте до 25 лет мужчины с переломами бедра статистически значимо чаще выполняли тяжелый ФТ (58,69%), в то время как мужчины контрольной группы – легкий (17,39%) и средний (23,92%) ФТ ($p < 0,05$). В возрастной группе 25–50 лет увеличилось число мужчин, занимающихся средним ФТ как в группе мужчин с переломами (34,78%), так и в контрольной группе (60,0%), при этом между группами статистически значимые различия сохранились ($p=0,03$). Большинство мужчин в группе с переломами бедра продолжали выполнять тяжелый ФТ (54,35%). Установлено, что в возрасте старше 50 лет большинство мужчин занимались легким (26,09%) и средним (63,04%) ФТ как в группе мужчин с переломами, так и в контрольной группе (50,0 и 46,0% соответственно). Однако мужчины данной возрастной группы с переломами бедра также статистически значимо реже выполняли легкий ФТ, чем мужчины контрольной группы (26,09 и 50,0%, $p=0,03$).
Выводы. *Установлено, что большинство мужчин с переломами бедра в возрасте до 50 лет выполняли средний и тяжелый физический труд, в то время как лица без переломов – легкий ФТ.*

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ В ПОПУЛЯЦИИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Колосова Е.В.
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Повреждения позвонков являются одним из распространенных осложнений остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста. Остеопоротические переломы позвонков могут приводить к инвалидности, снижению продолжительности и качества жизни больных.
Цель. Оценить частоту встречаемости остеопоротических переломов позвонков в зависимости от пола и возраста у лиц старшей возрастной группы.
Материал и методы. Переломы позвонков при минимальном уровне травмы зарегистрированы в 78 случаях у больных старше 50 лет: 57 (73,08%) мужчин и 21 (26,92%) женщина ($p < 0,001$). Частота переломов рассчитывалась на 100 000 населения в каждой возрастной группе и средние показатели за исследуемый период на 100 000 человеко-лет. Вся исследуемая популяция была разделена на пятилетние возрастные интервалы. Расчеты частоты переломов проводились для каждой возрастной группы.
Результаты. Частота переломов в среднем составила для лиц обоего пола 50,15/100 000 населения в возрасте 50 лет и старше, из них у мужчин – 98,43/100 000, у женщин – 21,29/100 000 населения. Выявлено, что переломы позвонков во всех возрастных группах чаще встречались у мужчин, чем у женщин. В возрастной группе 50–54 лет переломы позвонков у женщин не зарегистрированы, в то время как у мужчин распространенность переломов составила 17,2/100 000 человеко-лет. В возрастных группах 55–59 и 60–64 лет переломы позвонков также встречались чаще у мужчин (17,2/100 000 и 52,4/100 00 человеко-лет соответственно), чем у женщин (9,6/100 000 и 10,2/100 000 человеко-лет), однако статистически значимых различий между группами не получено ($p > 0,05$).
Начиная с возраста 65–69 лет отмечено увеличение частоты переломов как у мужчин, так и у женщин (151,1/100 000 и 20,9/100 000 человеко-лет соответственно). Темпы роста числа переломов у мужчин в этой возрастной категории в 7,5 раза выше, чем у женщин ($p < 0,001$). При сравнении группы мужчин в зависимости от возраста установлено, что статистически значимо чаще переломы позвонков встречались в возрасте 80 лет и старше (836,0/100 000 человеко-лет).
Выводы. *Таким образом, у мужчин переломы позвонков во всех возрастных группах встречались чаще, чем у женщин. Наибольшее число переломов пришлось на возраст 80 лет и старше как у женщин, так и у мужчин.*

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Агарков Д.И.
НИУ «Белгородский государственный университет», Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность ассоциированы с высокими демографическими и экономическими потерями. Их снижение остается одним из основных направлений развития и совершенствования систем здравоохранения во всем мире. В повседневной медицинской практике у большей части больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) отмечается сочетание нескольких заболеваний и состояний, т.е. коморбидность.
Цель. Выявить особенности полиморбидной патологии у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией.
Материал и методы. Проведено обследование 80 пациентов с АГ пожилого и старческого возраста одной из поликлиник г. Белгорода; из них 60 женского пола, 20 мужского пола. В возрастном аспекте пациенты были представлены в пределах от 60 до 90 лет (средний возраст – 69,14±1,34 года), в том числе лица пожилого возраста (60–74 года) – 66 человек, и старческого (75 лет и старше) – 14 человек. Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской декларации. Для оценки полиморбидных заболеваний использовалась шкала CIRS–G Cumulative Illness Rating Scale. Непараметрический критерий U–критерий Манна–Уитни применялся для оценки значимости разницы средних значений двух выборок.
Результаты. Полиморбидная патология обнаруживалась у всех пациентов пожилого и старческого возраста с АГ старше 60 лет, среди которой: заболевания ЖКТ (81,43%), опорно-двигательного аппарата (77,14%), эндокринной системы (75,71%) и мочевыделительной системы (72,86%). Среди коморбидных ССЗ при АГ чаще отмечались ИБС (стенокардия напряжения) и ХСН, заболевания нервной системы (инсульт/ТИА, дисциркуляторная энцефалопатия). Для лиц с АГ старческого возраста в сравнении с лицами пожилого возраста чаще были характерны патология сердечно-сосудистой системы (ССС) (ИБС, нарушения ритма сердца, ХСН), органов дыхания (ХОБЛ), нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия и инсульт/ТИА), мочевыделительной системы (ХБП), эндокринной (СД 2-го типа), опорно-двигательного аппарата (деформирующий остеоартроз) и онкологическая патология. В пожилом возрасте чаще встречались в сравнении с лицами старческого возраста бронхиальная астма, ожирение, узловой зоб, заболевания ЖКТ (ГЭРБ, хронический дуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, панкреатит, хронический колит), ревматоидный артрит.
Выводы. *Выявлена высокая частота полиморбидной патологии у лиц пожилого и старческого возраста с АГ, которая обнаруживалась у всех пациентов. В среднем у пожилого пациента с АГ выявлено 6 патогенетически связанных и не связанных между собой заболеваний, а у пациента старческого возраста – 8.*

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ «ЖЕНСКИЙ ВОПРОС» В ГИПЕРТЕНЗИОЛОГИИ: БЕРЕМЕННОСТЬ, ЛАКТАЦИЯ, КОНТРАЦЕПЦИЯ, МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД

Адашева Т.В.
ФБГОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. По данным эпидемиологического исследования ЭССЕ–РФ–2, распространенность артериальной гипертензии (АГ) в России у женщин в возрасте 25–64 лет составляет 39,9%. Эффективное лечение АГ у женщин может привести к снижению сердечно-сосудистой смертности на 38%. Женщины без АГ живут примерно на 5 лет дольше, чем имеющие высокое АД. В рекомендациях описываются отдельные клинические ситуации, когда тактика ведения АГ меняется в женской популяции (беременность и лактация, менопаузальный переход).
Цель. В результате анализа литературы, клинических рекомендаций сформулировать тактику ведения АГ в женской популяции.
Материал и методы. Произведен анализ литературных источников за период 2020–2026 гг., проанализированы актуальные российские и иностранные клинические рекомендации. Результаты литературного поиска и анализа представлены в виде алгоритмов ведения.
Результаты. Тактика ведения АГ в соответствии с клиническими рекомендациями не является пол-специфичной. Однако течение АГ и динамика поражения органов-мишеней у женщин имеет целый ряд особенностей: раннее поражение органов-мишеней с более медленным регрессом на фоне антигипертензивной терапии (АГТ), высокий риск сердечно-сосудистых катастроф даже при АГ 1 степени, большая частота метаболических расстройств, специфика поражения сердца – концентрическое ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) с развитие сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса. В женской популяции лекарственные препараты имеют целый ряд фармакокинетических и фармакодинамических особенностей, побочные эффекты развиваются чаще. Описан целый ряд факторов сердечно-сосудистого риска, связанных с репродуктивной функцией, которые необходимо учитывать при планировании терапии. Специфические клинические ситуации, которые необходимо учитывать при ведении женщин с АГ, – применение комбинированных оральных контрацептивов (риск развития резистентной АГ, неконтролируемая АГ), беременность и лактация (специфика инициации терапии, классы препаратов, цели терапии), период перименопаузы.
Выводы. *Таким образом, несмотря на единый алгоритм ведения, в женской популяции необходимо учитывать пол-специфические, репродуктивные факторы сердечно-сосудистого риска, особенности течения и терапии АГ в возрастном аспекте и в различных клинических ситуациях.*

АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Гусенова Н.Г., Злобина А.А., Ахметов А.Р.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Причиной смертности от ИБС чаще всего является развитие острого коронарного синдрома (ОКС). Практическое здравоохранение направлено на лечение ОКС, однако важно предотвращать его развитие.
Цель. Выявить различия в факторах риска ИБС у больных с ОИМ и НС.
Материал и методы. Проанализировано 522 истории болезни с ОКС. В 1-ю группу вошло 166 пациентов с ОИМ (96 мужчин, 70 женщин), 2-ю группу – 356 пациентов с НС (170 мужчин, 186 женщин). Медиана возраста пациентов 1-й группы (65,00 [54,00; 74,00] лет), 2-й группы – (68,00 [60,00; 75,00]), $p > 0,05$. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия χ^2, Манна–Уитни, отношения шансов.
Результаты. Табакокурение преобладает у пациентов с ОИМ по сравнению с НС (34,3 относительно 16,7%, $p < 0,0001$). Отношение шансов показывает, что у пациентов с ИБС риск развития ОИМ повышается в 2,6 раза при наличии табакокурения. В группе ОИМ тенденция к преобладанию гипертриглицеридемии по сравнению с НС (29,3 относительно 21,3%, $p=0,059$). При этом более высокий уровень ТГ в группе больных с ОИМ в сравнении с пациентами с НС (1,22 [0,84; 1,87] относительно 1,04 [0,69; 1,61], $p < 0,001$). По другим факторам риска ИБС различий нет.
Выводы. *У пациентов в случае подтвержденного ОИМ чаще выявлялся такой фактор риска, как табакокурение, и был выше уровень ТГ по сравнению с пациентами с НС.*

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Гусенова Н.Г., Злобина А.А., Ахметов А.Р.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Наличие глобального старения населения привело к увеличению абсолютной и относительной численности лиц старших возрастных групп. В связи с этим весьма актуальной является проблема старческой астении (СА). Доказано наличие связи между СА и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Помимо этого, с возрастом отмечается увеличение частоты анемии, при этом у пациентов с анемией повышается смертность, в том числе и от кардиоваскулярных заболеваний.
Цель. Оценить ассоциацию анемии с сердечно-сосудистой патологией у лиц с синдромом СА.
Материал и методы. Были обследованы 168 пациентов старше 65 лет. Основная группа – 60 пациентов с синдромом СА (37 мужчин, 23 женщины); группа контроля – 108 человек (68 мужчин, 40 женщин) без синдрома СА. Медиана возраста пациентов основной группы статистически значимо не отличалась от медианы возраста лиц контрольной группы (82 года ± 7,4 [75,00; 84,00] относительно 78 лет ± 7,1 [65,00; 82,00] года, p=0,605). Всем пациентам выполнили комплексную гериатрическую оценку.
Результаты. Среди пациентов со СА статистически значимо чаще диагностирована анемия по сравнении с пациентами без СА (51,67 относительно 33,33%, p <0,001). Определены статистически значимые отрицательные корреляционные связи между уровнем гемоглобина и старческой астенией (r=–0,222; p <0,001), показателем гематокрита и старческой астенией (r=–0,224; p <0,001). У больных со СА имеются статистически значимые прямые корреляционные связи анемии с частой наджелудочковой экстрасистолией (r=0,152, p=0,049) и частой желудочковой экстрасистолией (r=0,154, p=0,047).
Выводы. *Подтверждена ассоциация СА с анемией, при этом анемия влияет на появление частой наджелудочковой и частой желудочковой экстрасистолии.*

ПОСЛЕДСТВИЯ SARS-COV-2 У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Нарожная А.Д., Гусенова Н.Г., Злобина А.А., Ахметов А.Р.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Здоровье и влияние спорта на жизнь в мышлении современных людей приравнены. Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 внесла существенные коррективы в обыденную студенческую спортивную жизнь.
Цель. Оценить влияние новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 на физическое здоровье студентов, занимающихся профессиональным и любительским спортом.
Материал и методы. Обследованы 62 профессиональных спортсмена и 48 студентов, занимающихся любительским спортом. Исследуемыми заполнялась анкета с использованием Google Forms. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Microsoft Office Excel 2017 и Google Forms.
Результаты. Результаты функциональных методов исследования не выходили из параметров нормальных значений. SARS-CoV-2 перенесли 39 человек (35,45%). Привитые Гам-КОВИД-Вак меньше заболевали по сравнению с непривитыми (29,76 относительно 53,85%, p=0,025). Выявлена корреляция между профессиональным спортом и побочными реакциями на вакцинацию (r=0,523; p=0,001), тяжестью течения инфекции (r=0,370; p=0,001). У привитых тяжесть течения коронавирусной инфекции ассоциировалась с наличием побочных реакций на вакцинацию (r=0,320; p=0,016). Ухудшение физической формы в постковидном периоде коррелировало с профессиональным спортом (r=0,389; p=0,016). Дискомфорт в грудной клетке после перенесенной инфекции ассоциировался с курением у профессиональных спортсменов (r=0,221; p=0,014).
Выводы. *Ухудшение физической формы после перенесенной коронавирусной инфекции напрямую коррелировало с занятиями профессиональным спортом. Табакокурение ухудшает течение постковидного периода у профессиональных спортсменов.*

ФАКТОРЫ РИСКА, УХУДШАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Гусенова Н.Г., Злобина А.А., Ахметов А.Р.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Несоблюдение молодежью здорового образа жизни негативно влияет на состояние здоровья, что сказывается на учебном процессе, а в дальнейшем неблагоприятно повлияет на трудовую деятельность.
Цель. Оценить связь продолжительности обучения в медицинском вузе с факторами, влияющими на состояние здоровья студентов.
Материал и методы. Проанкетирован 1021 студент: 1-я группа – 339 студентов 1 и 2 курсов, 2-я группа – 365 студентов 3 и 4 курсов, 3-я группа – 417 студентов 5 и 6 курсов. По гендерному показателю выделенные группы не отличались. Студенты 1-й группы были статистически значимо моложе (19,63 + 2,87 года), чем студенты 2-й группы (21,41 + 1,54 года) и 3-й группы (23,65 + 2,76 года), $p < 0{,}0001$. Статистический анализ проводился с использованием метода x^2 и Манна–Уитни. Различия оценивались как статистически значимые при $p \leq 0{,}05$.
Результаты. 86,2% всех студентов имеют физическую нагрузку. За компьютером в интернете более четырех часов в сутки чаще проводили студенты 1–2-х курсов (49,3%). С каждым курсом их становилось меньше: 43,8% на 3–4 курсах, 36,2% на 5–6 курсах, $p=0{,}0001$. Большинство студентов (78,6%) совмещают домашнее питание с питанием в столовой и фастфудах. Прослеживается статистически значимое преобладание студентов 5–6 курсов, ежедневно употребляющих мясные продукты, в сравнении со студентами 1–2 курсов (70,5 относительно 58,4%, $p=0{,}005$). Подобная картина наблюдается в еженедельном употреблении морепродуктов (35,0 и 27,1% соответственно, $p=0{,}039$). Начиная с 3 курса прослеживается статистически значимое увеличение количества студентов, употребляющих алкоголь (в 1-й группе –54,5%, во 2-й –73,7%, в 3-й –71,2%, $p_{1–2, 1–3}=0{,}0001$). Курящих студентов среди анкетированных оказалось 24,2%. С большей частотой статистически значимо курили студенты 3–4 курсов (в 1-й группе –22,1%, во 2-й –27,4%, в 3-й –23,0%, $p_{1–2, 2–3}=0{,}041$). Начиная с 3 курса предпочтение отдается электронным сигаретам. Продолжительность сна более 7 ч имеют 10,9%, от 6 до 7 ч –54,5%, менее 6 ч –34,6% студентов.
Выводы. *За период обучения в вузе улучшается рацион питания студентов, большинство ведет активный образ жизни. В то же время увеличивается количество лиц, употребляющих алкоголь.*

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аксютина Н.В., Большакова Т.Ю., Демичев И.А., Нарожная А.Д., Ахметов А.Р., Гусенова Н.Г., Злобина А.А.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 20,5 млн человек. Профилактика как самих заболеваний кардиоваскулярной системы, так и осложнений от уже случившихся сосудистых катастроф несет огромное практическое значение. Школы здоровья в стационарах направлены на вторичную профилактику.
Цель. Провести анализ деятельности школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистой патологией на базах КГБУЗ КМКБ № 20 им. И.С. Берзона и КГБУЗ КМК БСМП им. Н.С. Карповича г. Красноярска.
Материал и методы. Проведено 83 занятия, которые посетили порядка 330 пациентов, среди них проанкетировано 149. 1-я группа – 69 пациентов (25 мужчин (36,2%) и 44 женщины (65,8%)), пролеченных в КМКБ № 20, медиана возраста 69,00 [61,00; 77,00]. 2 группа – 80 пациентов (мужчин 37 (46,3%), женщин 43 (53,8%)), пролеченных в БСМП, медиана возраста 69,00 [57,00; 75,00]).
Результаты. В КМКБ № 20 больше пациентов с ХСН, чем в БСМП (59,4 относительно 23,8%, $p < 0,001$). Продолжительность лекций просят изменить в КМКБ № 20 31,9%, в БСМП 12,5%, $p=0,016$. Выявлены прямые корреляционные связи декомпенсации ХСН с неудовлетворенностью продолжительностью лекции ($r=0,157$, $p < 0,05$), с низким качеством усвоения прослушанного материала ($r=0,129$, $p < 0,05$).
Выводы. *Пациенты с ХСН отличались худшим усвоением прослушанной информации и неудовлетворенностью продолжительностью занятий, что требует более персонализированного подхода.*

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ АЦИЛКАРНИТИНОВ И АМИНОКИСЛОТ С РАЗВЕТВЛЕННОЙ ЦЕПЬЮ ПРИ САРКОИДОЗЕ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Акульшина Е.П., Малахова А.Е., Николаева Н.А., Воронкова О.О., Абдуллаева Г.Б., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Саркоидоз и бронхиальная астма широко распространены среди населения и значительно снижают качество жизни пациентов. Метаболомное профилирование позволяет взглянуть на патогенез данных заболеваний под новым углом, тем самым давая возможность для разработки новых эффективных препаратов.
Цель. Оценить особенности метаболизма аминокислот с разветвленной цепью (BCAA) и ацилкарнитинов (ACs) у пациентов с саркоидозом и бронхиальной астмой (БА) по сравнению со здоровыми добровольцами.
Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов с БА, 18 пациентов с саркоидозом и 76 здоровых добровольцев (группа контроля). Определяли уровни BCAA (валин, лейцин+изолейцин (leu–Ile) и ACs (C0–C18) методом тандемной масс-спектрометрии. Данные представлены в виде Me [Q1; Q3]. Для сравнения трех групп использовали критерий Краскела–Уоллиса, апостериорные сравнения с использованием критерия Данна с поправкой Холма. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.
Результаты. У пациентов с БА и саркоидозом уровни валина и leu–Ile были статистически значимо выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$) – 218,86 [194,81; 238,44] и 229,88 [209,73; 250,54] против 190,42 [166,00; 210,94] и 211,04 [173,77; 238,03] и 204,86 [190,94; 229,44] против 164,73 [149,32; 185,22] соответственно. Различий между группами БА и саркоидоза не выявлено. В обеих группах по сравнению со здоровыми добровольцами были статистически значимо выше уровни свободного карнитина (C0), суммы ACs+C0, а также ряда коротко- и длинноцепочечных ацилкарнитинов ($p < 0,001$). Наиболее значимые различия отмечены для C3, C4, C5, C16, C18 и C18:1. Уровень C3 был выше при саркоидозе по сравнению с БА ($p=0,027$). При БА статистически значимо ниже были показатели C10:2 и средне-/длинноцепочечных ACs относительно здоровых добровольцев. При саркоидозе были значимо выше показатели C5DC, C12:1, C18:2, C3/C0. В обеих группах отмечалось снижение соотношения C2/C3 и повышение C4/C2 по сравнению с группой контроля.
Выводы. *Выявленные изменения согласуются с данными о нарушении энергетического обмена при хронических заболеваниях легких. Их связь с активностью воспаления и функциональными показателями требует дальнейшего изучения.*

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ал Аутаири А., Моисеева А.Ю., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у пациентов старческого возраста характеризуется высоким риском неблагоприятных исходов, что диктует необходимость поиска доступных прогностических маркеров. Одним из перспективных маркеров является интерлейкин-6 (ИЛ-6), отражающий активность воспалительного процесса.
Цель. Определить прогностическую значимость уровня ИЛ-6 в отношении госпитальной летальности и отдаленных исходов у пациентов старческого возраста с ХСН.
Материал и методы. В исследование включены 250 пациентов старческого возраста с ХСН. Возраст Me [IQR] 83,0 [77,6–86,4] года, 41,6% (n=104) мужчины. Всем пациентам проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование, дополнительно в крови определялся ИЛ-6 методом иммуноферментного анализа. Пациенты разделялись на три группы по тертилям ИЛ-6.
Результаты. Были вычислены пороговые уровни ИЛ-6 для прогнозирования неблагоприятных исходов в госпитальном и отдаленном периоде у пациентов старческого возраста с ХСН. Значение ИЛ-6 более 14,4 с высокой чувствительностью и удовлетворительной специфичностью предсказывало развитие госпитальной летальности, тогда как значение ИЛ-6 более 15,53 с высокой чувствительностью и специфичностью было связано со смертью от всех причин или повторными госпитализациями за 12 мес. наблюдения. При анализе кривых Каплана–Майера у пациентов старческого возраста с ХСН и крайнем третьем тертилем ИЛ-6 наблюдалась значимо худшая выживаемость в госпитальном периоде и через 12 мес. наблюдения. Показатель ИЛ-6, соответствующий третьему тертилю увеличивал шанс развития госпитальной летальности почти в 3 раза (ОШ 2,8; 95% ДИ 1,2–6,4, p=0,02) и шанс развития смерти от любой причины или повторные госпитализации в течение 12 мес. почти в 2 раза (ОШ 1,9; 95% ДИ 1,0–3,6, p=0,03).
Выводы. *У пациентов старческого возраста с ХСН повышенный уровень ИЛ-6 является независимым предиктором неблагоприятного исхода. Определение пороговых значений ИЛ-6 (>14,4 пг/мл и >15,53 пг/мл) позволяет стратифицировать пациентов по риску госпитальной и отдаленной летальности.*

ЖЕСТКОСТЬ СЕЛЕЗЕНКИ КАК МАРКЕР РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВРВП У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Алаеддин Т., Тарасова О.И.
Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) остается жизнеугрожающим осложнением цирроза печени (ЦП). Бета-блокаторы являются стандартом первичной и вторичной профилактики. Однако индивидуальный ответ на терапию вариабелен, а предикторы остаточного риска кровотечения изучены недостаточно. В последние годы предложено использовать жесткость селезенки (ЖС) как маркер портальной гипертензии, но ее динамика на фоне карведилола и связь с клиническими исходами мало исследованы.
Цель. Оценить динамику жесткости печени (ЖП) и селезенки (ЖС) у пациентов с ЦП в стадии компенсации и ВРВП на фоне терапии карведилолом в течение 6 мес. наблюдения и проанализировать риск развития кровотечения.
Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное исследование с включением 12 пациентов с ЦП и ВРВП: 6 мужчин (50%) и 6 женщин (50%), медиана возраста 59 лет [50; 70]. Все пациенты получали карведилол в стандартной дозе. Этиология ЦП: алкогольный генез – 8 пациентов (66,7%), хронический гепатит С – 2 (16,7%), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – 2 (16,7%). Класс А по Чайлд–Пью установлен у 8 пациентов (66,7%), класс В – у 4 (33,3%). ВРВП 1 степени диагностированы у 4 пациентов (33,3%), 2 степени – у 8 (66,7%). Обследование проводилось исходно, через 3 и 6 мес. Оценивались ЖП методом транзиентной эластографии (кПа), ЖС – ультразвуковой эластографией (кПа), уровень тромбоцитов (PLT, $\times 10^9$/л).
Результаты. В общей группе (n=12) медиана ЖП снизилась с 30,0 [28,1; 48,4] кПа исходно до 21,0 [20,0; 30,5] кПа к 3 мес. и 20,5 [18,5; 40,0] кПа к 6 мес. ЖС изменилась незначительно: 65,0 [58,0; 69,5] → 58,5 [42,5; 61,8] → 59,0 [46,5; 66,5] кПа. У пациентов с кровотечением (n=4) исходно наблюдалась более высокая ЖС (65,9 [62,4; 70,4] против 64,0 [48,8; 69,4] кПа) у пациентов без кровотечения (n=8) – и более низкому уровню тромбоцитов (85,5 [74,8; 96,8] против 112,5 [95,0; 146,3]$\times 10^9$/л). Через 6 мес. в группе кровотечения ЖС оставалась высокой (65,8 [61,3; 66,3] кПа), тогда как в группе без кровотечения отмечено ее снижение до 53,5 [46,0; 67,0] кПа. При ВРВП 2 степени (n=8) медиана ЖП снизилась с 31,5 [28,3; 54,4] до 19,5 [18,3; 37,0] кПа, ЖС – с 65,0 [56,5; 69,0] до 59,3 [48,8; 68,4] кПа. При ВРВП 1 степени (n=4) динамика была менее благоприятной: ЖП к 6 мес. составила 32,2 [21,3; 42,5] кПа (исходно 23,9 [19,4; 28,4] кПа). У пациентов класса В по шкале Чайлд– Пью ЖС исходно была выше (70,2 [69,9; 70,4] кПа) по сравнению с классом А (61,4 [48,3; 66,0] кПа).
Выводы. *ЖС, в отличие от ЖП, демонстрирует более стабильные значения у пациентов с кровотечением и может рассматриваться как дополнительный маркер для стратификации риска кровотечения. Исходно более низкий уровень тромбоцитов и более высокая ЖС (более 65) могут быть предикторами риска кровотечения.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С ХРОНИЧЕСКИМ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Алексеева Р.И., Пилипенко В.В., Плотникова О.А., Шарафетдинов Х.Х.
ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, г. Москва, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между хроническим воспалением, оцененным по уровню высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) и показателями липидного спектра крови у пациентов сахарным диабетом (СД) 2-го типа.
Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов с СД 2-го типа и ожирением II–Ш ст. в возрасте 58,3±0,82 года с длительностью заболевания 9,39±0,64 года. Проведено исследование липидного спектра крови: общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ), а также уровня вчСРБ. Биохимические показатели в сыворотке крови определяли на биохимическом анализаторе KONELAB Prime 60i (Thermo Scientific, Финляндия).
Все включенные в исследование пациенты по показаниям принимали сахароснижающие, гипотензивные и гиполипидемические лекарственные препараты.
Результаты. Средний уровень базальной гликемии составил 6,58±0,15 ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) − 6,36±0,09%. Средний уровень общего ХС составил 4,50±0,19 ммоль/л; ХС ЛПНП − 3,15±0,17 ммоль/л, ХС ЛПВП − 1,37 ± 0,04 ммоль/л, ТГ − 1,93 ±0,13 ммоль/л. Следует отметить, что медианный уровень ХС ЛПНП не достиг целевых значений, несмотря на прием гиполипидемических препаратов у подавляющего количества пациентов. Уровень вчСРБ в среднем по группе составил 4,39 ± 0,85 мг/л. В исследовании выявлена значимая положительная корреляционная связь между уровнем вчСРБ и уровнем общего ХС, ХС ЛПНП ($r=0,560$, $p<0,01$; $r=0,540$, $p<0,01$ соответственно). Тогда как связь между уровнем ХС ЛПВП и ТГ с уровнем вчСРБ была слабой и статистически незначимой.
Выводы. *Выявленные корреляционные взаимосвязи между показателем хронического системного воспаления (вчСРБ) и показателями липидного обмена, прежде всего ХС ЛПНП, свидетельствуют о необходимости контроля хронического субклинического воспаления при лечении СД 2-го типа.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И ЕГО СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Алиахунова М.Ю.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Дефицит витамина D в настоящее время остается актуальной проблемой в ревматологии. Благодаря широкому спектру биологических эффектов витамина D, его роль в развитии патологии костно-мышечной системы, а также в контроле иммунных реакций не вызывает сомнений. Это указывает на необходимость поддержания оптимального уровня витамина D у пациентов ревматологического профиля.
Цель. Изучить распространенность дефицита витамина D, оценить сезонные особенности обеспеченности витамином D и определить их клиническое значение у пациентов с ревматологическими заболеваниями.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 180 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, проходивших обследование в ревматологическом центре. Среди обследованных преобладали пациенты с дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника (60,0%), ревматоидным артритом (22,0%) и системными заболеваниями соединительной ткани (18,0%). Всем пациентам определяли концентрацию 25–гидроксивитамина D (25(OH)D) в сыворотке крови. Выполнен анализ обеспеченности витамином D в зависимости от сезона года, а также оценена связь его уровня с наличием нарушений минеральной плотности костной ткани.
Результаты. Медианная концентрация 25(OH)D составила 18,7 (15,0–23,1) мкг/л. Дефицит витамина D выявлен у 100 (55,5%) пациентов, недостаточность – у 54 (30,0%), тогда как адекватный уровень зарегистрирован лишь у 26 (14,5%) обследованных. Среди пациентов с признаками остеопороза недостаточная обеспеченность витамином D отмечена в 80,0% случаев. Анализ сезонной динамики показал, что средние значения 25(OH)D не достигали рекомендуемых ни в один из сезонов года. Наиболее низкие показатели зарегистрированы в зимний и весенний периоды, когда дефицит витамина D выявлялся у большинства обследованных. Осенью отмечалось статистически значимое повышение концентрации 25(OH)D, однако даже в этот период оптимальная обеспеченность сохранялась лишь у небольшой части пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности скрытого дефицита витамина D независимо от времени года.
Выводы. *Дефицит и недостаточность витамина D широко распространены среди пациентов ревматологического профиля и ассоциированы с высокой частотой нарушений минеральной плотности костной ткани. Сохранение недостаточной обеспеченности витамином D в течение всего года обосновывает необходимость рутинного определения.*

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Алибаев А.К.[1], Насыпбеков А.А. [2], Муркамилов И.Т.[2]
[1]Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан
[2]Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Нарушения минерального обмена (магний, калий, фосфор, натрий, кальций) играют важную роль в развитии неинфекционных заболеваний. У лиц молодого и среднего возраста они сопровождаются ростом риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), способствуя повышению тонуса сосудистой стенки.
Цель. Изучить состояние минерального обмена и параметры центральной гемодинамики в разных возрастных группах.
Материал и методы. Обследованы 456 человек 25–89 лет (средний возраст 51,9±15,1; 242 женщины, 214 мужчин). Выделены подгруппы: молодой возраст (18–44) – n=132; средний (45–59) – n=170; пожилой (60–75) – n=129; старческий (76–90) – n=25. Определяли рост, вес, ИМТ, САД, ДАД, ЧСС, содержание натрия, калия, кальция, магния и фосфора крови; ЦСАД – на аппарате «АнгиоСкан». Статистика – Statistica 10.0.
Результаты. В 1-й подгруппе: калий 4,39±0,57 ммоль/л, магний 0,92±0,15, натрий 140,6±4,64, кальций 2,16±0,33, фосфор 1,38±0,32 ммоль/л; САД 126±18, ДАД 83±11, ЦСАД 121±18 мм рт. ст., ЧСС 84±13 уд./мин., ИМТ 25,6±5,75 кг/м². Во 2-й: калий 4,46±0,56, магний 0,90±0,11, натрий 139,7±14,00, кальций 2,21±0,27, фосфор 1,29±0,28 ммоль/л; САД 133±20, ДАД 86±10, ЦСАД 131±20 мм рт. ст., ЧСС 78±13 уд./мин., ИМТ 29,4±5,62 кг/м². У молодых достоверно выше фосфор ($p < 0,05$) и ЧСС ($p < 0,05$); у лиц среднего возраста – ЦСАД, САД и ИМТ ($p < 0,05$). Калий, кальций, натрий, магний и ДАД не различались.
В 3-й подгруппе: калий 4,59±0,63, магний 0,91±0,14, натрий 139,1±15,73, кальций 2,17±0,29, фосфор 1,38±0,35 ммоль/л; САД 138±22, ДАД 85±10, ЦСАД 136±22 мм рт. ст., ЧСС 79±13 уд./мин., ИМТ 28,2±5,45 кг/м². В 4-й: калий 4,16±0,81, магний 0,93±0,10, натрий 139,6±4,82, кальций 2,16±0,29, фосфор 1,19±0,26 ммоль/л; САД 141±32, ДАД 83±11, ЦСАД 137±29 мм рт. ст., ЧСС 79±17 уд./мин., ИМТ 26,7±5,00 кг/м². У пожилых достоверно выше калий и фосфор ($p<0,05$); ИМТ, натрий, кальций, магний и гемодинамика не различались.
Корреляционный анализ: у молодых – связь магния с САД ($r=0,193$); в средней группе – фосфора с САД ($r=0,208$) и ДАД ($r=0,175$), кальция с ЧСС ($r=-0,220$); у пожилых – фосфора с ДАД ($r=0,223$) и ЧСС ($r=0,272$); у старческих – натрия ($r=0,632$) и кальция ($r=0,774$) с ДАД.
Выводы. *На сердечно-сосудистый риск у молодых и лиц среднего возраста влияют ИМТ и содержание магния, фосфора, кальция; у пожилых – фосфора; у старческих – натрия и кальция плазмы.*

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ГИПЕРАММОНИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Алиева Л.Х., Резник Е.В.
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва г, Россия

Актуальность. Гипераммониемия (ГАМ) традиционно рассматривается в контексте печеночной энцефалопатии, однако ее значение как фактора системной токсичности недостаточно изучено. При хронической сердечной недостаточности (ХСН) ГАМ может быть связана с нарушением тканевого метаболизма, венозным застоем, снижением перфузии органов и полиорганной дисфункцией. При этом частота ГАМ и ее клиническое значение у пациентов с декомпенсацией ХСН остаются недостаточно изученными.
Цель. Изучить частоту встречаемости ГАМ у пациентов с ХСН и оценить ее взаимосвязь с когнитивными нарушениями (КН).
Материал и методы. В исследование включены 132 пациента: 48 (36,4%) женщин и 84 (63,6%) мужчин, старше 18 лет, госпитализированные по поводу декомпенсации ХСН. Медиана возраста составила 72 [65–81] года. Уровень аммония определяли с помощью анализатора PocketChem BA PA–4140 с принадлежностями ARKRAY Fac–tory Inc. Уровень аммония в капиллярной крови 60–100 мкмоль/л, расценивали как легкую степень ГАМ, среднюю –100 до 200 мкмоль/л, более 200 мкмоль/л – тяжелую ГАМ. Для оценки КН использовалась шкала оценки психического статуса Mini–Mental State Examination (MMSE). Артериальная гипертензия была выявлена у 122 (92,4%) пациентов, фибрилляция/трепетание предсердий – у 93 (70,5%), ишемическая болезнь сердца – у 58 (43,9%).
Результаты. Острое нарушение мозгового кровообращения встречалось в анамнезе – у 37 (28,0%). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤40% выявлена у 65 (49,2%) пациентов, ФВ ЛЖ 41–49% – 31 (23,5%), ФВ ЛЖ 50% и более – 36 (27,3%). ГАМ была выявлена у 100% обследованных пациентов. Уровень аммония крови составил 167 [122,00–224,50] мкмоль/л; различий по полу в концентрации аммония не выявлено (p >0,05). У мужчин легкая степень ГАМ отмечалась у 9 (10,7%), средняя – у 54 (64,3%), тяжелая – у 21 (25,0%) пациента. Среди женщин легкая ГАМ выявлена у 4 (8,3%), средняя – у 26 (54,2%), тяжелая – у 18 (37,5%) пациентов. В обеих группах преобладала ГАМ средней степени тяжести, различий по полу не выявлено (p >0,05). КН были выявлены у 120 (90,9%) пациентов: у 46 (95,8%) женщин и у 74 (88,1%) мужчин. В структуре КН чаще встречались умеренные КН – 70 (53,0%), легкие КН – 21 (15,9%), тяжелые – 4 (3,0%), преддементные КН – 25 (18,9%). Выявлена прямая связь уровня аммония и NT-proBNP (r=0,396; p=0,001). При ROC-анализе связи ГАМ и КН AUC составила 0,695±0,089 (95% ДИ: 0,520–0,870; p=0,016). При уровне ГАМ ≥156 мкмоль/л определялся высокий риск КН. Чувствительность составила 74,6%, специфичность – 62,5%.
Выводы. *У всех пациентов с декомпенсацией ХСН выявлена ГАМ, преимущественно средней степени тяжести. КН зарегистрированы у 90,9% пациентов, наиболее часто в виде умеренной деменции (53,0%). Уровень аммония крови прямо коррелировал с NT-proBNP, а значение ≥156 мкмоль/л ассоциировалось с наличием КН.*

СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Алиева С.З., Срожидинова Н.З., Эсонов А.Р., Эргашев Ф.Ф., Абдуллаева С.Я., Абдужалилов С., Телманов Д.З.

[1] Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Сочетание острого инфаркта миокарда (ОИМ) и сахарного диабета (СД) 2-го типа значительно утяжеляет клиническое течение заболевания и повышает риск осложнений. Изучение динамики маркеров воспаления у данной категории больных необходимо для оценки тяжести системного ответа и оптимизации терапевтической стратегии. Цель исследования: оценить состояние маркеров воспаления у больных ОИМ и СД 2-го типа.

Описание случая. В исследование были включены n=97 пациентов, госпитализированных в отделение кардиореанимации (ОКР) Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК) с диагнозом ОИМ. Среди них женщин – n=47, мужчин – n=50. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия СД 2-го типа: 1-я группа – больные с ОИМ и СД 2-го типа (n=34); 2-я группа – больные с ОИМ без СД (n=63). У всех пациентов в динамике на 1-е и 10-е сутки заболевания изучались показатели лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), фибриногена и С–реактивного белка (СРБ). Лабораторные исследования проводились на биохимическом анализаторе RANDOX Daytona (Великобритания). Статистический анализ данных рассчитывался в программе STATTECH (Россия). Результаты: согласно полученным результатам, у пациентов 1-й группы отмечалась более высокая активность воспалительной реакции. На 1-е сутки заболевания количество лейкоцитов в 1-й группе составило 11,8± 0,4 10^9/л и было достоверно выше по сравнению со 2-й группой – 9,4±0,3 10^9/л ($t=4,80$; $p<0,05$). Наиболее выраженная межгрупповая разница наблюдалась в показателях СРБ: на 1-е сутки уровень СРБ в 1-й группе составил 24,6±2,1 мг/л, что более чем в два раза превышало показатель 2-й группы –11,3±1,4 мг/л ($t=5,27$; $p<0,001$). К 10-м суткам уровень СРБ в 1-й группе снизился до 14,2±1,2 мг/л, однако оставался стабильно высоким по сравнению с группой сравнения 6,4±0,7 мг/л ($t=5,61$; $p<0,001$). Уровень фибриногена на 1-е сутки также был выше в группе с диабетом и составил 5,1±0,2 vs 4,2±0,1 г/л 2-й группе ($t=4,02$, $p<0,05$). В динамике заболевания (на 10-е сутки) показатель СОЭ в 1-й группе повысился до 26,8±1,5 мм/ч и оказался статистически достоверно выше значений 2-й группы –19,4±1,1 мм/ч ($t=3,98$; $p<0,01$).

Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *При сочетании ОИМ с СД 2-го типа наблюдается выраженный системный воспалительный ответ, проявляющийся резким повышением количества лейкоцитов, СОЭ, фибриногена и в особенности показателей СРБ. Выявленные изменения указывают на необходимость более активной интеграции противовоспалительной терапии.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АЛИРОКУМАБА У ПАЦИЕНТА С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Алиханова Н.А.
ФГБУ Клиническая больница № 1 УДПРФ, г. Москва, Россия

Введение. Алирокумаб – это полностью специфическое моноклональное антитело, обладающее высоким сродством и специфичностью к ферменту PCSK9 (пропротеинконвертаза субтилизин-кексин-9). Алирокумаб ингибирует связывание циркулирующего в крови PCSK9 с рецепторами липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) на поверхности гепатоцитов, что приводит к увеличению количества этих рецепторов и выведению циркулирующих ЛПНП.
Описание случая. Пациент Л, 60 лет, наблюдался ФГБУ КБ № 1 УД ПРФ с февраля 2025 по июль 2025 г. Из анамнеза известно, что длительное время страдает ишемической болезнью сердца (ИБС). По результатам коронарографии выявлено многососудистое поражение коронарного русла, в связи с чем выполнялись эндоваскулярные вмешательства. В 2019 г. транслюминальная баллонная ангиопластика, стентирование правой коронарной артерии. В 2020 г. баллонная вазодилатация с установкой стента в переднюю межжелудочковую ветвь левой коронарной артерии. Пациент получал стандартную гиполипидемическую терапию (аторвастатин + эзетимиб) в максимальной терапевтической дозе. Однако целевые значения ЛПНП достигнуты не были. Учитывая очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, инициирована терапия препаратами из класса ингибиторов PCSK9: алирокумаб 150 мг × 1 раз в 2 нед. Больному оценивались показатели липидного спектра до начала терапии и через 6 мес. от начала лечения. В анализах крови до начала терапии: ХС– 6,7 ммоль/л, ЛПНП – 4,74 ммоль/л. Через 6 мес. от начала лечения: ХС – 3,0 ммоль/л, ЛПНП– 1,23 ммоль/л. Исходя из приведенных анализов, мы видим стойкое снижение лабораторных показателей липидного спектра после назначения алирокумаба.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай демонстрирует, что присоединение алирокумаба к статинам и/или эзетимибу пациентам очень высокого сердечно-сосудистого риска с дислипидемией привело к достижению целевого уровня ЛПНП, что способствовало стабильному течению ИБС.*

СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕДКОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО

Алиханова Н.А.
ФГБУ Клиническая больница № 1 УДПРФ, г. Москва, Россия

Введение. Легочные артериовенозные мальформации характеризуются патологической ангиоархитектоникой с аномальным соединением легочных артерий и вен. Этот анатомический шунт справа налево постоянно нарушает газообмен и процесс фильтрации системной венозной крови, что может привести к опасным для жизни осложнениям, таким как гипоксемия, секвестрация легкого и разрыв сосуда с кровотечением.
Описание случая. Пациентка В, 78 лет, госпитализирована в стационар с жалобами кашель с отделением мокроты с примесью алой крови, одышку при ходьбе, общую слабость. Из анамнеза длительно беспокоит кашель, в течение нескольких дней эпизоды кашля с примесью алой крови. Ранее не обследована. Выполнены лабораторные и инструментальные исследования. В клиническом анализе крови выявлена анемия (гемоглобин – 101 г/л), в остальном без особенностей. При компьютерной томографии органов грудной клетки проявления бронхиолита в S3, S7, S8, S9 правого легкого. По бронхоскопии атрофический эндобронхит. Пролапс мембранозной части трахеи 1ст. Предположительно выделение крови из базальных бронхов нижней доли справа, в незначительном количестве. На ЭГДС поверхностный гастрит с очаговой атрофией и метаплазией. По Эхо-ЭК дилатация полости левого предсердия незначительная. Общая сократимость левого желудочка не снижена. Пациентка консультирована торакальным хирургом выполнена ангиопульмонография – ангиографические признаки артериальной мальформации нижней доли правого легкого, кровотечение из сосудистой мальформации. Больной выполнена эндоваскулярная эмболизация правой бронхиальной артерии и правой диафрагмальной артерии. В послеоперационном периоде эпизодов кровохарканья не отмечалось.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай демонстрирует, как сочетание характерных клинических симптомов с современными методами визуализации (ангиопульмонография) позволяет вовремя поставить редкий диагноз и подобрать оптимальное лечение.*

ВИДЫ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР

Альмухаметова А.И., Максудова А.Н.
ФГБОУ Казанский ГМУ Минздрава Росссии, г. Казань, Россия

Актуальность. У пациентов, получающих стационарное лечение, часто впервые выявляются нарушения функции почек, которые могут быть как острыми, так и хроническими. Согласно данным литературы, среди госпитализированных пациентов преобладают пациенты пожилого и старческого возраста, у 5–10% из них развивается острое повреждение почек (ОПП). При неразрешении ОПП в срок до 7 сут. дисфункция называется острая болезнь почек (ОБП), которая длится до 90 сут., и может перейти в хроническую болезнь почек (ХБП).
Цель. Изучить виды почечной дисфункции у пациентов пожилого возраста, госпитализированных в многопрофильный стационар третьего уровня.
Материал и методы. В течение трех месяцев проводилось определение уровня креатинина крови, оценка критериев ОПП, подсчет расчетной скорости клубочковой фильтрации методами CKD–EPI и BIS1 у госпитализированных пациентов терапевтических, хирургического и реанимационных отделений (ОРИТ). Всего выявлены и включены в исследование 102 пожилых, из них 54 женщины (52,9%), 48 мужчин (47,1%). 67 (65,7%) пациентов были за время госпитализации в ОРИТ. У пациентов выявлены анемия у 70 пожилых (68,6%); сахарный диабет в 34 случаях (33,3%); хроническая сердечная недостаточность со снижением фракции выброса у 23 пациентов (22,5%).
Результаты. У 82 пациентов (81,2%) была выявлена предшествующая ХБП. ХБП 1 стадии выявлена у 10 пациентов (6,2%), 2 стадии – у 73 (45,1%), 3А стадии – у 63 (39,1%), 3Б стадии – у 11 (6,8%), 4 стадии – у 5 (4,9%), 5 стадии – у 2 (2%) пациентов, у 4 пациентов (3,9%) стадию уточнить не удалось. Критериям ОПП соответствовали 47 пожилых (49%), а у 49 (51%) – была диагностирована ОБП. По тяжести состояния ОПП 1 стадии соответствовало 38 (37,3%), 2 стадии –27 (26,5%), а 3 стадии –37 (36,3%) пациентов. 20 пациентам (19,6%) понадобилась заместительная почечная терапия методом острого гемодиализа.
Выводы. *Среди пожилых госпитализированных пациентов причиной острой почечной дисфункции чаще всего была ОБП – в 51%, реже – у 49% – ОПП. У 82 пациентов (81,2%) была выявлена предшествующая ХБП, являющаяся одним из основных факторов риска ОПП.*

АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ АКТУАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аметов Э.Н.
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний и ведущим модифицируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт, хроническая сердечная недостаточность и хроническая болезнь почек.
Цель. Оценить степень соответствия реальной клинической практики (РКП) диагностике, лечению и диспансерному наблюдению пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в условиях первичного звена здравоохранения актуальным национальным клиническим рекомендациям.
Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование за период с января 2023 по декабрь 2024 г. В выборку включены 412 амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом АГ, регулярно наблюдающихся в указанных учреждениях (средний возраст 65,1±9,2 года, 61% женщин), применялись методы описательной статистики, критерий χ^2 и логистическая регрессия для определения факторов, ассоциированных с несоблюдением КР. Соответствие РКП оценивалось на основе действующих Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению АГ. Анализировались следующие параметры: полнота диагностического обследования (включая оценку факторов риска, поражения органов-мишеней – ЭКГ, УЗИ сердца, почек, определение микроальбуминурии).
Результаты. Выявлено частичное, но не полное соответствие РКП актуальным КР по ведению пациентов с АГ. Полный объем первичного диагностического обследования, рекомендованный КР, был проведен лишь у 38% пациентов. В частности, оценка поражения органов-мишеней (УЗИ сердца – 45%, микроальбуминурия – 27%, исследование глазного дна – 51%) проводилась нерегулярно. Стартовая комбинированная терапия, рекомендованная для большинства пациентов с АГ 2–3 степени и высоким/очень высоким риском, назначалась в 68% случаев, однако фиксированные комбинации использовались только в 42% назначений. Целевые уровни АД (<140/90 мм рт. ст.) были достигнуты у 51% пациентов, при этом среди пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском этот показатель составлял 39%. В 35% случаев, когда целевое АД не достигалось в течение 3 мес., отсутствовала своевременная интенсификация терапии. Регулярность диспансерного наблюдения (не реже 2 раз в год) соблюдалась у 76% пациентов. Факторы, ассоциированные с низким соответствием КР, включали низкий уровень комплаентности пациентов (по данным опроса, ОР 2.1; $p < 0,001$) недостаточная доступность определенных диагностических методов и отсутствие электронных систем поддержки.
Выводы. *Реальная клиническая практика ведения пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения сталкивается с проблемами неполного внедрения актуальных клинических рекомендаций, особенно в области полноценной диагностики поражения органов-мишеней и достижения целевых уровней АД.*

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ РИСКОВ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Аметов Э.Н.
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является наиболее распространенным хроническим заболеванием печени, затрагивающим до 30% взрослого населения. Несмотря на свою распространенность, НАЖБП часто остается недооцененной, проявляясь бессимптомно на ранних стадиях. Последние научные данные убедительно демонстрируют, что НАЖБП – это не только гепатологическая проблема, но и независимый предиктор развития и прогрессирования широкого спектра кардиометаболических нарушений.
Цель. Оценить прогностическую значимость диагностированной НАЖБП для развития и прогрессирования кардиометаболических нарушений (СД2, АГ, дислипидемия) и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в когорте пациентов амбулаторно-поликлинического звена.
Материал и методы. Было проведено проспективное когортное исследование с участием 310 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, обратившихся в поликлинику и не имевших на момент включения в исследование диагностированных СД2, АГ или дислипидемии. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=155) – с НАЖБП, подтвержденной по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости (стеатоз печени ≥10%) при отсутствии других причин заболеваний печени (потребление алкоголя <20 г/сут. для женщин и <30 г/сут. для мужчин, отсутствие вирусных гепатитов, аутоиммунных и лекарственных поражений печени); контрольная группа (n=155) – сопоставимые по полу и возрасту пациенты без признаков НАЖБП по данным УЗИ.
Результаты. К концу наблюдения в группе пациентов с НАЖБП отмечено статистически значимо более высокое накопление кардиометаболических нарушений по сравнению с контрольной группой. Развитие СД2 было зафиксировано у 28,4% (n=44) пациентов с НАЖБП против 9,7% (n=15) в контрольной группе (ОР=3,5; 95% ДИ 1,9–6,3; p <0,001). Новая АГ развилась у 45,8% (n=71) пациентов с НАЖБП по сравнению с 23,2% (n=36) в контрольной группе (ОР=2,0; 95% ДИ 1,4–2,9; p <0,001). Дислипидемия (повышение ЛПНП или триглицеридов, требующее медикаментозной коррекции) была выявлена у 55,5% (n=86) в основной группе и у 30,9% (n=48) в контрольной группе (ОР=2,4; 95% ДИ 1,7–3,4; p <0,001). Кроме того, частота зарегистрированных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт) была выше в группе НАЖБП (6,5 против 2,6% в контрольной группе, p=0,038), что подтверждает роль НАЖБП как предиктора развития АССЗ. При многофакторном анализе, НАЖБП сохраняла свою независимую прогностическую значимость для развития СД2 (ОР=2,8), АГ (ОР=1,8) и дислипидемии (ОР=2,1) после поправки на возраст, пол и ИМТ.
Выводы. *Диагностированная НАЖБП является независимым и значимым предиктором развития СД2, АГ, дислипидемии и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Пациенты с НАЖБП имеют в 2–3 раза более высокий риск развития этих состояний. Полученные данные подчеркивают необходимость активного скрининга НАЖБП.*

ОПТИМИЗАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА С УЧЕТОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ПОЧЕЧНЫХ РИСКОВ

Аметов Э.Н.
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Актуальность. Сахарный диабет 2-го типа (СД2) является одной из ведущих причин сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП), которые значительно увеличивают заболеваемость, смертность и экономическое бремя. Современные клинические рекомендации акцентируют внимание на выборе сахароснижающих препаратов с доказанными кардио- и нефропротективными свойствами, таких как ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1.
Цель. Оценить эффективность и безопасность персонализированного подхода к оптимизации сахароснижающей терапии у пациентов с СД2, высоким сердечно-сосудистым и/или почечным риском, путем внедрения в практику препаратов с доказанной эффективностью.
Материал и методы. Было проведено проспективное наблюдательное исследование с участием 125 пациентов с СД2 (средний возраст 63,8±7,2 года), наблюдающихся в поликлинике, которые имели установленные ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт, ХСН) и ХБП (рСКФ <60 мл/мин./1,73 м² и/или альбуминурия). Все пациенты получали индивидуально подобранную сахароснижающую терапию согласно актуальным клиническим рекомендациям, с приоритетным назначением или добавлением иНГЛТ-2 и/или арГПП-1 в течение 12 мес. наблюдения. Контрольная группа (n=110) состояла из сопоставимых по полу, возрасту и исходному уровню HbA1c пациентов, терапия которых не была изменена в сторону добавления указанных классов препаратов из-за различных административных или медицинских причин.
Результаты. Через 12 мес. наблюдения в основной группе отмечено статистически значимое снижение HbA1c на 1,1% (с 8,2±0,7% до 7,1±0,5%, p <0,001) по сравнению с контрольной группой (снижение на 0,3%, p >0,05). Средняя масса тела в основной группе снизилась на 3,2±1,8 кг (p <0,001), систолическое АД – на 7,5±4,1 мм рт. ст. (p <0,01). В отношении почечных показателей: в основной группе наблюдалась стабилизация рСКФ (среднее изменение 0,5±2,1 мл/мин./1,73 м²) по сравнению со снижением на 2,8±1,9 мл/мин./1,73 м² в контрольной группе (p <0,05 между группами). У пациентов с исходной альбуминурией в основной группе САКМ снизилось на 35% (p <0,001), тогда как в контрольной группе значимых изменений не зафиксировано. Частота серьезных сердечно-сосудистых событий (инфаркт, инсульт, госпитализации по поводу ХСН) за период наблюдения в основной группе была ниже (4,8%) по сравнению с контрольной группой (9,1%), хотя различие не достигло статистической значимости ввиду ограниченного периода наблюдения (p=0,12). Профиль безопасности новых препаратов был удовлетворительным, наиболее частыми побочными эффектами (в основной группе) были урогенитальные инфекции.
Выводы. *Персонализированная оптимизация сахароснижающей терапии у пациентов с СД2 и высоким кардиоренальным риском с использованием иНГЛТ-2 и/или арГПП-1 в реальной клинической практике амбулаторного звена показала высокую эффективность в достижении гликемического контроля, снижении массы тела и АД.*

АСПИРАЦИЯ И ПСИХОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ И НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Андержанова А.А., Котова Д.П., Лукина М.В., Мелешкина Ю.А., Балалаева М.А.
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Инфекции нижних дыхательных путей занимают лидирующие позиции среди причин летальности. У пациентов с психическими расстройствами регистрируется 3–5-кратное увеличение риска аспирационной пневмонии, обусловленное сочетанием основного заболевания и влияния лекарственных препаратов. Психофармакотерапия способна провоцировать орофарингеальную дисфагию через дофаминовую блокаду, холинолитические эффекты и седацию. Связь психотропов с типом пневмонии остается неизученной.
Цель. Провести сравнительный анализ структуры психофармакотерапии и роли аспирации в течении внебольничных и внутригоспитальных пневмоний у пациентов с психическими расстройствами.
Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 247 историй болезни (внебольничные пневмонии – 84, нозокомиальные пневмонии – 163) пациентов психосоматического отделения ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова за 2024–2025 гг. Критерии включения: верифицированная пневмония, возраст >18 лет, длительность госпитализации >3 сут., документированная ПФТ. Проводился анализ по U–критерию Манна–Уитни, критерию χ^2 и точному методу Фишера. Сила ассоциаций оценивалась через отношение шансов (ОШ) и V Крамера. Мощность значимых результатов превышала 0,85.
Результаты. Нозокомиальные пневмонии отличалась более тяжелым течением по сравнению с внебольничными: летальность составила 39,9 против 23,8% ($p=0,012$), потребность в интенсивной терапии достигала 77,3 против 51,2% ($p <0,001$), а медиана длительности госпитализации – 20 сут. против 13 ($p <0,001$). Сахарный диабет статистически значимо чаще регистрировался в группе нозокомиальных пневмоний (ОШ=4,21). Синдром аспирации выступал универсальным механизмом реализации обоих вариантов пневмонии, не различаясь по частоте между группами (26,2 против 20,2%, $p=0,280$), и многократно повышал риск заболевания (ОШ≈7,5, $p <0,001$). Аспирационные события ассоциировались с приемом психофармакотерапии в целом (ОШ=3,01), антипсихотиков и антиконвульсантов ($p <0,001$). Спектр препаратов-предикторов различался в зависимости от исхода: наибольший вклад в развитие аспирации вносили карбамазепин (ОШ=6,50), галоперидол (ОШ=2,80) и клозапин (ОШ=3,00); с госпитальной пневмонией были ассоциированы леветирацетам (ОШ=13,00), седативные антидепрессанты (миртазапин, амитриптилин), оланзапин и литий; единственным препаратом, значимо связанным с внебольничной пневмонией, оказался арипипразол.
Выводы. *Психофармакотерапия повышает риск аспирации и пневмоний. Наибольший риск аспирации сопряжен с приемом карбамазепина. При приеме антипсихотиков, антиконвульсантов и их комбинаций показан скрининг дисфагии для коррекции терапии.*

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: СТРУКТУРА, ФАКТОРЫ РИСКА И СВЯЗЬ С ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЕЙ

Андержанова А.А., Котова Д.П., Лукина М.В., Мелешкина Ю.А., Балалаева М.А.
ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Актуальность. Инфекции – ведущая причина госпитализации и летальности среди психиатрических пациентов, а сам факт пребывания в стационаре повышает риск внутрибольничного инфицирования. Наиболее уязвимы больные с органическими поражениями ЦНС, шизофренией и алкогольной зависимостью. Однако исследования инфекционных осложнений (ИО) у этого контингента единичны, особенно в психосоматических отделениях многопрофильных стационаров.
Цель. Изучить структуру, частоту и факторы риска инфекционных осложнений у пациентов с психическими расстройствами, госпитализированных в многопрофильный стационар.
Материал и методы. Проведено ретроспективное наблюдательное исследование, включившее 727 пациентов (385 мужчин и 342 женщины). Участники разделены на две группы: без ИО (n=360; 49,5%) и с ИО (n=367; 50,5%). В структуре ИО нозокомиальные инфекции составили 61,3% (n=225). Анализировались частота и типы ИО, их связь с психиатрическим диагнозом, а также факторы риска. Статистический анализ выполнен в SPSS Statistics 22.0 с применением критерия χ^2 Пирсона и расчетом отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Инфекционные осложнения выступали ведущей причиной госпитализации в психосоматическое отделение (ОШ=73,39; 95% ДИ: 23,11–233,11; $p < 0,001$). В группе пациентов с ИО летальность оказалась существенно выше: 31,1 против 5,3% (ОШ=8,09; 95% ДИ: 4,85–13,50; $p < 0,001$). Основную долю ИО составили пневмонии (59,7%, из них 67,6% нозокомиальные), инфекции мочевыводящих путей (13,9%) и интраабдоминальные инфекции (6,5%). Наибольшая частота ИО зарегистрирована при органических психических расстройствах, включая симптоматические (52,9%), наименьшая – при тревожно-депрессивных расстройствах (2,5%; χ^2 (4)=51,51; $p < 0,001$). Факторами риска развития ИО явились проживание в психоневрологических интернатах (ОШ=1,58), оперативные вмешательства в предшествующие 3 мес. (ОШ=4,64) и во время текущей госпитализации (ОШ=2,23), прием антипсихотиков (ОШ=2,6), антиконвульсантов (ОШ=1,99) и противопаркинсонических препаратов (ОШ=1,81), сердечно-сосудистые заболевания (ОШ=1,52) и делирий (ОШ=2,05). Делирий также являлся самостоятельным предиктором нозокомиальных инфекций (ОШ=2,30) и летального исхода (ОШ=1,81; $p < 0,05$).
Выводы. *Инфекционные осложнения – ключевая причина госпитализации и летальности у психиатрических пациентов. Наибольший риск ассоциирован с органическими поражениями ЦНС. Делирий и психофармакотерапия – модифицируемые факторы риска. Необходимы программы инфекционного мониторинга в психиатрических стационарах.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИОКАРДИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ТЕРАПИЕЙ ИНГИБИТОРОМ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК ИММУНИТЕТА ПЕМБРОЛИЗУМАБОМ

Андреев П.В.[1], Андреева Е.И.[2]
[1] ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия
[2] ГБОУ СПО СОМК, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Миокардит – редкое (около 1%) жизнеугрожающее нежелательное явление иммунотерапии злокачественных новообразований ингибиторами контрольных точек иммунитета (ИКТ). В подавляющем большинстве случаев (>95%) миокардит, ассоциированный с ИКТ, протекает с повышением высокочувствительного сердечного тропонина, однако нормальный уровень тропонина не должен полностью исключать диагноз миокардита.
Описание случая. Пациент мужчина, 66 лет, в анамнезе АГ, сахарный диабет 2-го типа. С 2013 г. меланома левой голени, иммунотерапия интерфероном, хирургическое лечение со стабилизацией процесса. В 2025 г. рецидив опухоли с метастазированием в регионарные лимфоузлы. С ноября 2025 г. начата иммунотерапия ИКТ пембролизумабом. После проведенного 1-го курса в декабре 2025 г. впервые выявлена фибрилляция предсердий (ФП), к гипотензивной терапии добавлены пероральные антикоагулянты, бета-блокаторы. В этот период отмечал одышку только при физических нагрузках. С марта 2026 г. усиление одышки, снижение толерантности к нагрузкам. С апреля 2026 г. после 4-го курса пембролизумаба стала беспокоить одышка в покое, приступы инспираторного удушья по ночам, отеки нижних конечностей. В мае 2026 г. госпитализирован в стационар с клиническими признаками декомпенсированной сердечной недостаточности (СН), гипотензией, на ЭКГ – ФП с тахисистолией, удлинение интервала QT, нарушения реполяризации в виде отрицательных зубцов Т. В анализах обращает внимание нормальный уровень сердечного тропонина и повышенный уровень NT-proBNP (2333 пг/мл). По данным эхокардиографии выявлена дилатация левого предсердия, концентрическое ремоделирование ЛЖ, снижение систолической функции ЛЖ (фракция выброса по Симпсону 46%), СДЛА не повышено, диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Учитывая рефрактерность к пульс-урежающей терапии, минимальный ответ на терапию СН, несмотря на нормальный уровень сердечного тропонина для исключения кардиотоксического эффекта, направлен на МРТ сердца с гадолинийсодержащим контрастом. Выявлены МР-признаки активного миокардита (по критериям LL2): множественные участки накопления парамагнетика в субэпикардиальных областях миокарда ЛЖ, снижение насосной функции ЛЖ (ФВ 52%). Назначена терапия преднизолоном в дозе 1–2 мг/кг.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Нормальный уровень сердечного тропонина не исключает диагноз ИКТ-ассоциированного миокардита, особенно при наличии новых аритмий и прогрессирующей сердечной недостаточности. МРТ сердца с контрастированием – «золотой стандарт» верификации диагноза миокардита в рутинной клинической практике.*

ЧАСТОТА РЕИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОЙ ЭРАДИКАЦИЕЙ H.PYLORI

Андреев Д.Н.[1], Дичева Д.Т.[1], Парцваниа–Виноградова Е.В.[1], Кутилина Л.Ю.[2], Березутская О.Е.[3], Головкина Н.Л.[3], Кононов Д.А.[4], Ларина В.С.[3]
[1] ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», г. Москва, Россия
[2] Европейский медицинский центр, г. Москва, Россия
[3] ФКУЗ «ГКГ МВД России», г. Москва, Россия
[4] ГВКГ им. академика Н.Н. Бурденко, г. Москва, Россия

Актуальность. Проблема реинфекции *H.pylori* является недостаточно изученной и чрезвычайно важна для повышения эффективности, профилактик и выявления раннего рака желудка. Релевантный уровень реинфекции для российской популяции неизвестен.
Цель. Определение частоты реинфицирования *H.pylori* у пациентов с ранее проведенной результативной эрадикацией.
Материал и методы. В исследование участвовали 67 пациентов с ранее проведенной эрадикационной терапией (ЭТ), успех которой был подтвержден в стандартные сроки по результатам С13-уреазного дыхательного теста или анализа кала на антиген *H.pylori* (выбор метода для подтверждения эффективной эрадикации основан на клинических рекомендациях РГА). В зависимости от сроков проведенной ранее ЭТ выделены две группы. В первой группе (n=46) ЭТ проведена менее двух лет назад, во второй группе пациентов (n=21) срок ЭТ варьировал от 2 до 4 лет. На момент обследования наличие инфекции *H.pylori* определялось с помощью С13-уреазного дыхательного теста.
Результаты. Среди обследованных пациентов реинфекция *H.pylori* отмечалась у 4 человек (5,97%). Из них в первой группе у трех лиц (6,5%). Двое из обследованных мужчины в возрасте 51 и 28 лет с высшим и средним образованием соответственно. Оба мужчин не женаты. Одна женщина 38 лет с высшим образованием, в браке. Выявление инфицированности *H.pylori* и ЭТ супругу не проводилась. Во второй группе реинфекция выявлена у одного пациента (4,76%), мужчина 41 года, образование среднее, разведен. Полученные результаты безусловно являются предварительными, в силу малого количества и недостаточно разнообразной выборки пациентов, однако свидетельствуют о невысоком уровне реинфицирования после результативной эрадикации *H.pylori*.
Выводы. *Таким образом, исследование показало, что частота реинфекции H.pylori составляет около 6%. Это свидетельствует о невысоком уровне реинфекции после эффективной ЭТ. Однако выборка пациентов была небольшой и неразнообразной, что требует дальнейшего изучения проблемы.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И САРКОПЕНИЧЕСКИМ ОЖИРЕНИЕМ

Андреева Д.Д.[1], Макарова Е.В.[1], Калинникова Л.А.[2], Дмитриева Н.А.[1], Гусев М.А.[1]
[1] ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия
[2] ГБУЗ НО ГКБ № 3, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Саркопеническое ожирение характеризуется избытком жировой ткани и снижением мышечной массы и силы. Сочетание саркопении и ожирения ассоциировано с более высоким риском развития сахарного диабета 2-го типа (СД2), чем каждый из этих факторов по отдельности. Взаимное отягощение метаболических и катаболических нарушений создает порочный круг, ускоряя процессы старения. Представляет интерес изучение взаимосвязей между нарушениями системного метаболизма, саркопенией и преждевременным старением.
Цель. Изучить взаимосвязь метаболических показателей и биологического возраста у пожилых пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и саркопеническим ожирением.
Материал и методы. Проведен анализ медицинских карт 345 больных с СД2 (72,6±0,7 года). В первую группу вошли 145 больных с саркопеническим ожирением, во вторую – 250 человек с метаболическим ожирением без саркопении. В исследование включались больные старше 60 лет, с СД2 и ИМТ >35 кг/м^2; дополнительными критериями включения в первую группу были SARC–F >4 баллов и снижение силы хвата. Для выявления саркопении проводился скрининг по шкале SARC–F, кистевая динамометрия и батарея тестов физического функционирования. Изучены биохимические и антропометрические показатели. Биологический возраст рассчитан с помощью калькулятора https://dpm–ageing.unn.ru/age–calculator/ на основании общего анализа крови, альбумина, креатинина, щелочной фосфатазы и С-реактивного белка.
Результаты. Группы пациентов были сопоставимы по возрастно-половому составу, сопутствующей патологии, ИМТ и показателям углеводного обмена. При этом показатели шкалы SARC–F, параметры кистевой динамометрии и краткой батареи тестов физического функционирования значимо различались между группами ($p < 0,05$). Все пациенты первой группы набрали 4 и более баллов по шкале SARC–F, во второй группе половина пациентов имела 2 балла, остальные 0–1 балл. Средние показатели силы хвата у пациентов с саркопеническим ожирением были на 53,3% ниже гендерной нормы, в отличие от второй группы, где снижение силы хвата выявлено только в 20% случаев ($p < 0,05$). Биологический возраст был выше календарного у 41 (28,3%) пациентов с сочетанием сахарного диабета и саркопенического ожирения и 55 (22%) пациентов без саркопении. В обеих группах отмечена положительная корреляция между выраженностью гипергликемии и биологическим возрастом, а также найдена статистически значимая взаимосвязь между снижением уровня альбумина и степенью превышения биологического возраста над календарным.
Выводы. *У 27,8% пациентов старшей возрастной группы с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением наблюдалось отклонение биологического возраста от календарного, более выраженное при наличии саркопении.*

ПРЕДИКТОРЫ УСПЕШНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РОЛЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ

Анисимова К.А., Белова А.А., Антропова О.Н.
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – частая аритмия с высоким риском осложнений. Кардиоверсия – ключевой метод восстановления ритма, но ее эффективность варьируется (50–90%). На успех влияют длительность аритмии, ремоделирование сердца и коморбидность, однако их комплексная оценка изучена недостаточно.
Цель. Определить предикторы успешной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП на основе анализа структурно-функциональных параметров сердца и мультиморбидности.
Материал и методы. Включен 51 пациент с ФП (40–89 лет, средний 67,9±2,1). Группа I (n=40) – успешная кардиоверсия, II (n=11) – неуспешная. Оценивались клинико-анамнестические данные, длительность эпизода ФП, сопутствующие заболевания, индекс Чарлсона, данные эхокардиографии.
Результаты. В группе I преобладали пациенты с длительностью ФП <48 ч (75,0%), во II группе более чем в половине случаев (63,6%) эпизод превышал 7 сут. Длительность от 48 ч до 7 сут. встретилась реже всего – 17,5 и 9,1% соответственно (p=0,009). Поведенческие факторы риска (пол, курение, алкоголь, ожирение) не показали статистической значимости. Среди коморбидностей: у большинства пациентов – артериальная гипертония, хроническая болезнь почек – у каждого второго, сахарный диабет – у 45,0% в I группе и 36,4% во II, дисфункция щитовидной железы – у 17,5 и 9,1% соответственно. Низкий индекс Чарлсона – лишь у 12,5% человек в I группе, во II группе все пациенты имели высокий индекс. Нормальная геометрия левого желудочка – только у 5% в I группе, во II – в 5,46 раза чаще (χ^2=4,840, p=0,028). Концентрическое ремоделирование: у 32,5% человек в I группе и 18,2% во II, концентрическая гипертрофия – у 32,5 и 36,4%, а эксцентрическая гипертрофия – у 12,5 и 18,2% человек соответственно. Дилатация левого предсердия выявлена у 77,5% человек из I группы и 100% человек из II группы.
Выводы. *Длительность ФП >7 сут. – главный предиктор неуспешной кардиоверсии. Высокая коморбидность (индекс Чарлсона ≥3) не препятствует успеху при коротком эпизоде. Отсутствие ремоделирования левого желудочка и диастолической дисфункции ассоциируется с успешным восстановлением ритма.*

ВИТАМИН D И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ: НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ИЛИ БОЛЬШЕ?

Аралова Е.Б.[1], Клестер К.В.[2], Берестенников А.В.[3], Мустафина С.В.[4]
[1]Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия
[2] ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Барнаул, Россия
[3] КГБУЗ БСМП2, г. Барнаул, Россия
[4] Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – мультифакториальное заболевание с широким спектром коморбидности. Современные исследования показали, что дефицит витамина D связан с повышенным риском инфекционных, аутоиммунных заболеваний и широко распространен среди пациентов с ХОБЛ, однако его связь с тяжестью течения и риском обострения у пациентов с ХОБЛ нуждаются в дальнейшем изучении.
Цель. Определить распространенность дефицита витамина D и его связь с минеральной плотностью костной ткани, тяжестью течения, риском обострений, физической выносливостью у пациентов с ХОБЛ.
Материал и методы. Проспективное исследование на базе Больницы скорой медицинской помощи № 2, г. Барнаул. В исследование были включены 50 пациентов (68% мужчин); средний возраст составил 60,5±10,8 года: степень одышки по mMRC –2,1 [1,4; 3,0]; баллы по CAT –23,1[18,9; 27,4]; баллы по CCQ –1,7[1,2; 2,7]. Оценивали состав тела с помощью биоимпедансометрии, МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости определялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, абсолютный риск переломов в течение 10 лет (FRAX) и/или рентгенографии грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. Дефицит витамина D определяли при уровне <20 нг/мл.
Результаты. Дефицит витамина D (58%) и исходная МПК поясничного отдела позвоночника у пациентов с ХОБЛ были значимыми прогностическими факторами потери костной массы в позвоночнике (ОШ=1,05, 95% ДИ 1,01–1,10; P=0,03), в то время при нормальном уровне витамина D значимой связи не наблюдалось. У 14% пациентов был остеопороз, а у 52% – остеопения. У 8 пациентов (16%) был по крайней мере один перелом из-за хрупкости костей. Абсолютный риск серьезного перелома по шкале FRAX составил 6,4±1,2%. Отрицательная сильная корреляция была обнаружена между МПКТ и процентом жировой массы, положительная сильная связь обнаружена между уровнем глюкозы плазмы натощак, САД и показателями по шкале FRAX. Уровень дефицита витамина D был значительно ниже у пациентов с ХОБЛ средней и тяжелой степенью бронхиальной обструкции с общим ОР 0,763 (95% ДИ: 0,684–0,887, p <0,05) по сравнению с легкой и ниже при группе риска E по сравнению с группой A, снижением физической выносливости по данным 6–минутного теста.
Выводы. *Уровень дефицита витамина D связан с тяжестью течения бронхиальной обструкции и группой риска ХОБЛ, снижением физической выносливости. Необходимы интервенционные исследования, чтобы определить, помогает ли прием добавок с витамином D в профилактике или лечении остеопороза у пациентов с ХОБЛ.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА: АКЦЕНТ НА *H.PYLORI*

Аралова Е.Б.[1], Клестер К.В.[2], Батрак Т.А.[1], Берестенников А.В.[3], Лысенко Т.А.[4], Яркова В. Г.[5]

[1] ФГБОУ ВО Алтайский госмедуниверситет Минздрава России, г. Барнаул, Россия
[2] ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Барнаул, Россия
[3] КГБУЗ БСМП2, г. Барнаул, Россия
[4] КГБУЗ ГБ 5, г. Барнаул, Россия
[5] ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Остеопороз – медленно прогрессирующее системное метаболическое заболевание костей, характеризующееся снижением костной массы, что приводит к повышению хрупкости костей и высокому риску переломов, его распространенность в мире оценивается в 19,7%. *H.pylori*, которой инфицированы 43% населения, влияет на костный метаболизм, воспалительные реакции, окислительный стресс, липидный обмен в крови и инсулинорезистентность. Однако связь между инфекцией *H.pylori* и остеопорозом требует дальнейшего изучения.

Цель. Изучить причинно-следственную связь между инфекцией *H.pylori* и остеопорозом, а также оценить 10-летнюю вероятность переломов по шкале FRAX у данной категории пациентов.

Материал и методы. Проспективное исследование на базе терапевтического отделения Больницы скорой медицинской помощи № 2, г. Барнаул. Мы оценивали индекс массы тела за вычетом жира (ИЖМ, FFMI (кг/м^2), процентное содержание жировой ткани с помощью биоимпедансометрии, минеральная плотность костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости определялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, абсолютный риск переломов в течение 10 лет (FRAX) и/или рентгенографии грудной клетки и поясничного отдела позвоночника. *H.pylori* выявлен при ФГДС с уреазным тестом.

Результаты. В 1-ю группу были включены 42 пациента (74% мужчин), страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, и 30 больных хроническим гастритом средний возраст составил 60,8±10,8 года. 2-ю группу составили 27 пациентов с НАЖБП, классификации FIB4 – более 2,8 балла – у 78%. В качестве контрольной группы обследовано 30 практически здоровых лиц, идентичных по возрасту и полу. У пациентов 1-й группы обнаружены обратная корреляционная зависимость между уровнем креатинина, уровнем липопротеинов высокой плотности и уровнем витамина D и МПКТ (rI=–0,31; rII=– 0,44; rIII=–0,51, p <0,05), и прямая корреляционная связь МПКТ с уровнем альбумина, липопротеинов низкой плотности (rI=0,49; rII=0,58, p <0,05). У 15% пациентов 2-й группы был остеопороз, а у 59% – остеопения, отрицательная сильная корреляция была обнаружена между МПКТ и процент жировой массы, положительная сильная связь обнаружена между уровнем глюкозы плазмы натощак, САД, индексом FIB4 и показателями по шкале FRAX.

Выводы. *Проведенное исследование показало, что H.pylori может влиять на остеопороз через сывороточный альбумин, липопротеины высокой плотности, уровень глюкозы в крови натощак и витамин D. НАЖБП, как проявление метаболического синдрома, повышает риск развития остеопороза.*

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ИСХОДЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Арчаков Е.А.
Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск, Россия

Актуальность. Катетерная аблация остается основным интервенционным методом контроля ритма при фибрилляции предсердий. Однако прогностическое значение миокардита и маркеров системного воспаления в отношении результативности процедуры освещено в литературе фрагментарно.
Цель. Определить, влияют ли морфологически верифицированный миокардит и лабораторные показатели воспалительного ответа на успешность катетерной аблации.
Материал и методы. В анализ включены 63 пациента, госпитализированных для проведения интервенционного лечения фибрилляции предсердий (мужчины – 49 человек, 77,8%; медиана возраста – 46 лет [39; 54]). Интраоперационно всем выполнена эндомиокардиальная биопсия с гистологическим исследованием. Дополнительно проведена ретроспективная оценка системных воспалительных маркеров. Конечной точкой служил рецидив аритмии в течение 12 мес. после процедуры.
Результаты. Хронический миокардит диагностирован у 30 пациентов (46,1%). Общая годичная эффективность аблации составила 64%. Наличие миокардита по данным биопсии достоверно не коррелировало с риском возврата аритмии. При этом значение системного воспалительного индекса оказалось значимо выше в группе с рецидивом: 369,15 [294,95; 458,73] против 295,11 [240,21; 367,95], p=0,03. Многофакторный анализ подтвердил прогностическую значимость этого показателя: ОШ=1,815 (95% ДИ 1,620–2,011), p=0,01. Прочие изученные маркеры воспаления между группами не различались.
Выводы. *Системный воспалительный индекс может служить дополнительным предиктором неблагоприятного исхода после аблации, что открывает перспективы для его использования в дооперационном прогнозировании.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Асадуллина Г.В.[1], Галинурова Э.Р.[2], Фатхуллина Р.И.[2], Ивченкова А.Ф.[2], Кострюкова А.Д.[2]
[1] ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия
[2] ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа, Россия

Введение. Множественная миелома (ММ) – злокачественное заболевание крови, характеризующееся поражением костного мозга, разрушением костной ткани, поражением почек, нарушением иммунитета, встречающееся преимущественно среди лиц пожилого возраста. Сахарный диабет существенно увеличивает риск смерти пациентов при развитии ММ.
Описание случая. Пациентка Г., 64 лет, доставлена экстренно в стационар с жалобами на высокую температуру, общую слабость, тошноту, рвоту, боли в спине, преимущественно с правой стороны. Из анамнеза: считает себя больной в течение последних 5 дней. Страдает сахарным диабетом (СД) в течение 10 лет, принимает метформин, инсулин нерегулярно. Объективно: состояние тяжелое. ИМТ 37,2 кг/м^2. При пальпации позвоночника отмечается болезненность в грудном и поясничном отделах. Дыхание везикулярное. ЧДД 18, SpO_2 97%. Тоны сердца ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 80 уд./мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. На основании клинических данных и результатов проведенных исследований выставлен диагноз «язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, множественные язвы антропилорического отдела желудка, размером до 0,8 см, средней степени тяжести». Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Соп. СД 2-го типа, инсулинопотребный. Диабетическая нефропатия, ХБП С4. Ожирение 2 ст. Остеохондроз грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом. На 9-й день нахождения в стационаре у больной появились жалобы на сильную головную боль, боль в области шеи, боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу, отсутствие движений в левой нижней конечности. Проведена люмбальная пункция, получена спинномозговая жидкость гнойного характера. На 10-й день наступил летальный исход. Патологоанатомический диагноз «множественная миелома с преимущественным поражением тел грудных позвонков (Т4–Т6) и костей свода черепа. Осл. Раковая интоксикация. Распад опухолевых узлов тел грудных позвонков с вторичным параканкрозным спондилитом, вторичный гнойно-геморрагический энцефаломиелит. Гнойно-некротический илеопсоит справа. ДВС синдром. Отек головного мозга».
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный случай демонстрирует сложности диагностики ММ у пожилых пациентов на фоне СД. Такие признаки ММ, как нефропатия, болевой синдром, нарушения иммунитета, маскируются под проявления СД. В дифференциально-диагностический ряд при болях в спине у пожилых пациентов с СД необходимо включать ММ.*

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В СТАЦИОНАРАХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Афанасьев Н.Е.[1], Агранович Н.В.[2], Агранович В.О.[2]
[1] ГБУЗ СК ГКП № 5,г. Ставрополя, г. Ставрополь, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь, Россия

Актуальность. COVID-19 представляет собой тяжелое респираторное заболевание, вызванное новым вирусом SARS-CoV-2. В Российской Федерации уровень смертности от коронавирусной инфекции составляет около 1,62%. Завершение пандемии COVID-19 не означает полного исчезновения вируса из нашей жизни. Вопросы, связанные с коронавирусной инфекцией, остаются крайне актуальными для дальнейших исследований патогенеза, диагностики, оптимальных схем лечения, особенно с учетом накопленного опыта борьбы с этим заболеванием.
Цель. Для разработки эффективных мер по ведению пациентов и снижению смертности от COVID-19 необходимо изучить факторы риска тяжелого течения болезни, роль хронических заболеваний и причины летальных исходов среди стационарных больных в период пандемии.
Материал и методы. Исследование, охватившее 1402 пациента с COVID-19 (среднетяжелая форма с внебольничной пневмонией), проходивших стационарное лечение в перепрофилированном терапевтическом отделении ГБУЗ СК «ГКБ № 3», г. Ставрополя в инфекционный стационар с января 2021 по март 2022 г., выявило 20 случаев летального исхода (1,4%). В статье представлен анализ клинико-лабораторных данных этих пациентов. В группу сравнения включили 20 пациентов, завершивших госпитализацию выпиской из стационара (критерий включения: соответствие по полу и возрасту умерших). У больных с летальным исходом преобладала пневмония с КТ-3 и в 100% случаев обнаружены сочетания различной коморбидной патологии.
Результаты. Среди пациентов, умерших от COVID-19, осложненного пневмонией, большинство составляли лица нетрудоспособного возраста – 85,0%. Многофакторный анализ выявил, что неблагоприятный исход связан с уровнем лимфоцитов ниже 20% и лейкоцитозом выше $9{,}5\times10^9$/л. Повышенные показатели, отражающие системное воспаление – С-реактивный белок (СРБ) до 80,4 г/л и ферритин до 1004 мкг/л (средние значения в группе умерших) – имеют отрицательное прогностическое значение. При поступлении в стационар концентрация СРБ у пациентов обеих групп значительно превышала норму (0–5 мг/л), при этом в первой группе этот показатель был превышен в 16 раз. Также наблюдалось развитие полиорганной недостаточности: уровни мочевины превышали 9,46 ммоль/л, а креатинина – 113,95 мкмоль/л, что достоверно выше нормы. Повышение прокальцитонина до 0,6 и 0,3 нг/мл в группах указывало на наличие бактериальной инфекции. Определенные статистически достоверные биомаркеры, такие как лейкоциты, лимфоциты, мочевина, креатинин, СРБ и ферритин, могут предсказывать летальный исход независимо от других факторов, они подтверждают результаты многочисленных исследований, направленных на выявление признаков тяжелого течения COVID-19.
Выводы. *Выявленные факторы риска тяжелого течения COVID-19 могут выступать в качестве независимых предикторов летального исхода и их интеграция в клиническую практику позволит разработать более эффективные методы ведения пациентов и снизить уровень смертности.*

ГЕНО-ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭЛЕРСА–ДАНЛО

Ахиярова К.Э., Тюрин А.В.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Актуальность. Синдром Элерса–Данло (СЭД) относится к группе наследственных дисплазий соединительной ткани, патогенетически связанных с нарушением структуры или метаболизма коллагена. Несмотря на то что ключевым этиологическим звеном классического варианта СЭД служат мутации в генах, кодирующих цепи коллагена V типа (COL5A1 и COL5A2), данные о региональных особенностях распространения и номенклатуре генетических нарушений у российских пациентов остаются крайне ограниченными.
Цель. Идентификация патогенных вариантов нуклеотидной последовательности в генах COL5A1 и COL5A2 у пациентов с установленным диагнозом СЭД, постоянно проживающих на территории Республики Башкортостан.
Материал и методы. В работе проанализированы образцы ДНК 43 пациентов (средний возраст – 28,6±7,44 года) из 37 неродственных семей, верифицированных по критериям СЭД в клинико-генетическом центре Республики Башкортостан.
Результаты. В ходе полного секвенирования экзонов выявлены восемь нуклеотидных замен в изученных генах, из которых пять локализованы в COL5A1 и три – в COL5A2. Среди детектированных вариантов особый интерес представляют две ранее не описанные в международных базах данных патогенные мутации: сдвиг рамки считывания c.212delC (p.Pro71ArgfsTer33) и миссенс-замена c.4135C>T (p.Pro1379Ser).
Выводы. *Наследственные дефекты в генах коллагена V типа подтверждены у представителей 8 неродственных семей из Башкортостана, что составляет 21,6% от общей когорты. Полученные данные расширяют представления о молекулярном полиморфизме СЭД в регионе и включают новые аллельные варианты в международный каталог.*

ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Бакирова Н.М.[1], Чернышова Т.Е.[2], Иванов Л.А.[2]
[1]Первая городская больница г. Воткинска, Удмуртская Республика, РФ
[2]ФГБОУ ВО ИжГМУ, г. Ижевск, РФ

Актуальность. В гериатрии актуальна оценка тиреоидной дисфункции у лиц с артериальной гипертонией, так как не только манифестированный, но и субклинический гипотиреоз влияют на особенности течения артериальной гипертензии, требуя ее коррекции.
Цель. Оценка роли субклинической дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) в патогенез артериальной гипертонии (АГ) и перспективы ее коррекции в гериатрии.
Материал и методы. Обследованы 104 пациента (34 мужчины и 67 женщин) в возрасте от 65 до 82 лет с АГ и уровнем Т4 и Т4 в рамках референсных значений. В зависимости от уровня ТТГ сформировано 3 группы: 1-я группа – 22 пациента с субклиническим тиреотоксикозом (ТТГ <0,1 мМЕ/мл); 2-я группа – 62 человека с ТТГ (0,4–4,0 мМЕ/мл), 3-я группа – 20 человек с субклиническим гипотиреозом (ТТГ >4,0 мМЕ/мл). Во 2-й группе выделены подгруппы: 2А (33 человека) с низконормальным уровнем ТТГ (0,4–2,5 мМЕ/мл) и 2Б (29 человек) с высоконормальным ТТГ (ТТГ 2,6–4,0 мМЕ/мл). Проведено суточное мониторирование АД (СМАД) с анализом показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Анализировалась липидограмма.
Результаты. Частота дислипидемии была значимо выше не только при субклиническом гипотиреозе, но и при высоконормальном уровне ТТГ – 89,6 против 36,4% (группа 2А) с р2Б/2А=0,029. Повышение уровня ТТГ в подгруппе 2Б коррелировало с увеличением средних значений САД за сутки (р=0,01), в дневные (р=0,04) и ночные (р=0,001) часы; индекса времени дневного и ночного (р=0,01) САД по сравнению с группой 2А. Анализ показателей суточного профиля ДАД выявил его более высокие в дневные и ночные часы не только в 3-й группе (р3–1 <0,001), но группах 2А и 2Б (р–2А/2Б <0,01), что требовало повышения доз антигипертензивной терапии (р=0,032) и количества препаратов, подтверждая вклад субклинической дисфункции ЩЖ в течение АГ. Назначение левотироксина натрия сопровождалось положительной динамикой САД (р=0,026) и ДАД (р=0,012), снижением частоты суточного ритма нон–диппер с 36,5 до 3,8% (χ^2=7,2; и χ^2=7,5). Коррекция липидного спектра пациентов, получающих тироксин, отмечена не ранее 6 мес. от начала терапии (ОХ (р=0,004), ХС–ЛПНП (р=0,0002), КА (р=0,00015). Представлены доказательства необходимости у лиц пожилого и старческого возраста с АГ титровать дозы тироксина, чтобы избежать нарушений сердечного ритма.
Выводы. *Полученные результаты свидетельствуют о том, что сдвиг уровня ТТГ от субклинического тиреотоксикоза к субклиническому гипотиреозу у пожилых больных с АГ требует консультации эндокринолога для подбора совместно с кардиологом дозы левотироксина натрия. Представлен вклад высоконормального ТТГ в течение АГ.*

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СЛОЖНЫМИ УСТРОЙСТВАМИ (ИКД/CRT–D) ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Барсукевич В.Ч., Завалей Е.А., Плащинская Л.И., Часнойть А.Р., Гончарик Д.Б.
ГУ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Изучение качества жизни пациентов с ИКД/CRT-D после выполнения изоляции устьев легочных вен (УЛВ) обладает высокой социальной значимостью, поскольку фибрилляция предсердий (ФП) существенно влияет на психоэмоциональное состояние данной категории пациентов.
Цель. Оценить показатели качества жизни у пациентов с ИКД/CRT-D после выполнения изоляции устьев легочных вен (УЛВ).
Материал и методы. В исследование включен 81 пациент, разделенный на три группы. В 1-й группе выполнялась одномоментная изоляция УЛВ и имплантация ИКД/CRT–D (n=26, 32,1%). Во 2-ю группу включены пациенты, которым РЧА УЛВ/АВ-узла выполнялась по показаниям (симптомная ФП, необоснованные разряды на ФП, низкий процент бивентрикулярной стимуляции), n=28, 34,6%. В 3-ю группу включены пациенты без верифицированной ФП на момент имплантации устройства (n=27, 33,3%). Все пациенты находились на оптимальной медикаментозной терапии основного заболевания. Большинство пациентов имело ишемический генез заболевания сердца (ИКМП) (n=49, 60,5%). Срок наблюдения составил 12 мес. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью теста 6-минутной ходьбы и опросника SF–36.
Результаты. Среднее значение результатов теста 6–минутной ходьбы в 1-й группе исходно составило 495 [440; 605] м, через 12 мес. 646 [560; 763] м (p <0,01); во 2-й группе исходно 495 [400; 550] м, через 12 мес. 605 [550; 692] м (p=0,01), во 3-й группе исходно 495 [343; 585] м, через 12 мес. 632 [605; 770] метров (p <0,01). Наибольший прирост дистанции отмечен в основной группе (на 151 м), что коррелирует с достоверным улучшением фракции выброса ЛЖ и признаками обратного ремоделирования миокарда в группе раннего интервенционного лечения. В течение периода наблюдения в 1-й группе выявлено статистически значимое улучшение качества жизни по ключевым аспектам опросника, отражающим физическое благополучие, психоэмоциональную сферу. Во 2-й группе отмечено частичное улучшение качества жизни по показателям физического благополучия. Однако не было зафиксировано достоверных изменений в восприятии влияния эмоциональных проблем на повседневную жизнь, в отличие от 1-й группы. В 3-й группе установлено улучшение показателей качества жизни пациентов через 12 мес. наблюдения по показателям физической боли, жизнеспособности, социальной активности, психического здоровья.
Выводы. *Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии ранней инвазивной стратегии на качество жизни пациентов. Во 2-й группе пациенты по-прежнему отмечали тревогу и подавленность, вероятно, связанную с тем, что к моменту выполнения абляции многие перенесли обоснованные и необоснованные разряды.*

СЛОЖНОСТИ РАННЕГО АМБУЛАТОРНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Баютина Я.А., Врублевский А.Н., Карпенко Д.Г.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, РФ

Введение. Холангиоцеллюлярный рак является второй по частоте первичной злокачественной опухолью печени. Актуальность проблемы обусловлена поздней диагностикой (в 55,1% случаев – IV стадия), высокой одногодичной летальностью (до 59,8%) и отсутствием патогномоничных симптомов на ранних этапах. Данное клиническое наблюдение демонстрирует объективные трудности диагностики в первичном звене здравоохранения.
Описание случая. Пациентка 1946 г. р. с 2021 г. наблюдалась терапевтом по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и хронического гастрита. В 2022–2023 гг. жалобы на боль в эпигастральной области и правом подреберье, вздутие живота трактовались как обострение ГЭРБ и хронического гастрита. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости (УЗИ ОБП) в 2021–2024 гг. неоднократно описывались диффузные изменения печени и поджелудочной железы, билиарный сладж; очаговые образования не выявлялись. Только в мае 2024 г. при УЗИ ОБП заподозрено образование поджелудочной железы. При лабораторной диагностике выявлено повышение СА19–9 до 56,4 Ед./мл (при норме <37 Ед./мл), альфа-фетопротеин – в референсе. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) от июня 2024 г. выявлено образование головки поджелудочной железы и изменение левой доли печени, подозрительное на холангиокарциному. Гистологическое заключение при соге-биопсии печени: холангиокарцинома G1 (крупнопротоковый тип). Проведено хирургическое лечение в объеме левосторонней гемигепатэктомии, холецистэктомии, плоскостной резекции тела поджелудочной железы и лимфодиссекции. Послеоперационный период осложнился формированием абсцесса в зоне резекции, проведено дренирование и антибактериальная терапия. При выписке рекомендована адъювантная химиотерапия капецитабином. В динамике (декабрь 2024 – июль 2025 г.) отмечен прогрессивный рост уровня СА19–9 с 31,77 до 273,93 Ед./мл, нарастание С-реактивного белка (СРБ) с 53,9 до 139,8 мг/л и количества лейкоцитов, при этом данные МРТ и позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, не показали убедительных признаков рецидива.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный случай иллюстрирует, что длительное отсутствие очаговых изменений при стандартном УЗИ и интерпретация боли в животе как проявления сопутствующей гастроэнтерологической патологии являются причинами задержки своевременной диагностики ХЦР.*

АКТИВНОСТЬ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ, АДЕНОЗИНКИНАЗЫ И ГУАНИЛАТКИНАЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И ЛИМФОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бедина С.А.[1], Мозговая Е.Э.[2]
[1] ФГБУ НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского; ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия
[2] ФГБУ НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное заболевание, требующее поиска новых биомаркеров для оценки активности и персонализации терапии. Особый интерес представляет метаболизм пуриновых нуклеотидов в лимфоцитах, поскольку многие иммунодепрессанты влияют именно на эти пути. Аденозиндезаминаза (АДА), аденозинкиназа (АК) и гуанилаткиназа (ГК) регулируют концентрацию аденозина и гуанозина, регулируя пролиферацию иммунокомпетентных клеток, но их профиль при СКВ недостаточно изучен.
Цель. Охарактеризовать профили активности АДА, АК и ГК в плазме крови и лизатах циркулирующих лимфоцитов у больных СКВ в зависимости от степени активности заболевания.
Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с верифицированным диагнозом СКВ (средний возраст 35–40 лет, 86% женщин) и 30 здоровых лиц. Активность заболевания оценивали по шкале ECLAM. Лимфоциты выделяли методом седиментации в градиенте плотности. В плазме и лизатах спектрофотометрически определяли активность ферментов. Статистическую обработку данных проводили с использованием Statistica 10.0.
Результаты. У больных СКВ выявлены разнонаправленные изменения активности ферментов в зависимости от активности патологического процесса. В плазме активность АДА снижена по сравнению с контролем ($p < 0,05$), имеет обратную корреляцию с ECLAM ($r = -0,62$); активность АК повышена ($p < 0,05$), корреляция прямая ($r = 0,60$); активность ГК снижена ($p < 0,05$) с тенденцией к дальнейшему снижению при нарастании степени активности.
В лизатах лимфоцитов активность АДА значительно снижена ($p < 0,05$), обратная корреляция с ECLAM ($r = -0,75$); активность АК резко повышена ($p < 0,05$), прямая корреляция с ECLAM ($r = 0,78$); активность ГК снижена ($p < 0,05$). Максимальных изменений активность ферментов в плазме и лимфоцитах достигала при III степени активности. Для I степени активности наиболее информативны показатели в лимфоцитах: активность АДА и АК выходила за пределы референтных значений в 100% случаев, что подтверждает их высокую диагностическую чувствительность даже при минимальной активности заболевания.
Выводы. *При СКВ выявлен дисбаланс ферментов пуринового обмена: снижение активности АДА и ГК на фоне повышения АК в плазме и лимфоцитах, коррелирующее со степенью активности заболевания. Наиболее перспективными маркерами минимальной активности СКВ являются АДА и АК в лизатах лимфоцитов.*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ АДИПОКИНОВОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ I СТЕПЕНИ

Безбородова А.П., Рыжов А.В., Громова Е.В., Власова Т.И.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. Жировая ткань продуцирует адипокины. Нарушения их баланса при ожирении приводит к формированию эндотелиальной дисфункции, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, симпатической нервной системы и, как следствие, формированию артериальной гипертензии.
Цель. Изучить гендерные особенности некоторых компонентов адипокинового статуса и маркеров повреждения гликокаликса эндотелия у молодых лиц с избыточной массой тела и ожирением I степени.
Материал и методы. В исследование вошли 167 студентов ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева». Всех участников в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) и значений артериального давления (АД) разделили на 3 группы: 1-я группа (контрольная) – молодые люди с ИМТ 18,50–24,99 кг/м², нормальное АД (30 женщин, 30 мужчин); 2-я группа – молодые люди с ИМТ 25,00–34,99 кг/м², нормальное АД (30 женщин, 30 мужчин); 3-я группа – молодые люди с ИМТ 25,00–34,99 кг/м², артериальная гипертензия (25 женщин, 22 мужчины). Всем участникам определяли концентрации ингибитора активатора плазминогена 1-го типа (PAI–1), синдекана (SDC1), апелина (APLN). Статистический анализ проводили в программе Microsoft Excel 2010.
Результаты. У мужчин медианное значение PAI-1 во 2-й группе составило 5540,00 что достоверно больше, чем в 1-й на 151,9%, в 3-й группе концентрация PAI-1 так же была больше на 272,36% относительно значений 1-й группы. У женщин так же наблюдалось увеличение концентрации PAI-1 во 2-й и 3-й группе на 98,97 и 103,17% соответственно относительно контрольной группы ($p < 0,05$). У мужчин медианное значение SDC1 во 2-й группе составило 28,9, а в 3-й группе 29,39, что достоверно больше на 581,6 и 593,1% соответственно относительно такого показателя контрольной группы. В группе женщин прослеживается аналогичная тенденция: увеличение концентрации SDC-1 как маркера повреждения эндотелия сопряжено с избыточной массой тела и артериальной гипертензией. У мужчин медианное значение APLN во 2-й группе составило 2566, что на 33,3 больше относительно данных контрольной группы, а в 3-й группе напротив выявлено снижение концентрации APLN на 66% относительно контроля ($p < 0,05$). У молодых женщин статистически значимых отличий концентрации APLN не было установлено.
Выводы. *У молодых мужчин увеличение массы тела сопровождается повышением PAI-1 и SDC-1 и снижением апелина, ассоциированными с гипертензией. У женщин гипертензивный фенотип характеризуется повышением маркеров эндотелиальной дисфункции при отсутствии изменений в концентрации вазопротекторных адипокинов.*

СТРУКТУРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБРАЗА БУДУЩЕГО КАК ПРЕДИКТОРЫ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Беликова А.А.
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, г. Москва, Россия

Актуальность. На сегодняшний день структурные характеристики образа будущего как предикторы депрессивных расстройств в послеродовой период остаются недостаточно изученными.
Цель. Выявить структурные характеристики образа будущего, выступающие предикторами выраженности послеродовой депрессивной симптоматики.
Материал и методы. Выборку составили 50 женщин условной нормы в послеродовом периоде (до 2 лет) в возрасте от 21 до 43 лет (средний возраст –28,20 ± 5,13 года).
В методический комплекс вошли анкета социально-демографических данных; Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS) (Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., 1987); методика «Мечты, надежды, страхи и опасения» (адаптация Прихожан А.М., 2000; в модификации, компьютеризированная версия). Структурные характеристики образов будущего оценивались женщинами по 5-балльной порядковой шкале (от 0 до 5), после чего для каждой участницы рассчитывались средние значения отдельно для позитивных и негативных образов.
Результаты. Был проведен множественный линейный регрессионный анализ с пошаговым исключением. В качестве независимых переменных были включены структурные характеристики позитивных и негативных образов будущего: вероятность, протяженность, значимость, частота и легкость моделирования, локус-контроля, яркость, эмоции и их интенсивность, планирование, организованность и насыщенность временной перспективы. Полученная модель является статистически значимой ($R=0,764$; $R^2=0,584$; $p<0,001$) и объясняет 58,4% дисперсии общего балла EPDS. Значимыми предикторами выступили вероятность исполнения позитивных образов ($B=-3,081$; $p<0,001$), планирование негативных событий ($B=-1,739$; $p=0,001$), частота моделирования негативных образов ($B=1,010$; $p=0,044$) и интенсивность печали при моделировании негативных образов ($B=1,589$; $p=0,001$). Таким образом, большая выраженность послеродовой депрессивной симптоматики была связана с более частым представлением негативных образов будущего и более интенсивным переживанием печали при их мысленном моделировании, а меньшая выраженность – с более высокой оценкой вероятности наступления позитивных событий и более четким планированием действий в отношении негативных событий.
Выводы. *Полученные результаты обосновывают важность учета образа будущего в качестве мишени в рамках оказания психологической помощи женщинам в послеродовом периоде.*

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Белых В.И.[1], Петриков А.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия
[2] «Ростовский медицинский центр» Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Одной из основных причин развития гипергомоцистеинемии (ГГЦ) является нарушение активности ферментов, регулирующих метаболизм гомоцистеина (ГЦ). В связи с этим важным является изучение взаимосвязи аллельного полиморфизма генов фолатной группы и содержания ГЦ в сыворотке крови больных с ВТЭО.
Цель. Определить взаимосвязь содержания ГЦ сыворотки крови и полиморфизма генов фолатного цикла у больных с ВТЭО.
Материал и методы. У 122 больных (69 мужчин и 53 женщины) с ВТЭО и у 156 лиц контрольной группы проведено исследование содержания гомоцистеина сыворотки крови и полиморфизма генов фолатного цикла (MTHFR “677 C >T: MTR “2756 A>G: MTRR 66 A>G. Средний возраст мужчин составил 45,9+2,7 года, у женщин – 39,9+2,9 года. Исследования проводились в остром периоде на 2–5 сут. от момента развития венозного тромбоза.
Результаты. У больных с ВТЭО среднее содержание ГЦ составило 13,9+0,6 мкмоль/л, тогда как в контрольной группе – 9,95+0,47 мкмоль/л ($p < 0,001$). Доля носительство полиморфизма только одного гена фолатной группы (41,8% больных) приводило к увеличению содержания ГЦ на 2,85 мкмоль/л по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), одновременное носительство аллельных вариантов двух генов (25,4% больных) – на 5,55 мкмоль/л ($p < 0,001$), а носительство аллельных вариантов трех генов (8,2% больных) – на 8,35 мкмоль/л ($p < 0,001$). У 30 пациентов (24,6%) с ВТЭО, несмотря на отсутствие патологических генотипов трех генах фолатной группы, было повышено содержание ГЦ – 12,7+1,1 мкмоль/л, что на 2,75 мкмоль/л превышало средние значения в контрольной группе ($p < 0,001$).
Выводы. *У больных с ВТЭО причиной ГГЦ в 75,4% случаев является аллельный полиморфизм генов фолатной группы, у каждого четвертого пациента нет генетических основ для развития ГГЦ. При этом на содержание ГЦ пропорционально оказывает влияние комбинации увеличение аллельного полиморфизма генов фолатной группы.*

НАРУШЕНИЯ ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Белых В.И.[1], Петриков А.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия
[2] «Ростовский медицинский центр» Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Характерным признаком венозных тромбоэмболических осложнений является снижение активности фибринолитической активности крови, что может быть связано с полиморфизмом в гене ингибитора активатора плазминогена I типа. Этим объясняется связь между временем лизиса сгустка и риском развития венозного тромбоза.
Цель. Определить нарушения XII–a–зависимого фибринолиза у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) и связь этих нарушений с генетическим полиморфизмом ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI–1).
Материал и методы. У 199 больных с ВТЭО и у 125 лиц контрольной группы проведено исследование XII-a-зависимого лизиса эуглобулинового сгустка и полиморфизмов ДНК PAI–1 (675 5G/4G и 4G/4G). Средний возраст мужчин составил 39,0+1,5 года, женщин – 38,4+1,3 года. Исследования XII-a-зависимого лизиса проводились в остром периоде на 2–5-е сутки от момента развития венозного тромбоза.
Результаты. У больных с ВТЭО обнаружено значительное угнетение фибринолитической активности крови – удлинение времени XII-a-зависимого фибринолиза на 16,3 мин. ($p < 0,001$). Обнаружено, что нарушение фибринолиза связано с носительством гетерозиготных и гомозиготных патологических генотипов «675 5G/4G и 4G/4G» PAI–1 у 59,3% больных против 38,8% в контрольной группе ($P < 0,001$). При этом отношение шансов развития ВТЭО возрастало в 2,3 раза (OR=2,3; 95% CI: 1,508–3,506; P=0,00001). Носительство гетерозиготы 5G/4G обнаружено у 83 больных. У носителей этого генотипа отмечалось удлинение XII-a-зависимого фибринолиза на 13,9 мин. ($p < 0,001$). Частота встречаемости гомозиготы 4G/4G гена PAI–1 наблюдалось 35 больных (17,8% случаев) и при этом наблюдалось значимое удлинение XII-a-зависимого фибринолиза – на 22,3 мин. ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. У больных с ВТЭО с носительством аллеля «4G» гена PAI–1 отмечалось удлинение времени лизиса эуглобулинового сгустка по сравнению с носителями частой гомозиготы «5G5G» гена PAI–1 на 5,0 мин. ($p < 0,05$).
Выводы. *У больных с ВТЭО обнаружено значительное угнетение XII-a-зависимого фибринолиза, что может быть связано с увеличением частоты встречаемости патологических генотипов «675 5G/4G и 4G/4G» PAI–1.*

ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВ «ОСТРОЙ ФАЗЫ» ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белых В.И.[1], Петриков А.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия
[2] «Ростовский медицинский центр» Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Важная роль системной воспалительной реакции у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями сопряжена с клинически неблагоприятным течением у больных с тромбозом глубоких вен (ТГВ). Исследование показателей воспалительного процесса – фибриногена, С-реактивного белка и альфа-2-глобулина представляется чрезвычайно важным.
Цель. Определить взаимосвязь тромбоза глубоких вен нижних конечностей и выраженности системного воспалительного процесса.
Материал и методы. У 120 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей ТГВНК) и у 125 лиц контрольной группы проведено исследование белков «острой фазы» воспаления: фибриногена, С-реактивного белка и альфа-2-глобулина. Исследования были проведены у 62 мужчин и 58 женщин с ТГВНК. Средний возраст мужчин составил 39,0+1,5 года, женщин – 38,4+1,3 года. Исследования проводились в остром периоде на 2–5-е сутки от момента развития венозного тромбоза.
Результаты. У больных с ТГВНК показатель С-реактивного белка составил 5,5+1,0 мг/л, тогда как в контрольной группе 0,7+0,03 мг/л (Р <0,001). Обнаружено значительное повышение содержания фибриногена в плазме у больных – 4,2+0,25 г/л, в группе контроля этот показатель составил 2,9+0,1 г/л (Р <0,001). Уровень альфа-2-глобулина в сыворотке больных с ТГВНК составил 8,3+0,28 г/л, тогда как в контрольной группе – 7,6+0,11 г/л (Р <0,001).
Выводы. *У больных с ТГВНК обнаружено значительное повышение содержания белков «острой фазы» воспаления: С-реактивного белка, фибриногена и альфа-2-глобулина. Это свидетельствует об активации системного воспалительного ответа и требует решения вопроса о назначении нестероидных противовоспалительных препаратов.*

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА FV “1691 G>A” С НАРУШЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ ПРОТЕИНА С У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Белых В.И.[1], Петриков А.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия
[2] «Ростовский медицинский центр» Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) являются одной и ведущих причин смертности и инвалидизации в индустриально развитых странах. Мутация в гене фактора V (Leiden) считается наиболее частой причиной предрасположенности к венозным тромбозам и ТЭЛА. Связь этого полиморфизма с нарушениями в системе физиологического антикоагулянта – протеина С представляется чрезвычайно важным и определяет тактику лечения этой патологии.
Цель. Определить взаимосвязь между распределением аллельного полиморфизма гена FV “1691 G >A” и значениями в системе протеина С у больных с рецидивирующими ВТЭО.
Материал и методы. У 86 больных с рецидивирующими ВТЭО и у 125 лиц контрольной группы проведено исследование аллельного полиморфизма гена FV “1691 G >A” и значениями НО в системе протеина С. Исследования проводились в остром периоде на 2–5-е сутки от момента развития венозного тромбоза.
Результаты. Носительство нормального генотипа FV “1691 GG” наблюдалось в 69,8% случаев (60 больных). При этом среднее значение НО в системе протеина С генотипа оставило 0,85+0,07, что на 0,25 ниже ($p < 0,001$), чем в контрольной группе. Доля больных с носительством гетерозиготного генотипа FV “1691 GA” наблюдалось в 25,6% случаев, что сопровождалось уменьшением значений НО в системе протеина С по сравнению с контрольной группой на 0,41 ($p < 0,001$). При этом среднее значение НО в системе протеина С у них было на 0,18 ниже ($p < 0,01$), чем у носителей нормальной гомозиготы “1691 GG” гена FV. Носительство гомозиготы “1691 AA” гена FV наблюдалось в 4,6% случаев. Это приводило к уменьшению значений по сравнению с контрольной группой на 0,69 ($p < 0,001$).
Выводы. *Аллельный полиморфизм гена FV “1691 G >A” приводит к угнетению функциональной активности в системе протеина С у больных с рецидивирующими венозными тромбоэмболическими осложнениями. Наиболее выраженные изменения наблюдались при носительстве гомозиготы “1691 AA” гена FV.*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Белых В.И.[1], Петриков А.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия
[2] «Ростовский медицинский центр» Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Важную роль в развитии венозного тромбоза играет состояния эндотелия сосудистой стенки, который под воздействием различных факторов меняет антитромботический потенциал на тромбогенный. Для оценки выраженности эндотелиальной дисфункции (ЭД) определяется концентрация в крови маркера повреждения эндотелия – эндотелина-1 (ЭТ-1), сопряженная с активацией системы гемостаза и повышенным тромбообразованием.
Цель. Определить степень выраженности эндотелиальной дисфункции у больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями.
Материал и методы. У 120 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) и у 23 лиц контрольной группы проведено эндотелина-1 – основного маркера повреждения эндотелия. Исследования были проведены у 62 мужчин и 58 женщин с ТГК. Средний возраст мужчин составил 39,0+1,5 года, женщин – 38,4+1,3 года. Исследования проводились в остром периоде на 2–5-е сутки от момента развития венозного тромбоза.
Результаты. У больных с ТГВ обнаружены значительное повышение эндотелина-1 в сыворотке крови = 0,48+0,02 фмоль/мл, тогда как в контрольной группе – 0,26+0,01 фмоль/мл (Р <0,001). У больных ТГВ, осложненный тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) сопровождается изменением сосудистой стенки и выбросом эндотелина-1. При этом его содержание превышает этот показатель у больных без осложнения ТЭЛА – 0,51+0,02 фмоль/мл (Р <0,05).
Выводы. *У больных с ТГВ обнаружено значительное повышение уровня эндотелина-1 в сыворотке крови, что указывает на выраженность поражения эндотелия сосудистой стенки.*

ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Бехтенов Д.А.[1], Герасименко О.Н.[2], Горбунова А.М.[2], Толмачева А.А.[2]
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия
[2] ГБУЗ НСО НОКГВВ № 3, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. В РФ среди профессиональных патологий заболевании от воздействия вибрации занимают 2-е место (45,34%). Вибрация нарушает процессы костного ремоделирования и провоцирует дистрофические изменения в суставной и костной ткани, увеличивая риск развития остеопении и остеопороза. Учитывая медико-социальную значимость проблемы, совершенствование подходов к ведению данной категории пациентов является актуальной задачей современной медицины.
Цель. Оценить нарушения минеральной плотности костной (МПКТ) у пациентов с вибрационной болезнью (ВБ) в сочетании с остеоартритом (ОА).
Материал и методы. В исследование включены 42 пациента (30 мужчин, 12 женщин) с верифицированной ВБ с учетом условий труда и стажа и ОА. МПКТ оценивали методом рентгеновской денситометрии (STRATOS DR) в поясничном отделе позвоночника, проксимальных отделах бедренных костей и шейке бедренной кости. Диагноз остеопении и остеопороза устанавливали по критериям ВОЗ на основании Т-критерия. Т-критерий от –1,0 до –2,5 соответствует остеопении, а Т-критерий –2,5 и ниже характеризуется как остеопороз.
Результаты. Средний возраст пациентов с ВБ составил 68,1±9,2 года, при стаже работы во вредных условиях 28,4±9,6 года. Среди обследованных пациентов 66,7% подвергались воздействию локальной вибрации, 11,9% – общей вибрации, а у 21,4% диагностирована ВБ от сочетанного воздействия. Основные жалобы, предъявляемые пациентами, включали ноющие боли в руках (37±13 мм по ВАШ), парестезии и онемение дистальных отделов верхних конечностей. Снижение МПКТ выявлено у 69,0% пациентов, при этом остеопения диагностирована у 45,2%, а остеопороз – у 23,8%. Структура дегенеративно-дистрофические изменений, включая ОА, представлена следующим образом: остеоартрит коленных суставов встречался у 26,2% пациентов, локтевых – у 21,4%, плечевых – у 16,7%, ОА кистей – в 14,3% случаев. Кроме того, обнаружены изменения позвоночного столба: остеохондроз шейного отдела выявлен у 19,0%, а поясничного – у 28,6%.
Выводы. *Полученные результаты демонстрируют возможность включения денситометрии в план обследования пациентов с ВБ для раннего выявления остеопении и остеопороза, что позволяет своевременно назначать лечебно-профилактические мероприятия, направленные на замедление прогрессирования костно-суставной патологии.*

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИООТЕК: КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ ДИАГНОЗ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ

Бикушова И.В., Смирнова Е.А., Оводкова М.О.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Введение. Наследственный ангиоотек (НАО) – редкое, потенциально жизнеугрожающее генетически детерминированное заболевание, связанное с дефицитом или снижением функции С1-ингибитора, которое проявляется в виде рецидивирующих отеков кожи, слизистых/подслизистых оболочек. У многих пациентов НАО длительное время остается нераспознанным, о чем как раз свидетельствует приведенный клинический случай.
Описание случая. Пациент С., 1960 г.р., обратился к терапевту 09.06.2024 с целью проведения обследования перед плановым оперативным вмешательством. Жалобы на периодически возникающие боли в животе, сопровождающиеся рвотой, жидким стулом, периферические отеки. Анамнез: считает себя больным с 1982 г., когда впервые стали беспокоить боли в животе с эпизодами потери сознания. Приступы инициировались стрессовыми ситуациями, физической нагрузкой. Неоднократно госпитализировался в отделения различного профиля. Патологии, обуславливающей симптомы, не выявлено.
С 2005 г. стали возникать периферические отеки (отеки мягкого нёба, лица, рук, ног, мошонки) – лечение с медленным развитием эффекта. Служил в армии. Аллергологический анамнез без особенностей. Семейный анамнез: у дочери 2 эпизода выраженного отека кисти после работы с ножницами, у внука – неоднократно отек верхней губы без видимой причины. Учитывая клинику (абдоминальный синдром, периферические отеки) и семейный анамнез заподозрен НАО. При обследовании выявлено снижение концентрации С1-ингибитора (0,08 г/л (норма 0,18–0,32 г/л) от 09.06.2024 и 0,077 г/л от 03.07.2024) и его функциональной активности (0,26 УЕ/мл (норма 0,7–1,3 УЕ/мл) 09.06.2024 и 36% (норма 70–130%) от 03.07.2024) 03.10.2024 консультирован аллергологом-иммунологом ФГБУ ГНЦ Института иммунологии ФМБА России, выставлен диагноз «дфект в системе комплемента: наследственный ангиоотек I тип». Рекомендована терапия в режиме по требованию: при развитии абдоминальных атак или отеков жизнеугрожающей локализации введение икатибанта 30 мг п/к или ингибитора С1-эстеразы человека 20 МЕ/кг в/в. При оперативном вмешательстве в качестве премедикации рекомендовано введение ингибитора С1-эстеразы человека 1000 МЕ в/в.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Поздняя диагностика НАО приводит к значительному снижению качества жизни пациентов и повышению риска развития жизнеугрожающих состояний. Врач любой специальности может столкнуться с НАО, что определяет необходимость повышения осведомленности медицинского сообщества о данном заболевании.*

СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА–КЕМПБЕЛЛА: РЕДКИЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Бирембекова С.С.[1], Маммаев С.Н.[2], Касаева Э.А.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала, Россия
[2] ГБУ РД «РКБ» им. А. В. Вишневского, г. Махачкала, Россия

Введение. Представлен клинический случай редкого врожденного порока развития бронхолегочной системы (синдром Вильямса–Кемпбелла), осложненного тяжелой бронхоэктатической болезнью с рецидивирующим течением и развитием буллезной эмфиземы у молодого пациента 25 лет.
Описание случая. Анамнез заболевания. Пациент Х., 25 лет, с установленным с детства диагнозом «синдром Вильямса–Кемпбелла», неоднократно оперирован (резекция долей обоих легких в 2008 и 2018 гг.). Обратился с жалобами на нарастающую за 3 дня до госпитализации одышку смешанного характера, усиление кашля с обильной гнойной мокротой, выраженную слабость и дискомфорт в грудной клетке. Сопутствующие состояния: дисплазия соединительной ткани (килевидная деформация грудной клетки, сколиоз, гипермобильность суставов), спонтанный пневмоторакс в анамнезе (2022), наличие гигантской буллы в S3 правого легкого. Результаты обследования. Лабораторно: выраженный нейтрофильный лейкоцитоз (87,6%), высокий СРБ (69,6 мг/л), ускоренное СОЭ (10 мм/ч). В посеве мокроты гемолитический стафилококк и грамотрицательная флора. Инструментально: по данным КТ распространенные бронхоэктазы и эмфизематозные изменения обоих легких. Спирография: резкое снижение вентиляционной способности (ЖЕЛ – 34%, ОФВ1 – 18% от должного), обструктивный тип на всех уровнях бронхов. Эхокардиография: трикуспидальная регургитация 2 ст., легочная гипертензия. SpO_2 – 92% на воздухе, ЧДД – 24/мин., тахикардия (ЧСС 110 уд./мин.). Назначена комплексная терапия, включающая антибиотик (цефотаксим с учетом чувствительности), бронхолитик (ипратропия бромид), системный глюкокортикостероид (дексаметазон), муколитик (амброксол) и симптоматические средства. На фоне проводимого лечения отмечена частичная положительная динамика в виде уменьшения интенсивности одышки и количества мокроты.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У пациента с синдромом Вильямса–Кемпбелла, несмотря на многократные резекции легких, сохраняется прогрессирование бронхоэктатической болезни с формированием тяжелой ДН и легочной гипертензии.*

ИЗМЕНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ СОЧЕТАНИИ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Блудова Н.Г., Благодаренко А.Б., Реброва О.А., Благинина И.И.
[1] ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, кафедра внутренней медицины, г. Луганск, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) и тиреоидная дисфункция (ТД) и РА имеют ряд общих признаков. Системное воспаление, возникающее при ТД и РА, сходно. ТД на фоне аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, и РА в особенности, часто протекает субклинически. Наиболее распространенным видом ТД при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани является субклинический гипотиреоз (СГ). Выявление влияния СГ на течение РА важно для выбора правильной тактики ведения больных.
Цель. Установить влияние субклинического гипотиреоза на течение ревматоидного артрита.
Материал и методы. Обследовано 467 больных РА. Методы клинические, лабораторные (биохимические, иммунологические исследования), инструментальные, статистические.
Результаты. Среди обследованных было выявлено 68 человек (14,6%) с признаками СГ. Больные РА с СГ были отнесены к I группе (63 женщины). Во II группу (группу сравнения) были включены 44 женщины, больные РА без признаков СГ. При обследовании установлено, что показатели тиреотропного гормона и тироксина у больных I группы они составляли 5,52±0,18 мЕд./л и 12,87±0,21 пмоль/л и во II группе соответственно 1,51±0,09 мЕд./л и 14,63±0,26 пмоль/л (S=6,18, p <0,001; S=5,26, p <0,001). Средний возраст начала менопаузы в I группе составлял 46,7±0,32 года, а во II –48,3±0,33 года (p=0,009). Больные I группы, по сравнению с II группой, чаще имели серопозитивный вариант РА 79,4 и 45,5% соответственно (χ^2=6,1, p=0,014) и системные проявления 69,8 и 40,9% соответственно (χ^2=8,9, p=0,003). Частота внесуставных проявлений РА у больных I группы была выше в виде проявлений со стороны сердца (χ^2=15,4, p <0,001), нейропатии (χ^2=12,4, p <0,001) и анемии (χ^2=7,6, p=0,006). Больные РА с СГ имели больший класс функциональных нарушений (по Штейнброкеру), ограничивающих их непрофессиональную (II ФК) и профессиональную деятельность (III ФК), а в некоторых случаях и самообслуживание (IV ФК).
Выводы. *Сочетание РА с СГ приводит к более раннему наступлению менопаузы, более тяжелому течению РА с большим числом системных проявлений и более выраженными функциональными нарушениями. У больных РА с СГ отмечается вдвое большее число случаев серопозитивных вариантов течения РА.*

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Блудова Н.Г., Ярцева С.В., Реброва О.А., Князева А.К., Благодаренко А.Б.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Известно, что хроническое воспаление в организме повышает риски развития атеросклероза. Такие данные существуют для многих хронических заболеваний, в том числе воспалительных заболеваний кишечника. Поэтому актуальным представляется изучение липидного профиля и оценки атеросклеротического процесса у молодых пациентов с болезнью Крона с целью ранней диагностики атеросклероза и снижения сердечно-сосудистых рисков.
Цель. Оценить состояние липидного профиля и степень развития атеросклеротического процесса у молодых пациентов с болезнью Крона.
Материал и методы. Обследован 21 пациент с болезнью Крона (женщин – 18, длительность болезни – 6,8±1,4 года, возраст – 38,4±4,4 года, ИМТ – 23,18 ±4,54 кг/м^2. Диагноз установлен в соответствии с клиническими рекомендациями РФ (2024). В исследование не включали больных с тяжелым течением основного заболевания. Курящие – 2 пациентки. Группу сравнения составили 20 человек, сопоставимых по возрасту, полу и весу, не имеющих установленных хронических заболеваний, курящие – 4 человека. Проведены лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический, в том числе СРБ, уровень фибриногена, липидограмма. Всем пациентам проводилась УЗД БЦА с определением показателей толщины комплекса интима–медиа, оценивалось наличие АС бляшек и степень стенозирования сосудов.
Результаты. В исследуемой группе наблюдалось значимое повышение уровня СРБ (5,7 [2,1–9,8] и 0,8 [0,45–1,66]) соответственно, (p=0,027), а также фибриногена 3,52 [2,78–4,96] г/л и (2,14 [2,09–3,16], (p=0,038). Анализ показателей липидограммы не выявил достоверных различий, однако в исследуемой группе общий холестерин был несколько выше: 5,5 [4,9–6,2] против 5,1 [4,6–5,6] ммоль/л, показатели ЛПНП также имели тенденцию к повышению 3,19 [2,74–3,51] и 2,96 [2,08–3,48] ммоль/л соответственно. Показатели других фракций: ТГ 1,18 [0,78–1,67] и 1,17 [0,72–1,72] , ЛПВП 1,24 [0,87–1,43] и 1,19 [0,91–1,52] моль/л в обеих группах существенно не отличались, индекс атерогенности 2,91 (±0,96) и 2,78 (±0,93) соответственно (p >0,05). УЗД БЦА выявила увеличение средних показателей ТКИМ ОСА в основной группе: справа 0,08 см и 0,06 см соответственно (p=0,039). Слева 0,07 и 0,06 см соответственно (p=0,042). Аналогичная тенденция наблюдалась при анализе показателей ТКИМ подключичных артерий в исследуемой группе слева: 0,07 и 0,06 см соответственно (p=0,07). В устье ВСА выявлены АС бляшки у 9% пациентов основной группы, без гемодинамически значимого стеноза (до 30% диаметра сосуда).
Выводы. *Таким образом, полученные нами результаты у молодых пациентов с болезнью Крона также демонстрируют риски более раннего развития атеросклероза у данной категории больных, однако требуют дальнейшего изучения данной проблемы.*

ВАЛИДИЗАЦИЯ И МОДИФИКАЦИЯ «НОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА В КЛИНИКЕ МЭЙО (NEW MAYO CLINIC RISK SCORE, NMCRS) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОЛУЧИВШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Богомолов А.Н.[1], Стрелков Д.А.[1], Курочкина О.Н.[2]
[1] СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, Россия

Актуальность. Выполнение чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) позволяет восстановить кровоток в инфаркт-связанной артерии, однако после самой процедуры ЧКВ так же могут возникнуть серьезные осложнения.
Цель. Выполнить стратификацию риска смертности у пациентов из регистра ОКС после ЧКВ с использованием 7 переменных из новой шкалы оценки риска клиники Мэйо (New Mayo Clinic Risk Score, NMCRS), модифицировать указанную шкалу с учетом полученных результатов.
Материал и методы. В регистр ОКС включались все пациенты, госпитализированные в СПб ГБУЗ «Александровская больница» с диагнозом ОКС. Проанализирован период с 2016 по ноябрь 2024 г. Всего 14 412 больных, возраст – 65,5±11,2 года, доля мужчин – 52,8%, ИМ с подъемом ST (ИМпST) – 3044 человека, проведена коронароангиография 98,8% больных, выполнено ЧКВ 68,6% пациентов. Формирование базы данных в Excel. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.
Результаты. В базе данных для каждого пациента просчитана сумма баллов по формуле шкалы NMCRS. Риски летального исхода, рассчитанные с применением NMCRS, в группах больных, получивших ЧКВ и без ЧКВ, составили менее 5 баллов – 0 и 0%, 6–8 баллов – 0,7 и 1%, 9–11 баллов – 2,3 и 2,4%, 12–14 баллов – 3,7 и 4,8%, 15–20 баллов – 4,8 и 7%, 20–29 баллов – 17,9 и 23,3%, 30 и более баллов – 56,1 и 52,0% соответственно. Полученные результаты выявили большое число пациентов с количеством баллов более 15, поэтому целесообразно было изменить оригинальную градацию шкалы NMCRS по группам риска. Модифицированная шкала NMCRS (mNMCRS) стратифицирует риск летального исхода следующим образом: группы очень низкого риска – менее 8 баллов, низкого – 9–11 баллов, среднего – 12–19 баллов, высокого – 20–29 баллов, очень высокого – 30 и более баллов. Риски летального исхода больных, получивших и не получивших ЧКВ, в различных группах mNMCRS составили: очень низкий риск – 0,7 и 1,0% ($p=0,266$), низкий риск – 2,3 и 2,4% ($p=0,434$), средний риск – 4,6 и 9,3% ($p < 0,0001$), высокий риск – 17,9 и 23,3% ($p=0,052$), очень высокого риска – 56,1 и 52,0% ($p=0,359$) соответственно.
Выводы. *Преимущества ЧКВ у больных с ОКС наблюдаются в группе среднего риска по шкале mNMCRS и отсутствовали в группе очень высокого, низкого и очень низкого риска. Применение шкалы mNMCRS позволит лечащим врачам более обоснованно выбрать тактику оказания медицинской помощи больным с ОКС.*

ОЦЕНКА РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА В СТАЦИОНАРЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СТАРШЕ 80 ЛЕТ

Богомолов А.Н.[1], Стрелков Д.А.[1], Курочкина О.Н.[2]
[1] СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, Россия

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) – жизнеугрожающее состояние с высокой летальностью среди пожилых пациентов. Роль анамнестических и ангиографических факторов риска у больных с ОКС старше 80 лет до конца не изучена.
Цель. Определить роль анамнестических и ангиографических факторов риска смерти в стационаре у пациентов с ОКС старше 80 лет.
Материал и методы. В регистр ОКС включались все пациенты СПб ГБУЗ «Александровская больница» с диагнозом ОКС с 2016 по 2024 г. Всего 14 412 больных, возраст 65,5±11,2 года, лиц старше 80 лет – 1910 человек, среди них доля мужчин – 22,7%. Формирование базы данных в Excel. Использовались методы медико-биологической статистики. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.
Результаты. Проведена коронароангиография в 98,7%, ЧКВ – у 67,0% пациентов, летальность 18,0%. В группе умерших, по сравнению с выжившими пациентами, чаще встречались почечная недостаточность (11,4 и 6,7%, p=0,007), психические заболевания (4,2 и 1,8%, p=0,011), инсульт (22,1 и 17,2%, p=0,056), сахарный диабет (СД) (35,6 и 30,0%, p=0,069), атеросклероз некоронарных артерий (63,4 и 27,5%, $p < 0,001$), более выраженная тяжесть поражения ствола левой коронарной артерии (ЛКА) (19,2±4,8 и 16,7±4,4%, $p < 0,001$) и передней нисходящей артерии (ПНА) (43,7±31,2 и 41,7±30,5%, p=0,046), ухудшение коронарного кровотока TIMI flow в симптом-связанной артерии (1,9±1,2 и 2,2±1,1 балла, $p < 0,001$), больше длина наибольшего стентированного сегмента (30,6±15,1 и 25,3±13,4 мм, $p < 0,001$), количество сосудов с ЧКВ (1,3±0,6 и 1,1±0,3, p=0,002), факт выполнения ЧКВ (73,9 и 64,3%, p=0,009) соответственно. У умерших пациентов отмечалось менее длительное пребывание в стационаре (5,7±0,4 и 12,5±0,13 дня, $p < 0,001$) и более длительное пребывание в отделении реанимации (3,9±0,2 и 2,8±0,1 дня, $p < 0,001$) соответственно.
Выводы. *Повышают риск летального исхода у больных с ОКС старше 80 лет: атеросклероз некоронарных артерий, почечная недостаточность, психические заболевания, СД и перенесенный инсульт, тяжесть поражения ЛКА и ПНА, ухудшение TIMI flow, большая длина стента, количество сосудов с ЧКВ, факт выполнения ЧКВ.*

ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Богомолов А.Н.[1], Стрелков Д.А.[1], Курочкина О.Н.[2]
[1] СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт–Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, Россия

Актуальность. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбпST) является жизнеугрожающим состоянием. Предикторы летального исхода у больных с ОКСбпST старше 75 лет изучены недостаточно.
Цель. Построить модель предикторов летального исхода пациентов с ОКСбпST старше 75 лет.
Материал и методы. В регистр ОКС включались все пациенты СПб ГБУЗ «Александровская больница» с диагнозом ОКС или ИМ с 2016 по ноябрь 2024 г. Всего 14 412 больных, в том числе с ОКСбпST – 5533, из них старше 75 лет – 1923 человека, получили ЧКВ – 1231 (64,0%). Формирование базы данных – в программе Excel. Статистическая обработка – с использованием программ Excel и Jamovi. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.
Результаты. На 1-м этапе пациенты разделены на две группы: 1-я – выжившие (1722 человека); 2-я – умершие в стационаре (201 человек). При сравнении 1-й и 2-й групп выявлены различия: возраст – 80,9±4,9 и 83,3±5,1 года ($p < 0,0001$), систолическое АД при поступлении – 141,6±25,5 и 121,1±31,2 мм рт. ст. ($p < 0,0001$), ЧСС при поступлении – 79,5±16,5 и 88,2±22,6 в минуту ($p < 0,001$), класс Killip – 1,38±0,6 и 2,3±0,9 балла ($p < 0,0001$), инсульт – 17,5 и 25,4% ($p = 0,007$), почечная недостаточность – 5,5 и 14,9% ($p < 0,001$), кардиогенный шок при поступлении – 0,4 и 9,7% ($p < 0,0001$), уровень креатинина – 117,0±52,6 и 254,2±91,4 мкмоль/л ($p < 0,001$), уровень гемоглобина – 105,5±27,2 и 83,9±24,6 г/л ($p < 0,001$), повышение МВ–КФК – 23,9 и 58,0% ($p < 0,0001$), тропонина при поступлении – 27,6 и 70,3% ($p < 0,0001$), фракция выброса левого желудочка – 53,0±5,4 и 43,4±4,6% ($p < 0,0001$), потребность в инотропной поддержке – 1,5 и 60,1% ($p < 0,0001$), неблагоприятные события в стационаре – 14,3 и 100% ($p < 0,0001$) соответственно. На 2-м этапе построена модель, в которой определены факторы: возраст ($p = 0,001$, ОШ=1,12, 95% ДИ=1,05–1,2), повышение МВ–КФК ($p = 0,003$, ОШ=2,82, 95% ДИ=1,43–5,62), сумма осложнений ($p < 0,001$, ОШ 12,89, 95% ДИ=8,46–19,64).
Выводы. *Созданная модель включает возраст, МВ–КФК, сумму неблагоприятных событий в стационаре и имеет высокие прогностические характеристики. Специфичность модели – 0,974, чувствительность –0,724, площадь под кривой AUC – 0,977. Следует учитывать эти факторы при выборе тактики лечения.*

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Богомолов А.Н.[1], Курочкина О.Н.[2]
[1] *СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия*
[2] ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», г. Сыктывкар, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) является жизнеугрожающим заболеванием у пожилых пациентов. Прогностическая роль сахарного диабета 2-го типа (СД2) и хронической болезни почек (ХБП) у больных с ИМпST старше 75 лет изучена недостаточно.
Цель. Оценить прогностическую роль СД2 и ХБП у больных с ИМпST старше 75 лет.
Материал и методы. В регистр ОКС включались все пациенты с диагнозом ОКС в СПб ГБУЗ «Александровская больница». Проанализирован период с 2016 по ноябрь 2024 г. В регистре 14 412 больных, в том числе пациентов с ИМпST старше 75 лет – 657 человек, возраст – 81,9±9,8 года, мужчин –167 (25,5%). СД2 был у 203 больных (31,1%). Снижение клиренса креатинина ниже 60 мл/мин. – у 445 (67,7%) больных, в том числе ниже 50 мл/мин. – 356 (54,2%) человек. Для расчета силы связи показателей с наличием СД2 использован коэффициент корреляции Пирсона (r). Различия статистически значимы при $p < 0,05$.
Результаты. Коронарография выполнена у 98,2%, ЧКВ – у 363 больных – 70,9%, независимо от наличия СД2 ($p=0,319$) и ХБП ($p=0,859$). Выявлена прямая связь наличия СД2 с факторами: масса тела ($r=0,192$, $p < 0,001$), ЧСС ($r=0,134$, $p=0,001$), женский пол ($r=0,137$, $p < 0,001$), класс Killip ($r=0,111$, $p=0,006$), индекс коморбидности Чарльсона ($r=0,391$, $p < 0,001$), количество баллов по шкале CRUSADE ($r=0,369$, $p < 0,001$), кардиогенный шок ($r=0,167$, $p < 0,001$), остановки кровообращения ($r=0,182$, $p < 0,001$), инотропная поддержка ($r=0,149$, $p < 0,001$), смерть в стационаре ($r=0,176$, $p < 0,001$); обратная связь – с ФВЛЖ ($r=–0,104$, $p=0,011$). Выявлена прямая связь наличия ХБП с факторами: женский пол ($r=0,082$, $p=0,045$), возраст ($r=0,333$, $p < 0,001$), класс Killip ($r=0,180$, $p < 0,001$), инсульт в анамнезе ($r=0,082$, $p=0,045$), уровнем МВ–КФК ($r=0,130$, $p=0,002$), индекс коморбидности ($r=0,208$, $p < 0,001$), число баллов CRUSADE ($r=0,601$, $p < 0,001$), кардиогенный шок ($r=0,193$, $p < 0,001$), остановка кровообращения ($r=0,214$, $p < 0,001$), инотропная поддержка ($r=0,144$, $p < 0,001$), смерть в стационаре ($r=0,252$, $p < 0,001$); обратная связь с уровнем гемоглобина ($r=–0,273$, $p=0,036$), ФВЛЖ ($r=–0,195$, $p < 0,001$), массой тела ($r=0,192$, $p < 0,001$).
Выводы. *Наличие СД2 и ХБП у больных ИМпST старше 75 лет ассоциируется с женским полом, полиморбидной патологией, более тяжелым течением ИМпST, более частыми летальными исходами. Этим пациентам следует более строго контролировать ХБП и СД2 с использованием болезнь-модифицирующих лекарственных препаратов.*

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ (MACE) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Богомолов А.Н.[1], Курочкина О.Н.[2], Стрелков Д.А.[1]
[1] СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина, Россия

Актуальность. Острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST (ОКСбпST) характеризуется высоким риском развития неблагоприятных событий (MACE), особенно у пожилых пациентов. Факторы риска их развития недостаточно изучены.
Цель. Оценить факторы риска MACE в стационаре у пациентов с ОКСбпST старше 75 лет.
Материал и методы. В регистр ОКС включались все пациенты, госпитализированные в СПб ГБУЗ «Александровская больница» с диагнозом ОКС или ИМ с 2016 по ноябрь 2024 г. Всего 14 412 больных, в том числе с ОКСбпST – 5533, из них старше 75 лет – 1923 человека, в том числе получили ЧКВ – 1231 человек (64,0%). Формирование базы данных – в программе Excel. Статистическая обработка – с использованием программ Excel и Statistica 12.0. Использовались методы линейной регрессии и многофакторного регрессионного анализа. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. У 23,3% больных с ОКСбпST старше 75 лет, получивших ЧКВ, во время госпитализации развились MACE, в том числе атриовентрикулярная блокада – 1,2%, новая сердечная недостаточность – 9,2%, кардиогенный шок – 5,6%, отек легких – 6,1%, аритмии – 3,1%, остановка кровообращения – 9,3%; у одного больного было от 0 до 5 осложнений. При выполнении однофакторного анализа выявлено 26 факторов, статистически значимо ассоциирующихся с MACE. С использованием метода многофакторного регрессионного анализа в окончательную модель включены факторы: повышение уровня МВ–КФК ($p=0,041$, ОШ=1,50, 95% ДИ=1,02–2,2), число баллов по шкале GRACE ($p < 0,001$, ОШ=1,693, 95% ДИ=1,321–2,170), низкое систолическое АД при поступлении ($p < 0,001$, ОШ=0,986, 95% ДИ=0,978–0,994), низкая фракция выброса левого желудочка ($p < 0,001$, ОШ 0,950, 95% ДИ=0,933–0,967). Специфичность модели 0,826, чувствительность – 0,420, площадь под кривой AUC – 0,778, что соответствует хорошему качеству модели.
Выводы. *С развитием MACE у больных ОКСбпST старше 75 лет ассоциируются повышение МВ–КФК, увеличение баллов по шкале GRACE, низкое САД при поступлении, низкая ФВЛЖ. Модель имеет хорошие прогностические характеристики. Следует учитывать эти факторы при выборе тактики оказания неотложной помощи больным с ОКС.*

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Богулко К.А., Ауэр Д.Р., Дорогова Э.А., Летаева М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Недостаточность питания признана Всемирной организацией здравоохранения одной из ведущих глобальных угроз общественному здоровью. Мальнутриция приводит к нарушению состава тела, функций органов и систем. Указанные изменения лежат в основе полиорганной дисфункции, что обусловливает актуальность ее изучения.
Цель. Оценить нутритивный статус у гериатрических пациентов.
Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов старше 60 лет, медиана возраста 66 лет, среди которых 39 мужчин (48,8%) и 41 женщина (51,2%). Для оценки нутритивного статуса применялась шкала Mini Nutritional Assessment (MNA), где сумма баллов ≤23,5 рассматривалась как показатель риска мальнутриции.
Результаты. По данным скрининга с использованием опросника MNA, у 15 человек (18,8%): 10 (66,7%) женщин и 5 (33,3%) мужчин – выявлен риск мальнутриции. Превалировали пациенты пожилого возраста (66,7%, n=10). Ежедневно потребляли мясные и молочные продукты 26,7% (n=4) и 40,0% (n=6) соответственно, две и более порций бобовых или яиц в неделю – 33,3% (n=5). При оценке индекса массы тела (ИМТ) у 46,7% (n=7) выявлено ожирение, нормальный ИМТ – у 26,7% (n=4), дефицит и избыток массы тела встречались с одинаковой частотой у 13,3% (n=2) соответственно. Структура сопутствующих заболеваний в данной группе оказалась сопоставимой: полиморбидность – у 46,6% (n=7), мононозология – у 53,4% (n=8). В группе без риска мальнутриции 65 пациентов (81,2%): 31 (47,7%) женщина и 34 (52,3%) мужчины. Преобладали пациенты пожилого возраста (83,1%, n=54). Ежедневное потребление мясных и молочных продуктов отмечали 69,2% (n=45) и 76,9% (n=50) соответственно, регулярное потребление бобовых и яиц – 73,8% (n=48). Структура ИМТ: у 50,8% (n=33) – ожирение, у 35,4% (n=23) – избыточная масса тела, у 13,8% (n=9) ИМТ в пределах нормы. У большинства пациентов данной группы выявлена полиморбидность (63,1%, n=41).
Выводы. *Риск мальнутриции у гериатрических пациентов ассоциирован с выраженным дефицитом белка при высокой частоте ожирения, что указывает на качественную неполноценность рациона. Полученные данные обосновывают обязательный скрининг нутритивного статуса и оценку структуры питания в гериатрической практике.*

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОМОРБИДНОСТИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Болотин С.Г., Соловьева А.В., Урясьев О.М.
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность. Оценка функционального статуса, качества жизни (КЖ) и коморбидности при множественной миеломе (ММ) позволит применить персонифицированный подход к ведению пациентов.
Цель. Оценить функциональный статус, коморбидность и КЖ пациентов с ММ.
Материал и методы. Обследовано 80 пациентов с ММ в возрасте от 38 до 85 лет (67 [61,5; 72,0] лет), из них 57 женщин (71,25%), 23 мужчины (28,75%). 1-я группа – 11 пациентов со II ст. Durie–Salmon, 2-я группа – 69 пациентов с III ст. ММ. Использован опросник EORTC QLQ–C30 с модулем MY20, определен индекс Карновского, рассчитаны показатели шкал ECOG, R–MCI, CIRS–G, индекс коморбидности Charlson. Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 10.0.
Результаты. Между пациентами со II и III ст. ММ не выявлено статистически значимых различий по возрасту (65 [59; 70] и 67 [62; 72] лет соответственно, p >0,05). При этом обнаружены статистически значимые различия между группами по индексу Карновского (80 [70; 80] и 70 [60; 80]% соответственно, p=0,02), показателям шкалы ECOG (1 [1; 2] и 2[1; 2] балла соответственно, p=0,04), по индексу коморбидности R–MCI (3 [3; 4] и 5 [4; 6] баллов соответственно, p=0,004) и индексу коморбидности Charlson (3 [3; 5] и 5 [4; 7] баллов соответственно, p=0,022). Статистически значимые различия КЖ выявлены по шкале PA (боль): 33 [17; 50] и 50 [33; 83]% для II и III ст. соответственно (p=0,037). При анализе модуля MY–20 установлено, что симптомы болезни (DS) более выражены среди пациентов с III ст. заболевания в сравнении с пациентами II ст.: 44 [28; 61] и 28 [11; 39]% соответственно (p=0,015). Показатель по шкале SE (побочные эффекты терапии) у женщин был значимо выше, чем у мужчин – 29 [22; 40] против 15 [11; 22]% (p=0,0005). Летальный исход наступил в 21 случае (26,25%), умершие пациенты с ММ имели более высокую стадию болезни (p=0,008) и более высокий балл по шкале CIRS–G (p=0,04).
Выводы. *Пациенты с III ст. ММ имеют более низкий функциональный статус и более выраженную коморбидность независимо от возраста; больший показатель по шкалам PA и DS. Побочные эффекты терапии более выражены у женщин. Летальный исход ассоциирован с более высокой стадией ММ и коморбидностью (по шкале CIRS–G).*

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Болотова Е.В.[1], Демина А.И.[2]
[1] ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра терапии № 1, г. Краснодар, Россия
[2] ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1», Россия

Актуальность. Диспансеризация взрослого населения является ключевым фактором профилактики раннего развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), однако традиционная модель профилактики не всегда позволяет учитывать семейные факторы риска.
Цель. Оценка факторов риска ХНЗ у лиц, прошедших диспансеризацию в 2025 г. в г. Липецке, путем ретроспективного анализа и совершенствования подхода к проведению профилактического консультирования.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диспансеризации взрослого населения за 2025 г. на базе ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1». Всего в рамках диспансеризации и профилактических осмотров осмотрено 49 050 человек.
Результаты. По результатам диспансеризации к практически здоровым (I группа здоровья) были отнесены 15 131 (30,8%) обследованный, ко II группе здоровья – 4050 (8,3%), к III группе здоровья – 29 869 лиц (60,95%). Наиболее распространенными факторами риска ХНЗ стали избыточная масса тела – 33,8%, гиперхолестеринемия – 29,1%, низкая физическая активность – 28,2%, нерациональное питание – 26,8%, ожирение – 22,5%. Среди лиц с I группой здоровья у 2693 человек (17,8%) выявлена отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности поведенческих факторов риска, большинство из которых связаны с образом жизни и подлежат модификации. Выявленные модифицируемые факторы риска имеют свойство поведенческого трекинга, т.е. формируются в семье в детском и подростковом возрасте.
Выводы. *Выявлена высокая распространенность факторов риска, которые следует рассматривать как отражение устойчивых моделей поведения, передающихся внутри семьи. Необходим новый подход, позволяющий воздействовать на семейные установки в отношении питания и физической активности.*

СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА

Бражникова А.Н., Долгалев А.А., Быков Ю.В.
Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

Цель. Оценить связь суммарной соматической коморбидной нагрузки с риском средней и тяжелой степени пародонтита у взрослых пациентов и определить ее значение для междисциплинарного ведения.
Материал и методы. В одноцентровое поперечное исследование включены 92 пациента старше 18 лет. Соматическую коморбидность оценивали по 12 группам хронических заболеваний, включавшим сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, хроническую болезнь почек, заболевания щитовидной железы, хроническую обструктивную болезнь легких, заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, остеопороз и ревматоидный артрит. Каждую группу учитывали, как 1 балл. Высокую коморбидную нагрузку (≥4 баллов) имели 56 пациентов, 0–3 балла – 36. Оценивали степень поражения пародонта. Рассчитывали отношение шансов (ОШ), 95% доверительный интервал (ДИ), коэффициент Спирмена.
Результаты. Средняя или тяжелая степень пародонтита выявлена у 73,2% пациентов с высокой соматической нагрузкой против 44,4% в группе сравнения (p=0,043). ОШ составило 3,42 (95% ДИ 1,41–8,27). После многофакторной корректировки высокая коморбидная нагрузка сохраняла независимую связь со средней или тяжелой степенью пародонтита: скорректированное ОШ 2,65 (95% ДИ 1,08–6,48; p=0,034). Количество факторов соматической коморбидности прямо коррелировало с тяжестью поражения пародонта (ρ=0,554; p <0,0001).
Выводы. *Накопление хронических соматических заболеваний ассоциировано с повышенной вероятностью средней и тяжелой степени пародонтита независимо от учитываемых клинико-демографических факторов.*

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ВИДОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бубнова М.Г., Иванова О.В., Выгодин В.А.
ФГБУ НМИЦ ТПМ, г. Moscow, Россия

Актуальность. Ведение пациентов с коморбидной патологией, страдающих артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сопряжено с решением сложных терапевтических проблем. В связи с этим выбор препаратов, позволяющих эффективно контролировать разные параметры организма у таких пациентов, является актуальным.
Цель. Изучить эффекты свободной комбинации ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) с диуретиком (Д) и фиксированной комбинации блокатора рецепторов к ангиотензину II (БРА) с антагонистом кальция (АК) у курящим коморбидных пациентов.
Материал и методы. Включены 36 мужчин (средний возраст 56,9±5,3 года). После рандомизации выделено две группы: I группа (n=18), принимавшая к стандартной терапии иАПФ с Д в свободной комбинации, II группа (n=18), принимавшая к стандартной терапии БРА (валсартан) и АК (амлодипин) в фиксированной комбинации. Продолжительность исследования – 4 мес. Выполнялось клинико-инструментальное и лабораторное обследование.
Результаты. На фиксированной комбинации БРА с АК отмечалось достоверное повышение физической работоспособности (ФРС) при велоэргометрической пробе за счет роста продолжительности и мощности нагрузки (на 22,2 и 23,6% соответственно, $p < 0,01$), а также удлинение времени до развития ишемии миокарда (на 8,6%, $p < 0,05$); на свободной комбинации иАФП с Д эти параметры ухудшались. По данным эхокардиографии на фиксированной комбинации БРА с АК давления в легочной артерии снижалось (на –1,1–1,8 мм рт. ст., $p < 0,001$) против его роста (на 1,2–2,0 мм рт. ст., $p < 0,001$) на свободной комбинации иАФП с Д. На фиксированной комбинации БРА с АК у коморбидных пациентов достоверно ($p < 0,05$) выросли жизненная емкость легких (на 14,8%) и объем форсированного выходы за 1сек. (на 11,7%) против их снижения в I группе.
Выводы. *Фиксированная комбинация БРА с АК дополнительно к стандартной терапии влияет положительно на курящих коморбидных пациентов, обеспечивая повышение ФРС и улучшение дыхательных параметров.*

АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА G10976A ГЕНА VII (FVII) ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДСТ)

Буйлова Е.В., Котовщикова Е.Ф., Мальцева И.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. В условиях исходно измененной регионарной гемодинамики у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) ключевое прогностическое значение приобретает функционирование системы гемостаза. Изучение генетических маркеров тромбофилии традиционно направлено на поиск факторов риска. Однако не менее важным является выявление генетических факторов протекции (устойчивости) к тромбообразованию.
Цель. Оценить частоту встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма Arg353Gln (G10976A) гена FVII у пациентов ДСТ для определения генетического профиля тромбофилического риска и потенциального протективного эффекта.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 пациентов со средним возрастом 18,6±1,0 года. У всех пациентов была диагностирована ДСТ. Всем участникам было проведено комплексное обследование, включавшее анализ частоты аллельных полиморфизмов генов тромбофилической направленности: FII (20210G >A), FV (1691G>A), PAI–1 (–675 5G>4G) и MTHFR (677C>T). Также оценивали полиморфизм FVII (10976G >A), обладающий протективным (защитным) эффектом в отношении риска развития тромбозов.
Результаты. У 80,6% пациентов диагностированы генетические полиморфизмы, в том числе в межгенных взаимодействиях. Протективный аллельный полиморфизм G10976A гена FVII выявлен у 30,6% пациентов с носительством одного и более тромбогенными ДНК-полиморфизмами. Частота встречаемости аллелей гена Arg353Gln F7 составила: GG – у 2,1%, GA – у 10,9%, AA – у 17,6%. Полиморфизм G10976A гена фактора VII кодирует замену аминокислоты, приводящую к снижению функциональной активности и плазменной концентрации фактора VII. Наличие генотипов GA и AA ассоциировано со снижением потенциала тромбогенной активности и, как следствие, оказывает выраженный протективный эффект в отношении развития тромбоэмболических осложнений. Отсутствие тромботических событий подтверждает компенсирующий (протективный) эффект исследуемого полиморфизма (FVII G10976A).
Выводы. *Выявление генно-средовых связей при ДСТ имеет решающее значение для раннего прогнозирования рисков в системе гемостаза. Такой подход обеспечивает своевременное ведение предрасположенных пациентов.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЕЧЕНОЧНЫХ МАРКЕРОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАРДИОРЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Буненкова Г.Ф., Саликова С.П., Гриневич В.Б., Морозова Е.С.
ВМедА имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Широкая распространенность метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЖБП) и фибрилляции предсердий (ФП), а также их частое сочетание обусловливает необходимость поиска общих патогенетических механизмов, лежащих в основе их развития и прогрессирования. Изучение гепатокардиальных взаимоотношений, особенно в аспекте влияния функционального состояния печени на процессы кардиоремоделирования, продолжает оставаться актуальным направлением научных исследований.
Цель. Определить уровень печеночных маркеров у пациентов с ФП и МАЖБП, оценить их взаимосвязь с показателями ремоделирования миокарда.
Материал и методы. В исследование были включены 74 пациента с ишемической болезнью сердца и/или гипертонической болезнью в сочетании с МАЖБП. Критерии исключения: цирроз печени, гепатит любой этиологии, алкогольная болезнь печени. В зависимости от наличия/отсутствия ФП пациенты были разделены на две группы: первая группа (n=38, 80,3% мужчин, 19,7 % женщин, средний возраст 70 ± 11,8 года) с ФП, вторая группа (n=36, 64,3% мужчин, 35,7% женщин, средний возраст 66 ± 11,0 года) без ФП. Всем пациентам определяли уровень аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина (ОБ), выполняли эхокардиографию. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе R.
Результаты. У пациентов с ФП наблюдалось повышение уровня ОБ 14,5 [10,8; 20,2] vs 10,0 [7,6; 15,0] (p=0,005). Концентрация АСТ, АЛТ, ГГТП и ЩФ значимо не отличалась. Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь средней силы ОБ с индексом объема левого предсердия (r=0,4, p <0,001) и индексом массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ, r=0,5, p <0,001), а также ГГТП с ИММ (r=0,5, p=0,003). Обратная взаимосвязь была обнаружена между ОБ и фракцией выброса ЛЖ (ФВЛЖ, r =–0,4, p <0,001); между ГГТП и ФВЛЖ (r=–0,6, p <0,001).
Выводы. *Установлено статистически значимое повышение ОБ у пациентов с ФП и МАЖБП. Наблюдается взаимосвязь ГГТП и ОБ с некоторыми показателями кардиоремоделирования. Дальнейшее изучение гепатокардиальных взаимоотношений может помочь в понимании механизмов инициации и прогрессирования ФП у пациентов с МАЖБП.*

РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ФИБРОЗНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бунннкова Г.Ф.[1], Саликова С.П.[1], Гриневич В.Б.[1], Соколов А.В.[2], Горбунов Н.П.[2], Костевич В.А.[2]

[1] ВМедА имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

[2] ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца среди наджелудочковых аритмий. Известно, что в основе ее развития и прогрессирования лежат процессы фиброгенеза. По современным представлениям субклиническое системное воспаление может инициировать фиброгенез, запуская процессы ремоделирования в разных органах и тканях.

Цель. Изучение взаимосвязи маркеров воспаления (МВ) с фиброзным ремоделированием печени у пациентов с ФП.

Материал и методы. Обследовано 138 пациентов, госпитализированных с диагнозом ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни, которые были разделены на две группы с учетом наличия ФП: первая группа (n=69, 78% мужчин, 22% женщин; средний возраст 71±10 лет) с ФП, вторая группа (n=69, 64% мужчин, 36% женщин, средний возраст 68±9 лет) без ФП. Определяли концентрацию миелопероксидазы (МРО), С-реактивного белка (СРБ) плазмы крови. Рассчитывали индекс системного иммунного воспаления (SII), индекс системного воспалительного ответа (SIRI), моноцитарно-лимфоцитарное отношение (MLR), отношение нейтрофилов к лимфоцитам (NLR). Наличие фиброза верифицировали при жесткости печени более 6,5 кРа по данным транзиентной эластометрии на аппарате FibroScan.

Результаты. Уровень жесткости у пациентов с ФП и без ФП составили соответственно (6,90 [4,7; 8,7]; 4,4 [4,2; 5,1] (p=0,004). Наблюдается тенденция к более повышенным показателям МВ у пациентов первой группы, при этом МРО, SIRI и MLR отличались статистически значимо: МРО 23,1 [11,3; 44,4] vs 9,3 [5,8; 17,7], p=0,004; SIRI 0,72 [0,52; 1,13] vs 0,65 [0,38; 0,92], p=0,03; MLR 0,20 [0,15; 0,25] vs 0,17 [0,13; 0,23], p=0,03. Среди пациентов с ФП у 50% верифицирован фиброз печени. Методы логистической регрессии подтвердили взаимосвязь SIRI с развитием фиброза печени (b=9,7; p= 0,033).

Выводы. *Выявлены более высокие показатели МВ и жесткости печени у пациентов с ФП. Среди исследуемых воспалительных маркеров наиболее значимое влияние на развитие фиброза печени имел SIRI.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРОФИЛЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Буренков Ю.В., Шевцова В.И., Овсянников Е.С.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Россия

Актуальность. Неуклонно растет число пожилых пациентов, экстренно госпитализируемых в терапевтические стационары. Клинической особенностью этого контингента является высокая распространенность полиморбидности, сопряженной со стертостью клинической картины и высоким риском неблагоприятных исходов. Доступным биомаркером стратификации риска могут служить индексы общего анализа крови (NLR, SII), отражающие активацию иммунитета, однако их ценность у полиморбидных пациентов изучена недостаточно.
Цель. Охарактеризовать клинико-лабораторный профиль экстренно госпитализированных полиморбидных пациентов терапевтического профиля и оценить прогностическую ценность индексов NLR и SII в отношении риска развития неблагоприятных исходов госпитализации.
Материал и методы. В ретроспективное когортное исследование включены 1204 пациента (45 лет и старше с наличием двух и более кардиометаболических хронических заболеваний), экстренно поступивших в общетерапевтическое отделение БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1» (2023–2026). Первичная конечная точка – комбинированный исход (перевод в ОРИТ или госпитальная летальность, n=104), вторичная – изолированная внутригоспитальная летальность (n=73). Из общего анализа крови при поступлении в стационар рассчитывали NLR, logNLR, SII. Дискриминационную способность оценивали с помощью ROC-анализа (индекс Юдена, тест Делонга для сравнения предикторов), независимость ассоциаций оценивалась методом бинарной логистической регрессии с расчетом скорректированных отношений шансов (aOR).
Результаты. В когорте (n=1204, мужчин 40,9%, женщин 59,1%, медиана возраста 75 [69,0; 83,0] лет) наиболее распространенными являлись артериальная гипертензия (99,8%), ХСН (96,4%) и ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе (73,3%). У пациентов с неблагоприятным исходом достоверно чаще регистрировались ХБП 4 стадии (20,2 против 6,0%, p <0,001) и сопутствующие воспалительные процессы (46,2 против 28,2%, p <0,001). Среди показателей общего анализа крови и расчетных гематологических индексов наибольшую дискриминационную способность продемонстрировал NLR (AUC=0,684 [95% ДИ: 0,629–0,738] для первичной конечной точки и AUC=0,716 [95% ДИ: 0,653–0,779] для внутригоспитальной летальности). Оптимальный порог отсечения по индексу Юдена составил 4,62 (чувствительность 63,5%, специфичность 68,5%, PPV=16,0%, NPV=95,2%). При многофакторной поправке на возраст, пол, наличие ХСН, ИБС, СД 2-го типа и ХБП 4 стадии уровень NLR сохранял независимую связь с неблагоприятным исходом (aOR=3,51; 95% ДИ: 2,29–5,36; p <0,001). Вторым независимым предиктором выступила ХБП 4 стадии (aOR=4,10; 95% ДИ: 2,38–7,11; p <0,001).
Выводы. *Расчет NLR при поступлении представляет собой доступный инструмент ранней стратификации риска у полиморбидных терапевтических пациентов. Высокий NPV позволяет использовать NLR в качестве первичного скрининга пациентов низкого риска неблагоприятного исхода в терапевтических отделениях.*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ЭКСТРЕННО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ С ПОМОЩЬЮ LASSO-РЕГУЛЯРИЗАЦИИ

Буренков Ю.В.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Актуальность. Кардиометаболическая полиморбидность повышает риск неблагоприятных исходов у экстренно госпитализированных терапевтических пациентов. Традиционные шкалы (NEWS2, qSOFA) фокусируются на грубых нарушениях витальных функций, пропуская раннее истощение функциональных резервов. Системное воспаление выступает патофизиологическим звеном полиорганной дисфункции, определяя потребность в создании моделей стратификации риска на основе доступных биомаркеров первых суток госпитализации.
Цель. Разработать и оценить клиническую полезность многофакторных прогностических моделей на основе LASSO-регуляризации у экстренно госпитализированных полиморбидных терапевтических пациентов при сопоставлении со шкалами NEWS2 и qSOFA.
Материал и методы. В ретроспективное когортное исследование включено 1204 полиморбидных пациента ≥45 лет (≥2 хронических заболеваний), экстренно поступивших в общетерапевтическое отделение стационара скорой медицинской помощи (2023–2026). Оценивали клинико-лабораторные параметры первых 24 ч госпитализации. Конечными точками служили комбинированный исход (перевод в ОРИТ или летальный исход) и изолированная госпитальная летальность. Отбор предикторов выполнялся LASSOрегуляризацией (L1 – штраф, правило 1–SE). Внутренняя валидация: 10-кратная стратифицированная кросс-валидация с формированием вневыборочных (OOF) вероятностей и 632+бутстреп (1000 репликаций). Различия AUC оценивали тестом Делонга, клиническая пользу – методом анализа кривых принятия решений.
Результаты. Комбинированный исход зафиксирован у 8,6% (n=104), летальность – у 6,1% (n=73). Финальная модель комбинированного исхода, включавшая натуральный логарифм нейтрофильно-лимфоцитарного отношения (logNLR) и креатинин сыворотки продемонстрировала AUC OOF=0,721 (95% ДИ: 0,670–0,772), превзойдя шкалы NEWS2 (AUC=0,607; p=0,004) и qSOFA (AUC=0,575; p <0,001). При пороге 0,068 чувствительность составила 79,8% (против 42,3 и 44,2% у NEWS2 и qSOFA). В модель летальности вошли 5 предикторов (logNLR, тромбоциты, креатинин, активное воспаление, хроническая болезнь почек 4 стадии); модель достигла AUC OOF=0,769 (95% ДИ: 0,709–0,829; p=0,021 к NEWS2 и p <0,001 к qSOFA; калибровочный наклон=0,91; Brier score=0,0521). Анализ DCA подтвердил превосходство моделей над шкалами NEWS2, qSOFA и стратегией интенсивное ведение всех по величине чистой клинической выгоды при порогах 5–20%. На основании полученных данных построена клиническая номограмма.
Выводы. *Шкалы NEWS2 и qSOFA у полиморбидных терапевтических пациентов обладают низкой чувствительностью, пропуская более половины неблагоприятных событий. Разработанные модели обеспечивают раннюю стратификацию риска на основе рутинных показателей первых 24 ч госпитализации, превосходя стандартные шкалы.*

ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бутусова М.С.
ГАУЗ СО ОДКБ, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. У пациентов с острым лейкозом (ОЛ) риск снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) приобретает особое значение в связи с сочетанным воздействием основного заболевания и проводимой противоопухолевой терапии.
В клинической практике оценка МПКТ у пациентов после ПХТ проводится нерегулярно, а профилактические мероприятия зачастую носят запоздалый характер, что определяет актуальность раннего выявления изменений костной ткани и факторов риска их прогрессирования у данной категории пациентов.
Цель. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани и распространенность ее снижения у пациентов с острым лейкозом, получивших полихимиотерапию.
Материал и методы. В одномоментное сравнительное исследование включены 32 участника. Основную группу составили 16 пациентов с ОЛ после проведения противоопухолевой химиотерапии: 8 мужчин (50%) и 8 женщин (50%), медиана возраста – 34 года. В группу контроля вошли 16 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту: 8 мужчин (50%) и 8 женщин (50%), медиана возраста – 34 года. Среди пациентов с ОЛ у 6 (38%) был диагностирован острый миелобластный лейкоз, у 10 (62%) – острый лимфобластный лейкоз. Состояние костной ткани оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) с определением МПКТ, T- и Z-критериев. Статистический анализ выполняли с использованием языка Python (Python 3.8) и встроенных функций модулей (включая SciPy).
Результаты. Всем участникам исследования проведено DXA-–канирование костной ткани. По данным DXA медиана МПКТ в группе пациентов с ОЛ составила 1,014 [0,92; 1,19] г/см², в группе контроля 1,058 [1,05; 1,06] г/см²; в настоящем исследовании абсолютные показатели МПКТ у пациентов с ОЛ после ПХТ имели тенденцию к более низким значениям по сравнению с контрольной группой, однако различия не достигли статистической значимости (p=0,063). Медиана Z-критерия также статистически значимо не различалась: 0,18 [0; 0,47] в группе ОЛ против 0,03 [−0,04; 0,13] в группе контроля (p=0,098). Вместе с тем по T-критерию выявлены статистически значимые межгрупповые различия: −0,29 [−2,6; 1,9] у пациентов с ОЛ и 0,0 [−0,9; 0,1] в контрольной группе (p=0,001). Многофакторный характер костных нарушений при ОЛ предполагает возможное сочетанное влияние основного заболевания и противоопухолевой терапии. Полученные результаты свидетельствуют о наличии изменений денситометрических показателей у пациентов с ОЛ после ПХТ, наиболее отчетливо проявляющихся при оценке T-критерия. При этом отсутствие статистически значимых межгрупповых различий МПКТ и Z-критерия указывает на необходимость комплексной интерпретации результатов.
Выводы. *У пациентов с ОЛ, получивших ПХТ, выявлены изменения денситометрических показателей костной ткани по сравнению со здоровыми добровольцами. Полученные данные указывают на риск формирования нарушений костного метаболизма у пациентов с ОЛ и обосновывают необходимость дальнейшего изучения динамики МПКТ.*

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, УМЕРШИХ ОТ ПНЕВМОНИИ

Быханова Е.А.[1], Демко И.В.[2], Гаркуша Т.А.[2]
[1] КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия
[2] ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. По официальным данным, численность пациентов, больных сахарным диабетом (СД) в РФ на 01.01.2025 составила 3,5% населения. Последствиями эпидемии СД, приводящими к инвалидизации и летальному исходу, являются его системные сосудистые осложнения, одно из которых ХБП. На сегодняшний день единственным инструментом для точной диагностики диабетической нефропатии на доклинической стадии является биопсия почки, однако эта инвазивная процедура имеет ряд противопоказаний.
Цель. Проанализировать клинико-морфологические особенности поражения легких у пациентов с сахарным диабетом, умерших от пневмонии.
Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование типа «случай–контроль». В исследование включены 82 пациента, умерших от внебольничной пневмонии. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с сахарным диабетом (n=28), 2-я группа – пациенты без нарушений гликемического обмена (n=54).
Результаты. Пациенты с СД достоверно чаще были женщинами (67,9%, $p < 0,02$) и имели более высокий индекс массы тела (32,4 [27,7; 36,0] кг/м², $p < 0,001$). Группы были сопоставимы по возрасту. При анализе коморбидной патологии в группе пациентов с СД значимо чаще встречались сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) артериальная гипертензия (96,4%, $p < 0,041$), ишемическая болезнь сердца (67,9%, $p < 0,044$), фибрилляция предсердий (50%, $p < 0,029$) и, что особенно важно, хроническая болезнь почек (46,4%, $p < 0,001$). У пациентов с СД преобладало снижение СКФ, повышение креатинина и мочевины, повышение натрия и относительной плотности мочи ($p < 0,05$). Пациенты с СД чаще нуждались в проведении ЗПТ (25%, $p < 0,05$). Также проведено морфологическое сравнение аутопсийного материала легких и почек с использованием адаптированной шкалы RPS. У пациентов с СД более выражена толщина интимы сосудов в легких и толщина межальвеолярной перегородки ($p < 0,001$).
Выводы. *Группа пациентов с СД характеризовалась более высокой частотой ССЗ и ХБП. Сравнительный гистологический анализ подтвердил наличие специфического диабетического поражения в легких. Биопсия легкого может рассматриваться как новый диагностический ресурс для оценки системной микроангиопатии при СД.*

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИНЫ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

Быханова Е.А.[1], Торгунакова Е.С.[2], Демко И.В.[2]
[1] КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия
[2] ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Введение. Мезотелиома плевры – редкое и крайне агрессивное злокачественное новообразование, возникающее из плевральной оболочки, со средней общей выживаемостью около года. Диффузная внутрилегочная мезотелиома, имеющая преимущественно внутрилегочный характер роста, составляет около 0,5% всех случаев мезотелиомы плевры.
Описание случая. Женщина, 31 год, поступила с жалобами на одышку в покое, сухой кашель, повышение артериального давления до 200/110 мм рт. ст. При осмотре отмечалось снижение сатурации до 88%, аускультативно ослабление дыхания в нижних отделах с двух сторон, хрипы не выслушивались. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение С-реактивного белка до 67 мг/л, NTproBNP – до 2000 пг/мл,
Д-димер 8388 нг/мл. По ЭХОКГ – выраженная легочная гипертензия (СДЛА 80 мм рт. ст.). Путем МСКТ-ангиопульмонографии пациенту была исключена ТЭЛА, описана КТ-картина развивающегося отека легких, двусторонний массивный гидроторакс, гидроперикард. Несмотря на проводимую диуретическую терапию, у пациента сохранялась одышка, дыхательная недостаточность 1 ст, КТ-картина оставалась без изменений. Диагноз «кардиогенный отек легких» был снят, начат поиск причины интерстициальных изменений в легких и гидроторакса. Исключены системные заболевания, туберкулез органов дыхания, проведен онкопоиск – обнаружены вторичные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, опухоль яичника. Осмотрена онкологом: образование правого яичника вероятно функциональная киста. При двукратном исследовании плевральной жидкости атипичные клетки не обнаружены.
С учетом проведенного обследования сложилось впечатление о наличии ЗНО без установленного первичного очага с MTS в легкие и позвоночник. С целью уточнения диагноза выполнена видеоторакоскопическая резекция сегмента легкого, биопсия париетальной плевры. Во время операции у пациента произошла остановка сердечной деятельности, наступил летальный исход. По результатам аутопсии: диффузная внутрилегочная злокачественная мезотелиома с поражением обоих легких, плевральных листков с обеих сторон, метастатическим поражением бифуркационных лимфатических узлов, правого яичника, шейки матки.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики мезотелиомы плевры с внутрилегочным ростом.*

ПРИЧИНЫ КОНФЛИКТОВ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Вавилов А.М., Вавилова В.П.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В условиях современной российской медицины проблема деэскалации споров приобретает особое значение. Переход к пациентоориентированной модели здравоохранения и внедрение стандартов медицинской помощи подразумевают не только клиническую эффективность, но и высокое качество коммуникации. Нерешенные или конструктивно неразрешенные столкновения подрывают доверие к лечащему врачу, вызывают у пациента эмоциональное истощение и фрустрацию, что способно свести на нет все терапевтические усилия.
Цель. Выявление наиболее частых причин конфликтов между врачом и пациентом, а также их зависимости от пола и возраста больных.
Материал и методы. Проведен социологический опрос 208 пациентов (103 мужчины и 105 женщин) в терапевтическом стационаре ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского. Респондентам предлагалось анонимно оценить наличие разногласий с персоналом за время госпитализации.
Результаты. О наличии конфликта заявили 42% опрошенных. Выявлена гендерная разница: доля конфликтующих среди мужчин составила 42,86%, среди женщин – 29,17%. Анализ возрастных групп показал: среди мужчин чаще всего вступали в споры пациенты моложе 45 лет (64,41% внутри мужской группы), тогда как женщины пик конфликтности демонстрировали после 45 лет (42,86%).
Основные причины конфликтов (респонденты могли выбрать несколько вариантов):
клиническая неудача (29%) – ухудшение самочувствия на фоне назначенной терапии.
Это лидирующий фактор, указывающий на разрыв между ожиданиями больного и реальным ходом лечения.
Экономический барьер (26%) – невозможность выполнять рекомендации врача по финансовым причинам. Данный показатель свидетельствует о системном разрыве между клиническими протоколами назначения препаратов и реальной покупательной способностью населения.
Коммуникативный дефицит (40% совокупно) – восприятие врачами поведения как грубого (24%) и нежелание либо нехватка времени разъяснить характер заболевания (16%).
Саморефлексия (5%) – признание пациентами собственной вины в возникновении спора.
Выводы. *Наиболее частые причины конфликтов между врачом и пациентом – негативная оценка пациентом результатов лечения, оценка больным культуры поведения врача. Экономические факторы в настоящее время оказывают существенное неблагоприятное влияние на отношения между врачом и пациентом.*

ТЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Вавилов А.М., Вавилова В.П.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Диагностика и лечение пептических гастродуоденальных язв, традиционно называемых в России язвенной болезнью, остается актуальной медико-социальной проблемой. Значительная часть больных язвенной болезнью страдает туберкулезом легких. Особенности течения названного заболевания у пациентов, страдающих туберкулезом легких, изучены фрагментарно.

Цель. Сравнить клиническую и эндоскопическую картину, частоту рецидивов, состояние слизистой оболочки и обсемененность *H.pylori* у пациентов с сочетанием язвенной болезни (ЯБ) и туберкулеза легких по сравнению с больными ЯБ без сопутствующих заболеваний.

Материал и методы. Обследовано 235 мужчин (20–57 лет) с ЯБ и туберкулезом легких, а также 127 мужчин (20–58 лет) с изолированной ЯБ. Диагнозы установлены по общепризнанным критериям. Проведено клиническое обследование, фиброгастродуоденоскопия на 2–3-й день обострения, инвазивный уреазный тест, дыхательный хелик-тест и гистологическое исследование биоптатов всех отделов желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Сочетание патологий кардинально меняет симптоматику. Частота абдоминальной боли снижается вдвое (49,79 против 96,8%; p=0,0000). Классическая связь дискомфорта с приемом пищи сохраняется лишь у 18,3% пациентов с туберкулезом против 91,34% в контрольной группе (p=0,0000). Напротив, боль, не связанная с едой, фиксируется у 31,49% больных основной группы и только у 5,54% контроля (p=0,0000). Зависимость времени возникновения боли от локализации дефекта сохраняется: при медиагастральных язвах через 15–45 мин. после еды, при пилородуоденальных – через 2,5–3,5 ч.

Частота диспептического синдрома остается стабильно высокой и идентичной в обеих группах (74,04 и 73,22%; p=0,8719).

На первый план выходят системные симптомы интоксикации. На общую слабость жалуются 31,49% пациентов с туберкулезом против 11,09% в контроле (p=0,0005), астению отмечают 45,53 против 19,69% (p=0,0001).

Роль инфекционного фактора *H. pylori* критически снижается. При медиагастральных язвах уровень инфицирования падает с 83,78% (изолированная ЯБ) до 52,94% (инфильтративный ТБ) и 44,4% (очаговый ТБ). При пилородуоденальной локализации показатели снижаются с 89,47 до 47,0 и 43,86% соответственно (p=0,0000).

Выводы. *Течение ЯБ у больных туберкулезом легких отличается от изолированной ЯБ. Это проявляется в атипичном болевом синдроме, доминировании системной интоксикации над желудочно-кишечными жалобами, резком снижении роли H. Pylori. Данные особенности необходимо учитывать для диагностики ЯБ у больных с ТБ.*

ХОНДРОСФЕРОИДЫ: СОЗДАНИЕ И ФЕНОТИПИРОВАНИЕ НА ПРИМЕРЕ ОСТЕОАРТРИТА

Вакилов Ф.Ф., Абдуллина Н.И., Пятницкая С.В., Акбашев В.Н., Якупов Р.Р., Тюрин А.В.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Актуальность. Остеоартрит (ОА) – распространенное хроническое заболевание суставов, связанное с дегенерацией хрящевой ткани и хроническим воспалением; его распространенность зависит от возраста, пола, этнической принадлежности и генетики. 2D-модели *in vitro* не отражают физиологию ОА: хондроциты теряют фенотип, а для индукции воспаления нужны нефизиологичные дозы агентов. 3D-культуры (в том числе сфероиды) лучше сохраняют свойства клеток, подходят для тестирования препаратов и создания тканеинженерных конструкций;
Цель. Разработать метод формирования хондросфероидов из аутологичных хондроцитов пациентов с остеоартритом (ОА) для биопечати и моделирования ОА *in vitro*, оценить сохранение хондрогенного фенотипа в 3D-культуре.
Материал и методы. Хондроциты выделяли из хрящевой ткани (1,5×1,5 см²), полученной от пациентов с ОА при эндопротезировании (клиника ФГБОУ ВО БГМУ). Ткань измельчали до 1–3 мм², обрабатывали 0,2% коллагеназой II типа при 37 °C в течение ночи. Клетки культивировали в DMEM/F12 с 10% фетальной бычьей сыворотки, 2 mM L-глутамина и 1% антибиотико-антимикотика. Хондросфероиды формировали в 81-луночных агарозных молдах (агароза в DMEM/F12 без сыворотки, 1:1, с пенициллином/гентамицином 50 мкг/мл). В лунку вносили ≥2000 клеток, культивировали 5 дней при 37 °C и 5% CO_2. Фенотип подтверждали окрашиванием на аггрекан (ACAN) и коллаген II типа (COL2A1) с визуализацией на Celena X.
Результаты. Компактизация сфероидов начиналась через 24 ч, максимум – к третьим суткам. Диаметр на 1-е сутки – 381,56±3,82 мкм, к пятым суткам достоверно уменьшился на 47,18 мкм ($p = 0,0374$), площадь – на 3481,34 мкм² ($p = 0,0006$). На 5-й день подтверждена экспрессия COL2A1 и ACAN – фенотип сохранен. Диаметр оставался <400 мкм, что исключает формирование некротического ядра.
Выводы. *Разработан метод формирования хондросфероидов в агарозных молдах с сохранением хондрогенного фенотипа хондроцитов при ОА. Сфероиды перспективны для «биочернил» при биопечати, моделирования ОА in vitro и скрининга хондропротекторов.*

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Валеева Д.И.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Несовершенный остеогенез (НО) сопровождается нарушением костного ремоделирования, частыми переломами и болевым синдромом в костях, поэтому выявление биохимических маркеров, прогнозирующих эффективность терапии бисфосфонатами (БФ), актуально для персонализации лечения.
Цель. Оценить особенности костного ремоделирования и прогностическую значимость его маркеров при терапии бисфосфонатами у взрослых пациентов с несовершенным остеогенезом.
Материал и методы. В исследование включены 45 пациентов с НО и 45 здоровых лиц группы контроля. Определены такие сывороточные маркеры, как остеокальцин, общая щелочная фосфатаза (ЩФ), костная щелочная фосфатаза (BALP), С-концевой телопептид коллагена I типа (β–CTx), тартрат-резистентная кислая фосфатаза 5b (TRACP–5b), дезоксипиридинолин (ДПИД). У 24 пациентов оценена динамика маркеров через 12 мес. после однократного введения 5 мг золедроновой кислоты. Эффективность терапии оценивалась по динамике минеральной плотности костной ткани (МПКТ), болевого синдрома в костях по визуальной аналоговой шкале и отсутствию новых низкотравматических переломов. Для выявления предикторов ответа применяли многофакторную логистическую регрессию и ROC-анализ.
Результаты. У пациентов с НО уровни β–CTx, остеокальцина и ЩФ были выше, чем в контрольной группе ($p=0,016$; $p=0,001$ и $p<0,001$). Через 12 мес. после введения золедроновой кислоты статистически значимо увеличилась активность ЩФ ($p=0,027$), при отсутствии значимых изменений остальных маркеров. Ответ по МПКТ выявлен у 19 из 24 пациентов, по болевому синдрому – у 19, отсутствие новых переломов – у 21 пациента. Наиболее информативными предикторами отсутствия новых переломов были TRACP–5b >1,7 мМЕ/мл (AUC=0,937; чувствительность 85,7%, специфичность 100%) и BALP >15,4 нг/мл (AUC=0,794; специфичность 100%). Предикторами для МПКТ являлись TRACP–5b >3,14 мМЕ/мл (AUC=0,832) и BALP >44,38 нг/мл (AUC=0,768). Для прогноза уменьшения болевого синдрома значимыми были β–CTx ≥1497,62 пг/мл (AUC=0,726) и остеокальцин <0,1 нг/мл (AUC=0,747).
Выводы. *При НО выявляются изменения маркеров костного ремоделирования с повышенной активностью костеобразования и резорбции. TRACP–5b и BALP обладают наибольшей прогностической ценностью в отношении ответа на терапию БФ, а β-CTx и остеокальцин могут использоваться для оценки ответа по болевому синдрому.*

ПАРАМЕТРЫ ЖИРОВОГО ОБМЕНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ РАННИХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Вантяева С.В., Синеглазова А.В.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Влияние различных фенотипов ранних нарушений углеводного обмена на жировой обмен у молодых людей изучено недостаточно, что ограничивает возможность персонализированного подхода к оценке метаболических рисков.
Цель. Изучить параметры жирового обмена у лиц молодого возраста с различными фенотипами ранних нарушений углеводного обмена.
Материал и методы. Обследованы 146 человек (Me=33 [25; 44] года). Оценивали индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), процент жировой массы, уровень висцерального жира, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), холестерин не-ЛПВП, лептин, индекс атерогенности, гликемию натощак, гликированный гемоглобин (HbA1C), инсулин, индекс HOMA-IR. Пациенты были разделены на 5 групп (гр.): 1-я гр. метаболически здоровые (n=32; 21,9%); 2-я гр. с ИМТ ≥25 кг/м^2 или ↑ОТ (n=52; 35,6%); 3-я гр. изолированная инсулинорезистентность (ИР), (n=19; 13,0%); 4-я гр. изолированный предиабет (ПД), (n=28; 19,2%); 5-я гр. сочетание ИР с ПД (n=15; 10,3%). Данные обработаны в SPSS, 27.
Результаты. От 1-й к 5-й гр. установлено увеличение показателей большинства параметров жирового обмена (p k–w=0,001–0,034): ИМТ (Me от 23,2 до 35,4 кг/м^2), ОТ (Me от 78 до 105 см), ОБ (Me от 97,8 до 112 см), процент жировой массы (Me от 17,6% см до 33,6%) и уровня висцерального жира (Me от 3,5% см до 11%), ОХ (Me от 4,6 до 4,98 ммоль/л), ТГ (Me от 0,75 до 2,2 ммоль/л), холестерина не-ЛПВП (Me от 3,25 до 3,8 ммоль/л), лептина (Me от 5,1 до 31,6 нг/мл), индекса атерогенности (Me от 2,2 до 3,7). Частота встречаемости повышенных значений этих параметров также возрастала (p χ^2=0,001–0,034): ↑ИМТ до 100%, ↑ОТ до 86,7%, ↑ОТ/ОБ до 66,7%, ↑% жировой массы до 60%, ↑уровня висцерального жира до 20%, ↑холестерина не-ЛПВП до 86,7%, ↑индекса атерогенности до 86,7%, ↑ТГ до 60%, ↑ОХ до 46,7%.
Выводы. *Наиболее неблагоприятный профиль жирового обмена выявлен при сочетании ИР и ПД. Полученные результаты отражают параллельное со стадированием углеводных нарушений ухудшение показателей жирового обмена.*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Васильева И.Н.[1], Осадчук М.А.[2], Митрохина О.И.[1], Козлов В.В.[3], Гасанов М.З.[4]
[1] ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия
[2] ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицин, г. Москва, Россия
[3] Азербайджанская спортивная академия, г. Баку
[4] Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) и ожирение, занимая доминирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности, являются предметом пристального внимания мирового здравоохранения. Метаболические нарушения, объем висцерального жира привносят свои особенности в формирование многообразных метаболических фенотипов у пациентов АГ. Концепция метаболических фенотипов позволяет более точно оценивать сердечно-сосудистый риск и прогнозировать течение кардиометаболических осложнений.
Цель. Определение признаков, позволяющих классифицировать принадлежность пациентов, страдающих АГ, к определенному метаболическому фенотипу.
Материал и методы. 1311 амбулаторным пациентам (54,9 [18...93] года) проводили клинико-лабораторное обследование, по результатам которого пациенты рандомизированы на: 1) здоровых лиц (n=168); 2) АГ без ожирения (n=513); 3) АГ и метаболически нездоровым ожирения (n=267); 4) АГ и метаболически здоровым ожирением (n=154); 5) АГ и саркопеническим ожирением (n=209). В качестве основных предполагаемых классификационных признаков использовали индекс массы тела, процент жира, индексы висцерального ожирения (ИВО) и стеатоза (St-index), соотношение талия/рост, уровни ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ЛПВП, глюкозы, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, др. Для определения признаков, классифицирующие принадлежность пациентов с АГ к определенному фенотипу, использован метод дискриминантного анализа.
Результаты. По итогам анализа из 33 классификационных признаков отобрано 9, позволивших задать три канонические дискриминантные функции. Вклад каждого признака в результат классификации оценивали на основании абсолютного значения нормированного коэффициента (НК) дискриминантной функции. Наиболее весомый вклад в классификацию фенотипических признаков, включенных в итоговую модель, внесли St-индекс (НК 0,948), ХС ЛПВП (НК –0,786), соотношение талия/рост (НК –0,530), ТГ (НК 0,502), процент жировой ткани (НК 0,826), ИВО (НК –0,681). Во всех группах пациентов с АГ главными фенотипическими компонентами были St-индекс и соотношение талия/рост. В группах с сочетанием АГ и разными фенотипами ожирения –St-индекс, талия/рост, индекс массы тела. Специфическими факторами для фенотипирования СО у пациентов с АГ являлись соотношение талия/рост (НК 0,798), St-индекс (НК 0,717), уровень глюкозы крови (НК 0,525), соотношение АСТ/АЛТ (НК –0,522). У пациентов с АГ без ожирения базовыми компонентами фенотипирования явились рост (НК 0,721), талия/рост (НК 0,711), креатинин (НК 0,797), мочевина (НК 0,835), St-индекс (НК 0,637). Наибольшая оценка специфичности была для лиц с ожирением без АГ (ДИ 95% 0,923–0,994; p <0,001).
Выводы. *Высокочувствительные признаки St-индекс, ИВО, процент жировой ткани, соотношение окружности талия/рост, позволяющие предсказывать принадлежность пациентов к определенному фенотипу, свидетельствовали о прямом влиянии метаболического статуса на заболеваемость и течение АГ.*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Васильева И.Н.[1], Осадчук М.А.[1], Митрохина О.И.[1], Чесникова А.И.[2]
[1] ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия
[2] ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Метаболическая адаптация у пациентов с ожирением обусловлена комплексом физиологических механизмов, влияющих на структурные и функциональные изменения жировой ткани при различных воздействиях. Патофизиологические механизмы взаимосвязи висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и артериального давления (АД) показали прогностическую значимость метаболической адаптации жировой ткани в развитии кардиометаболических заболеваний, особенно артериальной гипертензии (АГ).
Цель. Оценить возможности антигипертензивной терапии липофильных препаратов – ингибитора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (иРААС) периндоприла и блокатора кальциевых каналов (БКК) амлодипина в метаболической адаптации жировой ткани у пациентов с АГ.
Материал и методы. Включены 58 пациентов (60,8±7,5 года) с АГ 2/3–й степени. В 1-ю группу вошли (n=30) пациенты с АГ без ожирения, во 2-ю группу (n=28) пациенты с АГ и ожирением. Оценивали антропометрические, биохимические показатели, проводили суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой вариабельности АД (ВАД). С учетом значения индекса висцерального ожирения (ИВО) подбирали дозы липофильных иРААС периндоприла и БКК амлодипина и оценивали динамику состояния ВЖТ. При исходном значении ИВО ≤1,93 у лиц от 52 до 66 лет и <2,0 у лиц старше 66 лет доза назначалась 5/4 мг, при ИВО ≥1,93 у лиц от 52 до 66 лет и ≥2,0 у лиц старше 66 лет – доза 10/8 мг. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ Microsoft Excel 7.0 и Statistica for Windows 10.0.
Результаты. Исходная повышенная вариабельность АД у пациентов 2-й группы была в прямой зависимости от индекса массы тела (r=0,750; p=0,001), ИВО (r=0,732; p=0,001), индекса времени систолического АД (ИВ САД) во все временные промежутки, особенно ночью (r=0,546; p=0,01), уровня С-реактивного белка (вСРБ; r=0,48; p=0,02), глюкозы (r=0,478; p=0,01), что определило патогенетические особенности АГ у пациентов с ожирением и способствовало назначению повышенных доз лекарственных препаратов.
В конце первого месяца лечения между сравниваемыми группами были установлены различия в степени снижения показателей СМАД, ИВО (p <0,05). У 75% пациентов 2-й группы к концу 1-го месяца наблюдения отмечено снижение уровня АД до ≤135/85 мм рт. ст., 25% имели нестабильное течение АГ, что потребовало добавление третьего препарата для контроля АД. 89% пациентам 1-й группы доза 5/4 мг способствовала достижению целевого АД через 12 не. У пациентов 2-й группы через 3 мес. выявлено достоверно значимое уменьшение ИВ САД в дневной период до 17,5%, ночной – до 20,6%, концентрации вСРБ с 3,8±1,4 до 1,2±0,7 мг/л (p <0,05), представляя практические возможности терапии высоких доз на активность системного воспаления (Δ=– 13,4%).
Выводы. *С учетом повышенного объема висцерального жира пациентам с ожирением потребовались большие дозы липофильных препаратов. Вероятно, эффективность терапии липофильными иРААС и БКК при метаболической адаптации у лиц с ожирением заключается в способности препаратов растворяться в липидосодержащих средах.*

ПРЕДИКТОРЫ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

Васильева И.Н., Осадчук М.А., Митрохина О.И.
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Увеличение бремени и распространенности болезней, ассоциированных с ожирением, подчеркивает необходимость постоянного контроля за параметрами метаболического здоровья и внедрения научно обоснованных вмешательств в практическое здравоохранение для решения этой проблемы. Сосудистая стенка подвергается первой в континууме патологического сердечно-сосудистого ремоделирования. Метаболические нарушения привносят вклад в процессы сосудистого ремоделирования и ранний дебют артериальной гипертензии (АГ).
Цель. Определение особенностей ригидности артериальных сосудов у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (АД) в зависимости от метаболического фенотипа.
Материал и методы. 408 пациентов с систолическим АД (САД) 130–139 мм рт. ст. и диастолическим АД (ДАД) 85–89 мм рт. ст. рандомизированы на группу лиц (n=198) с метаболически нездоровым нормальным весом (МННВ) и (n=210) с метаболически нездоровым ожирением (МНО). Оценивали антропометрические, биохимические параметры, индексы висцерального ожирения (ИВО) и накопления липидов (ИНЛ). Комплексом БиПиЛАБ с технологией VASOTENS оценивали время отраженной волны в аорте (RWTT), уровень АД в аорте (SYSao, DYSao), амбулаторный индекс жесткости (AASI), индекс ригидности (ASI), индекс аугментации аорты (AIxao), максимальную скорости нарастания АД (dP/dt max), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao). Статистическая обработка Statistica for Windows 10.0.
Результаты. В группе МННВ преобладали мужчины (68,7%), в группе МНФО – женщины (77,3%, p <0,001). Представители с МНФО были более старше (51,4±8,3 года) с более высоким офисным АД (135,5±4,3/83,7±4,3 мм рт. ст.). У лиц с МННВ (49,8±5,4 года) уровень САД/ДАД – 132,3±3,2/82,4±6,6 мм рт. ст. Межгрупповые различия установлены по кардиометаболическим коэффициентам: ИВО в группе МНФО составлял 248,1±21,37 в группе с МННВ –183,4±14,5 (p <0,05). У пациентов с МННВ ИНЛ (56,3±6,9; p <0,05) находился верхнем референтном значении. Более высокие значения ИВО и ИНЛ у лиц с МНФО подтверждали существенный вклад ожирения в сосудистое ремоделирование: установлена межгрупповая разница значений 1-й и 2-й групп показателей SYSao (130,5±13,2 & 132,3±12,9 мм рт. ст.; p <0,05), DYSao (81,5±15,5 & 82,9±16,5; p <0,05), AIxao (–4,6±0,3 & –1,5±0,3; p <0,05), индекса жесткости артерий ASI (123,4±39,6 & 134,4±45,6; p <0,05) и RWTT (139,7±35,2 & 132,4±33,4 мс). Скорость PWVao ниже была у лиц с МННВ с межгрупповой разницей Δ=–10,7% (p=0,001).
Выводы. *Формирующаяся ригидность сосудистой стенки при МНО ассоциирована с более высокими значениями ИВО, ИНЛ, параметров сосудистой гемодинамики ASI, AIxao, DYSao, SYSao, что может рассматриваться как ранний предиктор дебюта АГ у пациентов с высоким нормальным АД.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ЛИНГВИСТОВ

Васильева Н.П., Сидорова Е.Н., Пакшандаева А.В., Бусалаева Е.И., Опалинская И.
[1] ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. В современном мире профессиональное образование сопряжено с высокими психоэмоциональными нагрузками, которые могут способствовать развитию тревожных расстройств, эмоционального выгорания и, как следствие, нарушений пищевого поведения. В постпандемийный период синдромы эмоционального выгорания и тревоги стали чаще встречаться в студенческой среде.
Цель. Сравнительная оценка уровней тревоги, компонентов синдрома эмоционального выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений) и типов пищевого поведения (эмоциональный, экстернальный и др.) у студентов 5–6 курсов.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 44 студента медицинского и переводческого факультетов 5–6 курсов (23 человека – студенты медики, в том числе работающие в медицинской сфере, и 21 человек – будущие переводчики/лингвисты), возраст респондентов составил 22–36 лет. Использовались стандартизированные опросники и шкалы: шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник выгорания Маслач (MBI), голландский опросник пищевого поведения (DEBQ). Статистическая обработка включала расчет средних значений, сравнение групп и корреляционный анализ Пирсона.
Результаты. У студентов переводческого факультета зафиксирован более высокий уровень тревоги по HADS (5,2 балла), у 28,6% – это субклиническая тревога. Депрессия в обеих группах оставалась в пределах нормативных значений. У лингвистов и работающих медиков отмечены более высокие показатели эмоционального истощения (12,1 и 11,4 балла). Все три типа пищевого поведения по DEBQ превышали референтные значения в обеих группах; у лингвистов статистически значимо преобладали эмоциональный и экстернальный типы, у медиков – ограничительный. Корреляционный анализ выявил прямую связь тревоги с эмоциональным истощением, наиболее выраженную в подгруппе работающих медиков (r+0,82). Эмоциональное пищевое поведение коррелировало с тревогой и выгоранием в обеих группах (r+0,59), ограничительный тип не был связан с психоэмоциональными показателями. У женщин, независимо от будущей профессии, отмечены более высокие уровни тревоги (7,9 балла на грани субклинической), эмоционального истощения и нарушения пищевого поведения (2,5 против 1,6 у мужчин). У студентов-медиков выявлена умеренная положительная корреляция возраста с ограничительным (r+0,52) и эмоциональным типами пищевого поведения (r+0,48).
Выводы. *Студенты-лингвисты представляют собой группу повышенного риска развития тревожных расстройств, астенизации и нарушений пищевого поведения по эмоциональному и экстернальному типам. Совмещение работы и учебы у медиков ассоциируется с более высоким уровнем эмоционального истощения.*

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2-ГО ТИПА

Васильева Н.П., Опалинская И.В., Бусалаева Е.И.
ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н.тУльянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) 2-го типа диагностируется при наличии доказательств несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой (при отсутствии признаков острого атеротромбоза).
Цель. Проанализировать факторы риска и клинические аспекты ИМ миокарда 2-го типа.
Материал и методы. В исследование включены пациенты с ИМ 2-го типа, госпитализированные в отделение кардиореанимации Регионального сосудистого центра: 64 женщины (средний возраст 70,4 ± 3,7 года) и 67 мужчин (средний возраст 60,5 ± 2,4 года).
Результаты. Суправентрикулярные тахиаритмии зарегистрированы у 28% женщин и 24% мужчин. Выраженная брадикардия (40 уд./мин.) на фоне полной атриовентрикулярной блокады дистального типа преобладала у женщин (18 против 7% у мужчин). Анемия тяжелой и средней степени тяжести (средний уровень гемоглобина 76±3,2 г/л) также чаще регистрировалась у женщин, чем у мужчин (16 и 6% соответственно). 8% женщин и только 4% мужчин с ИМ 2-го типа имели выраженную гипертрофию левого желудочка (ЛЖ) на фоне гипертрофической кардиомиопатии и аортального стеноза (толщина стенок ЛЖ 16±2,5 мм). Коронароангиография (КАГ) позволила выявить еще одну возможную причину развития ИМ 2-го типа – спазм коронарной артерии (КА) и миокардиальные мостики (у 6% мужчин и у 2% женщин). Чаще диагностировался ИМ без зубца Q.
У женщин преобладал ИМ передней стенки ЛЖ и циркулярный, у мужчин – нижней стенки. По результатам КАГ: у 28% женщин и 18% мужчин КА оказались интактными, стенозы КА, превышающие 50% отмечены у 42% мужчин и только у 30% женщин, многососудистое поражение коронарного русла у 32% пациентов, преимущественно у мужчин. Летальность пациентов с ИМ 2-го типа составила 2%.
Выводы. *Возможными этиологическими факторами риска развития ИМ 2-го типа у женщин стали устойчивые суправентрикулярные тахиаритмии, выраженная брадикардия, гипертрофия левого желудочка и тяжелая анемия; у мужчин – устойчивые суправентрикулярные тахиаритмии, стенозирующий атеросклероз, мышечные мостики и спазм.*

ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Василькова Г.А.
Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью сочетания артериальной гипертензии (АГ) и ожирения, при этом характер распределения жировой ткани, а не только индекс массы тела (ИМТ), определяет кардиометаболический риск.
Цель. Оценить фенотипические особенности жироотложения и параметры биоимпедансометрии у пациентов с АГ при различных значениях ИМТ, а также выявить гендерные различия фенотипов распределения жировой ткани.
Материал и методы. Обследовано 244 пациента с верифицированной АГ, разделенных в зависимости от ИМТ: 1-я группа (нормальная масса тела, n=82), 2-я группа (избыточная масса тела, n=79) и 3-я группа (ожирение, n=83). Критерии исключения: симптоматические гипертензии, СД, ХБП, подтвержденная постменопауза. Всем выполнена биоимпедансометрия (жировая масса (ЖМ), активная клеточная масса (АКМ), тощая масса (ТМ) и скелетно-мышечная масса). Для верификации фенотипа ожирения проводилось УЗИ с расчетом индекса жира брюшной стенки – соотношения толщины внутреннего (висцерального) и подкожного жира. Значение индекса >1 расценивалось как висцеральный фенотип, <1 – как подкожный. Статистическая обработка: t-критерий Стьюдента; различия значимы при $p \leq 0,05$.
Результаты. По мере увеличения ИМТ отмечено закономерное возрастание абсолютной ЖМ. Однако у 60% пациентов с нормальным ИМТ средний процент ЖМ превысил нормативные значения (26,14±5,27% при норме 20–25%), что характеризует фенотип метаболического ожирения при нормальном весе. Одновременно с накоплением жира выявлено прогрессирующее снижение функционально активных тканей: АКМ уменьшилась с 62,18±5,87% в 1-й группе до 52,74±4,83% в 3-й ($p \leq 0,05$), а скелетно-мышечная масса с 26,84±7,92 до 15,37±5,83 кг ($p \leq 0,05$). По данным УЗИ, у пациентов с нормальным ИМТ достоверно чаще регистрировался висцеральный фенотип ожирения (67%), тогда как в группе с ожирением преобладал подкожный фенотип (65%, $p \leq 0,05$). Установлены гендерные различия: у мужчин во всех группах индекс жира брюшной стенки превышал 1,0 (андроидный/висцеральный фенотип), у женщин был менее 1,0 (гиноидный/подкожный фенотип). Более того, у 71% пациентов с нормальным ИМТ толщина внутрибрюшного жира превышала нормативные значения, что подтверждает высокую распространенность скрытого висцерального ожирения в этой группе.
Выводы. *У пациентов с АГ выявлен дисбаланс композитного состава тела. Фенотип «висцеральное ожирение при нормальном весе» требует активного скрининга. Гендерные различия обосновывают дифференцированный подход к профилактике. Стратификация риска должна базироваться на ИМТ и фенотипе ожирения.*

ТЯЖЕЛЫЙ СТЕНОЗ НА ФОНЕ ОДНОСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ

Васина Н.О.[1], Галенко А.С.[1], Делова М.А.[2], Калашникова Е.Б.[2]
[1]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия
[2]СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Приобретенные пороки сердца являются актуальной клинической проблемой, при этом в молодом возрасте характерна клапанная недостаточность как итог инфекционно-воспалительного процесса либо соединительнотканной дисплазии, тогда как в пожилом и старческом возрасте наиболее часто выявляют кальцинированный аортальный стеноз (АС) склеродегенеративного генеза.
Описание случая. Пациент В., 36 лет, поступил в стационар 20.01.2026 с жалобами на отеки нижних конечностей, одышку, слабость. Одышка впервые появилась около месяца назад, спустя 7 дней заболел ОРВИ, появился кашель, лихорадка до 390. Самостоятельно принимал жаропонижающие и антибиотики, с положительным эффектом. 3 дня назад появились отеки ног, в связи с чем обратился за помощью. Со слов В., в детстве наблюдался по поводу врожденного порока АК, какого именно не помнит, медицинской документации нет. Объективно: состояние тяжелое, отеки до средней трети бедер. Пульс ритмичный, 100 уд./мин. В проекции АК выслушивается систоло-диастолический шум.
В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. При рентгенографии ОГК: двусторонний гидроторакс. Эхокардиография: дилатация ЛЖ (КДО – 221 мл, КДР – 61 мм), ФВ – 29 %. АК состоит из трех кальцинированных полулуний, на кальцинате некоронарного полулуния лоцируется подвижная гиперэхогенная структура длиной 5–6 мм, вероятно вегетация; тяжелый АС (Vmax 4,7 м/с, ср. гр. – 55 мм рт. ст.), тяжелая АН. СДЛА 38 мм рт. ст. Посевы крови на стерильность отрицательны. Предварительный диагноз «подострый эндокардит (?) АК, комбинированный аортальный порок (АС 3, АН 3). Двусторонний гидроторакс. ХСНнФВ, 2 стадия». Консультирован кардиохирургом, рекомендовано оперативное лечение. На фоне терапии динамика положительная, 19.02.2026 выполнено протезирование АК. Интраоперационно выявлено, что АК состоит из одной створки.
При патоморфологическом исследовании определяются миксоматозные изменения, очаговые отложения кальцинатов в створке клапана, данных за инфекционное поражение не получено. Таким образом, окончательный диагноз «врожденный порок сердца. Моностворчатый АК. Комбинированный порок АК». Операция 19.02.2026: протезирование АК механическим протезом.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Продемонстрирован редкий случай раннего дебюта АС на фоне врожденной аномалии АК, а также сложности дифференциальной диагностики с ИЭ. Наличие миксоматозной дегенерации и моностворчатого АК часто ассоциировано с генетическими заболеваниями соединительной ткани. Пациент таких признаков не имел.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКУСА ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Вахитова Е.Б., Хромцова О.М., Дорохина К.Р., Фоминых М.И.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является полиэтиологичным синдромом, ассоциированным с высокой летальностью. Лидирующую позицию в структуре ведущих причин ХСН занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), при этом каждый пятый пациент с ИБС в прошлом перенес инфаркт миокарда (ИМ). Имеющиеся литературные данные о взаимосвязи локуса перенесенного инфаркта миокарда и тяжести развивающейся впоследствии ХСН немногочисленны и противоречивы: данный вопрос требует дальнейшего изучения.
Цель. Определить взаимосвязь локуса перенесенного инфаркта миокарда с тяжестью развившейся впоследствии хронической сердечной недостаточности.
Материал и методы. В рамках проведенного в ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7» г. Екатеринбурга проспективного сравнительного исследования, посвященного оптимизации терапии ХСНнФВ, обследовано 80 больных ХСН ишемического генеза (ПИКС). Включались пациенты с II–III ФК по NYHA со сниженной ФВ ЛЖ (менее 40%): 54 мужчины и 26 женщин (средний возраст 66,3±0,9 года). Основной этап лечения составил 6 мес. Оценивали основные общеклинические и биохимические параметры, а также уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP); проводилась эхокардиография, оценка клинического состояния (ШОКС) и переносимости физических нагрузок (тест 6-минутной ходьбы, ТШХ), оценка качества жизни (КЖ, опросник MLHFQ) и приверженности лечению (опросник Мориски–Грина).
Результаты. Достоверное улучшение клинического состояния (снижение баллов ШОКС) зафиксировано у пациентов с ПИКС передней и ЗС ЛЖ. Пациенты с ПИКС передней и ЗС ЛЖ значимо улучшили свою комплаентность в динамике. Уровень BNP значимо не изменился ни в одной подгруппе. Увеличение переносимости физических нагрузок (ТХШ) наблюдалось только у пациентов с ПИКС передней стенки ЛЖ (p=0,01). Зафиксировано значимое КЖ по физической шкале опросника у пациентов с ПИКС по ЗС ЛЖ (p=0,02). Гемодинамические параметры (ЧСС, САД и ДАД) статистически значимо снизились в подгруппе с ПИКС передней стенки ЛЖ. Достоверно более низкая ФВ в динамике зафиксирована у пациентов с перенесенным ИМ циркулярного характера: это свидетельствует о прогностически более неблагоприятном течении ХСН при данной локализации ИМ, чем у пациентов с ПИКС передней и ЗС ЛЖ.
Выводы. *Развитие инфаркта миокарда циркулярного характера вызывает более тяжелое течение развивающейся хронической сердечной недостаточности, чем инфаркт миокарда других локализаций; пациентам, перенесшим циркулярный инфаркт миокарда, требуется тщательное диспансерное наблюдение и должный контроль терапии.*

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ПОДРОСТКА С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ И БАК-АССОЦИИРОВАННОЙ АОРТОПАТИЕЙ

Вахненко М.А.[1], Скабелкина А.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА, студент 5 курса, г. Благовещенск, Россия
[2] ФГБОУ ВО Амурская ГМА, студентка 5 курса, г. Благовещенск, Россия

Введение. При естественном течении коарктации аорты (КоА) продолжительность жизни пациентов составляет 30 лет, а ее качество во многом определяется хронизацией артериальной гипертонии (АГ) и ее осложнениями. Предлагаем историю болезни подростка с высоким артериальным давлением на фоне КоА, бикуспидальной анатомией аортального клапана (БАК) и аортопатией.
Описание случая. 13-летнего подростка беспокоили головные боли при повышении артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., слабость в мышцах голеней, зябкость стоп при нагрузках. С диагнозом нейроциркуляторная дистония он наблюдался у педиатра. Получал блокаторы рецепторов ангиотензина, седативные средства, электросон. Без эффекта. В 15 лет при ЭхоКГ заподозрена КоА. Разница характеристик пульса на верхних и нижних конечностях, АД на руках (145/90) и в подколенной ямке (100/60 мм рт. ст.) выявлена только в Клинике кардиохирургии, что говорит о недостаточной настороженности врачей первичного звена и необходимости их дальнейшего информирования о данной патологии, опасной тяжелыми последствиями. При контрастной МСКТ-аортографии дистальнее артериальной связки обнаружены сужение аорты (Ао) с полной облитерацией просвета мембраной; расширение Ао на уровне луковицы до 46×47, в средней части до 42×43 мм, что существенно для подростка среднего роста и телосложения; хорошо развитые коллатерали; сужение артерий нижней половины туловища. Таким образом, подтверждено наличие вышеуказанных мальформаций. Наличие КоА, прогрессирующая АГ, устойчивая к консервативному лечению, и значимое расширение Ао явились показаниями к стентированию коарктации, которое прошло успешно. Продолжен прием лозартана и бисопролола. Через год АД не превышало 130/90 мм рт. ст. Контрастная МСКТ-аортография показала увеличение диаметра Ао дистальнее коарктации и диаметра подвздошных и бедренных артерий
в 1,3–1,5 раза от исходного, но не зафиксировала желаемого уменьшения восходящей Ао проксимальнее стента, что предполагало БАК-ассоциированную аортопатию. Для профилактики дальнейшего расширения и диссекции Ао пациенту установлен стент-графт. Спустя год самочувствие больного остается удовлетворительным, достигнут регресс АГ.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Парадокс случая состоит в том, что КоА не является частым пороком, но может быть заподозрена с помощью элементарных манипуляций – сравнения пульса и АД на руках и ногах. Именно они позволяют наметить оптимальное обследование, что особенно актуально для молодых людей с АГ, резистентной к терапии.*

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕНОТИПА ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ + НЕКОМПАКТНЫЙ МИОКАРД В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Вахненко М.А., Станиславская И.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск, Россия

Введение. Несмотря на солидный объем информации, накопленной в процессе многолетних исследований, проблема некомпактного миокарда (НКМ) продолжает активно обсуждаться, и каждый клинический случай важен для формирования правильных представлений о патологии. Предлагаем историю болезни пациентки с фенотипом дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)+НКМ, диагностированным в пожилом возрасте.
Описание случая. Пациентка, 70 лет, поступила в Клинику кардиохирургии с одышкой при малейшей нагрузке, сердцебиением, болями в сердце без иррадиации, общей слабостью на фоне артериальной гипотонии. Кардиалгии и нарушения ритма с 16 лет. Ухудшение связано с менопаузой. Прогрессировала аритмия, появилась одышка при обычных нагрузках. В 66 лет впервые госпитализирована в кардиологическое отделение с одышкой, периферическими отеками и гидроперикардом. Диагностирована ИБС (стенокардия напряжения) и ХСН. После выписки лечению привержена не была. В Клинике кардиохирургии зафиксированы акроцианоз, кардиомегалия, систолический шум над верхушкой сердца и мечевидным отростком грудины, желудочковая экстрасистолия IV градации по Lown, полная блокада ЛНПГ, митральная и трикуспидальная регургитация, атриомегалия, индекс КДО ЛЖ 111 мл/м², индекс КСО ЛЖ 79, ФВ ЛЖ 28%, гипокинез межжелудочковой перегородки, нижнебоковой области ЛЖ, имеющих двуслойную структуру: компактный (С) 8,0 мм и некомпактный слой (N) 16,3 мм (N/C=2,04). После тщательной дифференциальной диагностики диагностирована кардиомиопатия с фенотипом ДКМП+НКМ. Комплексная терапия ХСН не дала желаемого результата. С учетом тяжелой ХСН в сочетании с полной блокадой ЛНПГ предложена имплантация ресинхронизирующего устройства, от которой пациентка отказалась. Через полгода при нарастающей сердечной недостаточности наступил летальный исход. Несмотря на достаточное количество критериев диагностики данной кардиомиопатии, на момент публикации сохраняются сомнения в правильности диагноза, поскольку НКМ может быть следствием ДКМП, тяжелой ХСН и возрастных изменений. Прояснить ситуацию помог бы анализ архивных протоколов ЭхоКГ за более ранние периоды жизни пациентки, но, к сожалению, таковые отсутствовали.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенностями случая являются длительное удовлетворительное самочувствие пациентки, нехарактерное для фенотипа ДКМП+НКМ; поздняя диагностика кардиомиопатии из-за отсутствия патогномоничных симптомов и недостаточной информированности врачей; сомнения относительно диагноза в отсутствие архивных ЭхоКГ.*

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ПОЗИЦИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

Верушкина А.С.[1, 2], Ефремова Е.В.[1], Габриэль О.В.[3]
[1] ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия
[2] ООО «МК Н. Березиной», г. Ульяновск, Россия

[3] ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ульяновской области», г. Ульяновск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния патологии на параметры качества жизни (КЖ) в популяции старшей возрастной группы с позиции пациентоориентированного подхода.

Материал и методы. Популяционную выборку составили 292 респондента старшей возрастной группы (средний возраст 68,8 + 6,7 года, 107 (36,6%) мужчин и 185 (63,4%) женщин). Применялся стандартизированный опросник SF-36 (согласно требованиям Международной оценки КЖ (IQOLA)). Оценивали наличие нарушения здоровья, его давность, органную локализацию, обращаемость за медицинской помощью. Сбор данных производился методом прямого анкетирования респондентов. Учитывая, что наличие патологии является ведущим фактором, определяющим КЖ индивида, была разработана формула по оценке вклада патологии в качество жизни: A (%) = (B-C)100% / B, где A – вклад патологии в КЖ; B – популяционный параметр качества жизни; C – полученный при исследовании параметр КЖ («реальный»).

Результаты. Из всех респондентов только 78 (27%) отрицали у себя наличие нарушения здоровья. У 113 (39%) лиц, отметивших наличие у себя какого-либо заболевания, имеющаяся патология появилась более 10 лет назад. При анализе структуры соматической патологии 39% указали сердечно-сосудистую систему, 20% – опорно-двигательную систему, 13% – желудочно-кишечный тракт. Показатели КЖ респондентов, имеющих какое-либо нарушение здоровья (n=214), по всем шкалам опросника SF-36 значимо ниже по сравнению с лицами, считающими себя здоровыми (n=78) ($p < 0,001$).

Вклад патологии в параметры физического компонента здоровья популяции старшей возрастной группы составляет от 30 до 68%, в параметры психологического здоровья – от 26 до 63%. Отмечалась тенденция к снижению показателей качества жизни практически по всем шкалам опросника, зависящая от давности появления у респондента заболевания. При этом значимое снижение определялось в группе респондентов, у которых имеющаяся патология появилась более 10 лет назад, по шкалам: физическое функционирование ($p=0,01$), ролевое физическое функционирование ($p=0,03$) и ролевое эмоциональное функционирование ($p=0,023$).

Заключение. *Соматическая патология ассоциируется со снижением как физического, так и психологического компонентов КЖ у лиц старшей возрастной группы. Полученные данные обосновывают целесообразность оценки КЖ как компонента комплексной пациентоориентированной характеристики пациентов старшего возраста с проведением сопоставления параметров КЖ с популяционными нормами населения, а не с показателями КЖ «здоровых» респондентов.*

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ NT–PROBNP У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Виленская Т.Д.[1], Исакова А.В.[1], Холкина А.А.[2]
[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия
[2]Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Мариинская больница», Россия

Актуальность. Согласно литературным данным, уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида В-типа (NT-proBNP) может использоваться в качестве биомаркера тяжести сердечной недостаточности, риска сердечно-сосудистых событий и смерти, а также биологического старения. Возможность применения уровня NT-proBNP для оценки исходов фибрилляции предсердий (ФП) изучена недостаточно.
Цель. Оценить возможность использования уровня NT-proBNP в качестве биомаркера восстановления синусового ритма у пациентов с пароксизмальной формой ФП.
Материал и методы. В пилотное исследование включено 40 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке в отделение краткосрочного пребывания СПб ГБУЗ «Мариинская больница» с пароксизмом ФП. Из них 14 пациентов с впервые выявленной ФП, 26 – с пароксизмальной формой ФП в анамнезе.
В группу не включались пациенты с фракцией выброса менее 50%, с наличием верифицированного порока сердца, с повышением уровня тропонина.
Уровень NT-proBNP определялся при поступлении в стационар до купирования пароксизма ФП.
Оценивалась частота купирования пароксизма ФП в течение 72 ч пребывания в стационаре на фоне проводимого лечения (препараты калия, бета-блокаторы, амиодарон, электроимпульсная терапия у одного пациента).
Результаты. В течение 72 ч синусовый ритм был восстановлен у 20 человек, у оставшихся 20 сохранялась ФП.
Среди пациентов, восстановивших синусовый ритм, было 9 женщин, 11 мужчин, средний возраст 63,8±10,1 года, а среди пациентов с сохранением ФП – 8 женщин, 12 мужчин, средний возраст 62,8±10,3 года, т.е. половозрастной состав в группах не отличался.
Обнаружена тенденция к более низкому исходному уровню NT-proBNP у пациентов с восстановлением синусового ритма по сравнению с пациентами с сохраняющейся ФП (U-критерий, $p < 0,1$). Пациенты из нижнего квинтиля с уровнем NT-proBNP ≤383 пг/мл (95% ДИ 189; 550) достоверно чаще восстанавливали синусовый ритм (двусторонний точный критерий Фишера, $p=0,0436$).
Чувствительность уровня NT-proBNP для прогноза восстановления синусового ритма составила 95%, специфичность – 35%, прогностическая ценность – 59,4%.
Взаимосвязи уровня NT-proBNP с длительностью анамнеза ФП и показателями эхокардиографии выявлено не было.
Выводы. *Высокая чувствительность NT-proBNP позволяет рассматривать данный биомаркер в качестве перспективного инструмента скрининга для выявления пациентов с высоким шансом купирования пароксизма ФП. Полученные данные не дают возможности установить граничное значение NT-proBNP из-за малого объема выборки.*

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ: 5-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЛЕТАЛЬНОСТИ

Вишняк Д.А.[1], Добрынина И.Ю.[1], Добрынин Ю.В.[1], Арямкина О.Л.[2], Каримова А.Х.[3], Тирабян С.М.[4]

[1] Сургутская окружная клиническая больница, Сургутский государственный университет, Россия
[2] Сургутский государственный университет, Россия
[3] Сургутская окружная клиническая больница, Россия
[4] Сургутская городская клиническая поликлиника № 1, Россия

Актуальность. По мнению Всемирной организации здравоохранения, именно сахарный диабет (СД) относится к одной из лидирующих причин летальности среди населения всех стран. Так, в структуре смертности населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югра (ХМАО – Югра) от всех причин болезни эндокринной системы занимают 8-е место (3,1% от всех смертей). В структуре смертности от болезней эндокринной системы доля СД составляет 97,0%.

Цель. Оценить летальность от СД в ХМАО – Югра за период 2021–2025 гг.

Материал и методы. Объектом исследования явилась база данных СД по ХМАО – Югре на 01.01.2022 и 01.01.2026.

Результаты. В 2025 г. в ХМАО – Югра отмечено снижение смертности от болезней эндокринной системы на 10,1%. В 2025 г. показатель летальности от СД в регионе составил 328 человек (в 1,1 раз ниже, чем в 2021 г., 366 человек), 18,5 на 100 тыс. населения, что не превышает общероссийские показатели. Средняя продолжительность жизни при СД1 составила 56,5 года, при СД2 – 72,3 года и также была сопоставима с данными 2021 г. Среди пациентов с СД в структуре смертности ведущие позиции занимают хроническая сердечная недостаточность (0,211 на 1000 населения), онкологические заболевания (0,167 на 1000 населения), терминальные заболевания системы кровообращения (0,132 на 1000 населения). Доля терминальных заболеваний органов кровообращения в структуре смертности СД в динамике растет, составляя 28% в 2025 г., что в 2 раза выше, чем в 2021 г. Доля пациентов с СД, умерших в 2025 г. непосредственно от причин, связанных с острыми и хроническими диабетическими осложнениями, составила 3,97%. Среди ведущих осложнений при СД были диагностированы инфаркт миокарда – 3,2%, острое нарушение мозгового кровообращения – 3,7%, полинейропатия – 28,9%, ретинопатия – 12,7%, нефропатия – 37,0%.

Выводы. *За последние 5 лет летальность от СД в ХМАО – Югра уменьшилась в 1,1 раза.*

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ: 5-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

Вишняк Д.А.[1], Добрынина И.Ю.[1], Добрынин Ю.В.[1], Арямкина О.Л.[2]
[1] Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Россия
[2] Сургутский государственный университет, Россия

Актуальность. Концепция кардио-рено-гепато-метаболического синдрома сегодня является ключевой в понимании взаимоутяжеляющего течения заболеваний. Метаболические нарушения, главным образом сахарный диабет (СД), играют ключевую роль в формировании данных изменений. Однако эпидемиологическая ситуация по СД имеет ряд особенностей в отдаленных регионах нашей страны и территориях с особыми климатическими условиями, к которым относится Ханты–Мансийский автономный округ – Югра (ХМАО – Югра).
Цель. Оценить распространенность СД в ХМАО – Югра за период 2021–2025 гг.
Материал и методы. Объектом исследования явилась база данных СД по ХМАО–Югре на 01.01.2022 и 01.01.2026.
Результаты. В автономном округе на 01.01.2026 зарегистрировано 82480 пациентов с установленным диагнозом СД (0,05% населения Российской Федерации), что выше показателя 2021 г. в 1,2 раза (+ 26,7%). Впервые выявленный СД зарегистрирован у 6562 человек, что выше показателя 2021 г. (+41,3 %), ультимативное большинство из которых выявлено в ходе проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.
В 2025 г. общая заболеваемость СД составила 4629,1 на 100 тыс. населения, первичная заболеваемость СД 368,3 на 100 тыс. населения, что выше аналогичных показателей в 2021 г. (3839,6 на 100 тыс. населения и 267,1 на 100 тыс. населения соответственно).
Показатели распространенности СД1 и СД2 в ХМАО – Югре на 01.01.2025 соответствуют 194 на 100 тыс. населения (соответствует распространенности в РФ) и 4153 на 100 тыс. населения (в РФ в 2025 г. – 3211 на 100 тыс. населения) соответственно. Средний возраст пациентов с СД1 составил 33,2 года, с СД2 –61,4 года и был сопоставим с показателями 2021 г.
Выводы. *За последние 5 лет показатель распространенности СД в ХМАО – Югра увеличился в 1,2 раза.*

АССОЦИАЦИЯ ИНТЕГРАЛЬНОГО ИНДЕКСА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Водорезов З.А.
Бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Актуальность. Низкая приверженность к фармакотерапии после чрескожного коронарного вмешательства может снижать эффективность вторичной профилактики. Перспективным направлением является комплексная оценка психосоциальных факторов, потенциально связанных с низкой приверженностью, включая тревогу, одиночество и дефицит воспринимаемой социальной поддержки.
Цель. Оценить ассоциацию интегрального индекса психологической нагрузки с низкой приверженностью к фармакотерапии у пациентов после чрескожного коронарного вмешательства на этапе медицинской реабилитации.
Материал и методы. Выполнен вторичный анализ одноцентрового поперечного пилотного исследования 66 пациентов после ЧКВ на втором этапе медицинской реабилитации в феврале – марте 2026 г. Использовали 4-пунктовую шкалу Мориски–Грин, краткую шкалу одиночества UCLA, MSPSS и HADS–A. Низкой считали приверженность 0–2 балла по Мориски–Грин. Эксплораторный индекс рассчитывали как сумму стандартизованных HADS–A и UCLA минус стандартизованный общий балл MSPSS. Применяли критерий Манна–Уитни, корреляцию Спирмена и логистическую регрессию с поправкой на возраст; эффект выражали ОШ на 1 СО индекса.
Результаты. Низкая приверженность выявлена у 21 из 66 пациентов (31,8%; 95% ДИ 21,8–43,8%). Индекс был выше при низкой приверженности: 0,44 [−0,38; 1,33] против −0,38 [−0,66; 0,16]; U=686; p=0,003. Индекс обратно коррелировал с баллом Мориски–Грин (ρ=−0,372; p=0,002). Увеличение индекса на 1 СО повышало шансы низкой приверженности: ОШ 2,34 (95% ДИ 1,29–4,24; p=0,005), после поправки на возраст – ОШ 2,17 (95% ДИ 1,18–3,99; p=0,013).
Выводы. *Выявлена значимая обратная связь между индексом, интегрирующим тревогу, одиночество и дефицит социальной поддержки, и уровнем приверженности лечению. Повышение индекса ассоциировалось с двукратным увеличением шансов низкой приверженности, при этом связь сохранялась независимо от возраста пациентов.*

МОДУЛЯЦИЯ ГИПЕРЭКСПРЕССИИ IL–17 ЭКСТРАКТОМ БЕРЕСКЛЕТА БОРОДАВЧАТОГО (EUONYMUS VERRUCOSUS)

Волчек И.А.[1], Новоженов В.Г.[2]
[1] МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», г. Москва, Россия
[2] Филиал ВМедА в г. Москве, Россия

Актуальность. Гиперэкспрессия IL–17 выступает ключевым патогенетическим звеном многих хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваний, что определяет высокую значимость данного цитокина как терапевтической мишени. Известно, что пентациклические тритерпеноиды, в частности целастрол (соединение типа норфриделана, содержащееся в растениях семейства Celastraceae), проявляют выраженную противовоспалительную и иммуномодулирующую активность. Перспективным отечественным источником целастрола является экстракт бересклета бородавчатого (Euonymus verrucosus).
Цель. Количественно оценить содержание целастрола в экстракте бересклета бородавчатого (Euonymus verrucosus) и исследовать влияние данного экстракта на активность Th17–лимфоцитов.
Материал и методы. Экстракция сырья (наземные части и корни) производилась комбинированным методом (УЗ экстракция + ASE). Определение концентрации целастрола осуществляли методом ВЭЖХ/МС. Оценка влияния экстракта (содержание целастрола 1, 10, 100 нг/мл) проводилась на CD4+ лимфоцитах здоровых доноров, активированных антителами к CD3 и CD28 в качестве индукторов Th17 цитокинового ответа. Цитокины IL–17A, IFN–гамма, IL–22, TNF–альфа и IL–6 количественно измеряли в супернатанте с помощью соответствующих наборов фирмы Cloud–Clone, Китай.
Результаты. Установлено, что концентрация целастрола в экстракте Euonymus verrucosus (EV) составляет 35 мг/г, что сопоставимо с содержанием данного соединения в экстрактах Tripterygium wilfordii. В ходе оценки регуляции синтеза цитокинов было выявлено, что позитивный контроль (дексаметазон, 2 мкМ) эффективно ингибирует гиперэкспрессию IL–17A, IFN–γ, IL–22, TNF–α и IL–6. Экстракт EV продемонстрировал аналогичную выраженную ингибирующую активность в отношении всех исследуемых цитокинов. При этом для IL–17A и TNF–α выявлена дозозависимая динамика. Даже при минимальной концентрации целастрола (1 нг/мл) наблюдалось значительное подавление продукции цитокинов: на 75% для IL–17A, на 80% для TNF–α и практически полное ингибирование синтеза IFN–γ, IL–22 и IL–6.
Выводы. *Экстракт Euonymus verrucosus обладает выраженной ингибирующей активностью в отношении Th17–пути, сопоставимой или превосходящей действие дексаметазона. Полученные данные обосновывают перспективность применения данного экстракта в терапии Th17–зависимых заболеваний.*

ЙОДНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И ОХВАТ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ У ДЕТЕЙ, БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Волынкина А.П.[1], Трошина Е.А.[2], Маколина Н.П.[2], Елизарова И.О.[1], Волынкина Е.А.[1], Бабий Н.В.[3]

[1] ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

[2] ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, Москва, Россия

[3] ООО «Центр Культуры Здоровья», Воронеж, Россия

Актуальность. Воронежская область относится к регионам с природным дефицитом йода. Отсутствие федерального закона о всеобщем йодировании соли в России обусловливает необходимость регулярного мониторинга йодной обеспеченности, особенно среди уязвимых групп детского населения, беременных и кормящих женщин.

Цель. Оценить йодную обеспеченность и охват йодной профилактикой у детей, беременных и кормящих женщин Воронежской области.

Материал и методы. В 2024 г. в Воронежской области проведено одномоментное поперечное эпидемиологическое исследование. Обследованы 1200 человек, из них 1000 детей (возраст 7–10 лет), 100 женщин в I триместре беременности и 100 кормящих. У всех определяли концентрацию йода в разовой порции мочи с расчетом медианной концентрации экскреции йода с мочой (мКЙМ), у кормящих – содержание йода в грудном молоке. Проводили УЗИ щитовидной железы и качественный анализ соли на наличие йода. Определение концентрации экскреции йода с мочой и содержания йода в грудном молоке проводили в лаборатории ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова».

Результаты. У детей мКЙМ составила 98,65 мкг/л, что соответствовало легкому йодному дефициту. Увеличение объема щитовидной железы выше 97-го перцентиля выявлено у 7,3%, структурные изменения – у 15,4%, положительная реакция на наличие йода в пищевой соли – в 16,5% образцов. У беременных мКЙМ составила 87,35 мкг/л, что соответствовало недостаточной йодной обеспеченности. В районах области мКЙМ была ниже, чем в г. Воронеже (65,9 и 107,3 мкг/л). Положительная реакция на наличие йода в пищевой соли получена в 23% образцов; регулярное использование йодированной соли указали 32% опрошенных, препараты калия йодида регулярно принимали 6%. Структурные изменения выявлены у 55%, узловые образования – у 31%. У кормящих мКЙМ составила 62,9 мкг/л, медианная концентрация йода в грудном молоке – 37,77 мкг/л, что соответствует недостаточной йодной обеспеченности. Положительная реакция на наличие йода в пищевой соли получена в 17% образцов; регулярное использование йодированной соли указали 16%, препараты калия йодида регулярно принимали 12%. Структурные изменения выявлены у 53%, узловые образования – у 31%.

Выводы. *У детей полученные данные соответствуют легкому йодному дефициту; у беременных и кормящих установлена недостаточная йодная обеспеченность. Полученные результаты обосновывают необходимость разработки региональной программы профилактики йододефицитных заболеваний и мониторинга ее эффективности.*

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ MMP1 И MMP9 С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ И ДЕГРАДАЦИИ КОСТНО-ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Воронова А.Н., Михайлов А.О., Плехова Н.Г.
Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток, Россия

Актуальность. Остеоартрит (ОА) характеризуется воспалением и деградацией суставного хряща, в которых ключевую роль играют матриксные металлопротеиназы (ММР). Генетические полиморфизмы 1607insG гена MMP1 и A–8202G гена MMP9 ассоциированы с повышенной экспрессией этих ферментов, однако их связь с системным воспалением и маркерами деградации соединительной ткани при ОА изучена недостаточно.
Цель. Оценить связь полиморфизмов генов матриксных металлопротеиназ MMP1 (1607insG) и MMP9 (A–8202G) с уровнем С-реактивного белка (СРБ), маркерами деградации хряща (COL2) и костной ткани (COL1) у пациентов с остеоартритом (ОА).
Материал и методы. В пилотное исследование включены 43 пациента с верифицированным ОА коленных суставов. Проведено генотипирование полиморфизмов MMP1 (1607insG) и MMP9 (A–8202G) методом аллель-специфичной ПЦР. В сыворотке крови определяли уровни маркеров деградации костной (COL1) и хрящевой (COL2) ткани и маркера воспаления (СРБ). Функциональный статус оценивали по динамометрии (мышечная сила кисти), минеральной плотности кости методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA, Т-критерий шейки бедра) и 10-летнему риску остеопоротических переломов (шкала FRAX). Статистический анализ U-критерий Манна–Уитни.
Результаты. У носителей гетерозиготного генотипа 1G/2G гена MMP1 медиана СРБ была значимо выше, чем в группе 1G/1G: 3,9 против 2,0 мг/л (p=0,045), что подтверждает связь данного полиморфизма с системным воспалением. Уровень COL2 также был выше в группе 1G/2G (159 против 143 нг/мл), однако различия не достигли статистической значимости (p=0,985). Отмечена тенденция к снижению динамометрии у носителей 1G/2G: 8,0 против 10,8 DaN. Уровень COL1 не различался между группами по генотипу MMP1 (853 против 847). При анализе MMP9 выявлена тенденция к повышению COL1 у носителей аллеля G (860 против 813 нг/мл), а также повышение СРБ, что согласуется с ролью MMP9 как медиатора воспаления и деградации матрикса. По данным DEXA статистически значимых различий между группами не выявлено (p >0,05); при этом у носителей 1G/2G отмечена тенденция к более высокому FRAX (11,0 против 9,4%), что может отражать вклад системного воспаления и снижения мышечной силы в повышение риска переломов.
Выводы. *Полученные данные указывают на потенциальную роль полиморфизмов генов MMP1 и MMP9 как маркеров воспалительно-деструктивного фенотипа при ОА и требуют подтверждения на расширенных выборках.*

ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ И ПРЕРЕНАЛЬНАЯ ОПП В ДЕБЮТЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Ворончихина А.Д.[1], Шкляев Т.Н.[2], Михайлова О.Д.[1]
[1] ИжГМУ, г. Ижевск, Россия
[2] БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, Россия

Введение. Сахарный диабет 2-го типа (СД2) одна из ключевых медико-социальных проблем РФ: до 30% случаев выявляются на стадии осложнений. ДКА традиционно ассоциируется с СД1, однако тяжелая декомпенсация СД2 с кетоацидозом и угнетением сознания создает диагностические трудности, особенно в районных больницах. Случай обосновывает настороженность в отношении СД2 у пациентов с метаболическим синдромом.
Описание случая. Пациентка, 51 год, с ожирением I степени (ИМТ 33 кг/м²) поступила в Воткинскую ЦРБ в связи с нарастающей в течение месяца жаждой, увеличением количества мочи, снижением массы тела на 7 кг. За трое суток до госпитализации присоединились тошнота и слабость. В день обращения родственники отметили заторможенность, вызвана бригада скорой помощи. Гликемия (ГК) экспресс-методом 12,1 ммоль/л, сознание не восстановилось, переведена санавиацией в ОАРИТ 1 РКБ. При поступлении состояние тяжелое, сопор (9 баллов по ШКГ). Кожные покровы сухие, тургор снижен, запах ацетона. Дыхание глубокое, 22 в минуту. ГК 30,2 ммоль/л, кетонурия 3+, pH венозной крови 7,17, дефицит оснований – 13,6 ммоль/л, НСОз – 11,8 ммоль/л, анионная разница – 20,15 ммоль/л, K^+ сыворотки – 2,4 ммоль/л, Na^+сыворотки – 147 ммоль/л, Cl^- – 118 ммоль/л. Креатинин – 122 мкмоль/л, СКФ 76 мл/мин./1,73 м² (ОПП 1 стадии по KDIGO). На КТ головного мозга патологии не выявлено, нарушение сознания не связано с заболеваниями ЦНС. С первых часов начата терапия по протоколу ДКА: регидратация кристаллоидами (объем >4 л за первые сутки), коррекция электролитов, внутривенное введение инсулина короткого действия (8 ЕД болюсно, затем 0,1 ЕД./кг/ч). Первые сутки пациентка находилась в состоянии сопора. Через 12 ч гликемия снизилась до 15,4 ммоль/л. На вторые и третьи сутки сознание соответствовало умеренному оглушению: пациентка ориентирована в собственной личности, но дезориентирована в пространстве и времени, критика к состоянию отсутствует. На вторые сутки гликемия стабилизировалась на уровне 10–12 ммоль/л, pH 7,34, BE –2,1 ммоль/л, креатинин снизился до 92 мкмоль/л, что подтвердило купирование ОПП. На четвертые сутки пациентка переведена в эндокринологическое отделение для подбора терапии.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай демонстрирует дебют СД2 с ДКА и ОПП, а также распространенные проблемы: поздний скрининг, недооценку гипергликемии при экспресс-анализе, которая не всегда коррелирует с тяжестью ацидоза. Целесообразно совершенствовать маршрутизацию и внедрять дистанционные консультации эндокринологов.*

КЛИНИКО-КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Гаврилова А.А., Ларина В.Н.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. СНсФВ характеризуется высокой коморбидностью, при этом фибрилляция предсердий является одним из наиболее частых сопутствующих сердечно-сосудистых состояний. Ее наличие может быть связано с более неблагоприятным клиническим профилем пациентов, что определяет актуальность изучения особенностей СНсФВ в зависимости от наличия ФП.
Цель. Оценить особенности клинического и коморбидного профиля пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) в зависимости от наличия фибрилляции предсердий (ФП).
Материал и методы. В исследование включены 70 амбулаторных пациентов с СНсФВ. Всем пациентам проводили клиническое обследование с определением функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности по NYHA, эхокардиографию, определение уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), оценку функции почек и сопутствующих заболеваний. В зависимости от наличия ФП пациенты были разделены на две группы: 41 (58,6%) пациент с ФП и 29 (41,4%) пациентов без ФП.
Результаты. Пациенты с ФП были старше пациентов без ФП: 74,3±6,5 против 69,2±7,1 года соответственно (p=0,003). Доля женщин составила 56,1% в группе ФП и 62,1% в группе без ФП (p=0,62). У пациентов с ФП уровень NT-proBNP был выше и составил 690 [500; 930] пг/мл против 440 [320; 610] пг/мл у пациентов без ФП (p=0,002). III ФК ХСН по NYHA выявлен у 29,3% пациентов с ФП и у 10,3% пациентов без ФП (p=0,078). Артериальная гипертензия выявлена у всех пациентов обеих групп. Хроническая болезнь почек отмечалась у 46,3% пациентов с ФП и у 24,1% пациентов без ФП (p=0,080). Сахарный диабет 2-го типа встречался у 31,7 и 24,1% пациентов соответственно (p=0,60), ожирение – у 41,5 и 34,5% (p=0,62), ишемическая болезнь сердца – у 41,5 и 34,5% пациентов соответственно (p=0,62). Статистически значимых различий по распространенности указанных сопутствующих заболеваний между группами не выявлено.
Выводы. *ФП выявлена у 58,6% пациентов с СНсФВ и ассоциировалась с более старшим возрастом и повышенным уровнем NT-proBNP. У пациентов с ФП также отмечалась тенденция к более частому III ФК ХСН и ХБП, что отражает более неблагоприятный клинико-коморбидный профиль.*

КУРЕНИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА В МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] НОВГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Тревожно-депрессивная симптоматика оказывает значимое влияние на риски формирования и прогрессирования кардиометаболических заболеваний.
Цель. Изучить распространенность тревоги и депрессии во взаимосвязи с курением у лиц молодого возраста.
Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 университетов 16 городов России; мужчин – 22,7 %, женщин – 77,3%; средний возраст –21,0 (19,0 –22,0) года. Оценка статуса курения осуществлялась по опроснику CINDI, уровня никотиновой зависимости – по тесту Фагерстрема, тревожно-депрессивной симптоматики – по госпитальной шкале HADS. Статистический анализ проводился с использованием среды для вычислений R 4.3.1 (Вена, Австрия). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты. В исследованной популяции распространенность активного курения составила 13,9% (среди мужчин достоверно выше – 23,1 и 11,2% соответственно, $p < 0,001$), пассивного курения – 49,2% (среди мужчин также достоверно выше –56,9 и 47,0% соответственно, $p < 0,001$). Медианное количество выкуриваемых сигарет составило 4 [2–7] сигареты в день. В соответствии с тестом Фагерстрема, очень слабая никотиновая зависимость выявлена у 61,7% респондентов, слабая – у 20,1%, средняя – у 9,8%, высокая – у 6,6%, очень высокая – у 1,8%. Медианный балл по тесту Фагерстрема составил 2 [0–4]. Распространенность тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,8%). В женской популяции достоверно выше частота встречаемости тревоги (52,4 и 34,6% соответственно, $p < 0,001$), в том числе субклинического (22,5 и 17,2% соответственно, $p < 0,001$) и клинического уровня (29,8 и 17,4% соответственно, $p < 0,001$). Тревога ассоциирована с пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39; 1,83], $p < 0,001$), активным курением (ОШ=1,63 [95% ДИ: 1,33; 1,99], $p < 0,001$), депрессия ассоциирована с пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09; 1,46], $p=0,002$).
Выводы. *Выявлен достоверный вклад курения в риск формирования тревоги и депрессии в молодежной популяции, что обусловливает важность реализации рекомендаций по отказу от курения с целью профилактики формирования тревожно-депрессивной симптоматики и кардиометаболических заболеваний.*

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] НОВГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Изучение уровня тревожно-депрессивной симптоматики и его взаимосвязи с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста является важным аспектом первичной профилактики.
Цель. Провести анализ взаимосвязи тревожно-депрессивной симптоматики и основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи.
Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст –21,0 (19,0–22,0) года. Оценка основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты. Распространенность тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), депрессии – 32,6% (субклинического уровня –21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции выше частота встречаемости тревоги (52,4 и 34,6% соответственно, $p < 0,001$). Тревога ассоциирована с пассивным курением (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1,39; 1,83], $p < 0,001$), активным курением в прошлом (ОШ=1,4 [95% ДИ: 1,22; 1,61], $p < 0,001$) и настоящем (ОШ=1,63 [95% ДИ: 1,33; 1,99], $p < 0,001$), потреблением алкоголя (ОШ=1,47 [95% ДИ: 1,22; 1,79], $p < 0,001$), гиподинамией (ОШ=1,23 [95% ДИ: 1,07; 1,42], $p = 0,004$), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8], $p < 0,001$). Депрессия ассоциирована с абдоминальным ожирением (ОШ=1,65 [95% ДИ: 1,31; 2,07], $p < 0,001$), пассивным курением (ОШ=1,26 [95% ДИ: 1,09; 1,46], $p = 0,002$), активным курением в прошлом (ОШ=1,21 [95% ДИ: 1,04; 1,4], $p = 0,014$), гиподинамией (ОШ=1,52 [95% ДИ: 1,3; 1,78], $p < 0,001$), нерациональным питанием (ОШ=1,5 [95% ДИ: 1,26; 1,8], $p < 0,001$).
Выводы. *В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики как субклинического, так и клинического уровня; установлены ассоциативные связи между синдромом тревоги и курением, потреблением алкоголя, гиподинамией, нерациональным питанием.*

ПОРТРЕТЫ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Высокий темп жизни лиц молодого возраста диктует потребность модификации систем оценки факторов риска в данной популяции.
Цель. Охарактеризовать потенциальных пользователей системой электронной оценки факторов кардиометаболического риска.
Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 326 человек из 8 городов России, средний возраст 24,6 (19,0–28,0) года и 119 врачей из 14 городов России, средний возраст 32,2 (25,0–45,4) года, средний стаж работы – 8,0 года. Анкета разработана авторами исследования и включает данные об опыте применения приложений, готовности использования сервиса, наиболее востребованных функциях системы. Статистический анализ данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).
Результаты. 32,5% пациентов заполняют бумажные анкеты «регулярно», 46,0% – «иногда», 16,9% – «редко». 64,2% опрошенных используют приложения о здоровье. 48,1% участников считают важным возможность заполнить анкету о факторах риска онлайн до визита к врачу. 86,8% опрошенных имеют интерес к самостоятельному отслеживанию показателей здоровья. Автоматизированным системам готовы доверить первичную оценку состояния здоровья 43,6% опрошенных, 46,9% – только при сопровождении консультацией специалиста. 57,2% врачей отметили трудности работы с бумажным документооборотом, 87,4% считают важным оффлайн доступ к системе, 72,3% готовы рекомендовать онлайн-анкеты. Наиболее востребованными функциями системы электронной оценки факторов риска респонденты считают автоматическое формирование отчета по пациенту и расчет показателей (25,5%), сокращение времени на заполнение анкет (22,6%), цифровизацию ответов пациента, которая исключает ошибки заполнения и неразборчивый почерк (19,1%), хранение истории анкет (18,1%), упрощенный обмен информацией между врачом и пациентом (14,6%).
Выводы. *По результатам опроса большинство пациентов испытывают интерес к самостоятельному отслеживанию показателей здоровья, готовы доверять автоматизированным системам оценки здоровья, а большинство врачей отмечают сложности работы с бумажными документами и готовы рекомендовать онлайн-анкеты.*

ПРОФИЛЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] НОВГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. В популяции лиц молодого возраста кардиометаболические заболевания в основном представлены стадией «предболезни», что обуславливает необходимость ранней оценки факторов риска для адекватной своевременной их коррекции с целью реализации мер первичной профилактики.
Цель. Провести оценку распространенности основных факторов кардиометаболического риска, тревоги и депрессии среди студенческой молодежи.
Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 3296 студентов 19 высших учебных заведений из 8 федеральных округов Российской Федерации, средний возраст –21,0 (19,0–22,0) года. Оценка основных факторов кардиометаболического риска осуществлялась по опроснику CINDI, тревожно-депрессивной симптоматики – с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием среды для статистических вычислений R 4.3.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия). Различия считали достоверными при $p<0,05$.
Результаты. Среди участников исследования распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям составила 51,8%, по сахарному диабету – 42,2%, по онкопатологии – 39,1%. Частота встречаемости пассивного курения – 49,2% (среди мужчин достоверно чаще, чем среди женщин: 56,9 и 47,0% соответственно, $p <0,001$), активного курения – 13,9% (в мужской популяции достоверно выше в сравнении с женской: 23,1 и 11,2% соответственно, $p <0,001$); алкогольные напитки в малых дозах употребляют 13,1% респондентов, избыточно – 1,7%, злоупотребление алкоголем выявлено у 0,4% опрошенных. Распространенность гиподинамии составила 60,7% (достоверно выше среди женщин, чем среди мужчин: 64,7 и 47,1% соответственно, $p <0,001$), нерационального питания – 75,6%. Частота встречаемости синдрома тревоги составила 48,3% (субклинического уровня – 21,3%, клинического уровня – 27,0%), синдрома депрессии – 32,6% (субклинического уровня – 21,8%, клинического уровня – 10,9%); в женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше частота встречаемости синдрома тревоги (52,4 и 34,6% соответственно, $p <0,001$).
Выводы. *В популяции студенческой молодежи выявлена высокая распространенность отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкопатологии, высокая частота встречаемости пассивного курения, гиподинамии, нерационального питания, тревожно-депрессивной симптоматики.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ОБУЧАЮЩИХСЯ РАЗНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] НОВГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Введение. В комплексной оценке здоровья студенческой молодежи важную роль играет анализ распространенности основных факторов риска (ФР) кардиометаболических заболеваний как предикторов формирования патологии в будущем.
Цель. Провести сравнительный анализ распространенности основных ФР кардиометаболических заболеваний среди студентов 1 и 6 курса Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).
Материал и методы. Проведено обследование 142 студентов 1 курса и 161 студента 6 курса ЮУГМУ. Поведенческие ФР оценивались по опроснику CINDI. Проводилось измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела Кетле (кг/м²). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Для оценки достоверности различий использовался тест χ^2 и U–критерий Манна–Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты. Среди студентов 6 курса ЮУГМУ в сравнении первокурсниками достоверно выше распространенность пассивного курения (70,2 и 47,5% соответственно, $p < 0,05$), употребления алкоголя за последние 12 мес. (85,7 и 61,3% соответственно, $p < 0,05$), в том числе в малых дозах (75,8 и 35,2%, $p < 0,05$); ниже – частота встречаемости избыточного употребления алкоголя (1,2 и 3,5% соответственно, $p < 0,05$), сахара (13,7 и 32,4% соответственно, $p < 0,05$). В мужской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность предожирения (41,5 и 14,7% соответственно, $p < 0,05$), абдоминального ожирения (7,3 и 2,9% соответственно, $p < 0,05$) и высокого нормального АД (19,5 и 2,9% соответственно, $p < 0,05$); ниже частота встречаемости дефицита массы тела (2,4 и 8,8% соответственно, $p < 0,05$). В женской популяции среди шестикурсников достоверно выше распространенность дефицита массы тела (16,7 и 14,8% соответственно, $p < 0,05$), избыточной массы тела (10 и 6,5% соответственно, $p < 0,05$), АО (5,8 и 4,7% соответственно, $p < 0,05$), высокого нормального АД (4,2 и 1,9% соответственно, $p < 0,05$).
Выводы. *Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении с первокурсниками преобладает пассивное курение, употребление алкоголя за последние 12 мес., и ниже распространенность избыточного употребления алкоголя и сахара.*

УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Основные факторы риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и тревожно-депрессивная симптоматика реализуют свое действие среди лиц молодого возраста, поэтому актуальным является изучение данных факторов среди молодежи.
Цель. Провести сравнительную оценку ФР ХНИЗ, тревоги и депрессии среди учащихся начальных и старших курсов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ) и медицинского колледжа ЮУГМУ.
Материал и методы. Обследованы 281 студент 1 курса (средний возраст 18,1±1,4 года) и 6 курса 169 студентов ЮУГМУ (средний возраст 22,9±0,8 года), а также 166 учащихся младших курсов (средний возраст 19,0±1,0 года) и 178 учащихся старших курсов (средний возраст 20,0±1,0 года) медицинского колледжа ЮУГМУ. Оценка поведенческих ФР ХНИЗ проводилась по опроснику CINDI, уровня тревоги и депрессии – по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. Среди студентов 1 курса ЮУГМУ в сравнении с учащимися начальных курсов медицинского колледжа ЮУГМУ достоверно ниже распространенность нерационального питания (75,0 и 82,9%, $p < 0,05$), тревоги субклинического уровня (21,0 и 27,0%, $p < 0,05$), достоверно выше распространенность низкой физической активности (55,6 и 21,0%, $p < 0,05$), избыточного употребления соли (64,6 и 34,5%, $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (21,4 и 10,7%, $p < 0,05$). Установлено, что у студентов 1 курса ЮУГМУ риск депрессии увеличивается при наличии абдоминального ожирения – в 3,6 раза, и уменьшается при среднем балле успеваемости ≥4,5 – в 2,5 раз. Среди шестикурсников ЮУГМУ в сравнении с учащимися старших курсов медицинского колледжа ЮУГМУ ниже распространенность нерационального питания (86,4 и 99,1%, $p < 0,05$), избыточного употребления соли (30,2 и 60,2%, $p < 0,05$), тревоги клинического уровня (19,4 и 20,1%, $p < 0,05$) и выше частота встречаемости тревоги субклинического уровня (18,4 и 14,2%, $p < 0,05$). Риск депрессии у студентов 6 курса увеличивается при наличии избыточного употребления соли – в 2,9 раза, и уменьшается при избыточном употреблении сахара – в 3,6 раз.
Выводы. *Установлены значимые взаимосвязи уровня образования и наличия ФР ХНИЗ в молодежной популяции, а также вклад традиционных ФР в вероятность формирования тревожно-депрессивной симптоматики.*

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ СРЕДИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Гаврилова Е.С.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] НОВГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. В молодежной популяции важной задачей является раннее выявление и коррекция факторов кардиометаболического риска.
Цель. Провести оценку распространенности основных факторов кардиометаболического риска тревожно-депрессивной симптоматики среди обучающихся медицинского колледжа Южно-Уральского государственного медицинского университета.
Материал и методы. Проведено обследование 276 студентов медицинского колледжа ЮУГМУ (мужчин – 14,9%, женщин – 85,1%), средний возраст –19,7±2,5 года. Оценка факторов риска проводилась по опроснику CINDI. Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. Распространенность активного курения составила 18,5%, пассивного курения – 56,9%. Алкогольные напитки в течение последних 12 мес. употребляли 70,9% опрошенных, в малых дозах – 26,4%, избыточно – 4,3%. Выявлена высокая распространенность низкой физической активности (55,1%) и нерационального питания (83,6%). Дефицит массы тела был выявлен у 9,4% респондентов, предожирение – у 8,7%, абдоминальное ожирение – у 8,7%, АГ – у 4,4%. Распространенность тревоги составила 37,7% (субклинического уровня – 24,3%, клинического уровня – 13,8%), депрессии – 20,3% (субклинического уровня – 16,3%, клинического уровня – 4,0%). Выявлено, что среди женщин выше распространенность низкой физической активности (58,3 и 36,6% соответственно, $p < 0,05$) и ниже частота встречаемости курения (15,7 и 34,1%, $p < 0,05$). Риск тревоги увеличивается при наличии АГ – в 5,3 раза, избыточного употребления соли – в 2,0 раза, протективным эффектом обладает употребление алкоголя в малых дозах, снижающее риск развития тревоги в 2,0 раза; риск депрессии увеличивается при ИМТ $\geq 25,0$ кг/м^2 – в 3,8 раза, абдоминальном ожирении – в 2,6 раза, нерациональном питании – в 3,0 раза, низкой физической активности – в 2,2 раза.
Выводы. *Выявлена высокая распространенность пассивного курения, употребления алкоголя, низкой физической активности, нерационального питания, тревоги.*

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гаврилюк Е.В., Прибылова Н.Н., Авдеева Н.В.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. Системная воспалительная реакция является неотъемлемой частью большинства патологический состояний, в том числе это касается и сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и др. При этом уровень цитокинов является индикатором выраженности нарушений органов-мишеней и может явиться прогностическим критерием для оценки эффективности проводимой фармакотерапии.
Цель. Оценить уровень про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании и без ишемической болезни сердца (ИБС).
Материал и методы. Были обследованы 52 пациента в возрасте 46,3±5,6 года с установленным согласно федеральным клиническим рекомендациям диагнозом АГ, разделенных на две группы: 27 пациентов с АГ II стадии 2 степени (группа 1) и 25 с пациентов АГ III стадии 2 степени и ИБС (группа 2). В качестве контрольной (группы сравнения) группы нами использовались результаты обследования 26 здоровых людей (12 женщин и 14 мужчин). Цитокины (ФНО–α, ИЛ–1α, ИЛ–6, ИЛ–8, ИЛ–10, ИЛ–1Ra, ИЛ–2) выявляли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов ЗАО «Вектор–Бест» (Россия).
Результаты. У пациентов группы 1 в плазме крови была повышена концентрация ФНО–α (в 1,5 раза), ИЛ–1α (в 1,7 раза), ИЛ–6 (на 30%), ИЛ–8 (в 1,8 раза), ИЛ–10 (в 10,1 раза), ИЛ–1Ra (4 раза), неоптерина (в 2,6 раза) и ИЛ–2 (в 3 раза). У больных группы 2 в плазме крови выше от уровня у пациентов группы 1 концентрация ФНО–α, ИЛ–1α, ИЛ–6, ИЛ–8 и ИЛ–2, ИЛ–10, неоптерина и ИЛ–1Ra. У пациентов группы 1 на фоне антигипертензивной терапии наблюдается снижение в плазме крови ФНО–α, ИЛ–1α, ИЛ–6, ИЛ–8, ИЛ–1Ra, неоптерина и ИЛ–2 по сравнению с показателями до назначения системной антигипертензивной терапии, но не до уровня контрольной группы, тогда как у пациентов группы 2 наблюдается снижение в плазме крови ФНО–α, ИЛ–6, ИЛ–1Ra и неоптерина и ИЛ–2, но также не до уровня контрольной группы.
Выводы. *При АГ выявлено повышение концентрации провоспалительных (ФНО–α, ИЛ–1α, ИЛ–6, ИЛ–8) и противовоспалительных (ИЛ–10, ИЛ–1Ra) цитокинов, неоптерина, ИЛ–2, более выраженное у пациентов с ИБС.*

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Гагарин В.И.[1], Тарасова М.Г.[1], Дмитриева Н.Г.[2], Аммосов А.С.[3]
[1] ГАПОУ РС(Я) Якутский медицинский колледж им. В.А. Вонгродского, г. Якутск, Россия
[2] ГАУ РС(Я) Республиканская клиническая больница № 3, г. Якутск, Россия
[3] ГАУ РС(Я) Поликлиника № 1, г. Якутск, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) в Республике Саха (Якутия) в настоящее время является самой распространенной патологией эндокринной системы, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.
Цель. Изучить диабетическую нейроостеоартропатию (ДНОАП) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, по материалам лечебно-реабилитационного центра ГАУ РС (Я) «Республиканская клиническая больница № 3» МЗ РС.
Материал и методы. Для решения поставленной цели, в исследовании были включены 50 пациентов с жалобами со стороны опорно-двигательного аппарата (29 женщин и 21 мужчина) с СД 2-го типа в возрасте от 55 до 90 лет, прошедших стационарное лечение в лечебно-реабилитационном центре ГАУ РС(Я) «РКБ № 3» за 7-летний период (с 2019 по 2025 г.). Возраст пациентов колебался от 55 до 90 лет. Все пациенты проходили полное клиническое и лабораторно-инструментальное исследование. В динамике измеряли гликемию натощак и постпрандиальную гликемию, по показаниям оценивали гликемический профиль, в динамике контролировали уровень гликированного гемоглобина (НВА1с %). Проводили биохимические анализы, отражающие функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы.
Результаты. Жителей сельских местностей среди них 31,2% и городских – 68,8%. На диспансерном учете состоят 50 пациентов (100%). Выявлены следующие стадии ДНОАП: в активной стадии – 7 пациентов, в неактивной стадии – 43. Наибольшее высокий процент ДНОАП наблюдалось у больных с декомпенсированным и субкомпенсированным СД 2-го типа (НвА1с выше 8–9%). Клиническое течение диабетической нейроостеоартропатии у лиц пожилого и старческого возраста часто характеризуется умеренно выраженным воспалением (отек, локальная гипертермия, боль, повышенный риск травматизации при ходьбе), умеренной или выраженной деформацией суставов и ОДА. Часто осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. МРТ признаки в активной стадии – отек костного мозга, субхондральные трабекулярные микротрещины, повреждение связок, переломы с нарушением кортикального слоя. При неактивной стадии ДНОАП – остаточный отек костного мозга, кортикальная мозоль, выпот, субхондральные кисты, деструкция и дислокация суставов, нарушения хряща и связок, анкилоз, псевдоартроз. Таким образом, мы впервые изучали функциональное состояние ОДА у пациентов СД 2-го типа в пожилом возрасте и впервые описали МРТ признаки ДНОАП в обобщенном виде.
Выводы. *Клиническое течение СД 2-го типа у лиц пожилого и старческого возраста часто осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. У 43–54% пожилых пациентов имеется ДНОАП, которая требует медикаментозной коррекции. Нами получены данные, представленные в обобщенном виде на фактическом материале.*

ТРИМЕТИЛАМИН-N-ОКСИД КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Гадиева В.А.[1], Горбунова З.В.[2]
[1] ФГБОУ ВО СОГМА, город Владикавказ, Россия
[2] ГБУЗ Поликлиника № 4 МЗ РСО–Алания, город Владикавказ, Россия

Актуальность. Кардиоренальный синдром 2 типа (КРС–2) – прогрессирующее поражение почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Механизмы, определяющие почечную дисфункцию у пациентов без диабета, изучены недостаточно. Триметиламин-N-оксид (ТМАО) – метаболит кишечной микробиоты, ассоциированный с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом.
Цель. Оценить связь уровня ТМАО с функцией почек и динамикой СКФ у пациентов с ХСН без сахарного диабета.
Материал и методы. В исследование включены 70 пациентов с ХСН II–III ФК (NYHA) без диабета. Пациенты разделены на две группы: с сохранной функцией почек (СКФ ≥60 мл/мин./1,73 м², n=35) и с ХБП (СКФ < 60 мл/мин./1,73 м², n=35). Определялись уровни ТМАО (ИФА), NT-proBNP, липидный профиль, проводилась эхокардиография, оценка жесткости артерий (AIx). Наблюдение составило 12 мес.
Результаты. У пациентов с КРС–2 уровень ТМАО был значимо выше (8,3±2,1 μM vs 4,1±1,4 μM; p <0,001). Выявлена обратная корреляция ТМАО с исходной СКФ (r=–0,61; p <0,001). За 12 мес. снижение СКФ в группе с высоким ТМАО (выше медианы) составило –7,2 против 2,8 мл/мин. в группе с низким ТМАО (p <0,001). В многофакторном регрессионном анализе ТМАО оставался независимым предиктором снижения СКФ (β 3,42; 95% ДИ: –5,11 – –1,73; p <0,001) после поправки на возраст, NT-proBNP и исходную СКФ.
Выводы. *ТМАО является независимым предиктором снижения СКФ у пациентов с ХСН без сахарного диабета. Определение уровня ТМАО может быть использовано для стратификации риска развития КРС-2 в данной популяции.*

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Галина И.И., Тюрин А.В.
БГМУ, г. Уфа, Россия

Актуальность. Остеоартрит суставов кистей (ОАСК) является одной из наиболее распространенных форм остеоартрита у женщин в постменопаузе. В последние годы заболевание рассматривается как системный процесс, ассоциированный с возрастными и метаболическими нарушениями. Однако особенности коморбидной нагрузки при ОАСК изучены недостаточно.
Цель. Оценить коморбидную нагрузку у женщин в постменопаузе с ОАСК и ее взаимосвязь с индексом массы тела и минеральной плотностью костной ткани.
Материал и методы. В одномоментное сравнительное исследование включены 122 женщины в постменопаузе: 80 пациенток с ОАСК и 42 женщины контрольной группы. Коморбидность оценивали с использованием индекса коморбидности Чарлсона и индекса функциональной коморбидности. Выполняли антропометрию, двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию, кистевую динамометрию, оценку функциональных шкал AUSCAN и FIHOA, а также интенсивности болевого синдрома по ВАШ. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программ GraphPad Prism 8 и Microsoft Excel 2021.
Результаты. Пациентки с ОАСК характеризовались более высокой коморбидной нагрузкой по сравнению с контрольной группой как по индексу Чарлсона (1 [0; 2] против 0 [0; 1] балла; $p=0,0001$), так и по индексу функциональной коморбидности (3 [2; 4] против 1 [1; 2] балла; $p<0,0001$). Индекс Чарлсона положительно коррелировал с возрастом ($r=0,280$; $p=0,012$), индексом массы тела ($r=0,251$; $p=0,025$) и общей жировой массой ($r=0,219$; $p=0,050$). Коморбидная нагрузка увеличивалась по мере повышения индекса массы тела (ИМТ), однако не зависела от состояния минеральной плотности костной ткани. Среди сопутствующих заболеваний у пациенток с ОАСК статистически значимо чаще выявлялись облитерирующие заболевания периферических артерий и злокачественные новообразования без метастазов.
Выводы. *Женщины в постменопаузе с ОАСК имеют более высокую коморбидную нагрузку по сравнению с контрольной группой. Коморбидность ассоциирована с возрастом и увеличением массы жировой ткани. Полученные данные подтверждают системный характер ОАСК и необходимость комплексной оценки коморбидного статуса.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ШКОЛЬНИКАМИ: ПРЕДИКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ В ЦИФРОВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Галиханова Ю.И.[1], Шкляев А.Е.[2], Муравцева М.А.[2], Муравцева О.В.[1], Толмачев Д.А.[2]
[1] БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. В условиях цифровизации здравоохранения школьники рассматриваются как стратегический кадровый резерв отрасли. Формирование у них навыков критического мышления и цифровой гигиены на довузовском этапе является базисом будущей врачебной деятельности, залогом безопасности пациентов и соблюдения врачебной тайны при работе с медицинскими системами искусственного интеллекта (ИИ).
Цель. Оценить распространенность, характер и цели использования технологий ИИ школьниками для прогнозирования профессиональных рисков в цифровом здравоохранении.
Материал и методы. Проведено анонимное онлайн-анкетирование 122 школьников 9–17 лет (62,3% девушек, 37,7% юношей) по оригинальной анкете из 20 вопросов о цифровых привычках, ИИ-инструментах, учебных целях и рисках. Статистическая обработка выполнена методами описательной статистики (Excel, Statistica).
Результаты. Основным гаджетом для учебы у 90,2% учащихся является смартфон. С ИИ знакомы 98,4% школьников, 88,5% применяют нейросети регулярно. 68,8% относятся к ИИ положительно, ценя экономию времени (63,9%) и доступность (65,6%). Наиболее востребованы текстовые чат-боты (73,8%), переводчики (54,1%) и генераторы изображений (50,8%). Главными источниками знаний об ИИ выступают социальные сети (70,5%) и друзья (37,7%), тогда как роль школы и учителей минимальна (21,3%). Основные учебные цели: написание текстов, перевод и подготовка к контрольным. Выявлены паттерны, несущие угрозу для будущей медицинской практики: 45,9% никогда не сверяют факты из ИИ с другими источниками, а 29,5% и вовсе не считают ответы нейросетей недостоверными. Подобное слепое доверие к алгоритмам создает риск отказа от принципов доказательной медицины. Кроме того, 42,6% пренебрегают конфиденциальностью, вводя личные данные в публичные нейросети (предпосылки к будущим нарушениям врачебной тайны). Хотя 52,5% опасаются утраты самостоятельного мышления, остальные 47,5% не видят в этом проблемы. Готовность переложить мыслительную работу на алгоритмы создает прямую угрозу формированию клинического мышления будущих врачей.
Выводы. *Бесконтрольное использование ИИ школьниками формирует слепое доверие к информации и пренебрежение конфиденциальностью. Важно на довузовском этапе внедрять модули по ИИ-грамотности и биоэтике, закладывая основы доказательного мышления и этичного применения цифровых инструментов у будущих медиков.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО АМИЛОИДОЗА С МУЛЬТИОРГАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Галиханова Ю.И.[1], Шкляев А.Е.[2], Ипатова Н.Г.[1], Муравцева О.В.[1], Тарасова Е.В.[1], Дударев В.М.[2]
[1] БУЗ УР Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР, г. Ижевск, Россия
[2] ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, Россия

Введение. Системный амилоидоз – гетерогенная группа заболеваний, обусловленная внеклеточной депозицией нерастворимых фибриллярных белков в органах с развитием полиорганной недостаточности. Актуальность темы обусловлена полиморфизмом клинических проявлений, высокой летальностью и необходимостью совершенствования алгоритмов раннего распознавания.
Описание случая. Пациентка, 47 лет, поступила в гематологическое отделение 08.12.2025 с жалобами на выраженную общую слабость, быструю утомляемость, отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и пояснично-крестцовой области, одышку при незначительной нагрузке. Анамнез заболевания: с весны 2025 г. нарастание слабости, с июля – давящие боли в правом подреберье. При обследовании по данным компьютерной томографии (КТ): гепатомегалия с солитарным образованием левой доли печени. 01.11.2025 – пункционная биопсия печени с окраской конго красным, выявившая гиалиноподобные массы с яблочно-зеленым свечением в поляризованном свете, что подтвердило амилоидоз. В ноябре 2025 г. пациентка была проконсультирована смежными специалистами (гастроэнтерологом, эндокринологом, ревматологом). Установлен диагноз: системный амилоидоз III стадии с поражением печени, сердца, легких, лимфатических узлов, почек, селезенки, желудка и щитовидной железы; осложнения в виде хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса 37,5%, двустороннего гидроторакса, гидроперикарда, асцита и анасарки. Эхокардиография – диастолическая дисфункция II типа, легочная гипертензия, NT-proBNP – 8202 пг/мл, β2-микроглобулин – 3620 нг/мл, общий билирубин – 90,28 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 703,9 Ед./л, лактатдегидрогеназа – 530,82 Ед./л; М-градиент и белок Бенс–Джонса не обнаружены. ПЭТ/КТ от 06.12.2025 подтвердила картину анасарки, гепатоспленомегалии и внутригрудной лимфаденопатии без признаков метаболически активного опухолевого процесса. 10.12.2025 – резкое ухудшение состояния, несмотря на реанимационные мероприятия, констатирована биологическая смерть. Патологоанатомический диагноз: первичный генерализованный амилоидоз с поражением сердца, печени, почек, селезенки и поджелудочной железы.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Системный амилоидоз остается труднодиагностируемым заболеванием, требующим как можно более раннего начала патогенетической терапии. При генерализованных формах с мультиорганным поражением прогноз, как правило, неблагоприятный, что и было продемонстрировано в данном клиническом наблюдении.*

ФАТАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ EVALI-СИНДРОМА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

Галиханова Ю.И.[1], Шкляев А.Е.[2], Бобылева Е.С.[1], Муравцева О.В.[1], Стародубцева О.И.[1], Малыгина А.С.[1], Пантюхина А.С.[2]
[1] БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия

Введение. Распространение электронных систем доставки никотина (ЭСДН) привело к появлению EVALI-синдрома (E-cigarette or Vaping Product Use–Associated Lung Injury). Актуальность проблемы обусловлена сложностью ранней диагностики и высокой летальностью: клиническая картина EVALI часто маскируется под пневмонии, что задерживает назначение патогенетической терапии.
Описание случая. Представлен случай молодого пациента (студент вуза) с индексом массы тела 45,3 кг/м² (ожирение 3 степени) и 10-летним стажем регулярного потребления ЭСДН. Дебют заболевания в октябре 2025 г. характеризовался одышкой, выраженной слабостью и лихорадкой. Пациент неоднократно госпитализировался с диагнозом «двусторонняя полисегментарная пневмония» и получал курсы антибактериальной терапии, дававшие лишь временный эффект без купирования дыхательной недостаточности. В январе 2026 г. в связи с неуклонным нарастанием одышки и гипоксемии (сатурация 73% на воздухе) пациент был экстренно госпитализирован в пульмонологическое отделение. По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки выявлено диффузное интерстициальное поражение легких (ДИПЛ), двусторонний гидроторакс и признаки интерстициального отека легких. КТ-ангиопульмонография подтвердила тромбоэмболию трифуркации правой нижнедолевой легочной артерии. Лабораторно диагностированы выраженная гипергомоцистеинемия (>50 мкмоль/л), дефицит витаминов B_9 и B_{12}, макроцитарная гиперхромная анемия, тромбоцитопения, а также значимое повышение Д-димера и лактатдегидрогеназы. Течение заболевания осложнилось развитием синдрома Мэллори–Вейсса с желудочно-кишечным кровотечением на фоне антикоагулянтной терапии, что потребовало ее временной отмены. Несмотря на проведение эскалации респираторной поддержки (высокопоточная оксигенация, последующая интубация и ИВЛ), системной глюкокортикостероидной и симптоматической терапии, прогрессировала дыхательная недостаточность с развитием ОРДС и отека легких. На 16-й день лечения произошла остановка сердечной деятельности, проведенные в полном объеме реанимационные мероприятия без эффекта, констатирован летальный исход. Патологоанатомическое исследование подтвердило наличие ДИПЛ.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный фатальный случай демонстрирует высокую летальность EVALI-синдрома, маскирующегося под пневмонию, и обосновывает необходимость тщательного сбора анамнеза употребления ЭСДН у молодых пациентов с респираторными симптомами, резистентными к антибактериальной терапии.*

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ КАК ДЕБЮТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Гасанов М.З.[1], Лапина Е.С.[2], Гасанова А.В.[1], Понкрашова Д.А.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия
[2] ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Введение. AL-амилоидоз – заболевание, обусловленное внеклеточным отложением фибрилл, сформированных из моноклональных легких цепей иммуноглобулинов. Почки относятся к наиболее часто поражаемым органам; заболевание может проявляться протеинурией, нефротическим синдромом и артериальной гипертензией. Представленное наблюдение демонстрирует значение морфологического исследования почек для выявления плазмоклеточной дискразии.
Описание случая. Пациентка Б., 47 лет, в октябре отметила головную боль и повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Назначенная по месту жительства антигипертензивная терапия была недостаточно эффективной. При дообследовании выявлены увеличение СОЭ и протеинурия, в связи с чем для исключения гломерулонефрита ей была выполнена нефробиопсия. Морфологическое исследование выявило AL-амилоидоз почек и определило необходимость гематологического поиска.
В костном мозге обнаружено 36% клеток с плазмоклеточным иммунофенотипом и экспрессией CD38, CD138, CD56 и CD19. При исследовании белкового спектра крови выявлены М-градиент, гипоальбуминемия, увеличение фракций альфа-2- и бета-глобулинов, моноклональные свободные легкие цепи лямбда–типа. На основании совокупности данных диагностирована множественная миелома. Компьютерная томография и остеосцинтиграфия очагов остеодеструкции не выявили; обнаружены гепатоспленомегалия и гиперфиксация радиофармпрепарата в почках, печени и селезенке. Установлено системное поражение почек, печени и селезенки в рамках AL-амилоидоза. Пациентке было проведено восемь курсов терапии по схеме VD (бортезомиб, дексаметазон) в сочетании с антигипертензивной терапией. Артериальное давление нормализовалось, протеинурия уменьшилась. Через 6 мес. состояние пациентки ухудшилось, она была повторно госпитализирована с выраженными отеками стоп, голеней и лица. При осмотре сохранялась гепатоспленомегалия. СОЭ составила 25 мм/ч, общий белок – 42 г/л, альбумин – 25 г/л, суточная протеинурия – 3 г. С учетом сохраняющегося нефротического синдрома в схему лечения был добавлен циклофосфамид, продолжены антигипертензивная терапия и коррекция гипопротеинемии альбумином.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенность наблюдения заключается в том, что множественная миелома дебютировала поражением почек при отсутствии очагов остеодеструкции и других типичных проявлений основного заболевания. Резистентная артериальная гипертензия в сочетании с протеинурией требует расширенного диагностического поиска, включая исключение моноклональной гаммапатии. В представленном случае нефробиопсия стала ключевым этапом диагностики AL-амилоидоза и позволила установить его связь с плазмоклеточной дискразией. Ранняя верификация генеза поражения почек определила направление дальнейшего обследования и начало специфической терапии.*

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гасанов М.З.[1], Литвинов А.С.[1,2], Гасанова А.В.[1], Чулков В.С.[1]
[1] ФГБОУ ВО НовГУ имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия
[2] ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница», г. Великий Новгород, Россия

Введение. Семейная средиземноморская лихорадка (ССЛ) – наследственное аутовоспалительное заболевание, характеризующееся рецидивирующими приступами лихорадки и серозитов. Хроническое воспаление при ССЛ может потенцировать эндотелиальную дисфункцию и акселерацию атеросклероза. Особый клинический интерес представляет возникновение инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста при сочетании ССЛ с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска.
Описание случая. Пациент А., 40 лет, госпитализирован с загрудинной болью, одышкой и повышением артериального давления до 160/90 мм рт. ст. С 23-летнего возраста отмечал эпизоды фебрильной лихорадки с ознобом. Через год присоединились выраженные боли в животе, что привело к госпитализации и аппендэктомии, однако диагноз не подтвердился. У пациента была диагностирована ССЛ, назначен колхицин по 0,6 мг 2 раза в сутки. В дальнейшем он самостоятельно корректировал дозу препарата, что сопровождалось диареей и рвотой. В 40 лет появились приступы стенокардии. Очередной продолжительный приступ сопровождался слабостью и потливостью; в стационаре развилась фибрилляция желудочков, проведена реанимация. В палате интенсивной терапии состояние стабильное, артериальное давление – 145/80 мм рт. ст. Выявлены лейкоцитоз 13,9 х 10^9/л, С–реактивный белок 148 мг/л, общий холестерин 6,14 ммоль/л, КФК–МВ 88 Ед/.л. На ЭКГ зарегистрирован острый Q-инфаркт нижней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. Коронарография выявила стеноз проксимального отдела правой коронарной артерии до 95% с пристеночным тромбозом и стеноз одной из ее ветвей до 50–60%; остальные коронарные артерии – без гемодинамически значимых изменений. Выполнено стентирование правой коронарной артерии двумя стентами. Диагностированы инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, острая сердечная недостаточность I класса по Killip, ранняя постинфарктная стенокардия и фибрилляция желудочков; ССЛ находилась в стадии ремиссии. На фоне комплексной терапии состояние улучшилось.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенность случая состоит в атеротромботическом поражении коронарного русла с развитием острого инфаркта миокарда и жизнеугрожающего нарушения ритма сердца у молодого пациента с ССЛ. Наряду с артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией значение могла иметь персистирующая аутовоспалительная активность.*

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ

Гасанов М.З.[1], Батюшин М.М.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Саркопения часто встречается у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), получающих программный гемодиализ, однако ее прогностическое значение в этой популяции изучено недостаточно.
Цель. Оценить связь саркопении с выживаемостью пациентов с ХБП 5Д стадии.
Материал и методы. В исследование включены 347 пациентов с ХБП 5Д стадии, получавших лечение программным гемодиализом: 183 мужчины и 164 женщины, средний возраст 54,8±0,7 года. Скрининг риска саркопении проводили с помощью опросника SARC–F. Снижение мышечной силы определяли по кистевой динамометрии (<27 кг у мужчин и <16 кг у женщин), скелетн-мышечную массу оценивали методом биоимпедансометрии, физическую работоспособность – по скорости ходьбы, рассчитанной по тесту 6-минутной ходьбы (<0,8 м/с). Подтвержденную саркопению диагностировали при снижении скелетно-мышечной массы в сочетании со снижением мышечной силы и/или физической работоспособности. Период наблюдения составил 36 мес., исходом считали смерть от любой причины. Выживаемость оценивали методом Каплана–Мейера, группы сравнивали с помощью log-rank-теста. Независимые ассоциации определяли в регрессионной модели Кокса с поправкой на возраст, пол, наличие сахарного диабета, ишемической болезни сердца и длительности применения диализа.
Результаты. Риск саркопении по SARC–F был выявлен у 66 (19,0%) пациентов, снижение мышечной силы (вероятная саркопения) – у 67 (19,3%), подтвержденная саркопения – у 50 (14,4%), тяжелая саркопения – у 14 (4,0%). За период наблюдения зарегистрировано 73 летальных исхода. Среди пациентов с подтвержденной саркопенией умерли 18 из 50 (36,0%), без нее – 55 из 297 (18,5%). Выживаемость составила соответственно 64,0 и 81,5% (log-rank p=0,003). В модели Кокса подтвержденная саркопения была независимо ассоциирована с увеличением риска смерти (HR 1,95; 95% ДИ 1,13–3,39; p=0,017).
Выводы. *Подтвержденная саркопения ассоциирована со снижением выживаемости и почти двукратным увеличением риска смерти у пациентов с ХБП 5Д стадии. Таким образом, комплексная оценка мышечной массы, силы и физической работоспособности у пациентов с ХБП стадии 5Д позволяет верифицировать саркопению и выявлять лиц с высоким риском смерти.*

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5Д СТАДИИ

Гасанов М.З.[1], Батюшин М.М.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) широко распространена среди пациентов, получающих программный гемодиализ, однако прогностическое значение степени ее выраженности изучено недостаточно.
Цель. Оценить связь наличия и стадии БЭН с выживаемостью пациентов с ХБП 5Д стадии.
Материал и методы. В исследование включены 347 пациентов с ХБП 5Д стадии, получавших программный гемодиализ: 183 мужчины и 164 женщины, средний возраст 54,8±0,7 года. БЭН диагностировали по модифицированным критериям G.L. Bilbrey и T.L. Cohen с выделением I–III стадий. Период наблюдения составил 36 мес., исходом считали смерть от любой причины. Выживаемость оценивали методом Каплана–Мейера, различия – с помощью log-rank-теста. Связь стадии БЭН с риском смерти анализировали в регрессионной модели Кокса, рассматривая стадию как порядковую переменную. Дополнительно сопоставляли пациентов с III стадией БЭН и стадиями 0–II.
Результаты. БЭН выявлена у 295 (85,0%) пациентов: I стадия – у 198 (57,1%), II – у 77 (22,2%), III – у 20 (5,8%). За период наблюдения зарегистрировано 73 летальных исхода. Выживаемость при отсутствии БЭН и при I, II и III стадиях составила соответственно 84,6, 79,3, 79,2 и 60,0%. Наличие БЭН без учета стадии не сопровождалось статистически значимым снижением выживаемости: 78,0 против 84,6% (log-rank p=0,277). При увеличении стадии БЭН на одну градацию риск смерти возрастал на 31%, однако связь не достигла статистической значимости (HR 1,31; 95% ДИ 0,98–1,76; p=0,072). При III стадии выживаемость была достоверно ниже, чем при стадиях 0–II: 60,0 против 80,1% (log-rank p=0,024), а риск смерти – выше в 2,28 раза (95% ДИ 1,09–4,76; p=0,028). После поправки на возраст и пол связь сохранялась (HR 2,48; 95% ДИ 1,19–5,19; p=0,016).
Выводы. *Таким образом, наличие БЭН без учета степени ее тяжести недостаточно для стратификации прогноза у пациентов с ХБП 5Д стадии. В то же время III стадия БЭН была ассоциирована со снижением выживаемости и более чем двукратным увеличением риска смерти, что позволяет рассматривать ее как маркер неблагоприятного прогноза.*

ФЕНОТИПЫ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5Д СТАДИИ

Гасанов М.З.[1], Батюшин М.М.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) и саркопения часто встречаются у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, однако их фенотипическое разграничение может иметь клиническое и прогностическое значение.
Цель. Изучить распространенность, клинико-функциональные особенности и выживаемость пациентов с различными фенотипами БЭН и саркопении при хронической болезни почек (ХБП) 5Д стадии.
Материал и методы. Обследованы 347 пациентов на программном гемодиализе: 183 мужчины и 164 женщины, средний возраст 54,8±0,7 года. БЭН диагностировали по модифицированным критериям G.L. Bilbrey и T.L. Cohen, саркопению по критериям EWGSOP2. Выделены 4 группы: БЭН + саркопения, БЭН без саркопении, саркопения без БЭН и группа без обоих клинических состояний. Оценивали состав тела, нутритивные и функциональные показатели. Выживаемость в течение 36 месяцев анализировали методом Каплана-Мейера с применением log-rank-теста. Использовали критерии Краскела-Уоллиса и Фишера; $p < 0,05$.
Результаты. БЭН выявлена у 295 (85,0%), подтвержденная саркопения у 50 (14,4%) пациентов. Фенотип «БЭН+саркопения» установлен у 40 (11,5%), «БЭН без саркопении» – у 255 (73,5%), «саркопения без БЭН» – у 10 (2,9%); оба состояния отсутствовали у 42 (12,1%) пациентов. Медианы ИМТ в указанных группах составили соответственно 23,2; 25,8; 27,2 и 30,0 кг/м², жировой массы – 13,7; 19,1; 21,1 и 26,1 кг ($p < 0,001$ для обоих показателей). Скорость ходьбы была минимальной при сочетанном фенотипе: 0,68 против 1,00; 0,74 и 1,06 м/с ($p < 0,001$). Наиболее низкие медианы скелетно-мышечной массы и кистевой динамометрии отмечены при саркопении без БЭН: 18,1 и 15,7 кг соответственно ($p < 0,001$ и $p=0,003$). В обсуждаемых группах медианы абсолютного числа лимфоцитов составили 1,31; 1,30; 1,98 и $1,99 \times 10^9$/л ($p < 0,001$), общего белка – 66,2; 67,0; 69,2 и 70,0 г/л ($p=0,003$). Выживаемость составила соответственно 60,0; 80,8; 80,0 и 85,7% (log-rank $p=0,006$).
Выводы. *Фенотипы БЭН и саркопении при ХБП 5Д стадии характеризуются различным нутритивным и функциональным профилем. Сочетание БЭН и саркопении ассоциировано с наиболее выраженным снижением энергетических резервов и физической работоспособности, а также с меньшей выживаемостью. Фенотипирование может применяться для стратификации риска и планирования коррекции выявленных нарушений.*

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ КОРТИКОСТЕРОМА КАК ПРИЧИНА РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гасанова А.В.[1], Гасанов М.З.[1], Ланкина М.С.[2], Савицкая Д.А.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия
[2] ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Кортикостерома – гормонально-активная опухоль коры надпочечника, вызывающая эндогенный гиперкортицизм. Ее диагностика затруднена неспецифичностью ранних проявлений. Представленное наблюдение демонстрирует необходимость исключения эндогенного гиперкортицизма у пациентов с резистентной артериальной гипертензией.
Описание случая. Пациентка К., 50 лет, была госпитализирована с мышечной слабостью, утомляемостью, головной болью, одышкой при привычной нагрузке и повышением артериального давления до 220/120 мм рт. ст. Отмечала увеличение массы тела с преимущественным отложением жировой ткани на лице, животе и бедрах. В дебюте заболевания у нее была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; после лечения симптомы регрессировали, но сохранялась артериальная гипертензия.
В течение последующих нескольких месяцев стала отмечать прогрессирующее увеличение массы тела. При обследовании был выявлен повышенный уровень кортизола: в 08:00 – 1027 нмоль/л, в 16:00 – 998 нмоль/л; уровень АКТГ и результаты первичного инструментального обследования были без значимых отклонений. Диагностический поиск не продолжили, назначенная АГ-терапия стойкого эффекта не дала. Через 5 лет при повторном обращении у пациентки была выявлена проксимальная мышечная атрофия и неконтролируемая резистентная артериальная гипертензия. Уровень кортизола составил 715,72 нмоль/л; в малой дексаметазоновой пробе подавления секреции не произошло – показатель повысился до 945,1 нмоль/л. Альдостерон, глюкоза и АКТГ оставались в референсном диапазоне.
УЗИ выявило гипоэхогенное образование диаметром 38 мм между верхним полюсом левой почки и селезенкой; КТ подтвердила опухоль левого надпочечника. По данным МРТ аденома гипофиза не обнаружена. В заключительном диагнозе была установлена кортикостерома левого надпочечника, эндогенный гиперкортицизм, осложненные симптоматической артериальной гипертензией III стадии, 2-й степени, риск 4 и хронической сердечной недостаточностью I стадии, ФК II. После стабилизации артериального давления пациентке была выполнена левосторонняя адреналэктомия. Гистологически подтверждена светлоклеточная аденома коры надпочечника. Послеоперационный период протекал без осложнений: артериальное давление снизилось до 140/90 мм рт. ст., регрессировали мышечная слабость, утомляемость и одышка, нормализовался уровень кортизола – 427 нмоль/л в 08:00 и 398 нмоль/л в 16:00.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенность случая – длительное преобладание неспецифических проявлений гиперкортицизма при первоначально неинформативной визуализации и незавершенном диагностическом поиске. Сочетание резистентной артериальной гипертензии, перераспределения жировой ткани и проксимальной миопатии требует исключения эндогенного гиперкортицизма.*

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОВЫШЕННОГО РЕЗИДУАЛЬНОГО РИСКА С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА КОП–25

Гелеван ИИ., Объедкова Н.Ю., Маль Г.С.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Несмотря на возможности вторичной профилактики ишемической болезни сердца, сохраняется резидуальный сердечно-сосудистый риск, важным компонентом коррекции которого является приверженность лечению. При этом особенности приверженности пациентов в зависимости от наличия коморбидности изучены недостаточно.
Цель. Оценить и сравнить уровень приверженности гиполипидемической терапии и модификации образа жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия метаболического синдрома и сахарного диабета 2-го типа.
Материал и методы. В исследование включены 143 пациента мужского пола с ИБС, в том числе с коморбидной патологией, получавшие гиполипидемическую терапию. Пациенты распределены на 3 группы: ИБС (n=46), ИБС+МС (n=49), ИБС+СД 2-го типа (n=48). Для оценки уровня приверженности лечению и определения интегрального показателя приверженности был использован опросник КОП–25.
Результаты. Максимальный уровень интегральной приверженности выявлен в группе ИБС+СД 2-го типа – 68,85±7,90%, в группах ИБС и ИБС+МС данный показатель составил 64,39±7,12 и 61,71±7,37% соответственно. Анализ отдельных компонентов приверженности выявил статистически значимые межгрупповые различия. Наивысший уровень приверженности лекарственной терапии был отмечен в группе ИБС+СД 2-го типа (75,07%), в то время как в группе ИБС и ИБС+МС он составил 64,24 и 66,95% соответственно. Пациенты с сахарным диабетом (76,24%) и изолированной ИБС (75,78%) придерживались рекомендаций по модификации образа жизни чаще, чем пациенты с ИБС+МС, у которых данный показатель был существенно ниже и составил 50,02%.
Выводы. *Таким образом, выявленные различия могут свидетельствовать о важности повышенного внимания к пациентам с ИБС и МС и особенного контроля соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни как одного из ключевых направлений коррекции модифицируемых факторов резидуального сердечно-сосудистого риска.*

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ:
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ МНОИ МГУ ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА

Георгинова О.А., Габбасова Л.А., Краснова Т.Н., Мастерова М.М., Бабенко А.С., Домашенко М.А.
Медицинский научно-образовательный институт МГУ имени М.В. Ломоносова

Актуальность. Нарушения обмена мочевой кислоты приобретают возрастающее клиническое значение в связи с их ассоциацией с кардио-рено-метаболическими (КРМ) заболеваниями.
Цель. На основе данных МИС МНОИ МГУ изучить обращаемость, демографические характеристики и распространенность коморбидной патологии у пациентов с гиперурикемией.
Материалы и методы. Ретроспективное наблюдательное исследование на основе данных МИС МНОИ (с 01.01.2026 по 13.07.2026). Из 3145 пациентов выделена когорта с диагнозами M10/E79 – 174 человека (5,53%): стационарное лечение – 131 пациент (107 коморбидных), амбулаторное – 43. Для каждого пациента стационара определены все диагнозы по МКБ-10 с распределением по группам: кардиологические, нефрологические, метаболические, ревматологические, онкологические. Статистический анализ включал критерий Манна–Уитни, t-критерий, точный критерий Фишера, χ^2; поправку Бонферрони.
Результаты. Частота госпитализаций составила 41,65 на 1000 обратившихся; доля стационарных случаев – 75,29%. В стационарной когорте (n=107; Me 64 года [23; 88], M±SD 62,0±15,0): муж. – 55 человек (57,8±15,7 года; Me 61), жен. – 52 (66,4±13,0 года; Me 69). В КДО преобладали мужчины – 68,9% (42/61). У 107 стационарных пациентов выявлено 383 уникальных диагноза. Кардиологические заболевания присутствовали у 89,8%, метаболические – у 65,7%, нефрологические – у 60,2%. Онкологическая патология выявлена у 4,6%. У 95,4% пациентов обнаружено хотя бы одно КРМ-заболевание, у 39,8% – сочетание всех трех составляющих континуума. Наличие кардиологических и нефрологических диагнозов статистически значимо ассоциировано с более старшим возрастом (64,1±13,7 vs 44,0±14,9, p <0,001; 66,3±14,2 vs 55,6±14,0, p <0,001 соответственно).
Выводы. *НОМК в исследуемой когорте тесно связаны с тяжелым коморбидным фоном. Высокая доля госпитализаций пациентов с ГУ (75,29%) отражает системный характер поражения. Предварительное наблюдение о более частой ассоциации кардиологических диагнозов с гиперурикемией требует подтверждения на больших выборках.*

«РЕВМОСКРИНИНГ»: СТРУКТУРИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Георгинова О.А., Габбасова Л.А., Краснова Т.Н., Домашенко М.А.
Медицинский научно-образовательный институт МГУ имени М.В. Ломоносова

Актуальность. Ревматические заболевания (РЗ) относятся к числу значимых причин временной нетрудоспособности и снижения качества жизни населения. На уровне терапевтического приема отсутствует универсальный валидированный инструмент, способный на основании ключевых вопросов проводить дифференциальную диагностику у пациентов с артралгиями.
Цель. Разработка комплексного метода скрининга и ранней диагностики РЗ, обеспечивающего дифференциальную диагностику суставного синдрома, стратификацию риска и определение оптимальной маршрутизации пациента на этапе первичного звена.
Материалы и методы. Структурированный опросник из 17 вопросов: картирование суставного синдрома (моно-, олиго-, полиартрит), характеристика боли, припухлости, скованности, синовита и его длительности, внесуставные проявления (диарея, боли в пояснице, снижение роста, увеит, одышка, феномен Рейно), фотоиллюстрации (псориатический артрит, подагра), лабораторные отклонения (мочевая кислота, ревматоидный фактор). Расчет баллов основан на клинических рекомендациях РФ. Ответы распределяются по 10 модулям с категориями риска.
Результаты. На основе ответов пациента формируется один из 10 вероятных диагнозов: заболевания периартикулярных тканей, остеоартрит, остеопороз, подагра, ревматоидный артрит, реактивный артрит, системные заболевания соединительной ткани, псориатический артрит, анкилозирующий спондилит, серонегативный спондилоартрит. Для каждого модуля генерируется план обследования (лабораторные, инструментальные исследования, консультации специалистов). После дообследования пациент возвращается к терапевту для направления к ревматологу (срочного или планового).
Выводы. *Метод «РевмоСкрининг» обеспечивает системный подход к диагностике РЗ в первичном звене, повышает чувствительность скрининга, сокращает задержку до специализированной помощи, улучшает маршрутизацию и снижает дефекты медицинской помощи. Реализуется на планшете без дорогостоящего оборудования.*

ФЕНОТИПЫ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА У ЖЕНЩИН С ОСТЕОАРТРИТОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Гизатуллина Р.Р., Тюрин А.В.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Остеоартрит суставов кистей (ОАСК) является одной из наиболее распространенных форм остеоартрита у женщин в постменопаузе, все чаще рассматриваемая как системный процесс, ассоциированный с метаболическими нарушениями. Однако фенотипы состава тела при ОАСК изучены недостаточно.
Цель. Оценить распространенность фенотипов композиционного состава тела (КСТ) и их взаимосвязь с клинико-функциональными и биохимическими показателями у женщин с ОАСК в постменопаузе.
Материал и методы. Обследованы 80 женщин с ОАСК и 42 женщины контрольной группы. Оценивались индекс массы тела (ИМТ), состав тела и минеральная плотность костной ткани (МПКТ) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, индексы FIHOA и AUSCAN, боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), динамометрия, уровни интерлейкина-6, интерлейкина-1бета, лептина, адипонектина, хемерина, COMP, витамина D и С-реактивного белка (СРБ). Статистический анализ – StatTech v.4.15.0; $p < 0,05$.
Результаты. Изолированное ожирение выявлено у 46 (57,5%) пациенток, изолированное снижение МПКТ – у 7 (8,75%), изолированная саркопения – у 2 (2,5%), норма – у 4 (5,0%). Сочетанные фенотипы обнаружены у 21 (26,25%) пациентки: остеопеническое ожирение – у 12 (15,0%), остеосаркопеническое ожирение – у 4 (5,0%), саркопеническое ожирение – у 3 (3,75%), остеосаркопения – у 2 (2,5%). В контрольной группе выявлены: ожирение – у 34 (81,0%), остеопеническое ожирение – у 3 (7,1%), остеопения – у 1 (2,4%), норма – у 4 (9,5%). Пациентки с сочетанными фенотипами имели достоверно более низкие ИМТ (23,60 против 28,75 кг/м²; $p < 0,001$), Т–критерий L1–L4 (–2,85 против –0,40; $p < 0,001$), МПКТ (0,91 против 1,13; $p < 0,001$), ALM (аппендикулярная тощая масса) (15,56 против 18,10 кг; $p < 0,001$) по сравнению с изолированными ($p < 0,001$), при сопоставимых FIHOA, AUSCAN, ВАШ и динамометрии ($p > 0,05$). От контроля по этим же показателям достоверно отличались только сочетанные фенотипы ($p < 0,001$); изолированные не отличались ($p > 0,5$). У пациенток с саркопенией уровень СРБ был ниже, чем без нее (1,30 против 2,00 г/л; $p=0,026$).
Выводы. *Более четверти женщин с ОАСК имеют сочетанные фенотипы КСТ преимущественно за счет остеопенического ожирения. Дефицит костной и мышечной массы специфичен именно для сочетанных фенотипов и не характерен для изолированных фенотипов, что подчеркивает необходимость объективной оценки состава тела.*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВОХЛЕБКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НА АДИПОГЕНЕЗ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Горбатовская Е.Е., Долматова С.Е., Слесарева Т.А., Груздева О.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, ФГБНУ НИИ КПССЗ Министерства науки и высшего образования РФ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Вероятно, дисфункция эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ), являющаяся значимым патогенетическим звеном сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), развивается на этапе дифференцировки адипоцитов из мезенхимальных стволовых клеток (МСК). В связи с этим перспективным направлением является изучение растительных экстрактов, способных модулировать адипогенный потенциал МСК ЭЖТ и оказывать кардиопротективное действие, к числу которых относятся очищенные фракции корневища с корнями кровохлебки лекарственной.

Цель. Изучить *in vitro* влияние очищенных фракций корневища с корнями кровохлебки лекарственной (Sanguisorba officinalis L.) в концентрации 0,1, 0,5 и 1 мг/мл на адипогенный потенциал МСК ЭЖТ при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и 20 пациентов с аортальным стенозом (АС). ЭЖТ получали в ходе открытых операций на сердце. МСК, выделенные из ЭЖТ, дифференцировали в адипогенном направлении в нативных условиях и с добавлением очищенных фракций корневища с корнями кровохлебки лекарственной (Sanguisorba officinalis L.) в концентрации 0,1, 0,5, 1 мг/мл. В качестве критерия оценки жизнеспособности изолированных клеток использовали тест с трипановым синим, учет результатов проводился на автоматическом счетчике клеток. На 3-и, 15-е и 21-е сутки дифференцировки оценивали экспрессию мРНК генов ADIPOQ, LEP, LEPR1 и концентрацию соответствующих белков. Статистический анализ выполнен в STATISTICA 12.

Результаты. При оценке цитотоксического эффекта экстракта Sanguisorba officinalis L. в модели адипогенной дифференцировки МСК ЭЖТ, выделенных от пациентов с ИБС и АС, продемонстрировано умеренное снижение витальности относительно контроля в обеих группах. Динамика процесса зависела от стадии созревания клеток. Однако показатель выживаемости МСК ЭЖТ в процессе адипогенеза превышал порог в 80% вне зависимости от концентрации экстракта Sanguisorba officinalis L. При культивировании в нативных условиях МСК ЭЖТ, выделенных от пациентов с ИБС, на 15-е и 21-е сутки адипогенеза установлено статистически значимое увеличение экспрессии гена LEP и одновременное снижение уровней транскриптов ADIPOQ и LEPR1, что коррелировало с соответствующими изменениями секреторной активности клеток по сравнению с пациентами с аортальным стенозом (АС). Добавление фитоэкстракта S. officinalis приводило к дозозависимому восстановлению адипокинового профиля, причем максимальный эффект, сопоставимый с показателями в группе АС, достигался при концентрации 1 мг/мл.

Выводы. *Таким образом, S. officinalis способна направленно влиять на адипогенную дифференцировку МСК ЭЖТ у пациентов с ИБС, что позволяет рассматривать данный фитоэкстракт как перспективный агент для коррекции дисфункции ЭЖТ с потенциальным кардиопротективным эффектом.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНДЕКСОВ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Горбачева Е.Е., Туркина С.В.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Висцеральное ожирение (ВО) при нормальном индексе массы тела (НМТ) – распространенный фенотип, ассоциированный с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Избыток висцеральной жировой ткани служит самостоятельным фактором риска инсулинорезистентности, системного воспаления и окислительного стресса, независимым предиктором тяжелого течения НАЖБП, кардиометаболического риска даже при НМТ.
Для раннего выявления ВО необходимы простые антропометрические индексы, отражающие абдоминальное ожирение.
Цель. Сравнительная оценка выраженности висцеральной жировой ткани у пациентов с НАЖБП и нормальной массой тела на основе расчетных индексов оценки.
Материал и методы. В исследование включены 46 пациентов (22 мужчины/24 женщины, в возрасте 59 [49, 64] лет, ИМТ –18–24,9 кг/м^2) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) и НАЖБП. Проводилась оценка следующих индексов ВО: отношения окружности талии к росту (ОТ/Р). Пороговые значения: <0,5 – низкий риск (норма); 0,5–0,6 – повышенный риск; ≥0,6 – высокий риск. Индекс ВО (VAI) (Amato M.C. et al., 2010) (норма до 2,98).
Результаты. Соотношение ОТ/Р ≥0,5 отмечено в 47,0% случаев (ОТ/Р 0,4 [0,40; 0,56]); индекс VAI >2,98 – в 78% случаев и составил 4,55 единиц [1,8; 6,4], индекс BRI >6 (BRI 4,3, [1,9; 7,7]) выявлен у 22% пациентов с НАЖБП и НМТ. Отмечена корреляция VAI и BRI с индексом FIB 4 (r=0,6 для обоих индексов; p <0,05). Индекс VAI и ОТ/Р коррелировали с индексом массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) (r=0,5 и 0,6 соответственно; p <0,05). Индекс VAI коррелировал с толщиной задней левого желудочка (ТЗСЛЖ) (r =0,6; p <0,05).
Выводы. *Для раннего выявления ВО у пациентов с НАЖБП и НМТ целесообразно использовать индекс VAI как наиболее чувствительный и патогенетически обоснованный показатель, а при его недоступности для дополнительной оценки риска – комбинацию BRI и ОТ/Р.*

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ ИНДЕКСОВ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ КАРДИО-РЕНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Горбунов Н.Е., Неустроева А.Н., Лаас А.А.
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Кафедра факультетской терапии и гериатрии, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Кардио-рено-метаболический синдром (КРМС) характеризуется высоким риском сосудистых осложнений. Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЖБП) является модулятором инсулинорезистентности и системных воспалительных процессов. Использование неинвазивных индексов фиброза и стеатоза (HSI, FIB–4) в современной практике актуально для оценки тяжести поражения органов–мишеней (ПОМ) при КРМС.
Цель. Оценить значение неинвазивных маркеров стеатоза и фиброза печени в выраженности компонентов КРМС: артериальной гипертензии (АГ), поражения органов–мишеней (сердца, сосудов) и формировании сопутствующей ренальной дисфункции.
Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 66 пациентов в возрасте 45–100 лет (Me=67,9), госпитализированных в терапевтическое отделение № 1 КГБУЗ «ККБСМП № 2 им. З.С. Баркагана» (г. Барнаул) с заболеваниями – компонентами КРМС (АГ I–III ст., ХБП С1–С 4 ст., сахарным диабетом 2-го типа и метаболическим синдромом). Выполнялись антропометрия, измерение АД, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и определение уровня микроальбумина, УЗИ органов брюшной полости, дуплекс БЦА/артерий нижних конечностей, ЭхоКГ. Рассчитывались индексы фиброза (FIB–4), стеатоза (HSI), инсулинорезистентности (TyG). Было сформировано две группы: группа 1 – пациенты, имеющие стеатогепатоз по результатам УЗИ; группа 2 – лица с КРМС без признаков поражения печени.
Результаты. Худший контроль у пациентов со стеатозом печени АГ: достижение целевого АД в 31,43% случаев против 61,29% в контрольной группе (p=0,015). В основной группе выявлены более высокие значения САД при поступлении (p=0,0005) и более выраженное ожирение (p=0,021). Установлено, что маркер стеатоза HSI имеет статистически значимую прямую корреляционную связь с количеством компонентов метаболического синдрома (r=0,500, p <0,05), наличием сахарного диабета 2-го типа (r=0,413, p <0,05) и выраженностью ожирения (r=0,827, p <0,05, с увеличением потребности в многокомпонентной антигипертензивной терапии (r=0,317; p <0,05) и снижением вероятности достижения целевого АД при поступлении (r=–0,297, p <0,05). Кроме того, в нашем исследовании выявлена прямая корреляционная связь между индексом FIB–4 и индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (r=0,249; p <0,05). Средние значения рСКФ составили 69,8 [51,90; 82,20] мл/мин./1,73 м² в группе стеатоза против 62,8 [52,6; 84,6] мл/мин./1,73 м² в группе контроля (p >0,05). Показатели экскреции белка с мочой (p> 0,05) и уровень креатинина сыворотки (p >0,05) также значимо не различались между группами.
Выводы. *МАЖБП усугубляет течение КРМС: стеатоз печени ассоциирован с тяжелой, резистентной АГ и худшим гемодинамическим контролем. Неинвазивные индексы HSI и FIB–4 – доступные предикторы поражения органов–мишеней, позволяющие своевременно стратифицировать сердечно-сосудистые риски в рутинной практике.*

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПАТТЕРНЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ НИКОТИНСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Горбунов А.Ю.[1], Веселова Ю.О.[2]
[1] ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия
[2] ГБУЗ Московской области «Химкинская клиническая больница», Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена широким распространением электронных сигарет (ЭС) как альтернативного способа потребления никотина, особенно среди молодежи.
Цель. Провести анализ социально-демографических характеристик, особенностей образа жизни и пищевого поведения у жителей Московской области среди потребителей электронных систем доставки никотина (ЭСДН), курильщиков традиционных сигарет и некурящих.
Материал и методы. В кросс-секционное исследование включены 100 жителей Московской области (возрастная медиана 33,0 года), распределенных на три группы: 1-я группа (основная) – потребители электронных систем доставки никотина (ЭСДН, n=40),
2-я группа (сравнения) – курильщики традиционных сигарет (ТС, n=30), контрольная группа – некурящие лица (n=30). Проведено анкетирование, включавшее оценку социально-демографического статуса, жилищных условий, пищевого поведения, досуга и характеристик потребления никотиносодержащей продукции. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики, корреляционный анализ (коэффициент Пирсона) и методы сравнения групп (критерий χ^2, точный критерий Фишера, U–критерий Манна–Уитни для попарных сравнений).
Результаты. Респонденты 1-й и 2-й групп характеризовались нестабильной занятостью (33,3 и 36,7%) и проживанием в арендуемом жилье (38,1 и 40,0%) по сравнению с некурящими ($p < 0,05$). При этом среди некурящих преобладали лица с высшим образованием (46,7%), а у потребителей ЭСДН – среднее профессиональное (55,6%) и среднее общее (33,3%) образование. Для потребителей ЭСДН и курильщиков ТС характерен двухразовый режим питания и питание всухомятку – 61,9 и 66,7% по сравнению с некурящими, которые чаще придерживались традиционного трехразового режима (76,7%) ($p < 0,05$). В 1-й и 2-й группах отмечена тенденция к предпочтению высококалорийной пищи (мясные продукты – 88,9 и 86,7%, жареные блюда – 53,2 и 56,7%, сладости – 59,5 и 63,3%, мучные изделия – 41,3 и 43,3%). Практика здорового питания была значимо выше в контрольной группе (83,3%). Для потребителей ЭСДН характерны более частые, но кратковременные сеансы использования (59,5% использовали устройства меньше 1 ч в сутки, 5–7 затяжек за сеанс – 35,7%). При этом выявлена прямая корреляционная связь между концентрацией никотина в жидкости для ЭСДН и интенсивностью потребления (количество затяжек за прием), а также общим стажем электронного курения.
Выводы. *Проведенное исследование выявило существенные различия между группами некурящих, курильщиков и потребителей ЭСДН. Для потребителей ЭСДН и курильщиков ТС характерна нестабильная занятость, менее благоприятные жилищные условия, нерациональное пищевое поведение с преобладанием высококалорийного рациона.*

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Актуальность. Хронические заболевания (сахарный диабет, болезни легких, сердечная недостаточность) повышают риск тяжелой пневмококковой инфекции. Вакцинация – основной метод профилактики, но данные о долгосрочной эффективности у взрослых с коморбидной патологией в регионах ограничены. Сравнительная эффективность пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины (ПКВ13) и пневмококковой полисахаридной 23-валентной вакцины (ППСВ23), а также длительность защиты изучены недостаточно. Данное 10-летнее проспективное исследование в Красноярском крае показывает эффективность и безопасность пневмококковой вакцинации.
Цель. Оценить эффективность и безопасность вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции у пациентов с хроническими заболеваниями в Красноярском крае на основе 10-летнего проспективного наблюдения.
Материал и методы. В исследование включены 1060 пациентов с хронической патологией, привитых пневмококковой вакциной (ПКВ13 – 909 человек, 85,8%; ППСВ23 – 151 человек, 14,2%) в комбинации с противогриппозной вакциной. Оценивались показатели на 1000 пациентов за 12 мес. до вакцинации и в динамике: через 12 мес., 5 лет, 10 лет. Критерии оценки: частота развития внебольничных пневмоний, обострений основного заболевания, госпитализаций вследствие обострения основного заболевания, ОРВИ/гриппа. Эффективность была рассчитана по коэффициенту фактической эффективности.
Результаты. Среди вакцинированных ПКВ13 частота пневмоний снизилась с 12,10 до 3,2% через 12 мес. наблюдения, 0,9% составила через 5 лет и 0,3% через 10 лет. В группе ППСВ23 с 12 до 4% наблюдалось снижение через год, а через 5 и 10 лет мы видим повышение показателей 5,29 и 9,3% соответственно, что указывает на снижение эффективности вакцинации через 5 лет. У пациентов с ХЗЛ и ХСН зафиксировано стойкое снижение всех регистрируемых событий (ОРВИ, пневмонии, обострения, госпитализации) на протяжении 10 лет (показатели на 1000 человек снизились с 85–76 до 4–0 в отдельных группах).
У пациентов с СД также отмечено значительное уменьшение обострений и госпитализаций, особенно в первые 5 лет. Общее снижение числа пневмоний за 5 лет: в группе ПКВ13 – в 13 раз, в группе ППСВ23 – в 2 раза.
Выводы. *Вакцинация пневмококковыми вакцинами (особенно ПКВ13) в сочетании с противогриппозной вакциной у взрослых с хроническими заболеваниями демонстрирует высокую клиническую эффективность, стойкую в течение 10 лет, значительное снижение заболеваемости, числа обострений и госпитализаций.*

АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ СЕРДЦА В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Гордиенко Е.Н., Перминов А.А.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), несмотря на постоянный прогресс медицины, удерживают печальную пальму первенства в России и мире среди других нозологий. Изучение «сердечной темы» будущими врачами затрагивает многие аспекты, важные для представителей всех медицинских специальностей, а ее гуманистическое направление, которое характеризуется фразой великого Парацельса «Сила врача – в его сердце, величайшая основа лекарства – любовь» в наши дни особенно актуально.
Цель. Систематизировать аспекты исследований сердца студентами начальных курсов медицинских вузов с использованием учебных и научных инноваций, учитывая востребованность этих знаний в современной медицине.
Материал и методы. Представлены направления многочисленных креативных учебно- и научно-исследовательских работ студентов младших курсов, внедряемых в учебный процесс дисциплины Биология в Амурской ГМА последние 25 лет. Источниками научной информации для проектов служили работы из баз данных PubMed, e-Library, Scopus и клинический материал (истории болезни пациентов кардиологических отделений и Клиники кардиохирургии).
Результаты. При выборе темы для проектов в приоритете были многочисленные сердечно-сосудистые заболевания, доминирующие в современном обществе. Второе место занимало естественно-научное направление кардиологии в рамках филогенетики, этапов и факторов онтогенетики сердечно-сосудистой системы, молекулярной биологии миокарда, экогенетики, этногенетики. На протяжении многих лет студентов привлекает исторический аспект изучения фундаментальных и прикладных вопросов кардиологии, включая выдающиеся заслуги представителей признанной во всем мире отечественной школы. Многие молодые ученые отдают предпочтение гуманистическому направлению в науках о сердце, которое широко представлено в философии, теософии, искусстве, культуре, этике и психологии. В процессе такого рода исследований у вчерашних школьников формируется представление о том, что здоровье – это не только отсутствие болезни, но и состояние душевного благополучия. В условиях технологизации медицины гуманистическое направление объединяет медиков и пациентов и имеет особое значение в воспитании будущих врачей, которые должны уметь сопереживать пациенту, уважать его ценности и особенности внутреннего мира.
Выводы. *Студенты младших курсов медицинских вузов в своих исследованиях отдают предпочтение общим аспектам ССЗ с высокими показателями заболеваемости и смертности, однако оценивают важность фундаментальных знаний для успешного освоения практической медицины, интересуются достижениями отечественной и мировой кардиологии.*

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ

Горшенина Е.И., Левина Т.М., Куркина Н.В., Скоробогатова Л.Н.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. Субклинический гипотиреоз характеризуется повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) при нормальных уровнях свободного тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Легкий СГ диагностируется по умеренно высокому уровню ТТГ от 4,0–4,5 до 10,0 мкг/л. Ведущей причиной данного состояния является хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ). Влияние СГ на сердечно-сосудистую систему становится все более очевидным. СГ может приводить к дислипидемии, провоцировать развитие артериальной гипертензии.
Цель. Изучение влияния легкого субклинического гипотиреоза на параметры липидограммы.
Материал и методы. В исследование включены 28 пациентов с легким субклиническим гипотиреозом, обратившихся к эндокринологу с жалобами на дискомфорт в области шеи в медицинский центр «Сферамед» г. Саранска. Все пациенты женщины, что подтверждает более широкое распространение данного состояния у лиц женского пола. Контрольную группу составили 16 человек. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы по стандартному протоколу на аппарате Mindray i9, липидного спектра (ОХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ), тиреоидного статуса (ТТГ, Т3, Т4, АТ к ТПО). Критерии исключения: узловой зоб, субклинический гипертиреоз. манифестный гипотиреоз.
Результаты. У всех пациенток ведущей причиной развития СГ в исследовании явился ХАИТ, верифицированный по данным ультразвукового исследования на начальном этапе и подтвержденный повышенным уровнем АТ к ТПО. Главной характеристикой липидного спектра у пациентов с субклиническим гипотиреозом было достоверно более высокий уровень ОХС и ХСЛПНП, однако данные показатели находились в референтном для здоровых лиц диапазоне: уровень ОХС 4,38±0,1 и 3,66±0,1 ммоль/л соответственно, ХСЛПНП – 2,77±0,1 и 1,45±0,1 ммоль/л. Максимально выраженные достоверные различия отмечались при сравнении уровня ТГ: у лиц с СГ – 3,21±0,1 ммоль/л, а в контрольной группе– 2 ,23±0,1 ммоль/л. Уровень ХСЛПВП в группе пациентов с СГ оказался достоверно ниже – 1,64±0,1 против 1,77±0,1 ммоль/л у пациентов контрольной группы.
Выводы. *Выявленные изменения липидограммы в виде повышения ХС, ХСЛПНП у лиц с СГ, повышения уровня ТГ могут быть сопряжены с увеличением риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний в данной категории пациентов и требуют проведения сосудистых исследований.*

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гребенкина И.А., Попова А.А., Шилов С.Н.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Своевременное выявление и эффективная профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний позволяют предотвратить развитие болезней, избежать тяжелых осложнений и снизить показатели смертности. В российской системе здравоохранения ключевым инструментом профилактики выступает диспансеризация взрослого населения, главная цель которой – раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов, способствующих их возникновению.
Цель. Изучить частоту выявления повышенного кровяного давления (ПКД) и распространенность некоторых модифицируемых ФР сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации в динамике трехлетнего наблюдения.
Материал и методы. Проведен анализ результатов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (ПМО) в 2023–2025 гг. у населения, прикрепленного для оказания первичной медико-санитарной помощи к консультативно–диагностической поликлинике № 27 г. Новосибирска. Проводился осмотр обследуемого, опрос (анкетирование), расчет индекса массы тела измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина крови, глюкозы в крови натощак, электрокардиографическое исследование, рентгенография легких, измерение внутриглазного давления, определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска.
Результаты. По результатам исследования ПКД регистрировалась у 45% обследуемых в 2023 г., у 35% – в 2024 г., у 33% – в 2025 г. При этом ПКД было выявлен впервые в 2023 г. – у 7,7% обследуемых (из них 41% составили лица трудоспособного возраста), в 2024 г. – у 11% обследуемых (30% – лица трудоспособного возраста), в 2025 г. – у 15% обследуемых (3% – лица трудоспособного возраста). Клинически ассоциированные заболевания преобладали у лиц нетрудоспособного возраста, однако в 2025 г. наблюдался рост числа лиц трудоспособного возраста с впервые выявленной ишемической болезнью сердца (с 17% в 2024 г. до 32% в 2025 г.). На протяжении трех лет отмечался рост лиц, имеющих гиперхолестеринемию (ГХС), которая чаще выявлялась у лиц женского пола. Выявлена тенденция к увеличению доли мужского населения с ГХС – с 30% в 2023 г. до 47,6% в 2025 г. Отмечался рост доли курящих женщин (с 38,7% в 2023 г. до 43% в 2025 г.). Среди прикрепленного населения регистрировался рост ожирения с 2023 г. по 2025 г. на 18% в целом, с преобладанием лиц женского пола. Отмечается негативная динамика у мужчин: показатель распространенности ожирения увеличился с 27,4% до 42%.
Выводы. *Проведение диспансеризации и первичных медицинских осмотров показывает высокую распространенность среди городского населения факторов сердечно-сосудистого риска, что позволяет своевременно проводить их коррекцию.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА-ДОЛГОЖИТЕЛЯ В ВОЗРАСТЕ 101 ГОДА

Григорьева В.А., Демидов А.А., Демидова Л.А.
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, РФ

Введение. В последнее время сформировалась тенденция увеличения доли людей пожилого возраста. Во многих странах разрабатываются технологии, направленные на повышение активной трудоспособности населения [2]. Поэтому актуально рассмотрение клинического случая как примера комплексного подхода к оказанию медицинской помощи долгожителю с целю максимально продолжительного сохранения активного долголетия.
Описание случая. В данной научной работе приведен клинический случай полиморбидного пациента-долгожителя. Рассматривается вопрос о необходимости затрат ресурсов здравоохранения на как можно более продолжительное функционирование пациентов пожилого возраста как активных членов жизни общества.
Пациент С., 101 год, был госпитализирован в больницу в плановом порядке в ноябре 2025 г. При поступлении предъявлял жалобы на одышку, усиливающуюся при ходьбе, невозможность принять горизонтальное положение, пастозность голеней и стоп, слабость, ломящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки, учащенное сердцебиение.
В анамнезе: ОНМК 2008 г., в мае 2025 г. перелом правой шейки бедра, эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Пациент был осмотрен врачом-гериатром, проведена КГО. Пациент передвигается с помощью ходунков, однако следует обратить внимание на то, что дополнительное средство опоры стал использовать лишь после перенесенной травмы (перелом шейки бедра), т.е. до 100 лет передвигался самостоятельно. Пациенту выставлен гериатрический диагноз «старческая астения выраженной степени зависимости от посторонней помощи (Индекс Бартел 30). Снижение инструментальной активности (Индекс Лоутон 3). Синдром сенсорных дефицитов. Синдром падений. Преддементные когнитивные нарушения (MMSE 24). Синдром недержания мочи». Пациенту был проведен спектр лабораторных, инструментальных методов исследования. За время лечения, обследования состояние пациента стабилизировалось, с положительной динамикой. При выписке жалоб не предъявлял, отмечал улучшение самочувствия: повысилась толерантность к нагрузке, одышка стала значительно меньше, пастозности голеней и стоп нет, ангинозные приступы не рецидивируют, АД нормализовалось.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, необходим комплексный подход к лечению пациентов пожилого возраста, пациентов-долгожителей. Это связано с тем, что ресурсы здравоохранения должны быть направлены на как можно более продолжительное сохранение функционирования людей данного возраста как активных членов общества.*

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РИГИДНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гузенко Д.С.[1], Стаценко М.Е.[2]
[1] ГУЗ Поликлиника № 2, ФГБОУ ВО ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия
[2] ФГБОУ ВО ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия

Цель. Оценить влияние инсулинорезистентности (ИР) на ригидность магистральных артерий у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).
Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 человек с АГ и ОААНК (основная группа) и 50 пациентов с АГ без ОААНК (контрольная группа). Пациенты с СД в исследование не включались. Достоверных различий по основным клинико-демографическим характеристикам между пациентами выявлено не было. Проводилась оценка ИР по метаболическому индексу (МИ), предложенному Г.Е. Ройтбергом и соавт. (2014) (МИ=(ТГГлюкоза)/ЛПВП) и ТГ/ЛПВП, а также определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в магистральных артериях методом сфигмографии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью IBM SPSS Statistics. Для определения значимости различий использовался U–критерий Манна–Уитни. Результаты представлены в формате Me [Q1–Q3].
Результаты. В группе пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с больными с АГ без ОААНК были выявлены достоверно более высокие значения МИ (9,1 [6,7–12,4] vs 4,8 [4,2–5,9], p=0,0001) и ТГ/ЛПВП (1,46 [1,3–2,2] vs 0,96 [0,8–1,1], p=0,0001), а также значимое ускорение пульсовой волны в артериях мышечного типа на 58,4% (14,1 [13,2–15,4] vs 8,9 [8,4–8,1], p=0,001) и эластического типа на 98,6% (15,1 [12,6–15,3] vs 7,6 [7,57–9,7], p=0,001) по сравнению с больными с АГ без ОААНК. Проведенный логистический регрессионный анализ установил, что у пациентов с АГ и ОААНК при повышении ТГ/ЛПВП на 1 у. ед. риск ускорения СРПВ >10 м/с в артериях мышечного типа увеличивается на 3% (95% ДИ: 0,006–0,185, чувствительность 79,7%, специфичность 71,1%), а при повышении МИ на 1 у. ед. ускорение СРПВ в артериях эластического типа выше пороговых значений вырастает на 59,5% (95% ДИ: 0,46–0,77, чувствительность 70%, специфичность 70,2%). Модель определяет 50% дисперсии вероятности развития повышения СРПВ в артериях мышечного типа и 57,5% в артериях эластического типа.
Выводы. *У больных с АГ и ОААНК по сравнению с АГ без ОААНК достоверно чаще выявляется инсулинорезистентность. Рост МИ и индекса ТГ/ЛПВП достоверно увеличивает вероятность повышения ригидности в артериях эластического и мышечного типов, что свидетельствует о возрастании риска кардиоваскулярных осложнений.*

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гузенко Д.С.
ГУЗ Поликлиника № 2, ФГБОУ ВО ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия

Цель. Оценить состояние липидного обмена, инсулинорезистентности (ИР) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК).
Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов с АГ и ОААНК и 50 больных с АГ без ОААНК. Достоверных различий по основным клинико-демографическим характеристикам между пациентами выявлено не было. Проводилось определение показателей липидного профиля (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, не-ЛПВП плазмы крови, индекса атерогенности (ИА)), уровня глюкозы крови, наличие и выраженность ИР определяли по метаболическому индексу (МИ),
Г.Е. Ройтберг и соавт. (2014), и по индексу ИР–ТГ/ЛПВП. Статистическая обработка данных проведена с помощью IBM SPSS Statistics. Для определения значимости различий использовался U-критерий Манна–Уитни. Результаты представлены в формате Me [Q1–Q3].
Результаты. Статины получали 76% пациентов с АГ и ОААНК и 32% больных с АГ без ОААНК (среднегрупповые дозы статинов между собой статистически не различались). В группе пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с больными с АГ без ОААНК был выявлен достоверно более низкий уровень общего холестерина (4,36 [3,92–6,17] vs 6,31 [5,17–7,06], p=0,0001), ЛПНП (2,79 [2,08–3,76] vs 3,55 [3,47–4,55], p=0,001), не-ЛПВП (3,19 [2,67–5,17] vs 4,4 [3,95–5,61], 0,002). В то же время у пациентов с АГ и ОААНК по сравнению с пациентами с АГ без ОААНК отмечались достоверно более высокие значения холестерина ЛПОНП (0,72 [0,63–0,86] vs 0,59 [0,52–0,71], p=0,035), ТГ (1,59 [1,39–1,89] vs 1,3 [1,14–1,57], p=0,001), ИА (2,77 [2,32–4,92] vs 1,05 [0,86–3,2] p=0,0001), уровня глюкозы крови (5,81 [5,3–6,1] vs 5,09 [4,5–5,88], p=0,001), а также снижение ЛПВП (1,05 [0,89–1,25] vs 1,25 [1,2–1,72], p=0,0001) и более значимое нарушение ИР : МИ (9,1 [6,7–12,4] vs 4,8 [4,2–5,9], p=0,0001) и ТГ/ЛПВП (1,46 [1,3–2,2] vs 0,96 [0,8–1,1], p=0,0001).
Выводы. *У больных с АГ и ОААНК по сравнению с пациентами с АГ без ОААНК достоверно чаще выявляется повышение ЛПОНП, уровня ТГ и значимо более низкие показатели ЛПВП при одновременном достоверном повышении индекса ТГ/ЛПВП и МИ, что свидетельствует о высоком риске развития и прогрессирования атеросклероза.*

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТА С ОТЯГОЩЕННЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ

Гукасян Д.Ю., Караваев З.Д., Михайлова О.Д.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, Россия

Введение. Острая спаечная кишечная непроходимость – грозное осложнение абдоминальной хирургии, развивающееся у 50–75% пациентов со спаечной болезнью. Рецидивы при консервативной терапии составляют 12% в первый год и 20% через 5 лет.
В практике терапевта наибольшую сложность представляют стертые клинические формы, которые требуют своевременного хирургического лечения при неэффективности консервативной тактики.
Описание случая. Пациент, 18 лет, обратился в приемное отделение хирургии городской больницы г. Ижевска с жалобами на умеренные периодические боли внизу живота и затрудненное отхождение газов. Тошнота и рвота отсутствовали. Три года назад перенес лапароскопическое удаление новообразования желудка (хористома антрального отдела), осложнившееся несостоятельностью швов, разлитым перитонитом, пневмонией, гидротораксом и ранней спаечной непроходимостью, что потребовало трех релапаротомий и субтотального адгезиолизиса. После выписки проведены два курса противоспаечной терапии. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура
36,4 °С. Живот мягкий, болезненный в околопупочной и надлобковой областях. Симптомы раздражения брюшины отрицательные, перистальтика сохранена. Послеоперационные рубцы: срединный до 15 см и поперечный до 6 см. В анализе крови: лейкоциты $8{,}6\times10^9$/л, глюкоза 4,1 ммоль/л. На рентгенограмме брюшной полости чаши Клойбера не определялись. При УЗИ выявлен конкремент желчного пузыря 8×5 мм без признаков воспаления.
С диагнозом хронической спаечной болезни после введения спазмолитиков с кратковременным эффектом пациент направлен на амбулаторное лечение. Спустя 3 ч повторно обратился с усилением болей, тошнотой и рвотой желчью, госпитализирован с подозрением на ОСКН. Ввиду неэффективности консервативной терапии выполнена экстренная лапаротомия. Интраоперационно: выраженный спаечный процесс, петли тонкой кишки в спайке с рубцом, образуют двустволки на уровне 100 см от связки Трейтца до илеоцекального угла, дилатированы до 7 см в диаметре, серозная оболочка блестящая, перистальтика сохранена, жизнеспособны. Произведен адгезиолизис, санация, дренирование. В послеоперационном периоде восстановилась перистальтика, появился стул. Выписан на 8-е сутки.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *В описанном случае трудности диагностики ОСКН обусловлены отсутствием классических признаков (чаши Клойбера, перитонеальные симптомы) на ранних стадиях из-за спаечного процесса. Ключевое значение имеет своевременная хирургия при неэффективности консервативной терапии для предотвращения летальных осложнений.*

ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СПЕКТРАЛЬНЫЕ И ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВСР

Гулова Ш.Г., Курникова И.А., Завалина М.А., Мохаммед Х.Х.А.
Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. В структуре современной кардиоваскулярной патологии ожирение занимает лидирующие позиции. В клинической практике все более часто встречается случаи коморбидного течения ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), ассоциированных с ожирением.
Цель. Изучить особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов с ИБС и АГ на фоне ожирения по сравнению с пациентами без ожирения.
Материал и методы. В исследование включены 48 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст 58,4±6,7 года), распределенных по четырем группам по 12 человек каждая (6 мужчин и 6 женщин в каждой группе): 1-я группа – ИБС + ожирение; 2-я – ИБС без ожирения; 3-я – АГ + ожирение; 4-я – АГ без ожирения. Всем пациентам проводили оценку лабораторных маркеров, включая уровень глюкозы крови ХС ЛПНП и ХС ЛПВП, а также суточное мониторирование ЭКГ с автоматическим анализом временных показателей вариабельности сердечного ритма (SDNN, SDANN, pNN50) и спектральных параметров (ULF%, VLF%, LF%, HF%) в трех временных интервалах: сутки, день, ночь. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного обеспечения Statistica (версия 10).
Результаты. При анализе ХМ ЭКГ наиболее выраженные изменения ВСР зарегистрированы в группе АГ + ожирение: отмечено достоверное снижение SDNN в суточном (120,33 против 165,05 мс, p=0,011) и ночном (112,71 против 167,85 мс, p=0,001) периодах, что отражает снижение общей вариабельности ритма и парасимпатического влияния. Спектральный анализ в группе АГ с ожирением и без него не выявил значимых межгрупповых различий. В группе ИБС + ожирение, напротив, только зафиксировано достоверное повышение ULF% во все анализируемые периоды: сутки (57,41 против 26,88%, p=0,010), день (59,09 против 23,30%, p=0,002) и ночь (59,01 против 25,39%, p=0,002), что отражает напряжение центральных механизмов вегетативной регуляции.
Выводы. *Ожирение оказывает разнонаправленное влияние на автономную регуляцию в зависимости от нозологической формы: у пациентов с ИБС оно ассоциировано с увеличением ULF-волн, тогда как у пациентов с АГ ожирение приводит к глобальному снижению общей ВСР (SDNN).*

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ, ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Гусейнова З.Н.[1], Умуткузина Д.А.[2], Яковлев С.В.[3]
[1] ГБУЗ «ГКБ имени М.Е. Жадкевича ДЗМ», г. Москва, Россия
[2] ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия
[3] ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина ДЗМ», г. Москва, Россия

Актуальность. Инфекции представляют значимую клиническую проблему у госпитализированных пациентов терапевтического профиля, оказывая влияние на тяжесть состояния и исходы госпитализации. Особого внимания требуют нозокомиальные инфекции, развитие которых может сопровождаться органной дисфункцией и потребностью в интенсивной терапии.
Цель. Оценить клиническую значимость инфекционных осложнений у пациентов терапевтического профиля, их влияние на тяжесть состояния и исходы госпитализации.
Материал и методы. Проведено обсервационное исследование пациентов терапевтического отделения ГБУЗ «ГКБ имени М.Е. Жадкевича ДЗМ» (70 коек).
В исследование включались все пациенты, находившиеся в отделении в период с 24 ноября по 24 декабря 2025 г. В анализ включены 228 пациентов. У всех пациентов оценивали наличие внебольничных инфекций, а также нозокомиальных инфекций, развившихся после 48 ч пребывания в стационаре. Оценивали клинические характеристики, коморбидность, органную дисфункцию, потребность в интенсивной терапии и исходы госпитализации. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.
Результаты. Инфекции выявлены у 70 пациентов (30,7%): НИ – у 27 пациентов (11,8%), ВБИ – у 43 пациентов (18,9%). У пациентов с НИ индекс коморбидности Чарлсона был достоверно выше по сравнению с пациентами с ВБИ и без инфекции (6,4±2,7; 4,5±2,1 и 3,7±2,9 соответственно; $p < 0,001$). При НИ чаще выявлялись признаки органной дисфункции по сравнению с ВБИ: почечная недостаточность (34,6 против 9,3%; $p < 0,01$), декомпенсация основного заболевания (48,1 против 11,6%; $p < 0,001$). В терапевтическом отделении зарегистрировано 2 летальных исхода среди пациентов с инфекциями: 1 у пациента с НИ (3,7%; 1/27) и 1 у пациента с ВБИ (2,3%; 1/43). В связи с тяжестью состояния 13 пациентов с инфекцией были переведены из терапевтического отделения в ОРИТ, в том числе 8 пациентов с НИ и 5 пациентов с ВБИ. После перевода в ОРИТ зарегистрировано 3 летальных исхода: у 2 из 8 пациентов с НИ (25,0%) и у 1 из 5 пациентов с ВБИ (20,0%). При сравнении летальности между пациентами с НИ и ВБИ статистически значимых различий не выявлено ($p=1,000$; точный критерий Фишера).
Выводы. *Нозокомиальные инфекции у пациентов терапевтического профиля характеризовались более высокой коморбидностью и более частым развитием органной дисфункции по сравнению с внебольничными инфекциями. У части пациентов с инфекциями тяжесть состояния потребовала перевода в ОРИТ.*

АНАЛИЗ ШКАЛЫ FINDRISK И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Гуськова А.С., Синеглазова А.В., Фахрутдинова А.Ш.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Рост распространенности предиабета, его вклад в кардиометаболический риск и бессимптомное течение делают актуальной оценку доступных скрининговых инструментов и скрытых субклинических нарушений, что определяет интерес к прогностическому потенциалу шкалы FINDRISK у лиц молодого и среднего возраста.
Цель. Оценить 10-летний риск развития сахарного диабета 2-го типа (СД2) по значению шкалы FINDRISK у лиц с предиабетом в молодом и среднем возрасте и его взаимосвязь с кардиометаболическими факторами риска (КМФР).
Материал и методы. В обсервационное поперечное исследование были включены 49 амбулаторных пациентов (Me=48 [38–52,5]; 24 мужчины, 25 женщин) с нарушенной гликемией натощак. Проведены анализ медицинской документации, сбор анамнеза, оценка объективного статуса и КМФР, лабораторные исследования, определение риска развития СД2 по FINDRISK. Данные обработаны в SPSS, 26.
Результаты. Медиана баллов по шкале FINDRISK составила Me=13,0 [10; 17,5], что соответствует умеренному риску. Несмотря на наличие предиабета у участников исследования, высокий и очень высокий риск развития СД2 выявлен лишь у 40,8% пациентов, умеренный – у 18,4%, слегка повышенный – у 38,8%. Закономерно увеличение риска по FINDRISK было ассоциировано с более высокой частотой избыточной массы тела (p=0,002), конституционального (p=0,001) и абдоминального (p=0,001) ожирения, отягощенного семейного анамнеза по развитию СД2 (p=0,021), увеличением показателей индекса массы тела (rs=0,815, p=0,001), окружности талии (rs=0,766, p=0,000), возраста (rs=0,527, p=0,001). Кроме того, установлено, что увеличение риска развития СД2 ассоциировалось с артериальной гипертензией (p=0,000) и ростом показателей: окружности бедер (rs=0,568, p=0,005), гликированного гемоглобина (rs=0,561, p=0,001), систолического (rs=0,355, p=0,012) и диастолического (rs=0,331, p=0,02) артериального давления и снижением скорости клубочковой фильтрации (rs=–0,310, p=0,03).
Выводы. *Среди лиц молодого и среднего возраста с предиабетом более половины имели лишь умеренный или слегка повышенный 10-летний риск развития СД2. Баллы по шкале FINDRISC прямо коррелировали со значениями гликированного гемоглобина, окружности бедер и обратно – со скоростью клубочковой фильтрации.*

ТЯЖЕЛЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ИНФЕКЦИЕЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гуторова А.С.[1], Жарова М.Е.[1, 2]
[1] ФГБНУ Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского, Москва, Россия
[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Инфекция *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) может имитировать дебют воспалительного заболевания кишечника и одновременно утяжелять его течение. Сочетание этих состояний затрудняет интерпретацию симптомов и требует параллельного исключения инфекционной и иммуновоспалительной природы колита.
Описание случая. Мужчина, 30 лет, госпитализирован с кровавой диареей до 10–12 раз в сутки, тенезмами, болями в нижних отделах живота, лихорадкой и признаками обезвоживания. Заболевание началось за две недели до госпитализации после приема пищи вне дома. Первичное исследование кала на токсины *C. difficile* и основные кишечные патогены было отрицательным; фекальный кальпротектин превышал 1000. Терапия рифаксимином не дала стойкого эффекта. В стационаре выявлены лейкоцитоз до $24{,}1\times10^9$/л, повышение С-реактивного белка до 157,75 мг/л, анемия, тромбоцитоз и гипокалиемия. При повторном исследовании кала обнаружены токсины А и В *C. difficile*. Ультразвуковое исследование показало утолщение стенки толстой кишки во всех отделах до 6,2 мм. Колоноскопия выявила тотальный выраженный эрозивно-геморрагический колит с отеком, контактной ранимостью, множественными эрозиями и внутрислизистыми геморрагиями. Гистологически определялись хронический колит высокой степени активности, криптит и крипт-абсцессы со структурными изменениями, что подтвердило язвенный колит. Диагностирован впервые выявленный тотальный язвенный колит, тяжелая атака, ассоциированный с тяжелой инфекцией *C. difficile*. Назначены ванкомицин, инфузионная терапия и месалазин; после морфологического подтверждения диагноза системные и местные глюкокортикостероиды. На фоне лечения нормализовалась температура, уменьшилась частота стула, практически прекратилось выделение крови, купировались боли; С-реактивный белок снизился до 20,28 мг/л, а утолщение кишечной стенки регрессировало.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Положительный тест на токсины C. difficile у пациента с кровавой диареей не исключает дебют язвенного колита. Сохраняющиеся симптомы и выраженная воспалительная активность требуют повторного микробиологического исследования и проведения колоноскопии с биопсией. Своевременное распознавание сочетанной патологии позволило последовательно провести противоинфекционную и противовоспалительную терапию и добиться клинико-лабораторного улучшения.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Давлетова М.А., Ставцева Ю.В., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Системное воспаление играет важную роль в прогрессировании фибрилляции предсердий (ФП), однако клинические факторы, определяющие высокий воспалительный риск, в реальной практике остаются не до конца изученными.
Цель. Оценить распространенность и клинические факторы, определяющие повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ) ≥2 мг/л у пациентов с неклапанной ФП в условиях кардиологического стационара.
Материал и методы. В проспективный регистр включали пациентов с ФП (вне зависимости от формы), госпитализированных в отделения кардиологического профиля. Исключались больные с признаками активного инфекционно-воспалительного процесса. Оценивали клинико-демографические, лабораторные (СРБ, NT-proBNP, гемоглобин, креатинин, глюкоза, липидный профиль, ТТГ) и эхокардиографические (ФВ ЛЖ, ИОЛП) показатели. Пациенты были разделены на две группы: I – СРБ ≥2 мг/л, II – СРБ <2 мг/л.
Результаты. В исследование включены 582 пациента (медиана возраста –78 [72; 85] лет, женщины – 57,2%): группа I – 491 человек (84,4%), группа II – 91 (15,6%). Пациенты группы I значимо чаще имели ИБС (46,4 vs 26,4%; p <0,001), ХСН (93,7 vs 87,9%; p=0,004) и ХБП (38,1 vs 27,5%; p=0,024). В группе I пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы ФП регистрировались в 48,5, 14,9 и 36,7% случаев, во II группе – в 68,1, 14,3 и 17,6% случаев соответственно (p=0,0009). Больные с СРБ ≥2 мг/л отличались более тяжелым течением ХСН по NYHA (III ФК – 53,6 vs 38,8%, IV ФК –23,8 vs 7,5%; p <0,001), а также более высоким уровнем NT-proBNP (4470 [2207; 8732] vs 1750 [940; 4055] пг/мл; p <0,001). В структуре ХСН у пациентов группы I преобладала сохраненная ФВ ЛЖ (49,8%), доли сниженной и умеренно сниженной ФВ составили 30,2 и 20,0% соответственно. В группе II СНсФВ встречалась в 73,6% случаев, СНнФВ – в 9,9%, СНунФВ – в 16,5% (p <0,001). По данным многофакторного логистического регрессионного анализа единственным независимым предиктором повышения СРБ ≥2 мг/л являлся тяжелый ФК ХСН (референс – I–II ФК): III ФК (ОШ=10,09; 95% ДИ: 2,52–40,33; p=0,001) и IV ФК (ОШ=21,50; 95% ДИ: 3,27–141,32; p=0,001).
Выводы. *У большинства (84,4%) госпитализированных пациентов с неклапанной ФП отмечается повышенный уровень СРБ. Единственным независимым предиктором системного воспаления у данной категории больных выступала тяжесть функционального класса ХСН по NYHA.*

ЗА ПРЕДЕЛАМИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА: АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Дашеева А.С.
Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – ведущая причина сердечно-сосудистой смертности. Степень стеноза коронарных артерий (КА) при ИБС не позволяет комплексно характеризовать коронарный атеросклероз и не исключает ишемию. Сочетание количественной МСКТ-коронарографии и динамической однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) миокарда позволяет оценить атеросклеротические бляшки (АБ) и миокардиальный кровоток, однако взаимосвязь этих показателей изучена недостаточно.
Цель. У пациентов со стабильной ИБС изучить и сравнить количественные показатели коронарного атеросклероза при обструктивном и необструктивном поражении коронарных артерий и оценить их взаимосвязь с миокардиальным кровотоком и его резервом.
Материал и методы. В исследование включали пациентов со стабильной ИБС при обструктивном (≥50%, ОКА) и необструктивном (<50%, НОКА) поражении КА. По данным МСКТ-коронарографии количественно оценивали общий объем АБ, объемы их компонентов и атеросклеротическую нагрузку. При динамической ОФЭКТ определяли миокардиальный кровоток (МК) и резерв МК (РМК). Выполняли сравнительный, корреляционный, многофакторный регрессионный и ROC–анализы.
Результаты. Включены 100 пациентов: 60 – НОКА и 40 – ОКА. У пациентов с ОКА общий объем АБ был выше, чем при НОКА: 238 [195–286] против 142 [98–181] мм³ ($p < 0{,}001$), как и объем мягкотканного компонента: 128 [96–162] против 76 [54–103] мм³ ($p < 0{,}001$). Доля низкоплотностного компонента АБ также была выше: 18,6±6,4 против 12,3±5,1% ($p < 0{,}001$), при этом низкоплотный компонент АБ также выявлялся у 41% пациентов с НОКА. МК на нагрузке (стресс-МК) и РМК были ниже при ОКА: 1,42±0,38 против 1,71±0,41 мл/мин./г и 2,08±0,52 против 2,47±0,61 соответственно ($p < 0{,}001$). При НОКА стресс-МК <1,5 мл/мин./г выявлен у 29%, КР <2,0 – у 34% пациентов. РМК отрицательно коррелировал с общим объемом АБ ($\rho = -0{,}46$; $p < 0{,}001$) и мягкотканного компонента ($\rho = -0{,}51$; $p < 0{,}001$), слабее – со степенью стеноза ($\rho = -0{,}29$; $p = 0{,}01$).
В многофакторной модели объем мягкотканного компонента независимо ассоциировался со снижением РМК ($\beta = -0{,}38$; $p < 0{,}001$), в отличие от степени стеноза ($\beta = -0{,}12$; $p = 0{,}21$). Добавление количественных параметров АБ улучшало выявление сниженного РМК ($\Delta AUC = 0{,}09$; $p = 0{,}003$).
Выводы. *Оценка стабильной ИБС за пределами степени стеноза КА с применением количественной МСКТ-коронарографии и динамической ОФЭКТ позволяет комплексно характеризовать анатомические особенности коронарного атеросклероза и их функциональную значимость, в том числе при необструктивном поражении КА.*

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

Деветьярова Е.А.[1], Чесникова А.И.[2]
[1] ГБУ РО ЦГБ в г. Батайске, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Легочная гипертензия (ЛГ) сопровождается хронической перегрузкой сердца и формированием различных вариантов ремоделирования миокарда. Сравнительная оценка геометрии ЛЖ при ЛГ разного генеза позволяет уточнить механизмы поражения сердца, выделить эхокардиографические фенотипы и повысить точность дифференциальной диагностики и выбора тактики ведения пациентов с ЛГ.
Цель. Оценить типы ремоделирования ЛЖ у пациентов с ЛГ различного генеза по данным эхокардиографии.
Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов старше 18 лет с ЛГ разного генеза: идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ, n=30), ЛГ на фоне врожденных пороков сердца (ВПС, n=30), хронической тромбоэмболической ЛГ (ХТЭЛГ, n=30) и ЛГ на фоне хронической сердечной недостаточности ишемического генеза (ХСН–ИГ, n=30). Всем пациентам выполняли трансторакальную эхокардиографию, оценивая, помимо размеров и объемов левых и правых отделов сердца, показателей гемодинамики малого круга кровообращения, массу миокарда ЛЖ, относительную толщину стенок ЛЖ, геометрию ЛЖ.
Результаты. У пациентов с прекапиллярными формами ЛГ размеры и объемы ЛЖ оставались в пределах нормальных или умеренно измененных значений, при этом отмечалось выраженное ремоделирование правых отделов сердца. Анализ типов ремоделирования ЛЖ показал, что при ИЛАГ чаще выявлялось концентрическое ремоделирование ЛЖ – 17 (57%); нормальная геометрия встречалась у 5 (17%), концентрическая гипертрофия – у 4 (13%), эксцентрическая гипертрофия – у 4 (13%) пациентов. При ЛГ на фоне ВПС также в большем проценте случаев определялось концентрическое ремоделирование ЛЖ – 14 (47%); нормальная геометрия выявлялась у 8 (27%) пациентов, концентрическая гипертрофия – у 6 (20%), эксцентрическая гипертрофия – у 2 (7%). При ХТЭЛГ чаще сохранялась нормальная геометрия ЛЖ – у 14 (47%) пациентов, концентрическое ремоделирование отмечалось у 10 (33%) пациентов, концентрическая гипертрофия – у 5 (17%), эксцентрическая гипертрофия – у 1 (3%). У пациентов с ХСН–ИГ преобладала эксцентрическая гипертрофия ЛЖ – в 73% случаев (22 пациента), что статистически значимо отличалось от частоты встречаемости у пациентов с прекапиллярными формами ЛГ (pmg <0,001). Концентрическое ремоделирование ЛЖ при ХСН–ИГ не регистрировалось.
Выводы. *Выявлены разные типы ремоделирования ЛЖ: при ИЛАГ и ЛГ на фоне ВПС в большинстве случаев определялось концентрическое ремоделирование ЛЖ; при ХТЭЛГ чаще сохранялась нормальная геометрия ЛЖ. Для пациентов с ЛГ на фоне ХСН характерно преобладание эксцентрической гипертрофии ЛЖ.*

ОТЯГОЩЕННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Демина А.И.[1], Болотова Е.В.[2]
[1] ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1», Россия
[2] ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра терапии № 1, г. Краснодар, Россия

Актуальность. Формальное анкетирование не всегда позволяет отличить отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у родственников от недостаточной осведомленности пациента. Это может приводить к недооценке сердечно-сосудистого риска (ССР) у лиц, отнесенных к I группе здоровья.
Цель. Оценить частоту отягощенного семейного анамнеза у пациентов I группы здоровья и обосновать расширение его оценки на первом этапе диспансеризации.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов диспансеризации взрослого населения ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1» за 2025 г. В анализ включен 15 131 пациент I группы здоровья. Отягощенной наследственностью считали наличие инфаркта миокарда или мозгового инсульта у матери либо родных сестер до 65 лет, у отца либо родных братьев – до 55 лет. Рассчитывали абсолютные и относительные частоты и 95% доверительные интервалы. Возрастные группы сравнивали с помощью критерия χ^2 Пирсона; значимыми считали различия при $p < 0,05$.
Результаты. Отягощенный семейный анамнез выявлен у 2693 пациентов – 17,8% (95% ДИ 17,2–18,4). Среди них 2354 человека (87,4%) относились к возрасту 18–39 лет, 234 (8,7%) – 40–64 лет и 105 (3,9%) – 65 лет и старше. Частота признака внутри возрастных групп составила соответственно 21,0% (2354 из 11 196), 8,1% (234 из 2874) и 9,9% (105 из 1061); различия между группами были статистически значимыми ($\chi^2=308,15$; $p < 0,001$). Наиболее высокая распространенность отягощенного семейного анамнеза отмечена в группе 18–39 лет (в 2,6 раза выше, чем среди пациентов 40–64 лет, и в 2,1 раза выше, чем среди лиц ≥65 лет). Среди пациентов >40 лет отягощенная наследственность была выявлена у 339 человек, что составило 12,6% всех лиц с данным фактором риска. Полученные данные указывают на наличие значимой по численности группы клинически здоровых лиц, у которых уже на первом этапе диспансеризации определяется немодифицируемый фактор повышенного ССР.
Выводы. *Отягощенный семейный анамнез выявлен у каждого шестого пациента I группы здоровья; большинство таких пациентов были в возрасте 18–39 лет. Для повышения качества оценки риска целесообразно разделять ответы «нет» и «неизвестно», а выявленные возрастные различия следует интерпретировать с учетом возможного смещения.*

СКРЫТЫЙ КОНТИНГЕНТ ПОВЫШЕННОГО РИСКА СРЕДИ ЛИЦ С I ГРУППОЙ ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Демина А.И.[1], Болотова Е.В.[2]
[1] ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1», Россия
[2] ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кафедра терапии № 1, г. Краснодар, Россия

Актуальность. Отнесение пациента к I группе здоровья может создавать представление об отсутствии значимого риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Однако оценка состояния на момент обследования не всегда позволяет выявить лиц с высоким риском ХНИЗ, особенно в молодом возрасте.
Цель. Оценка распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) среди граждан, прошедших диспансеризацию, и выявление контингента повышенного риска среди пациентов I группы здоровья.
Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов диспансеризации взрослого населения ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1» за 2025 г.
В исследование включенs 49 050 человек. Рассчитаны абсолютные и относительные частоты, 95% доверительные интервалы. Возрастные группы сравнивали с помощью критерия χ^2 Пирсона; критический уровень значимости $p < 0,05$.
Результаты. К I группе здоровья отнесен 15 131 человек (30,8%), ко II – 4050 (8,3%), к III – 29 869 (60,9%). В общей выборке наиболее распространенными ФР ХНИЗ являлись избыточная масса тела – 33,5%, гиперхолестеринемия – 26,4%, ожирение – 22,6%, нерациональное питание – 15,6%, гипергликемия – 10,1% и низкая физическая активность – 9,7%. Вместе с тем у 2693 пациентов I группы здоровья выявлена отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям – 17,8% (95% ДИ 17,2–18,4). Среди них 2354 человека (87,4%) относились к возрасту 18–39 лет, 234 (8,7%) – 40–64 лет и 105 (3,9%) ≥65 лет. Возрастная распространенность признака составила соответственно 21,0, 8,1 и 9,9% (χ^2=308,15; $p < 0,001$). Наличие отягощенной наследственности отмечено у 2693 человек I группы здоровья, что составило 5,5% всей обследованной популяции. Наибольший вклад в формирование данного контингента внесли лица молодого возраста (18–39 лет), доля которых составила 15,6% от всей I группы здоровья. Практически у каждого шестого пациента I группы уже присутствовал значимый немодифицируемый ФР ССЗ, не отражающийся непосредственно на отнесении к группе здоровья.
Выводы. *В I группе здоровья выявлен скрытый контингент повышенного сердечно-сосудистого риска. Отнесение таких лиц к практически здоровым не должно завершать профилактический маршрут. Семейно-ориентированный подход может повысить выявляемость риска до появления клинически выраженного заболевания.*

КАРДИО-РЕНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ: СТРУКТУРА, ФЕНОТИПЫ, ВЛИЯНИЕ НА ВТОРИЧНУЮ НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Денисенко А.С., Чулков В.С.
ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) сопровождается высокой коморбидностью, влияющей на прогноз и ответ на генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ). Роль кардиометаболических факторов в формировании фенотипов ПсА и неэффективности терапии изучена недостаточно.
Цель. Оценить структуру коморбидности и ее влияние на вторичную неэффективность первого ГИБТ у пациентов с ПсА.
Материал и методы. Проанализированы данные 76 пациентов с ПсА (критерии CASPAR; 35 мужчин, 41 женщина; возраст 50,6±13,4 года; длительность ПсА Me 15 [9–24] лет). Учитывались сопутствующие заболевания, носительство HLA–B27, история ГИБТ.
Результаты. Коморбидное бремя составило 5,2±3,2 заболевания на пациента; лидировали коксартроз (81,6%), артериальная гипертензия (51,3%), гонартроз и гастропатия (по 50,0%), ожирение (39,5%), остеопороз (32,9%). Носители HLA–B27 (23,7%) имели меньшую длительность заболевания ($p < 0,05$) и чаще хроническую болезнь почек (27,8 против 5,2%; $p=0,016$). Женщины были старше и имели большее число коморбидной патологии (6 против 3 заболеваний; $p=0,016$), у мужчин чаще встречалась гиперурикемия (25,7 против 4,9%; $p=0,019$). Ожирение ассоциировалось с гипертензией ($p=0,017$), сахарным диабетом 2-го типа ($p=0,044$), гиперурикемией ($p=0,021$) и удвоением коморбидного бремени ($p < 0,001$). Факторный анализ выделил 7 клинически интерпретируемых факторов (метаболический, возрастно-инвалидизирующий, кардиоцеребральный, ренальный, деструкционный; 51,2% дисперсии). Независимым предиктором вторичной неэффективности первого ГИБТ (35,8%) явилось коморбидное бремя (OR 1,30; 95% ДИ 1,01–1,68); прогностическая модель: AUC 0,806, чувствительность 88%, специфичность – 65%.
Выводы. *Коморбидность при ПсА структурирована в клинически значимые фенотипы и независимо предсказывает вторичную неэффективность ГИБТ, что позволяет использовать ее оценку для стратификации риска.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ РОССИЙСКИХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Деревянченко М.В., Ивахненко И.В., Колесникова Е.О., Гучиан М.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ приверженности принципам здорового питания российских и иностранных студентов медицинского университета.
Материал и методы. Выполнено сравнительное перекрестное исследование особенностей питания студентов медицинского университета с использованием структурированного опросника. Было проведено анкетирование 374 респондентов от 20 до 40 лет (средний возраст 23,07±2,20 года), из которых 190 являлись гражданами РФ и 184 – иностранными обучающимися. Среди российских обучающихся преобладали женщины: 138 (72,6%) женщин и 52 (27,4%) мужчин, среди иностранных респондентов – мужчины: 118 (64,1%) мужчин и 66 (35,9%) женщин. Большинство иностранных студентов – жители стран Арабского региона (57,4%), Индии (22,4%) и Африканских стран (11,5%). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы StatTech v. 4.11.0 и Excel.
Результаты. Результаты сравнительного анализа продемонстрировали отсутствие статистически значимых различий в приверженности принципам здорового питания у студентов разных национальностей: 53,2% российских респондентов и 50,8% иностранных отметили, что придерживаются принципов правильного питания. Однако при детальном анализе было выявлено, что в реальности рационально питается меньшее количество студентов. Так, достаточное количество овощей и фруктов (400–500 г в день) употребляют только 37,4% российских студентов и 43,5% иностранных. Основной рацион большинства российских и иностранных студентов составляют мясо и мясные продукты, рыбу 2 и более раза в неделю употребляют 17,4% российских респондентов и 14,1% иностранцев. Значительную долю в питании студентов занимает фастфуд, при этом иностранные студенты употребляют его достоверно чаще: несколько раз в неделю фастфуд едят 15,8% российских студентов и 29,1% – иностранных ($p < 0,001$). Также иностранцам более свойственно досаливать приготовленную пищу по сравнению с российскими обучающимися: 74,9 против 36,8% ($p < 0,001$), что, вероятно, связано с национальными традициями.
Выводы. *Нерациональное питание является значимым модифицируемым фактором риска хронических неинфекционных заболеваний среди молодежи независимо от национальности.*

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Диомидова В.Н.[1], Журавлева Н.В.[1], Толмачева Н.В.[2], Смирнова Т.Л.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
[2] ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Старение населения обусловливает рост доли пациентов с множественными хроническими заболеваниями, что усложняет выбор тактики ведения и повышает риски неблагоприятных исходов. В условиях городской больницы, где значительная часть коечного фонда занята пожилыми пациентами, системный учет полиморбидности и гериатрических синдромов становится необходимым элементом обеспечения безопасности и качества медицинской помощи. Особую значимость приобретает снижение лекарственной нагрузки.
Цель. Оценить распространенность полиморбидности у пациентов старше 60 лет в БУ «Центральная городская больница» и определить ведущие гериатрические синдромы, влияющие на клиническую тактику.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 247 медицинских карт пациентов старше 60 лет, госпитализированных в терапевтическое отделение в 2025 г. Полиморбидность оценивали с помощью индекса CIRS G. Для выявления гериатрических синдромов применяли комплексную гериатрическую оценку (КГО), включавшую шкалу риска падений, скрининг мальнутриции по опроснику MNA и когнитивный скрининг с использованием шкалы MMSE.
Результаты. Полиморбидность носила выраженный характер: у 87% пациентов диагностировано 3 и более хронических заболевания, среднее число патологий на одного пациента составило 3,8%. Наиболее распространенными оказались два кластера коморбидности: сочетание артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и остеоартрита (39% случаев) и комбинация гипертензии, сахарного диабета 2-го типа и хронической болезни почек (27% случаев). Гериатрические синдромы выявлены у 68% обследованных. Чаще всего регистрировали риск падений (53%) и старческую астению (41%), мальнутрицию диагностировали у 32% пациентов. Высокая частота синдрома падений отражает снижение функциональной устойчивости и требует целенаправленных профилактических мер. Распространенность мальнутриции подчеркивает необходимость включения диетологического сопровождения в план ведения пожилых пациентов. Полипрагмазия (прием 5 и более препаратов) зафиксирована у 76% больных, что свидетельствует о высокой лекарственной нагрузке и потенциальном риске межлекарственных взаимодействий. В рамках оптимизации терапии внедрен мультидисциплинарный подход с участием клинического фармаколога и депрескрайбинга.
Выводы. *Сочетание множественных заболеваний и полипрагмазии формирует повышенный риск неблагоприятных событий и требует пересмотра традиционных подходов к назначению терапии.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ПАЦИЕНТКИ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Диомидова В.Н.[1], Журавлева Н.В.[2], Пушкина Н.С.[2], Гурьянова Е.А.[3], Ухтерова Н.Д.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
[2] ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, г. Чебоксары, Россия
[3] ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия

Введение. Аддисонический криз (острая надпочечниковая недостаточность) – это жизнеугрожающее состояние и высокоактуальная проблема неотложной помощи из-за стремительного развития жизнеугрожающих нарушений гемодинамики и электролитного баланса, раннее распознавание напрямую влияет на выживаемость.
Описание случая. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентки Е., 32 лет, госпитализированной в ОРИТ городской больницы с синкопальным состоянием и артериальной гипотензией (АД 70/40 мм рт. ст.). Изучены жалобы, анамнез, данные физикального осмотра, результаты лабораторных и инструментальных исследований, динамика состояния на фоне терапии. Пациентка предъявляла ряд неспецифических жалоб, которые нарастали в течение года: слабость, быстрая утомляемость, снижение массы тела на 10 кг, прекращение менструаций, гиперпигментация кожи, тяга к соленой пище. Госпитализирована в ОРИТ. Ключевые методы обследования включали: общеклинические анализы (ОАК, ОАМ); биохимический анализ крови с определением острофазовых показателей (СРБ, фибриноген), электролитов, функции почек, печеночных ферментов; оценку гликемии; гормональный профиль (кортизол, АКТГ, ТТГ, свободный Т4); инструментальные методы: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенография органов грудной клетки, МРТ головного мозга, КТ забрюшинного пространства; специализированные тесты (диаскинтест для исключения туберкулеза надпочечников). Диагноз «первичная хроническая надпочечниковая недостаточность (НН), впервые выявленная. Острый надпочечниковый криз» установлен на основании клинических признаков (гиперпигментация кожных покровов и низкий ИМТ (15,2 кг/м²) и лабораторных критериев НН: снижение кортизола до 13,8 нмоль/л (норма 138–690 нмоль/л), повышение АКТГ до 769,0 пмоль/л (норма 72–633 пмоль/л); умеренная гиперкалиемия (калий 5,3 ммоль/л); признаки анемии хронического воспаления и повышение острофазовых маркеров. Инструментальные исследования (МРТ, КТ) позволили исключить вторичные причины. Назначена заместительная терапия гидрокортизоном, диета.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай подчеркивает необходимость высокой настороженности врачей различных специальностей в отношении редких эндокринных заболеваний и важность междисциплинарного подхода к ведению пациентов с неспецифической симптоматикой.*

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

Дорогова Э.А., Богулко К.А., Ауэр Д.Р., Летаева М.В.
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Синдром падений – один из ключевых гериатрических синдромов, исходом которого выступает инвалидизация лиц пожилого возраста. Мальнутриция служит предиктором саркопении и нейросенсорных нарушений, чем повышает риск падений. Оценка риска падений в зависимости от нутритивного статуса необходима для раннего выявления пациентов группы риска и профилактики переломов.
Цель. Оценить риск падений у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от нутритивного статуса.
Материал и методы. В исследование включены 30 пациентов: 22 мужчины (73,3%) и 8 женщин (26,7%). Средний возраст пациентов составил 66,5 [60; 86] года. Нутритивный статус оценивался по шкале MNA. Риск падений оценивался по шкале Морсе и шкале самооценки риска падений.
Результаты. По результатам оценки риска недостаточности питания по шкале MNA все пациенты были разделены на две группы: группа I – пациенты с риском мальнутриции – 4 пациента (13,3%), группа II – пациенты без риска мальнутриции – 26 пациентов (86,7%). При оценке риска падений по шкале Морсе выявлено, что в группе I высокий риск падений был зафиксирован у 3 пациентов (75%), в группе II – у 12 пациентов (46,2%). При оценке риска падений по шкале самооценки риска падений было выявлено, что в группе I высокий риск был диагностирован у 1 пациента (25%), низкий – у 1 пациента (25%), риск падений отсутствовал у 2 пациентов (50%). В группе II высокий риск падений был зафиксирован у 2 пациентов (7,7%), низкий – у 3 (11,5%), риск падений отсутствовал у 21 пациента (80,8%).
Выводы. *Таким образом, пациенты с установленным риском мальнутриции демонстрируют тенденцию к более высокому риску падений, что указывает на возможную взаимосвязь между недостаточностью питания и субъективно оцениваемой неустойчивостью при ходьбе.*

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Дорохина К.Р., Хромцова О.М., Фоминых М.И.
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Пациенты с перенесенным эпизодом острой тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) склонны к развитию тревожных расстройств, влияющих на снижение качества жизни. Психическое здоровье у пациентов с ТЭЛА нарушается из-за посттравматического стрессового расстройства, тревожности и депрессивных симптомов. Тревожность может сохраняться в течение двух лет после ТЭЛА и усиливаться на фоне сохранения одышки. Молодые пациенты подвержены более высокому риску развитию тревожного расстройства после ТЭЛА.
Цель. Оценить уровень тревоги и депрессии у пациентов через 3 и 12 мес. после эпизода острой ТЭЛА.
Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование на базе ГБУЗ СО «ЦГБ 7» г. Екатеринбурга в 2023–2025 гг. пациентов с перенесенной верифицированной острой ТЭЛА. Проведено анкетирование по опроснику HADS через 3 и 12 мес. после острого события. Контрольную группу составили 70 здоровых пациентов, сопоставимых по возрасту и полу. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. В исследование были включены 76 пациентов с перенесенной ТЭЛА. Распределение по полу 43 женщины (57%) и 33 мужчины (43%), медиана возраста составила 66 лет [61; 78]. Через 3 мес. средний уровень тревоги составил 11,3 балла, уровень депрессии 9,8 балла, что соответствует клинически значимой тревоге [p=0,018] и субклинической депрессии [p=0,023]. Через 12 мес. уровень тревоги снизился и составил 6,8 балла [p=0,078], уровень депрессии также снизился до нормальных показателей 5,4 балла [p=0,12], что не показало различий с контрольной группой.
Выводы. *Тревожно-депрессивные расстройства распространены в раннем восстановительном периоде после эпизода острой ТЭЛА (в первые 3 мес.), при этом к концу первого года данные симптомы регрессируют. Ранняя психотерапевтическая коррекция помогает в ранней реабилитации и улучшении качества жизни пациента.*

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ КАБИНЕТА ВРАЧА-ГЕРИАТРА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ЦГБ № 7 Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Дорохина К.Р., Хромцова О.М., Фоминых М.И.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Неуклонное старение населения в России требует более детального тщательного мониторинга за лицами пожилого и старческого возраста. Выявление гериатрических синдромов на этапе любой госпитализации помогает выявлять их на ранней стадии и проводить раннюю коррекцию. Ключевым гериатрическим синдромом, ассоциированным с неблагоприятным прогнозом у лиц старческого возраста, является старческая астения. Встречаемость старческой астении по данным исследований варьирует от 26,1 до 52,3%.
Цель. Выявить распространенность старческой астении у госпитализированных пациентов старше 75 лет в многопрофильном стационаре.
Материал и методы. Использовались данные медицинских карт стационарного больного ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга за 2026 г. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 20.0.
Результаты. Кабинеты гериатра в многопрофильном стационаре г. Екатеринбурга начали работу в январе 2026 г. За первую половину 2026 г. (январь–июль) было госпитализировано 2646 пациентов старческого возраста (старше 75 лет) в многопрофильный стационар ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга с хирургическими, терапевтическими койками (всего 530 коек). Комплексная гериатрическая оценка (КГО) была проведена 267 пациентам, из них 149 женщин (59%), 118 мужчин (41%). Критерием отбора на КГО послужил результат по шкале «Возраст не помеха» 5–7 баллов. По результатам КГО синдром старческой астении выявлен у 222 (83%) пациентов, при этом у женщин данный синдром встречался чаще. Преастения была выявлена у 38 пациентов (14%). Синдром саркопении установлен у 85,3% пациентов по результатам скринингового опросника SARC–F, динамометрии. По лабораторным показателям гипопротеинемия и гипоальбуминемия были выявлены у 72,4% пациентов, разница распределения по полу не выявлена ($p < 0,05$). Синдром мальнутриции установлен у 36,7% пациентов, преобладал у женщин ($p < 0,05$). При этом саркопеническое ожирение выявлялось чаще и встречалось в 42,7% случаев.
Выводы. *Процент выявляемости старческой астении выше в стационаре, чем в амбулаторных условиях. Всем пациентам со старческой астенией в сочетании с саркопенией была рекомендована госпитализация в гериатрическое отделение и наблюдение гериатром в поликлинике.*

СООТНОШЕНИЕ ЧАСТОТНЫХ ПАРАМЕТРОВ ОСИ «МОЗГ–СЕРДЦЕ» КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Доценко А.А.[1], Ардашев В.Н.[2], Масленникова О.М.[1]
[1] ФГБУ ДПО ЦГМА УДП РФ, г. Москва, Россия
[2] ФГБУ Клиническая больница № 1 УДП РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) сопряжена с высоким риском кардиоэмболических осложнений, однако существующие шкалы стратификации не всегда позволяют точно выделить пациентов с наибольшей угрозой цереброваскулярных событий. Изучение частотных характеристик взаимодействия сердца и мозга открывает перспективы для поиска дополнительных объективных маркеров риска.
Цель. Оценить возможность использования частотных характеристик взаимодействия головного мозга и сердца для выявления риска неблагоприятного течения заболевания у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).
Материал и методы. Обследованы 30 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе и сопутствующей ФП. Группу сравнения составили больные с ФП без перенесенных цереброваскулярных событий. Всем участникам синхронно выполнялись регистрация вариабельности сердечного ритма (ВСР) и электроэнцефалография (ЭЭГ) с последующим анализом частотных параметров обоих сигналов.
Результаты. Выявлена достоверная взаимосвязь между показателями ВСР (RMSSD, SDNN, стресс-индекс) и степенью неврологического дефицита по шкале NIHSS.
У пациентов, перенесших ОНМК, наблюдалось снижение выраженности альфа-ритма и увеличение доли медленноволновой активности (дельта- и тета-диапазонов) по данным ЭЭГ. На основе сочетанного анализа частотных характеристик сердца и мозга предложен интегральный индекс кардиоцеребрального статуса, отражающий баланс между альфа-ритмом и показателем активности регуляторных систем. Данный показатель позволил выявить различия между группами пациентов с разным анамнезом.
Выводы. *Частотные параметры оси «мозг–сердце» коррелируют с клинико-нейрофизиологическими показателями у пациентов с ФП. Их прогностическая значимость требует подтверждения в проспективных исследованиях.*

БИОМАРКЕРЫ ПИРОПТОЗА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ

Дрогашевская Н.В., Тимофеев Ю.С., Джиоева О.Н.
НМИЦ Терапии и профилактической медицины, г. Москва, Россия

Актуальность. Ожирение является значимым фактором ремоделирования миокарда у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). Воспалительная форма программируемой клеточной гибели – пироптоз, реализующаяся за счет белков инфламмасомного комплекса, является потенциальным патобиохимическим механизмом, связывающим ожирение и патогенез ГБ.
Цель. Провести анализ сывороточных концентраций белков инфламмасомного профиля: NLRP3, интерлейкинов (ИЛ-1β, ИЛ-18) и данных трансторакальной ЭХО-КГ у пациентов с ГБ в зависимости от степени ожирения.
Материал и методы. В исследование включены 156 пациентов с ГБ: без ожирения (n=54), с ожирением 1 ст. (n=55) и 2 ст. (n=43), сопоставимые по полу и возрасту. Уровни белков в крови оценивали с помощью ИФА (наборы Cloud–Clone и Вектор–Бест) на анализаторе MultiscanFC. Трансторакальная ЭХО-КГ проводилась по стандартному протоколу.
Результаты. Концентрация NLRP3 выше при ожирении 1 ст.: 0,14 [0,0–0,201] нг/мл и 2 ст.: 0,153 [0,0–0,226] нг/мл по сравнению с группой без ожирения: 0,0 [0,0–0,14] нг/мл (p=0,016 и p <0,001 соответственно). Частота выявления NLRP3 (>0,12 нг/мл) возрастала с увеличением степени ожирения: 25,9, 54,5 и 74,4% (p <0,01). В многофакторной модели с поправкой на пол и возраст, ожирение 1 ст. (OR=3,539; 95% ДИ 1,416–8,849; p=0,007) и 2 ст. (OR=6,013; 95% ДИ 1,837–19,683; p=0,003) независимо ассоциировались с выявлением NLRP3. Гиперсекреция ИЛ–1β (>11 пг/мл) была ассоциирована с нарушениями ритма сердца, кроме ФП (OR=9,951; 95% ДИ 2,238–44,242; p=0,003) и патологией щитовидной железы (OR=5,742; 95% ДИ 1,044–31,583; p=0,045). Повышенная секреция ИЛ–18 (>260 пг/мл) независимо ассоциировалась со значением шкалы SCORE2 (OR=1,174; 95% ДИ 1,062–1,297; p=0,002). По данным ЭХО-КГ толщина задней стенки ЛЖ была выше при ожирении 1 и 2 ст. (p=0,022 и p=0,043 соответственно). Многофакторный анализ с поправкой на пол и возраст показал независимые ассоциации с ОТС >0,42 (OR=3,706; 95% ДИ 1,312–10,470; p=0,013) и гипертрофией задней стенки ЛЖ (OR=2,739; 95% ДИ 1,184–6,334; p=0,019) только для ожирения 2 ст.
Выводы. *Ожирение 1 и 2 ст. является независимым фактором, ассоциированным с уровнем NLRP3 в исследуемой группе. Наиболее выраженные эхокардиографические изменения наблюдаются при ожирении 2 ст.*

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ

Дударев В.М., Шкляев А.Е., Пантюхина А.С.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, Россия

Актуальность. ГЭРБ является серьезной проблемой гастроэнтерологии, распространенность которой в популяции составляет более 23% и продолжает расти. Причиной этому может служит, наряду с неправильным питанием и слабостью нижнего пищеводного сфинктера, наличие вредных привычек. Популярность употребления энергетических напитков в России среди лиц молодого возраста составляет 9–22%. Химический состав энергетических напитков позволяет предположить, что их употребление негативно влияет на течение и контроль ГЭРБ.
Цель. Определить влияние энергетических напитков на течение ГЭРБ и оценить возможности питьевой бальнеотерапии в реабилитации данных пациентов.
Материал и методы. В исследование включены 84 пациента в возрасте 26 [18; 30] лет, 56 мужчин и 28 женщин с установленным ранее диагнозом ГЭРБ, 42 из которых ежедневно употребляли энергетические напитки в течение 3 мес. и больше. Всем пациентам выполнена суточная pH-импедансометрия пищевода. Далее лица, употребляющие энергетики, были разделены на две равные подгруппы (n=21). Пациентам подгруппы № 1 было предложено отказаться от употребления энергетических напитков, а пациенты подгруппы № 2, помимо отказа от энергетиков, ежедневно принимали минеральную воду «Увинская» (100 мл 3 раза в день до еды, температурой 25 градусов) в течение 1 мес. Через 1 мес. повторная pH-импедансометрия в обеих подгруппах. Группы и подгруппы были сопоставимы по полу и возрасту.
Результаты. Исходно pH пищевода в группе больных ГЭРБ, употребляющих энергетические напитки составил 4,1 [3,2; 4,7] (подгруппа № 1 – 4,3 [3,3; 4,7], подгруппа № 2 – 4,0 [3,2; 4,6]), суточное количество гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) – 85 [67; 101] (подгруппа № 1 – 84 [67; 98], подгруппа № 2 – 87 [71; 101]), средний ночной базальный импеданс (СНБИ) – 2,12 [1,87; 2,46] кОм (подгруппа № 1 – 2,18 [1,91; 2,46] кОм, подгруппа № 2 – 2,11 [1,87; 2,38]) кОм. В группе сравнения (больные ГЭРБ, не употребляющие энергетики) выявлены следующие показатели pH-импедансометрии: pH пищевода – 4,9 [3,8; 5,4] (p=0,042), суточное количество ГЭР – 73 [58; 92] (p=0,039), СНБИ – 2,43 [2,23; 2,64] кОм (p=0,044). Через 1 мес. после отказа от энергетических напитков в подгруппе № 1 уровень pH пищевода – 5,0 [4,4; 5,7] (p=0,036), суточное количество ГЭР –49 [35; 64] (p=0,031), СНБИ – 2,41 [2,17; 2,56] кОм (p=0,038); в подгруппе № 2 (после курса бальнеотерапии): pH пищевода – 5,6 [5,1; 6,4] (p=0,029), суточное количество ГЭР –31 [21; 44] (p=0,032), СНБИ –2,58 [2,45; 2,67] кОм (p=0,041). Различия по всем сравниваемым параметрам между подгруппами достоверны (p <0,05).
Выводы. *Прием энергетических напитков значительно ухудшает течение ГЭРБ. Отказ от употребления энергетиков и курсовой прием минеральной воды «Увинская» обеспечивают нормализацию pH-пищевода, снижение суточного количества ГЭР, что обеспечивает восстановление слизистой оболочки пищевода (по уровню СНБИ).*

НЕКОТОРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ

Дыдышко В.Т.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель. Осуществить сравнительную оценку некоторых метаболических и провоспалительных лабораторных показателей в зависимости от статуса курения у мужчин молодого и среднего возраста.
Материал и методы. Проанализировали 774 историй болезни мужчин в возрасте 30–50 лет без клинически значимой соматической патологии, проходивших скрининговое обследование. Вся когорта (n=774) в зависимости от статуса курения была разделена на 3 группы: № 1 (некурящие, n=508, средний возраст 43,9±0,2 года), № 2 (курящие обычные сигареты (КОС), n=198, 45,5±0,3 года) и № 3 (потребители электронных систем нагревания табака (ЭСНТ), n=68, 39,8±0,7 года). В каждой группе изучили клинико-анамнестические и биохимические параметры. Для статистической обработки использовали язык программирования R (версия 4.5.1), интегрированную среду разработки RStudio (версия 2025.09.2) и параметрический метод (t-критерий Стьюдента).
Результаты. Обследуемые в группах различались по возрасту: КОС были старше всех, а потребители ЭСНТ – моложе остальных. Длительность курения (ДК) (21,5±0,5 года), количество выкуриваемых сигарет за день (КВС) (17,9±0,4 шт.) и индекс курения (ИК) (19,4±0,7 пачка/лет) у КОС были значимо больше, чем в группе ЭСНТ (17,0±1,0 года, 13,6±0,7 шт. и 12,3±1,2 пачка/лет). При изучении биохимических параметров обнаружено достоверное увеличение гликемии при переходе от некурящих (5,4±0,04 ммоль/л) к ЭСНТ (5,6±0,1 ммоль/л) и далее к КОС (5,7±0,08 ммоль/л) (P1–2<0,01; P1–3<0,05) и триглицеридов (1,6±0,1/1,8±0,1/2,1±0,1 ммоль/л) (P1–2<0,001; P1–3,2–3<0,05). По мере увеличения ДК, КВС и ИК происходило достоверное снижение СКФ (85,1±0,8 мл/мин.) (P2–3<0,05), а также повышение ХС (5,5±0,07 ммоль/л) (P2–3<0,05), ЛПНП (3,6±0,1 ммоль/л) (P2–3<0,05), мочевой кислоты (378,0±5,2 мкмоль/л) (P2–3<0,05), СРБ (2,9±0,7 г/л) (P2–3<0,01) и фибриногена (3,8±0,7 г/л) (P2–3<0,05) у КОС, по сравнению с ЭСНТ (89,3±1,7 мл/мин. / 5,2±0,1 ммоль/л / 3,2±0,1 ммоль/л / 374,8±11 мкмоль/л/1,1±0,2 г/л / 3,4±0,7 г/л). Уровень креатинина, липопротеинов высокой плотности, натрия и калия среди обследованных достоверно не различался (p >0,05).
Выводы. *Мужчины. КОС по сравнению с потребителями ЭСНТ и некурящими характеризуются достоверно более высокими показателями, отражающими компоненты метаболического синдрома и провоспалительного статуса (натощаковая гликемия, сывороточный уровень атерогенных липопротеидов, мочевой кислоты, фибриногена и СРБ).*

СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И СИНДРОМА ТАКОЦУБО

Евдокимов Д.С.
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Синдром такоцубо (СТ) представляет собой острую обратимую сердечную недостаточность с транзиторной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), клинически напоминающую острый коронарный синдром. Ишемическая болезнь сердца ранее считалась критерием исключения СТ, однако описаны случаи развития СТ на фоне острого инфаркта миокарда (ОИМ), выступавшего триггером, что затрудняет диагностику и тактику ведения.
Описание случая. Пациент М., 59 лет, госпитализирован 05.02.2026 в связи с давяще-сжимающими болями за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, возникшими 04.02.2026. Из анамнеза известно о длительном курении и перенесенной за 2 нед. острой респираторной вирусной инфекции. При осмотре состояние средней тяжести, артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. На электрокардиограмме элевация ST в I, aVL, V5–V6, реципрокная депрессия в III, aVF. Экстренная коронароангиография (КАГ) выявила окклюзию 1 диагональной ветви (ДВ), выполнена тромбоаспирация, кровоток восстановлен до TIMI III. Уровень тропонина Т вырос с 217 до 5159 пг/мл. В тот же день присоединились одышка и хрипы в легких. Эхокардиография (ЭхоКГ) выявила фракцию выброса (ФВ) ЛЖ 43,7%, акинезию верхушки, передней и боковой стенок. Поражение не соответствовало инфаркт-связанной артерии, выполнены повторная КАГ и внутрисосудистое ультразвуковое исследование, тромбозов и стенозов не выявлено, выявлено замедление кровотока по артериям, регрессировавшее после аденозинтрифосфата. Развился отек легких, пациент интубирован, начата искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и инотропная поддержка. Диагностирована внебольничная пневмония, начата антибактериальная терапия. На 2-е сутки ФВ ЛЖ снизилась до 37%, а-дискинезия передней стенки, верхушки и боковой стенки ЛЖ. NT-proBNP – 23 212 пг/мл, С-реактивный белок – 209,92 мг/л. На 6ее сутки пациент экстубирован. Магнитно-резонансная томография сердца не выполнялась. К 8-м суткам по ЭхоКГ прирост ФВ до 64,9% с восстановлением сократимости всех стенок миокарда ЛЖ. Состояние было расценено как ОИМ сочетании с СТ. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, продолжена двойная дезагрегантная терапия, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокатор, статин.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный случай демонстрирует редкое сочетание ОИМ и СТ, при котором коронарное событие выступило триггером развития СТ. Наличие обратимых нарушений сократимости по данным ЭхоКГ, распространявшихся за пределы бассейна инфаркт–связанной артерии, позволило установить данный диагноз.*

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Евдокимова Е.Д., Евдокимов Д.С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Болезнь Крона (БК) протекает с рецидивирующим течением и существенно влияет на качество жизни, что создает предпосылки для развития тревожных и депрессивных нарушений. Их своевременное выявление имеет значение как для ведения основного заболевания, так и для прогноза, поскольку психоэмоциональное напряжение рассматривается среди дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска.
Цель. Оценить выраженность тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) у пациентов с БК и их связь с возрастом и активностью заболевания.
Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с болезнью Крона (БК), находившихся на стационарном лечении, из них 28 (56,0%) женского пола, средний возраст 38,8±14,6 года, индекс массы тела 23,8±4,5 кг/м². Всем пациентам проводилось необходимое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование согласно действующим клиническим рекомендациям по БК. Психоэмоциональное состояние оценивали с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0; для оценки взаимосвязей использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена.
Результаты. Анализ структуры заболевания по Монреальской классификации показал следующее распределение по локализации воспаления: L1 (терминальный илеит) – 11 (22,0%), L2 (изолированное поражение толстой кишки) – 16 (32,0%), L3 (сочетание илеита и колита) – 20 (40,0%), L4 (поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта) – 1 (2,0%). Хроническое течение отмечено у 42 (84,0%) пациентов, острое – у 8 (16,0%); обострение на момент включения зафиксировано у 24 (48,0%) больных. Медиана индекса активности БК составила 114 [67; 185] баллов. Медиана баллов по подшкале тревоги HADS составила 6 [3; 9], по подшкале депрессии – 3,5 [2; 6]. Повышенный уровень тревоги (≥8 баллов) был выявлен у 17 (34,0%) пациентов: субклинически выраженная тревога – у 11 (22,0%), клинически выраженная – у 6 (12,0%). Признаки депрессии (≥8 баллов) обнаружены у 6 (12,0%) обследованных: субклинические – у 4 (8,0%), клинические – у 2 (4,0%). При корреляционном анализе выраженность тревоги обратно коррелировала с возрастом ($r=-0,35$; $p<0,05$) и с индексом активности БК ($r=-0,39$; $p<0,05$), т.е. была более характерна для пациентов молодого возраста.
Выводы. *Тревожные нарушения различной степени выраженности встречаются примерно у трети пациентов с БК и более характерны для лиц молодого возраста, тогда как депрессивные проявления отмечаются реже. Полученные данные обосновывают целесообразность скрининга психоэмоциональных нарушений у пациентов с БК.*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Евдокимова Е.Д., Евдокимов Д.С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Болезнь Крона (БК) сопровождается хроническим системным воспалением, которое рассматривается как один из механизмов раннего сосудистого старения и повышенного сердечно-сосудистого риска. Метод периферической артериальной тонометрии позволяет неинвазивно оценить как эндотелий-зависимую вазодилатацию, так и косвенный показатель жесткости сосудистой стенки – индекс аугментации, однако данные о состоянии этих параметров при БК ограничены.
Цель. Оценить эндотелиальную функцию и показатель жесткости сосудистой стенки методом периферической артериальной тонометрии у пациентов с БК и их связь с расчетным сердечно-сосудистым риском и активностью заболевания.
Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с болезнью Крона (БК), находившихся на стационарном лечении, из них 28 (56,0%) женского пола, средний возраст 38,8±14,6 года, индекс массы тела 23,8±4,5 кг/м². Всем пациентам проводилось необходимое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование согласно действующим клиническим рекомендациям по БК. Дополнительно выполнялась оценка функции эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) методом периферической артериальной тонометрии при помощи аппарата Endo–PAT2000 с регистрацией индекса реактивной гиперемии (RHI) и индекса аугментации (AI). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0; для оценки взаимосвязей использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена.
Результаты. Анализ структуры заболевания по Монреальской классификации показал следующее распределение по локализации воспаления: L1 (терминальный илеит) – 11 (22,0%), L2 (изолированное поражение толстой кишки) – 16 (32,0%), L3 (сочетание илеита и колита) – 20 (40,0%), L4 (поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта) – 1 (2,0%). По возрасту установления диагноза: A1 (менее 16 лет) – 3 (6,0%), A2 (от 17 до 40 лет) – 32 (64,0%), A3 (более 40 лет) – 15 (30,0%). Хроническое течение отмечено у 42 (84,0%) пациентов, острое – у 8 (16,0%); обострение на момент включения зафиксировано у 24 (48,0%) больных. Медиана индекса активности БК составила 114 [67; 185] балова. По данным Endo–PAT2000 эндотелиальная дисфункция (RHI <1,67) была выявлена у 30 (60,0%) обследованных, среднее значение RHI составило 1,71±0,62, медиана – 1,50 [1,30; 1,88]. Медиана индекса аугментации составила – 0,06 [–10,0; 5,0]. При корреляционном анализе была выявлена обратная корреляционная связь средней силы между значением RHI и индексом активности БК ($r = –0,51$; $p < 0,05$), а также между RHI и уровнем С-реактивного белка ($r = –0,56$; $p < 0,05$), RHI и уровнем лейкоцитов ($r = –0,42$; $p < 0,05$).
Выводы. *У большинства пациентов с БК выявлена эндотелиальная дисфункция. Показатели сосудистой функции и жесткости сосудистой стенки были связаны с активностью воспаления. Это диктует необходимость своевременного скрининга кардиоваскулярного риска и раннего выявления микроваскулярных нарушений.*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ: СТРУКТУРА ПРИЧИН НИЗКОГО КОМПЛАЕНСА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Евпраксина А.М., Балакин А.А., Гребенскова Е.А., Токарева А.С., Курашин В.К.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Приверженность пациентов к длительной антиагрегантной терапии после ОКС и чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) остается критическим фактором, определяющим риск тромбоза. Согласно статистике регистров и литературным данным, до 50% пациентов прекращают прием жизненно важных препаратов в течение первого года после выписки, что делает проблему одной из наиболее значимых в практической кардиологии.
Цель. Оценить уровень приверженности к длительной антиагрегантной терапии у пациентов, госпитализированных с ОКС в отделение неотложной кардиологии и определить основные причины низкого комплаенса для последующей коррекции.
Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации пациентов, поступивших в кардиологическое отделение в летний период 2026 г. В выборку включены 37 пациентов. Типы клинических сценариев госпитализации классифицировались по шкале: 1 – ОКС с подъемом ST, 2 – ОКС без подъема ST, 3 – ишемия после ЧКВ
(до 30 дней), 4 – хроническая ишемия с декомпенсацией. Оценивались ведущая жалоба, наличие типичной боли, одышки/аритмии, данные ЭКГ при поступлении и через 1 ч, уровень тропонина, результаты коронароангиографии (КАГ), исход, назначенная терапия дома. Приверженность определялась по шкале от 1 до 5 (1 – полное отсутствие приема, 5 – строгое соблюдение режима). Дополнительно фиксировались указанные пациентом причины неприверженности.
Результаты. В выборке из 37 пациентов чаще всего регистрировался ОКС без подъема ST (48,6%), ОКС с подъемом ST – у 37,8%, ишемия после ЧКВ – у 8,1%, хроническая ишемия с декомпенсацией – у 5,4%. При оценке приверженности (n=36) низкий комплаенс (1–3 балла) выявлен у 55,6%, полный отказ от лечения (оценка 1) – у 38,9%. Основная причина – осознанный отказ (9 случаев; 45% от всех случаев неприверженности), забывчивость – в 3, недостаточная информированность – в 2, побочные эффекты, финансовые трудности и алкоголизм – по 1 случаю. Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между выполненным чрескожным коронарным вмешательством со стентированием и уровнем приверженности антиагрегантной терапии ($r=-0,39$; $p=0,015$). Пациенты, перенесшие эндоваскулярную реваскуляризацию, демонстрировали достоверно более низкий комплаенс по сравнению с группой консервативного лечения. Это объясняется эффектом кажущегося благополучия, согласно которому субъективное восприятие радикального устранения ишемического субстрата формирует у пациентов ошибочную установку на полное выздоровление, что ведет к приверженности к длительной антиагрегантной терапии.
Выводы. *Низкая приверженность к антиагрегантной терапии выявлена у 55,6% пациентов. Ключевой предиктор полного отказа – осознанное решение пациента, что подтверждает ведущую роль мотивационного дефицита. Рекомендованы образовательные программы, упрощение схем и активное наблюдение в первые 3–6 мес.*

КОНТРОЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ДЕПРЕСКРАЙБИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ

Елисейкина А.С.
НМИЦ ТПМ, г. Москва, Россия

Введение. Случай иллюстрирует проблему безопасности фармакотерапии (ФТ) при хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса (ХСНнФВ). Ятрогенные эффекты полифармации у коморбидных пациентов могут маскировать этиологию дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и снижать эффективность лечения.
Описание случая. Пациентка, 66 лет, с ятрогенным гипопаратиреозом (с 2013 г.) принимала бензобарбитал (25 мг/сут.) после единичного синкопе. В декабре 2024 г. после пневмонии отметила загрудинную боль, одышку до III ФК, отеки нижних конечностей. По данным ЭХО-КГ: фракция выброса (ФВ) 24% и дилатация камер сердца, NT-proBNP 4707 пг/мл.
При госпитализации от 12.02.2025 ишемический генез поражения исключен, выявлена тяжелая гипокальциемия (ионизированный Ca <0,2 ммоль/л). Диагностированная ДКМП расценена как дисметаболическая на фоне гипопаратиреоза.
В то же время лабораторно отмечался воспалительный синдром (КФК 987 Ед./л, СРБ 22,9 мг/л, тропонин 41,79 нг/мл), не характерный для изолированного дисметаболизма. Коррекция гипокальциемии и терапия ХСНнФВ привели к временному улучшению ФВ до 42%. 18.11.2025 на фоне умеренной гипокальциемии (Ca 1,02 ммоль/л) отмечено повторное снижение ФВ до 31%. По ХМ-ЭКГ зафиксированы неустойчивые пробежки желудочковой тахикардии и удлинение интервала QT при полной блокаде левой ножки пучка Гиса. В рамках вынужденной полифармации инициирован амиодарон 200 мг/сут. В июне 2026 г. поступила в НМИЦ ТПМ для решения вопроса о ресинхронизирующей терапии, однако верифицирован сопутствующий воспалительный генез ДКМП: субэпикардиальное контрастирование по МРТ сердца, увеличение титров антикардиальных антител до трех норм, некоторое повышение тропонина I (12,6 пг/мл), СРБ (36,4 мг/л). Биопсия миокарда выявила очаговую лимфогистиоцитарную инфильтрацию при отсутствии некроза. В целях безопасности ФТ совместно с неврологом проведен депрескрайбинг бензобарбитала как препарата, опосредованно усиливающего гипокальциемию из-за снижения всасывания витамина Д, уменьшающего эффективность минералокортикоидо, а также противопоказанного при ХСН II–IV ФК.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Волнообразное течение ХСН на фоне ДКМП у коморбидных пациентов требует широкого диагностического поиска в связи с вероятностью мультифакторной этиологии заболевания, а также учета влияния полифармации на течение патологии.*

ПОВТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ НА ФОНЕ B12-ДЕФИЦИТА И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ерина А.М., Асессорова М.С., Ильянова И.Н., Васильева Е.Ю., Наймушина А.О., Вавилова Т.В., Конради А.О.
ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Гипергомоцистеинемия способствует эндотелиальной дисфункции, оксидативному стрессу, протромботическим изменениям, повышает риск цереброваскулярных событий. Снижение уровня гомоцистеина может расширить возможности профилактики тромботических осложнений.
Описание случая. Пациент С., 65 лет, с повторными ишемическими инсультами (03.06.2025, 05.09.2025, 16.09.2025) обратился в НМИЦ им. В.А. Алмазова для дообследования, уточнения причин рецидивирующих цереброваскулярных событий и персонализации терапии. Кардиоэмболический генез ОНМК исключен. В анамнезе контролируемая артериальная гипертензия от 2001 г. и сахарный диабет 2-го типа
от 2025 г., компенсированный диетой. По данным триплексного исследования БЦА многоочаговый атеросклероз с максимальным стенозом 45% в области бифуркации левой ОСА. В КАК выявлен макроцитоз без анемии (RBC 4,0410×12/л, HGB 138 г/л, HCT 44,5%, MHC 34 пг, MCV 110,1 фл, RDW–SD 57,5 фл), что послужило основанием для поиска дефицитных состояний. Уровень фолиевой кислоты 8,1 нг/л (5–9 нг/мл), а B12 – снижен до 117 пг/мл (<140 пг/мл). Одновременно выявлен латентный дефицит железа: Fe 6,9 мкмоль/л (10,7–32,2 мкмоль/л), ферритин 18,68 нг/мл (11,0–306,8 нг/мл).
С учетом дефицита B_{12} определен уровень гомоцистеина – 46,6 мкмоль/л (<11 мкмоль/л). Для исключения вторичного генеза гипергомоцистеинемии дополнительно оценены функции почек и щитовидной железы, которые остаются сохранными. В липидограмме уровень ЛПНП составлял 2,13 ммоль/л, значимо выше целевого 1,4 ммоль/л. По ФГДС выраженная атрофия слизистой оболочки желудка O_3 типа по Kimura–Takemoto, дуоденогастральный рефлюкс, деформация антрального отдела желудка. Наиболее вероятной причиной повышения гомоцистеина является снижение усвоения витамина B_{12} в желудке из-за снижения синтеза фактора Касла обкладочными клетками. В результате была скорректирована терапия вторичной профилактики ишемического инсульта с усилением гиполипидемической терапии, добавлением глифлозина. Для коррекции выявленных метаболических нарушений назначены препараты витаминов B_{12}, B_9, B_6 и Fe.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У пациентов с повторными ишемическими инсультами неясной этиологии целесообразно расширять диагностический поиск определением уровня гомоцистеина. Дефицит витамина B_{12} на фоне атрофии слизистой желудка может быть потенциально устранимой причиной гипергомоцистеинемии.*

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Жаркова Д.А., Мусина Н.Н., Славкина Я.С., Саприна Т.В.
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Актуальность. Рост заболеваемости СД2 требует совершенствования алгоритмов выявления лиц высокого риска. Помимо традиционных факторов, актуален поиск доступных альтернативных маркеров стратификации пациентов. Ранее показано, что изменения системы крови связаны с гормонально-метаболическими нарушениями, что позволяет рассматривать их как предикторы СД2.
Цель. Исследовать прогностическую значимость альтернативных показателей риска нарушения углеводного обмена (НУО) у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.
Материал и методы. Включены 183 пациента с избыточной массой тела или ожирением, стратифицированные на группы: 1-я – без НУО (n=103), 2-я – предиабет (n=50), 3-я – впервые выявленный СД2 (n=30). Оценивались антропометрия, общий и биохимический анализы крови, липидный спектр, ПТТГ, HbA1c, показатели обмена железа и системного воспаления. Построены ROC-кривые, рассчитаны отношения шансов (OR) методом логистической регрессии.
Результаты. Установлено, что ферритин и индекс ферритин/железо значимо возрастали от 1-йгруппы к 3-й группе (p=0,012 и p=0,042). Уровни гемоглобина, гематокрита, МСНС и эритроцитов были достоверно выше в группе СД2 по сравнению с предиабетом (p=0,005; 0,019; 0,006; 0,034). Лейкоциты значимо повышены у пациентов с СД2 относительно 1-й группы (p=0,022). Тромбоцитарно-лимфоцитарный индекс был ниже во 2-й и 3-й группах (p=0,046 и p=0,004). СОЭ значимо превышала значения во 2-й группе (p=0,001) и 3-й (p=0,005). СРБ был выше во 2-й и 3-й группах относительно 1-й группы (p=0,001 и p=0,026). Индексы TyG и TyG–BMI значимо повышались от 1-й группы к 3-й группе (p <0,05). По результатам ROC-анализа и логистической регрессии предикторами развития НУО (предиабет + СД2) явились ферритин (OR=1,94; 95% ДИ 1,09–3,47; p=0,024), индекс ферритин/железо (OR=2,74; 95% ДИ 1,15–4,95; p=0,001), TyG (OR=7,74; 95% ДИ 4,09–14,67; p <0,01) и TyG–BMI (OR=3,82; 95% ДИ 2,08–7,00; p <0,01). Наиболее сильная ассоциация отмечена для индекса TyG.
Выводы. *Ферритин, индекс ферритин/железо, индексы TyG и TyG–BMI являются перспективными альтернативными маркерами для стратификации пациентов с ожирением на группы супервысокого риска развития СД2, что обосновывает их включение в программы диспансеризации.*

«СТЕНОКАРДИЯ ПРИНЦМЕТАЛА – КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕДКОГО ВАРИАНТА ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ»

Железнова А.Л.
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Актуальность. У 2% пациентов со стенокардией (С) она обусловлена спазмом коронарной артерии, ее называют вариантной С (ВС). ЭКГ во время ВС регистрирует чаще подъем сегмента ST, причем нагрузочные тесты нормальны. ВС возникает спонтанно. Повторяемость приступов (П) ВС различна, в случае редких П без ЭКГ в момент П диагностика трудна. Однако в клинике случаются особенности проявления даже такой редкой патологии, как ВС.
Цель. Обратить внимание на существование вариантной стенокардии (ВС) – редкой и опасной кардиопатологии и на то, что эта редкость может проявиться своими клинико-инструментальными особенностями, которые должны учитываться врачом.
Материал и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки (Ш., 80 лет) с ВС. Диагностика и документация эпизода ишемии проводилась с использованием: ЭКГ в момент приступа, впоследствии применялись: ХолтерЭКГ, стресс-ЭхоКГ, СМАД, ОФЭКТ.
Результаты. 12 лет назад (2014) во время интенсивного и длительного приступа (П) ангинозной боли на ЭКГ обнаружена выраженная депрессия (Д) сегмента как ST, так и PQ (!) II, III и AVF. Последующие ЭКГ нормальны. Болевому П предшествовал многолетний психологический дистресс. Подобный П не повторялся. ХолтерЭКГ, стресс-ЭхоКГ, СМАД, ОФЭКТ патологии сердца не обнаружили.
Выводы. *1. Одновременная ишемия миокарда желудочка и предсердия указывает на спазм проксимальной части ПКА 2. Ключевой метод диагностики – снятие ЭКГ в момент приступа 3. На ЭКГ депрессия ST, которая указывает на субэндокардиальную ишемию 4. Окклюзия КА исключена в ходе инструментальной диагностики.*

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Жиделева И.В., Коробейникова Е.Р.
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Диагностика нутритивной недостаточности у пациентов с ИБС затруднена, так как нутритивный статус зависит не только от массы тела и ИМТ, но и жировой и тощей масс, рутинно оценивать которых затруднена. У таких пациентов высокая масса тела на фоне низкой мышечной массы, замаскированной избытком жировой массы тела, что может неблагоприятно влияет на исход лечение и качество жизни.
Цель. Сбор первичных статистических данных, их анализ и систематизирование.
Материал и методы. В данной работе проанализированы данные больных ИБС. Проведен опрос с использованием стандартизированных анкет «Возраст не помеха», шкалы NRS–2002, «Опросник для определения физической активности», «Скрининговая шкала для оценки наличия саркопении SARC–F», а также подсчет объективного нутритивного показателя по шкале CONUT.
Результаты. Исследованы 35 пациентов терапевтического отделения ГКБ № 2. Из них 77,15% (27) – женщин и 22,85% (8) – мужчин. Средний возраст – 73,2+/–6,1 года. В опроснике скрининга старческой астении 22,86% (8) вне группы риска; 60% (9) – в группе риска преастении; 17,14% (6) – в группе риска на наличие старческой астении. По шкале SARC–F 45,71% (16) – вероятно не страдают саркопенией; 54,29% (19) – вероятно страдают. У всех 100% (35) пациентов определяется гиподинамия. По данным шкалы NRS–2002 65,71% (23) не нуждаются в проведении второго этапа скрининга; из оставшихся – один (8,33%) нуждается в нутритивной поддержке. По шкале CONUT– 45,71% (16) пациентов не имеют риска наличия недостаточности питания; 37,14% (13)– имеют низкий риск; 17,14% (6) – имеют умеренный риск.
Выводы. *Согласно результатам исследования, у абсолютного большинства пациентов с ИБС распространена гиподинамия и имеются признаки преастении или вероятная саркопения. При этом объективно менее половины (48,57%) имеют низкий/средний риск недостаточности питания, что близко к данным шкалы SCAR–F (54,29%).*

СВЯЗЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Жиляев А.Ф., Чулков В.С.
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Высокая распространенность дефицита витамина D среди лиц молодого возраста и недостаточная изученность влияния поведенческих факторов на метаболический статус обусловливают необходимость разработки стратегий ранней профилактики метаболических нарушений.
Цель. Изучение ассоциаций между вредными привычками, физической активностью, психоэмоциональным статусом и метаболическими показателями (включая витамин D) у лиц молодого возраста.
Материал и методы. Кросс-секционное исследование включило 44 человека (34 женщины, 10 мужчин), возраст 21–44 года. Оценивали физическую активность (опросники «ОДА–23+» и IPAQ), психоэмоциональный статус (шкалы тревоги и депрессии), метаболические и гормональные показатели (витамин D, кортизол, ЛПНП, кальций, магний, Т4, ТТГ, тестостерон, пролактин). Применены корреляционный анализ (Спирмен), Kruskal–Wallis, PCA, LDA и структурное уравнительное моделирование (SEM) с выделением латентных переменных. Статистическая обработка выполнена в Python и MedCalc 23.1.3. Значимость при $p < 0,05$.
Результаты. Частота дефицита витамина D составила 40,9% (n=18), недостаточности – 45,5% (n=20), нормы – 13,6 % (n=6). Обнаружена отрицательная ассоциация числа приемов пищи с уровнем витамина D (r=–0,338; p=0,025). Корреляция физической активности с витамином D (r=0,42; p=0,005) в многомерном анализе с учетом ковариат не подтвердилась (r=0,108; p=0,484 для ОДА–23+ и r=0,030; p=0,847 для IPAQ). Линейный дискриминантный анализ разделил группы дефицита и недостаточности витамина D с точностью 70,3%; ведущим дискриминатором выступил ТТГ (коэффициент 0,731). Первые три главные компоненты PCA объяснили 41,3% дисперсии. SEM с выделением 4 латентных переменных («физическая активность», «метаболический статус», «психоэмоциональный статус», «вредные привычки») показало, что единственным значимым прямым предиктором витамина D является возраст (β=0,522; p=0,028). Физическая активность как латентная переменная прямого влияния на витамин D не оказывает (β=2,84; p=0,233). Возраст и пол достоверно предсказывают метаболический статус (R^2=26,2 %), через который реализуется отрицательный косвенный эффект на витамин D (–0,10).
Выводы. *В когорте лиц молодого возраста выявлена отрицательная связь числа приемов пищи с уровнем витамина D. Структурное уравнительное моделирование подтвердило доминирующую роль возраста как прямого предиктора уровня витамина D и выявило значимые косвенные пути через метаболический статус.*

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Жимирикина А.А.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

Актуальность. Особую клиническую и научную значимость в настоящий момент приобретает оценка снижения МПКТ у женщин с сохранной менструальной функцией. Изменение метаболизма эстрогенов на фоне как дефицита, так и избытка массы тела в сочетании с недостаточной механической стимуляцией скелета существенно подавляют процессы остеогенеза. В связи с этим оценка состояния плотности костной ткани у пациенток среднего возраста в зависимости от значений ИМТ остается актуальной медико-социальной проблемой.
Цель. Оценить взаимосвязь значений ИМТ и снижения минеральной плотности костной ткани у женщин среднего возраста.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 женщин от 40 до 50 лет с сохранной менструальной функцией. Всем участницам исследования определен ИМТ по формуле Кетле. Первую группу составила 21 пациентка с низким ИМТ (<18,5 кг/м²), во вторую группу вошла также 21 женщина с нормальным ИМТ (18,5–24,9 кг/м²), третью группу составили 33 участницы, имеющие высокий ИМТ (≥25,0 кг/м²). Всем женщинам была выполнена двухэнергетическая абсорбционная денситометрия (DXA-сканирование) на аппарате Lunar Prodigy Advance в шейке, проксимальном отделе бедренной кости и поясничном отделе позвоночника.
Результаты. По результатам денситометрического исследования у женщин среднего возраста верифицировано снижение МПКТ в области поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела и шейки бедра ($p < 0,05$). Согласно полученным данным, в шейке бедренной кости остеопения/остеопороз наиболее часто регистрировались у пациенток с низким ИМТ (90%). Кроме того, снижение МПКТ до уровня остеопороза почти в половине случаев (48%) было установлено у женщин с нормальной массой тела, а остеопения – у 24% женщин с повышенным ИМТ. Наибольшая частота выявления остеопении и остеопороза в проксимальном отделе бедра зарегистрирована в группах пациенток с низким и нормальным ИМТ. В то же время снижение МПК до уровня остеопении в проксимальном отделе бедра чаще верифицировалось у женщин с нормальным ИМТ – в 38% наблюдений. Следует отметить, что распространенность остеопороза у женщин с нормальной массой тела в данной анатомической зоне оказалась ниже по сравнению с шейкой бедренной кости (29 против 48% соответственно). Наименьшая частота снижения показателей МПК зарегистрирована в области поясничного отдела позвоночника по сравнению с другими областями исследования.
Выводы. *У женщин молодого и среднего возраста (40–50 лет) с сохранной менструальной функцией выявлена высокая распространенность снижения МПКТ до уровня остеопении и остеопороза независимо от антропометрических параметров. Шейка и проксимальный отдел бедра обладают большей диагностической чувствительностью.*

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИНДЕКСЫ И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Жукова А.Ю.[1], Суханов Д.С.[1], Свиридо Д.А.[2]
[1] СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург, Россия
[2] СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Интегральные индексы системного воспаления рассчитываются на основании показателей общего анализа крови и могут служить доступными маркерами воспалительного ответа, однако их связь с выраженностью функциональных нарушений у пациентов, госпитализированных по поводу обострения бронхиальной астмы, остается недостаточно изученной.
Цель. Оценить связь NLR, SII и SIRI с показателями функции внешнего дыхания у пациентов, экстренно госпитализированных по поводу обострения БА.
Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 54 случаев экстренной госпитализации с основным диагнозом БА в пульмонологическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» с 01.01 по 17.07.2026. Данные обезличены. По показателям общего анализа крови при поступлении рассчитывали NLR как отношение нейтрофилов к лимфоцитам, SII – как произведение тромбоцитов и нейтрофилов, деленное на лимфоциты, SIRI – как произведение нейтрофилов и моноцитов, деленное на лимфоциты. Индексы были доступны для 51 госпитализации, спирометрия, выполненная в период госпитализации, – для 37; оба вида данных – для 36. Данные представлены как Me [Q1; Q3]. Применяли корреляцию Спирмена и частичную корреляцию с контролем возраста; статистическая значимость – $p < 0,05$.
Результаты. Медиана возраста составила 50 [44; 65] лет. Медианы ОФВ1, ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ составили соответственно 58 [44; 81]% должного, 78 [67; 102]% должного и 61 [56; 72]%; NLR – 3,03 [1,83; 5,62], SII – 737,3 [490,5; 2030], SIRI – 1,29 [0,81; 3,50]. Более высокий SIRI был связан с более низкими ОФВ1 ($\rho = -0,396$; 95% ДИ −0,641…−0,077; $p = 0,017$) и ФЖЕЛ ($\rho = -0,417$; 95% ДИ −0,656…−0,103; $p = 0,011$), но не с ОФВ1/ФЖЕЛ ($\rho = -0,038$; $p = 0,826$). Для NLR и SII связи с ОФВ1 и ФЖЕЛ имели обратное направление, но не достигли статистической значимости (ρ от −0,282 до −0,316; $p = 0,060$–$0,096$); связи с ОФВ1/ФЖЕЛ отсутствовали ($p > 0,79$). После учета возраста ассоциации SIRI с ОФВ1 (частичный $\rho = -0,384$; $p = 0,023$) и ФЖЕЛ ($\rho = -0,411$; $p = 0,014$) сохранялись.
Выводы. *Повышение SIRI ассоциировалось со снижением ОФВ1 и ФЖЕЛ независимо от возраста. Значимых связей NLR и SII со спирометрическими показателями не выявлено. Полученные данные обосновывают дальнейшее изучение SIRI как потенциального маркера функциональных нарушений при обострении БА.*

РАСЧЕТНЫЕ ИНДЕКСЫ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Журавлева П.А., Ларина Н.А., Дуданова О.П.
ПетрГУ, г. Петрозаводск, Россия

Цель. Оценка некоторых расчетных индексов в диагностике метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЖБП).
Материал и методы. Обследованы 52 пациента МАЖБП: мужчин – 35 (67,3%), женщин –17 (32,7%) в возрасте 49,91 (31–70) года с индексом массы тела 34,63 (28–48) кг/м^2. У всех обследованных имелись минимум 3 метаболических фактора риска, выявлялось усиление эхогенной структуры печени при ультразвуковом исследовании. Оценивались традиционные печеночные тесты, рассчитывались индексы: отношение окружности талии к росту (О/Р), hepatis steatosis index (HIS) (с учетом пола, ИМТ, АЛТ, АСТ, наличием или отсутствием сахарного диабета 2-го типа); индекс фиброза FIB–4 (с учетом возраста, АЛТ, АСТ и числа тромбоцитов) и отношение гамма-глютамилтранспептидазы к липопротеинам высокой плотности (ГГТП/ЛПВП) как маркер окислительного стресса.
Результаты. Все печеночные тесты у пациентов МАЖБП значительно и достоверно превышали таковые у здоровых лиц, в том числе и расчетные индексы: О/Р 0,68 (0,60–0,89) против 0,42 (0,39–0,45); HSI –46,42 (27,4–58,8) против 28,6 (26,4–28,9), FIB–4 –1,06 (0,41–2,42) против 0,88 (0,53–1,04); ГГТП/ЛПВП –55,57 (23,9–136,1) против 26,10 (13,82–31,54) (везде $p < 0,01$). Высокая коррелятивная связь выявлялись между О/Р и FIB–4 –$r=0,84$ ($p=0,005$), выше таковой, чем ИМТ с FIB–4 –$r=0,48$ ($p=0,04$). Также высокой была связь ГГТП/ЛПВП с глюкозой –$r=0,77$ ($p=0,001$). Умеренной позитивной бала связь HSI с левой долей печени –$r=0,66$ ($p=0,001$) и негативной была связь FIB–4 с правой долей печени –$r=–0,53$ ($p=0,01$).
Выводы. *Индекс О/Р лучше отражал висцеральное ожирение, чем ИМТ, и был связан с фиброзом печени; отношение ГГТП/ЛПВП ассоциировалось с гликемией и служило предиктором инсулинорезистентности; HSI в большей степени отражал стеатоз левой доли печени, а FIB–4 – фиброз правой доли печени.*

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ПАННИКУЛИТ КАК ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ВЕБЕРА–КРИСЧЕНА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Журавлева А.С., Кухарева Е.И., Кислая С.Н., Кислый Н.Д., Курникова И.А., Аксенова М.С.
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Введение. Мезентериальный панникулит (МП) – редкое идиопатическое фибровоспалительное заболевание жировой ткани брыжейки, рассматриваемое как висцеральный вариант болезни Вебера–Крисчена. Отсутствие специфических симптомов и лабораторных маркеров делает МП диагнозом–маской, имитирующим хирургическую, инфекционную или онкологическую патологию, что создает диагностические трудности в практике терапевта.
Описание случая. Пациент, 34 лет, бухгалтер, с ожирением I степени (ИМТ 32,4 кг/м²), врожденным пороком сердца, WPW-синдромом с двукратной РЧА, а также двукратными курсами приема биологически активных добавок на основе женьшеня (добавка 1 в 2025–2026 гг. и добавка 2 в 2018 г.), сопровождавшимися резкими колебаниями массы тела (от 50 до 118 кг за 8 лет), госпитализирован экстренно с клиникой упорной рвоты, отсутствием аппетита, слабостью, гипотонией (АД 86/58 – 100/70 мм рт. ст.), тахикардией (ЧСС до 125 уд./мин.) и синкопе. Ранее при первой госпитализации в хирургический стационар с подозрением на аппендицит, при отсутствии абдоминальной симптоматики и отрицательных перитонеальных знаках был выписан без улучшения. При поступлении в терапевтическое отделение: живот мягкий, безболезненный, розовые стрии на спине и животе. Лабораторно: АСТ 76,5 Ед./л, АЛТ 45,2 Ед./л, лактат 2,4 ммоль/л, D-димер 3767 нг/мл, СРБ 11,9 мг/л при нормальном прокальцитонине (0,05 нг/мл). Исключены острая хирургическая патология, ТЭЛА, ОНМК, ОКИ, Clostridium difficile. КТ ОБП выявила образование в нисходящей ободочной кишке с жировой плотностью (14×15 мм) без инфильтрации на фоне жирового гепатоза – картина, характерная для МП. Учитывая длительное течение, резистентность к терапии и резкие колебания веса, установлен диагноз: мезентериальный панникулит как висцеральная форма болезни Вебера–Крисчена. На фоне инфузионной терапии, коррекции электролитов и назначения итоприда гидрохлорида достигнута положительная клинико-лабораторная динамика.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Настороженность терапевта в отношении МП у пациентов с диспепсией, резистентной к стандартной терапии, преходящими гемодинамическими нарушениями (гипотонией, синкопе), нестабильной массой тела и отсутствием выраженного болевого синдрома позволяет избежать необоснованных оперативных вмешательств.*

РЕГИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ФАРМАКОНАДЗОРА ПО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫМ СРЕДСТВАМ

Жучкова С.М.[1], Дубова А.В.[2], Прокопьева В.Р.[3], Зайцев М.Ю.[4]
[1] БУ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия
[2] БУ Республиканский кардиологический диспансер МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия
[3] БУ Республиканская детская клиническая больница МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия
[4] БУ Больница скорой медицинской помощи МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Рентгеноконтрастные средства широко применяются в диагностике и интервенционной медицине и способны вызывать нежелательные реакции (НР) различной степени тяжести. Причиной лекарственного анафилактического шока нередко становятся именно рентгеноконтрастные средства с содержанием йода.
Цель. Оценить структуру сообщений о НР на рентгеноконтрастные средства за 6,5 года по Чувашской Республике.
Материал и методы. Ретроспективно проанализированы спонтанные сообщения за период 01.01.2020 – 30.06.2026, поступившие в Чувашский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств. Рентгеноконтрастные препараты идентифицировали по соответствующим кодам АТХ группы V08. Оценивали МНН, год регистрации сообщения, проявления НР и исходы. Применяли методы описательной статистики.
Результаты. За период 6,5 года репортировано 1837 спонтанных сообщений, 101 (5,5%) из них относилось к рентгеноконтрастным средствам. Среди пациентов с зарегистрированными НР преобладали женщины – 63 (62,4%) случая, мужчины составили 38 (37,6%). Средний возраст женщин составлял 61,8 года, мужчин – 59,0 года. Наиболее частыми «виновниками» НР выступали йопромид – 56 случаев (55,4%) и йогексол – 40 (39,6%), в меньшей степени – натрия амидотризоат – 3 (2,97%), йоверсол и йомепрол – по 1 случаю (по 0,99%). Клинически НР проявлялись реакциями типа В в виде кожной сыпи – 18 (17,8%), гиперчувствительности – 17 (16,8%), крапивницы – 10 (9,9%), аллергического дерматита – 6 (5,9%), анафилактического шока – 5 (5,0%). Местные реакции и повышение уровня креатинина зарегистрированы по 5 случаев (по 4,95%), острого нарушения мозгового кровообращения и одышки – по 4 (по 3,96%). По исходам случаев чаще НР завершались благоприятными – 94 случая (93,1%), из них выздоровление без последствий – 70 случаев (69,3%), улучшение состояния – 24 (23,8%). В 4 случаях исход был неизвестен, в 2 состояние не изменилось. Зарегистрирован один летальный исход (1,0%) вследствие анафилактического шока при применении йогексола.
Выводы. *Рентгеноконтрастные средства составили 5,5% спонтанных сообщений о НР. Наличие тяжелых реакций, включая анафилактический шок и летальный исход, подтверждает необходимость постоянной настороженности медицинских работников при применении рентгеноконтрастных средств.*

КЛАСТЕР-СПЕЦИФИЧНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Завалина М.А.[1], Курникова И.А.[1], Майоров В.А.[2], Слонимская Г.А.[2], Гулова Ш.Г.[3]
[1] ФГАОУ ВО Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва; ФБУ ЦКБ гражданской авиации, Россия
[2] ФГАОУ ВО Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия
[3] ФГАОУ ВО Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. В соответствии с новой концепцией фенотипирования сахарного диабета на основе кластерного анализа, пациенты с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) могут быть включены в кластеры тяжелого инсулинорезистентного диабета (SIRD); умеренного диабета, ассоциированного с ожирением (MOD) и возраст-ассоциированного диабета (MARD). Прогнозирование риска прогрессирования ХБП для персонализации нефропротективной стратегии при новой стратификации пациентов – важное направление исследований.
Цель. Изучить частоту встречаемости и степень выраженности нефрологических осложнений у пациентов с СД2, распределенных по кластерам.
Материал и методы. Проведено обследование 87 пациентов, разделенных на кластеры СД2 (SIRD, n=41; MARD, n=19; MOD, n=27) находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ФГБУ «ЦКБ гражданской авиации» в период с 2024 по 2026 г. При обследовании особое внимание уделялось анализу лабораторных показателей – уровень креатинина, мочевины, расчетному СКФ, уровню микроальбумина в суточной моче.
Результаты. В кластере MARD показатель СКФ составил 66 [39; 92] мл/мин./1,73 м², мочевины – 6,35 [3,4;12,5] мкмоль/л, креатинина – 92 [64; 115] мкмоль/л, микроальбумина – 7,36 [3,08; 45,5] мг/л. ХБП диагностирована у 42,1% пациентов. В кластере MOD показатели в среднем по группе были более оптимальны: СКФ – 79,5 [60; 100] мл/мин./1,73 м², мочевина – 5 [3,5;10,4] мкмоль/л, креатинин – 74 [61; 110] мкмоль/л, микроальбумин – 11,1 [1,68; 44,5] мг/л. ХБП зарегистрирована у 3,7% пациентов. В кластере SIRD отмечается наиболее выраженное снижение средней СКФ=54,5 [22; 94] мл/мин./1,73 м² (p=0,033 по сравнению с MARD и p=0,0001 с MOD), уровень мочевины=6,7 [3,9;16,8] мкмоль/л (p=0,003 в сравнении MOD), креатинина=103,5 [59; 247] мкмоль/л (p=0,006 по сравнению с MARD и p=0,0001 с MOD), концентрация микроальбумина=30,4 [1,08; 1934,77] мг/л (p=0,034 по сравнению с MARD и p=0,015 с MOD). ХБП выявлена у 75,6% пациентов.
Выводы. *Наиболее высокая частота встречаемости и степень выраженности ХБП в проанализированных группах наблюдалась в кластере SIRD. В кластере MOD почечная функция была относительно сохранна у 96,3% пациентов. Данные подтверждают целесообразность кластерного подхода для стратификации риска ХБП при СД2.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Заковряшина И.Н.[1], Хаишева Л.А.[1], Алексеева Н.С.[1], Моисеенко С.В.[2], Старжинская О.Ю.[1]
[1] ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ГБУ РО ГБСМП в г. Ростове-на-Дону, Россия

Актуальность. Ожирение является серьезной проблемой со здоровьем, оказывающей значительное влияние на качество жизни человека. Прогноз развития ситуации с распространением ожирения неутешителен и ожидается практически двукратный рост ожирения среди всех возрастных групп к 2050 г.
Цель. Изучить распространенность ожирения в популяции Ростовской области в зависимости от пола из возраста.
Материал и методы. В исследование было включены 2565 человек, проживающих в Ростовской области в возрасте от 30 до 75 лет, из них 1117 мужчин (43,5%) и 1448 женщин (56,5%). Медиана возраста мужчин составила 53,7 года, женщин – 55,6 года. Обследование было выполнено в рамках ЭССЕ–РФ. Третье обследование (ЭССЕ–РФ3) 2020–2022 гг. Наибольшая доля респондентов приходилась на возрастной диапазон 35–40 лет: мужчин – 208 (18,6%), женщин – 267 (18,4%). В выборке преобладали городские жители – 1857 человек (72,4%), доля сельских жителей составила 708 человек (27,6%). Медиана возраста городских жителей 53,6 года и была достоверно выше, чем у сельских, составлявшая 57,4 года ($p < 0,0001$).
Результаты. Наибольшая доля городских респондентов приходилась на возрастную группу 35–40 лет – 366 человек (18,7%), сельских жителей максимальная доля отмечалась в группе 65–70 лет – 113 человек (16,0%). Соотношение мужчин и женщин в городской и сельской местности, а также частота выявления избыточного ИМТ или ожирения статистически значимо не различалось. Распространенность избыточного ИМТ и ожирения: у 836 мужчин (74,8%) и у 853 женщин (58,9%; $p < 0,0001$). Анализ распределения респондентов по диапазонам ИМТ в зависимости от пола и возраста показал, что доля мужчин в категории нормального ИМТ (18,5–24,9 кг/м²) снижалась с возрастом и оставалась существенно ниже, чем у женщин. У женщин также отмечалось снижение доли лиц с нормальным ИМТ по мере увеличения возраста ($p < 0,0001$). Корреляционный анализ выявил различия в характере связи между ИМТ и возрастом у мужчин и женщин. У мужчин зависимость ИМТ от возраста была крайне слабой (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,1241$), тогда как у женщин умеренной ($r=0,32$; $p < 0,0001$), что статистически значимо превышало показатель у мужчин.
Выводы. *Распространенность избыточного ИМТ и ожирения в Ростовской области не зависит от места проживания, ассоциирована с полом: мужчины страдают данной патологией достоверно чаще женщин. У женщин связь между возрастом и увеличением ИМТ умеренная, тогда как у мужчин она крайне слабая.*

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ 45 ЛЕТ И СТАРШЕ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Зорина В.В., Афанасьева А.Д.
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Института цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук (НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН), г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Инфекция SARS-CoV-2 может способствовать развитию нарушений углеводного обмена (НУО), особенно у пациентов старших возрастных групп. Однако механизмы формирования НУО в постковидном периоде и факторы, определяющие особенности их течения, остаются недостаточно изученными. Определение факторов, ассоциированных с развитием НУО в постковидном периоде, имеет важное значение для их ранней диагностики, своевременной коррекции и профилактики прогрессирования метаболических нарушений.
Цель. Изучить метаболические особенности пациентов ≥45 лет с впервые выявленными НУО в постковидном периоде.
Материал и методы. На базе НИИТПМ – филиала ИЦиГ СО РАН (2020–2021) проведено одномоментное обсервационное исследование 270 реконвалесцентов COVID-19 (18–84 года). Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения, сформирована группа пациентов с постковидным синдромом (ПКС) (n=208). Исследуемую подгруппу составили 76 пациентов ≥45 лет с впервые выявленными НУО в постковидном периоде (средний возраст 62,5±8,2 года). Всем участникам проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с оценкой анамнестических данных, антропометрических характеристик и метаболических показателей. Статистический анализ выполнен с использованием SPSS версии 13.0.
Результаты. У реконвалесцентов с ПКС ≥45 лет шанс наличия впервые выявленных НУО в постковидном периоде прямо ассоциирован с окружностью талии (отношение шансов (ОШ)=1,081; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,000–1,169; p=0,049). У мужчин шанс наличия впервые выявленных НУО в постковидном периоде обратно ассоциирован с уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (ОШ=0,927; 95% ДИ: 0,889–0,967; p <0,001), у женщин – прямо ассоциирован с уровнем мочевой кислоты (ОШ=1,007; 95% ДИ: 1,000–1,014; p=0,047).
Выводы. *У пациентов ≥45 лет целесообразно учитывать наличие абдоминального ожирения для оценки риска возникновения НУО после COVID-19. Для контроля факторов риска НУО в алгоритм следует включать СКФ у мужчин и мочевую кислоту у женщин.*

АРИТМОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Зорькина А.В., Пакалина В.М., Зорькин М.В.
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск, Россия

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) достаточно широко распространена. Латентная ЖДА часто не диагностируется и, казалось бы, не вызывает серьезных опасений. Но при сочетании анемии с патологией щитовидной железы факторы патогенеза, воздействующие на миокард, могут потенцироваться.
Описание случая. У пациентки, 52 лет, был диагностирован аутоиммунный тиреоидит узловой формы. С целью супрессии роста узла инициирована терапия левотироксином натрия в минимальной дозе 25 мкг. Вскоре появились жалобы на перебои в работе сердца. Исследование в стационарных условиях выявило снижение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) до 0,25 мМЕ/л, фракции свободных тироидных гормонов находились на верхней границе нормы. Подтвержден аутоиммунный генез заболевания. Гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $4,5\times10^{12}$/л, цветовой показатель (ЦП) – 0,85. Суточное мониторирование ЭКГ: одиночные наджелудочковые экстрасистолы (НЭ) до 1109 за сутки, парные НЭ, эпизоды наджелудочковой тахикардии, а также политопная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) до 615 комплексов за сутки, включая периоды аллоритмии. Заключительный диагноз «узловой зоб II степени. Аутоиммунный тиреоидит, узловая форма. Дисгормональная миокардиодистрофия. Нарушение сердечного ритма по типу экстрасистолии». Пациентке проводилась стандартная метаболическая и электролитная терапия. Последующее исследование показателей сывороточного пула железа, назначенное терапевтом, позволило диагностировать латентный дефицит железа: сывороточное железо (СЖ) 14,4 мкмоль/л, ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки 48,4 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом (НТ) 22%. На фоне коррекции тканевого обмена железа нарушение ритма полностью нивелировалось. Спустя несколько лет у пациентки вновь развилась ЖДА (гемоглобин – 118 г/л, ЦП – 0,84, пойкилоцитоз Hf – 37%, ферритин – 10 нг/мл, СЖ – 8 мкмоль/л, НТ – 16%). Одновременно вновь были зафиксированы частые ЖЭ по типу бигеминии, парные и политопные ЖЭ. На фоне приема препаратов железа нарушения ритма исчезли.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Клинический случай позволяет наглядно продемонстрировать, что ЖДА выступает в роли патогенетического фактора, многократно усиливающего базовый кардиотоксический потенциал левотироксина натрия. Это подтверждается феноменом «обратимости» аритмии на фоне купирования ЖДА без отмены или снижения дозы левотироксина натрия.*

ВЫРАЖЕННОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Зорькина А.В., Баранова К.В., Самолькина О.Г.
ФГБОУ ВО МГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск, Россия

Актуальность. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне факторов риска является одной из основных задач диспансеризации.
Цель. На основании оценки антропометрических параметров рассчитать должную частоту сердечных сокращений (ДЧСС) у студентов 6 курса медицинского института и сравнить с текущей частотой сердечной деятельности.
Материал и методы. Проведен расчет индивидуальной ДЧСС по формуле ДЧСС=48(Рсм/Мкг)1/3, где Р – рост, М – масса, 48 – соматический коэффициент у 81 студента без диагностированных хронических заболеваний, считающих себя здоровыми. Текущую частоту сердечных сокращений (ТЧСС) оценивали в покое в положении сидя. Критерием нормальной индивидуальной ЧСС авторы метода считают отклонение ТЧСС не более 5%. Если показатель ТЧСС увеличен в большей степени, диагностируется индивидуальная тахикардия. Обработка результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Пирсона.
Результаты. Только у 22% обследованных отличие ТЧСС от ДЧСС составило менее 5%. При этом у 18,5% ТЧСС превышала ДЧСС на 6–10%. У 34,6% обследованных превышение ТЧСС составило 11–20%. У 24,7% студентов ТЧСС превысила ДЧСС более чем на 20%. Индекс массы (ИМ) в сравниваемых группах достоверно не отличался и составил соответственно 22,2±1,3, 22,2±0,6, 22,2±0,6, только в группе студентов с превышением ТЧСС более 20% показатель имел тенденцию к повышению (25,4±1,2 кг/м^2). При корреляционном анализе взаимосвязи величины отклонения ТЧСС и ИМ у студентов, где отклонение ТЧСС не превышало 5%, выявлялась заметная положительная связь (r=0,6558). У студентов, ТЧСС которых превышала ДЧСС на 6–10% – слабая отрицательная связь (r=−0,1527). В группе студентов, у которых превышение ТЧСС над ДЧСС составило 11–20%, корреляционная связь между ИМ и процентом отклонения отсутствовала (r=0,0436). У студентов, у которых ТЧСС превышала ДЧСС более чем на 20%, наблюдалась умеренная положительная связь (r=0,3505) между величиной отклонения ЧСС и ИМ.
Выводы. *У 77,8% обследованных студентов регистрировалась индивидуальная тахикардия. Сравнительный анализ должной и текущей ЧСС позволил определить контингент молодежи, нуждающейся в более углубленном профилактическом обследовании для выяснения причин сохранения индивидуальной тахикардии в покое.*

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С БЕМПЕДОЕВОЙ КИСЛОТОЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И УРОВЕНЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С–РЕАКТИВНОГО БЕЛКА (ВЧ–СРБ) У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ (ГХС)

Зубарева М.Ю., Курочкина Н.С., Сергиенко И.В., Каминная В.И., Рожкова Т.А.
ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, РФ

Актуальность. Недостижение целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС–ЛНП) является значимой проблемой современной кардиологии в России. Представитель новой группы гиполипидемических препаратов ингибиторов фермента аденозинтрифосфат–цитратлиазы – бемпедоевая кислота (БК) был одобрен к применению в клинической практике в РФ в 2024 году. Пилотное исследование по изучению влияния комбинированной гиполипидемической (ГЛП) терапии с БК было проведено в РФ в 2025–2026 гг.
Цель. Оценить эффективность и безопасность применения БК в снижении уровней ХС–ЛНП, холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (ХС–не ЛВП) и вч–СРБ у пациентов с ГХС, принимающих препараты из группы статинов или эзетимиб.
Материал и методы. В проспективное открытое 12-недельное клиническое исследование были включены пациенты (50% мужчин) старше 18 лет (средний возраст 58,3 года); с ГХС 2а–б типа; и недостигнутым целевым уровнем ХС–ЛНП при приеме максимально переносимой постоянной пероральной ГЛП терапии. Основными критериями исключения являлись наличие подагры, анемии, хронической болезни почек 4–5стадии, печеночной недостаточности. При включении в исследование пациентам, дополнительно к текущей терапии, назначалась БК 180 мг внутрь 1 таблетка в сутки. Эффективность и безопасность комбинированной ГЛП терапии с БК была оценена через 12 нед.
Результаты. Через 12 нед. терапии у больных в группе комбинированной терапии БК со статинами в низких или умеренных дозах (n=28) уровни ХС–ЛНП, ХС–не ЛВП и вч–СРБ дополнительно снизились на –17,3, –13,3 и –32,17% соответственно. В то же время в группе комбинированной терапии БК с эзетимибом (n=21) снижение этих показателей составило –25,6, –22,9 и –27,5% соответственно. Все различия были с высокой статистической значимостью. Показатели активности аланинаминотрансферазы, креатинкиназы, уровни креатинина, мочевой кислоты и гемоглобина при приеме БК в обеих группах значимо не отличались от исходных. Переносимость лечения с БК была удовлетворительной. Нежелательных явлений, связанных с приемом терапии, не отмечалось.
Выводы. *Назначение БК в составе комбинированной ГЛП терапии безопасно и эффективно в снижении уровней ХС–ЛНП, ХС–не ЛВП и вч– СРБ и хорошо переносится у больных с ГХС разных категорий сердечно-сосудистого риска.*

ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Зырянов Т.С.[1], Жемчужнова Н.Л.[2], Белоиван Н.И.[1], Зырянова Е.Т.[3]
[1] Войсковая часть 02035, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
[3] ЗФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ, у 27% населения отмечаются нарушения сна. Недостаточный сон сопровождается пониженной работоспособностью, ухудшением здоровья и качества жизни. В настоящее время определена прямая коррелятивная связь между сном и ожирением, хотя ее механизмы недостаточно изучены. В некоторых публикациях сообщается о взаимосвязи короткой продолжительности сна и общим риском ожирения.
Цель. Оценить особенности инсомнии у лиц с различным индексом массы тела.
Материал и методы. 1) Модифицированная бальная шкала субъективных характеристик сна, где 17 баллов и выше – показатель, характерный для здоровых испытуемых, 13–17 баллов – признак неблагополучия, менее 13 баллов – свидетельствует о значимых расстройствах сна; 2) индекс тяжести инсомнии, где показатель более 10 баллов – признак инсомнии, от 15–24 баллов набирают пациенты с хронической инсомнией; 3) индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по формуле Кетле: ИМТ= масса (кг)/рост ($м^2$).
Результаты. В опросе участвовали 47 человек, из них 28 мужчин и 19 женщин. Средний возраст – 46±0,25 года. По данным анкетирования нарушения сна было выявлено у 27 человек, что составило 57% от всех опрошенных. У лиц с инсомнией оценивали индекс массы тела. Так, лица, страдающие нарушениями сна с нормальным ИМТ, составили 10 человек (37%), с избыточным весом – 13 пациентов (48%), а лица с ожирением – 4 человека (15%).
Выводы. *Анализ полученных нами данных выявил, что нарушения сна чаще регистрируются у лиц с избыточным весом и ожирением (по данным нашего исследования у 63%), в то время как с нормальным ИМТ инсомнией страдают лишь 37%. Таким образом, плохое качество сна является фактором риска развития ожирения.*

ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ ИММУНОТЕРАПИИ РАКА ЛЕГКОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Иваников И.О.[1], Носов Д.А.[1], Власов А.А.[1], Ефремова Н.В.[1], Жарова М.Е.[2], Трифонова Е.В.[1], Григорьева Ю.В.[1]

[1] ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия

[2] ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия

Введение. Терапия ингибиторами иммунных контрольных точек (ИИКТ) сопровождается риском иммуноопосредованных нежелательных явлений, включая гепатит. Вместе с тем повышение аминотрансфераз у онкологического пациента требует исключения альтернативных причин поражения печени. Представлено наблюдение, в котором исходная трактовка гепатита как иммуноопосредованного оказалась неполной.

Описание случая. У пациента с аденокарциномой левого легкого cTxN1M1aG2/3, IV стадии, с метастатическим поражением плевры с 15.11.2022 проводили терапию ипилимумабом и ниволумабом. На фоне частичного метаболического ответа развились вторичная надпочечниковая недостаточность и гипотиреоз; ипилимумаб отменили, ниволумаб продолжили в монорежиме. 26.04.2023 выявлено повышение АЛТ до 726,2 Ед./л, АСТ до 612 Ед./л, ГГТП до 341 Ед./л. Иммунотерапию приостановили; состояние расценили как иммуноопосредованный гепатит. Прием преднизолона в рекомендованной дозе 75 мг/сут. был отложен из-за опасений пациента по поводу гипергликемии. К 10.05.2023 АЛТ достигла 3075,5 Ед./л, АСТ – 2280,4 Ед./л, после чего назначен преднизолон 150 мг/сут. Быстрое снижение активности аминотрансфераз на 30–40% сменилось плато и повторным ростом, что стало основанием для пересмотра диагноза. Маркеры аутоиммунного гепатита не выявлены; при отсутствии антител к HCV обнаружена РНК HCV $8{,}8\times10^9$ МЕ/мл, что было расценено как острый гепатит С. Дополнительным повреждающим фактором признано злоупотребление алкоголем. Дозу преднизолона постепенно снизили, возобновили заместительную терапию гидрокортизоном и назначили софосбувир/велпатасвир 400/100 мг/сут. на 12 нед. К октябрю 2023 г. РНК HCV не определялась, показатели АЛТ, АСТ и ГГТП нормализовались. Пациент остается под динамическим наблюдением, сохраняет работоспособность и физическую активность.

Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Выраженный цитолиз у пациента, получающего ИИКТ, не является патогномоничным признаком иммуноопосредованного гепатита. Даже частичный ответ на глюкокортикостероиды не исключает вирусное поражение печени.*

НЕФРОТИЧЕСКИЙ И СУСТАВНОЙ СИНДРОМЫ, ИКОТА КАК ДЕБЮТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Иванова Е.Ю., Бусыгина М.С.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение. Заболеваемость инфекционным эндокардитом (ИЭ) составляет от 1,7 до 5,3 случая на 100 000 населения в год. К сожалению, несмотря на внедрение в клиническое обследование пациентов новых современных лабораторно- инструментальных методов в течение первого месяца заболевания диагноз ИЭ устанавливается у одного из 10 пациентов (9,6%). Представляется интересным описание течения ИЭ на современном этапе.
Описание случая. Пациент С., 41 год, поступил 15.05 в ГКБ № 8 с жалобами на лихорадку до 39,2 °С, олигоурию, икоту, боль с нарушением подвижности второго пястно-фалангового сустава правой кисти. Считает себя больным с 24.04.2026, когда вечером появилась боль и припухлость в правом голеностопном суставе, повысилась температура тела до 39 °С, лечился местно. Через 3 дня возникла отечность и боль второго пястно-фалангового сустава правой кисти. Осмотрен хирургом, инфекционистом, на фоне терапии доксициклином температура тела нормализовалась. 13.05 вновь лихорадка, консультирован ревматологом, выставлен диагноз «недифференцированный артрит с поражением 2 пястно-фалангового сустава правой кисти по типу правостороннего ахиллотендинита, серонегативный по ревматоидному фактору, АНЦА IgG менее 1/640. ФК 2». 15.05 госпитализирован в терапию ГКБ № 8. Из анамнеза известно, что в 2024 г. впервые выявлен бикуспидальный аортальный клапан, умеренный аортальный стеноз. НАК 2 ст. Кальциноз АК. 2 ст. Дилатация ЛП (последнее ЭХО-КГ 2 мес. назад). Наблюдался у ревматолога, постоянно принимал бисопролол, лозартан, амиодарон. Объективно: состояние средней степени тяжести. Дыхание везикулярное, хрипов нет. SPo_2 – 96%. Тоны сердца ритмичные, приглушены, в первой точке аускультации грубый систоло-диастолический шум. АД 100/60 мм рт. ст., частота пульса 108 уд./мин. Печень выступает из-под края реберной дуги. Из анализов: лейкоцитоз ($14,9\times10^9$/л), СРБ более 280 Ед./л, креатинин 140,7 мкмоль/л, гематурия выщелоченными эритроцитами, протеинурия 0,3 г/л. На фоне приема цефтриаксона, преднизолона температура тела нормализовалась, не стало суставного и нефротического синдромов, но усилилась одышка, отеки ног, икота. Выполнена ЭХО-КГ– вегетации на МК. Выставлен диагноз ИЭ и назначено лечение с положительным эффектом.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай отражает многогранность проявлений инфекционного эндокардита, что создает трудности в своевременной диагностике. Наличие пороков сердца явилось предрасполагающим фактором к возникновению инфекционного эндокардита, а каждая жалоба имеет свое патогенетическое обоснование.*

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО ОСТАТОЧНОГО РИСКА

Ившина Д.Д., Объедкова Н.Ю., Маль Г.С.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Курск, Россия

Актуальность. При широком применении статинов и достижении целевого ХС–ЛПНП у доли пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) частота повторных сердечно-сосудистых событий остается высокой из-за резидуального риска. Современная стратегия вторичной профилактики диктует переход к комбинированным схемам. Эффективность различных режимов терапии у пациентов с высоким остаточным риском недостаточно изучена, особенно при сочетании ИБС, метаболического синдрома (МС) и сахарного диабета 2-го типа (СД2).
Цель. Проанализировать эффективность гиполипидемической терапии у пациентов высокого остаточного риска с различной коморбидной патологии по динамике липидного профиля и удержанию целевого ХС–ЛПНП через 12 мес.
Материал и методы. В исследование включены 120 мужчин 55–75 лет с ИБС и коморбидным фоном. На старте выполнена оценка резидуального риска и определен индекс аутофлуоресценции (ИА) на аппарате AGE Reader. Схемы терапии: розувастатин 20 мг с добавлением эзетимиба 10 мг при недостижении ХС–ЛПНП <1,4 ммоль/л, затем алирокумаб 150 мг п/к при неэффективности. Пациенты были разделены на когорты: когорта 1 – монотерапия, когорта 2 – двойная терапия, когорта 3 – трехкомпонентная схема. ИА оценивали через 6, 12, 18 нед. и 12 мес. Анализ проведен в StatTech v.4.7.3.
Результаты. Через 12 мес. наблюдения у пациентов с сочетанием ИБС и СД2 зарегистрированы статистически значимые различия по ключевым липидным параметрам. Уровень общего холестерина превышал показатели в сравнении с изолированной ИБС и ИБС+МС на 20,76 и 9,23% соответственно. Индекс атерогенности оказался выше на 30,96 и 23,12% ($p < 0,05$), показатель ХС–неЛПВП – на 11,38 и 28,77% ($p < 0,05$). Доля пациентов, достигших целевого уровня ХС–ЛПНП <1,4 ммоль/л, снизилась на 18,78%.
К завершению 12-месячного периода целевого уровня достигли 53,19% участников, у 48,31% целевые показатели не достигнуты. У пациентов с изолированной ИБС уровень ХС–ЛПНП был на 13,19% выше по сравнению с коморбидными группами, что обусловлено преобладанием менее интенсивных схем. В группах ИБС+МС и ИБС+СД2 чаще применялись трехкомпонентные режимы, показавшие более высокую эффективность. У пациентов с СД2 выявлена нестабильность уровня ХС–ЛПНП с частым превышением порога 1,4 ммоль/л, что затрудняет контроль липидного компонента остаточного риска. Тройная комбинация (статин+эзетимиб+алирокумаб) продемонстрировала преимущества в достижении и удержании целевого уровня через 12 мес.
Выводы. *Трехкомпонентные схемы обеспечивают более высокую частоту достижения и удержания целевого ХС–ЛПНП, однако у пациентов с СД2 сохраняется вариабельность атерогенных липопротеинов, что требует персонализированного подхода и мониторинга стабильности параметров.*

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФРАГМЕНТАЦИИ КОМПЛЕКСА QRS ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ильченко Р.С.[1], Кокорин В.А.[2], Гордеев И.Г.[3]
[1] РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ММКЦ Коммунарка ДЗМ, г. Москва, Россия
[2] Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия
[3] РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на прогресс в терапии острого инфаркта миокарда (ОИМ), поиск новых маркеров риска неблагоприятного исхода остается актуальной задачей. Фрагментация комплекса QRS (fQRS) представляется потенциальным маркером, отражающим электрическую нестабильность и распространенность повреждения миокарда.
Цель. Оценить прогностическую ценность fQRS у пациентов с дебютным ОИМ с подъемом ST-сегмента (STEMI).
Материал и методы. В исследование включены 126 пациентов с впервые возникшим STEMI (средний возраст 61 год, 85 мужчин, 41 женщина). Всем пациентам проводилась коронароангиография со стентированием коронарных артерий. Пациенты были разделены на две группы в соответствии с наличием или отсутствием fQRS на момент поступления и в течение госпитализации. Проведена оценка клинических исходов, в том числе случаев аритмий, сердечной недостаточности, характер поражения коронарных артерий, и летальных исходов в течение госпитализации и в последующем со медианой 48 мес. (Q1–Q3: 12–72 мес.).
Результаты. Фрагментация QRS регистрировалась у 47 пациентов с передним ОИМ, 24 – с нижним, 5 – с задним и 4 – с боковой локализацией инфаркта. У 55 исследуемых fQRS регистрировалась на момент госпитализации, у 16 отмечалось развитие fQRS после ЧКВ, у 4 через 24 ч, у 5 через 72 ч. На момент выписки fQRS сохранялась у 75 пациентов. При проведении статистического анализа госпитальных событий, фрагментация QRS, регистрирующаяся при госпитализации ассоциировалась с многососудистым поражением коронарных артерий (p <0,001, ОШ 3,52 ДИ 1,64–7,53). В группе пациентов с развитием fQRS после ЧКВ отмечалась статистически значимая связь с фибрилляцией предсердий (p=0,042, ОШ 3,71; 95% ДИ 1,11–12,51). При сохранении fQRS на момент выписки отмечалась связь с развитием аневризмы левого желудочка (p=0,01, ОШ 3,07, 95% ДИ 1,30–7,26) и блокад ножек пучка Гиса (p <0,001; ОШ 8,98, 95% ДИ 2,46–32,47). В отдаленном периоде, с максимальной длительностью наблюдения 72 мес., выживаемость пациентов с fQRS была статистически значимо ниже (log-rank-test, p=0,003). Отношение рисков смерти у пациентов с fQRS по сравнению с пациентами без fQRS (HR) составляло 4,15 с 95% ДИ: 1,44–11,9 (p=0,008).
Выводы. *Фрагментация QRS может служить маркером высокого риска как в течение госпитализации, так и в отдаленном периоде после острого инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST. Включение данного показателя в прогностические шкалы позволит оптимизировать персонализированный подход к лечению пациентов.*

АССОЦИАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛО-РЕНО-ГЕПАТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С РАННИМ СОСУДИСТЫМ СТАРЕНИЕМ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Ильянова И.Н., Ротарь О.П., Виллевальде С.В., Бояринова М.А., Могучая Е.В., Колесова Е.П., Васильева Е.Ю., Конради А.О., Бабенко А.Ю., Шляхто Е.В.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Кардиоваскуло-рено-гепато-метаболический синдром (КРГМС) – мультисистемное поражение, ассоциированное с высоким сердечно-сосудистым риском. Раннее сосудистое старение рассматривается, как интегральный маркер неблагоприятного прогноза, однако его связь с КРГМС в российской популяции изучена недостаточно.
Цель. Оценить ассоциацию КРГМС с признаками раннего сосудистого старения по данным объемной сфигмометрии в популяционной выборке жителей Санкт-Петербурга 25–64 лет.
Материал и методы. В 2012–2013 гг. в рамках исследования ЭССЕ–РФ обследована случайная выборка из 1600 жителей Санкт–Петербурга. Исключены 54 участника с известными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Проведены анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления (АД), липидограмма, глюкоза, высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), креатинин, мочевая кислота. Сосудистый возраст определяли с помощью сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (СЛСИ) на приборе VaSera VS–1500. Участники распределены по 3 фенотипам сосудистого старения (раннее, нормальное, замедленное) на основе отклонения дельты в 4 года между хронологическим и сосудистым возрастом. Диагноз КРГМС устанавливали согласно междисциплинарному согласительному документу по КРГСМ 2026 г.
Результаты. В анализ включены 1319 участников (медиана возраста 48 лет), из них 64,4% женщин. По СЛСИ к раннему старению отнесены 286 (21,7%), к замедленному – 333 (25,2%), к нормальному – 700 (53,1%). Вероятность раннего сосудистого старения увеличивалась при наличии АД ≥120/80 мм рт. ст. в 2,3 раза, дислипидемии – в 1,7 раза, вчСРБ ≥2 мг/л – в 1,5 раза (95% ДИ: 0,593–0,669; p <0,001), при наличии КРГМС – в 2,2 раза (95% ДИ: 0,550–0,627; p <0,001).
Выводы. *КРГМС и его компоненты, такие как низкоуровневое воспаление, дислипидемия, повышенное АД, ассоциированы с вероятностью развития раннего сосудистого старения.*

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Испавская К.С.
ФГБОУ ВО УГМУ МЗ, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Диагноз саркопения чаще верифицируется при уже развившихся осложнениях (падения, переломы, снижение физической работоспособности), что определяет необходимость доклинического выявления изменений в мышечной ткани. Генотипирование является перспективным инструментом предикции саркопении, позволяющим персонализировать профилактику и лечение, повысить качество жизни, снизить инвалидность и смертность у женщин пожилого и старческого возраста.
Цель. Оценить возможные ассоциативные связи полиморфизмов генов (NOS3, MTRR, IL6, MTHFR, COL1A1, VDR, RANKL, MTR) с риском развития саркопении у женщин постменопаузального возраста для определения потенциальных генетических маркеров.
Материал и методы. Одномоментно обследованы 67 женщин (медиана возраста 72 года). Для верификации диагноза и распределения по группам использовали кистевую динамометрию и тест «Подъем со стула»: 1-я (n=34) – без саркопении, 2-я (n=33) – с вероятной саркопенией. Молекулярно-генетический анализ полиморфизмом генов проведен методом ПЦР в режиме реального времени на ДТ–прайм 5М1 с помощью наборов реагентов для научного применения (ООО «ДНК–Технология», Россия). Распределение генотипов соответствовало равновесию Харди–Вайнберга.
Результаты. При сравнении общей модели значимые различия выявлены только для полиморфизма G894T гена NOS3 (rs 1799983): генотип GG чаще встречался в группе с саркопенией, а варианты GT и TT в группе без нее, p=0,035. В рецессивной модели у пациенток 2-й группы значимо преобладали такие рецессивные генотипы как TT G894T NOS3, GG A66G MTRR, p <0,050, что указывает на их ассоциацию с повышенным риском саркопении. Генотип CC G(–174)C гена IL6, напротив, превалировал у женщин 1-й группы, как и генотип TT C677T MTHFR, который в группе с саркопенией не выявлен ни у одной пациентки, а в группе без синдрома – у 4 (11,76%), p <0,050. Следовательно, генотипы CC G (–174)C IL6 и TT C677T MTHFR ассоциированы со снижением риска саркопении. По остальным исследованным полиморфизмам (COL1A1, VDR, RANKL, MTHFR 1298 A>C, MTR 2756 A>G) статистически значимых различий не получено, p >0,050.
Выводы. *Идентифицированы потенциальные генетические факторы саркопении: генотипы TT NOS3 894 G>T и GG MTRR 66 A>G – предиктивные маркеры, генотипы CC IL6 –174 G>C и TT MTHFR 677 C>T – протективные. Полученные ассоциации требуют дальнейших исследований в расширенных когортах.*

АПНОЭ СНА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫШАЕТ ШАНСЫ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ КОНТРОЛЕ ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Калинкин А.Л.
Университетская клиника МНОИ МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия

Актуальность. Обструктивное апноэ сна (ОАС) рассматривается как фактор риска артериальной гипертензии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако ОАС зачастую сочетается с другими нарушениями сна и чаще всего с хронической инсомнией (ХИ), которая также может вносить свой вклад в развитие ССЗ. Депривация сна вследствие ХИ приводит к уменьшению представленности ОАС, и не ясно, приводит ли это к уменьшению влияния ОАС на риск развития АГ или способствует их кумулятивному эффекту.
Цель. Сравнить силу ассоциации между традиционными факторами риска артериальной гипертензии (возраст, пол, ИМТ) и апноэ сна у лиц с хронической инсомнией, оценив их относительный вклад в риск развития АГ.
Материал и методы. В исследование включены 1135 лиц, последовательно обратившихся в центр медицины сна Университетской клиники МНОИ МГУ имени М.В. Ломоносова через портал www.sleeplab.ru с жалобами на бессонницу. Степень тяжести ХИ оценивалась по международной шкале ISI. Наличие АГ определялось только при утвердительном ответе на постановку диагноза АГ в анамнезе/приеме антигипертензивных средств, наличие апноэ сна только при однозначном ответе, наличие ХИ при ISI >7 баллов. В итоге для статистической обработки использовались данные 788 респондентов в возрасте от 18 до 90 лет Me (Q1; Q3): 44,00 (35,00; 55,00), ж/м (70,1/29,9%), ИМТ Me (Q1; Q3): 24,03 (21,30; 27,27). Разработана прогностическая модель вероятности АГ методом бинарной логистической регрессии.
Результаты. Построенная многофакторная регрессионная модель была статистически значимой ($p < 0{,}001$) по сравнению с нулевой моделью. Качество модели, оцененное по псевдо-R^2 Найджелкерка, составило 36,6%. С поправкой на возраст, пол и ИМТ, наличие апноэ сна увеличивало шансы АГ в 2,144 раза ($p = 0{,}014$). При увеличении возраста на 1 шансы АГ увеличивались в 1,076 раза. Мужской пол увеличивал шансы АГ в 1,536 раза. При увеличении ИМТ на 1 шансы АГ увеличивались в 1,117 раза. Построенная прогностическая модель, включающая возраст, пол, ИМТ и наличие апноэ сна, продемонстрировала отличную дискриминационную способность (AUC=0,823; 95% ДИ: 0,787–0,860; $p < 0{,}001$). Статистическая значимость коэффициентов модели подтверждена ($p < 0{,}05$ для всех предикторов). Максимальное значение индекса Юдена (J=0,514) было достигнуто при пороговом значении вероятности 0,188, что соответствует балансу чувствительности (86,5%) и специфичности (64,9%). Данный результат указывает на приемлемую дискриминационную способность модели, обеспечивающую высокую выявляемость АГ, однако ценой существенной доли ложноположительных результатов, что характерно для скрининговых методов.
Выводы. *Апноэ сна демонстрирует выраженную ассоциацию с риском АГ у лиц с ХИ и вносит существенный вклад в прогностическую модель наряду с традиционными факторами риска (возраст, пол, ИМТ). Врачам терапевтических специальностей необходимо учитывать наличие апноэ сна в стратегии ведения пациентов с АГ и ХИ.*

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ОБУЧАЮЩИХ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ВИДЕОИГР ПО ДАННЫМ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Каминная В.И., Фофанова Т.В., Смирнова М.Д., Соловьева Е.Ю., Басинкевич А.Б., Агеев Ф.Т.
ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. К 2050 г. 20% населения мира будет старше 65 лет. Малоподвижный образ жизни и недостаточная приверженность к мерам профилактики, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), снижает качество жизни и создает значимые проблемы для здравоохранения. Для повышения приверженности к медикаментозной и немедикаментозной профилактике целесообразно проведение опросов и анкетирования для разработки и внедрения информационных видеоигр (о диете, режиме физических нагрузок и т.д.) для данной категории лиц.
Цель. Оценить востребованность информационных видеоматериалов о профилактике ССЗ у лиц старшего возраста (активных участников мероприятий московского долголетия). Разработать обучающие видеоигры (геймификация) для повышения приверженности к терапии.
Материал и методы. Планируется проведение анонимного анкетирования и опроса (n=1000) лиц предпенсионного/пенсионного возраста из числа участников национального проекта «Продолжительная активная жизнь». Анкетирование пациентов будет включать опросники: психологический статус (HADS), когнитивные функции (MMSE), тест Мориски–Грина (4), отечественный опросник приверженности терапии, шкала качества жизни ВАШ, опросник причин вызова бригады 03. На основании данных анкетирования планируется разработать обучающие видеоигры для данной категории лиц (получение знаний о диете, об оптимальном режиме физических нагрузок, основных принципах терапии хронических заболеваний, ассоциированных с возрастом, самоконтроля, правильного поведения в период погодных аномалий).
Результаты. На основании анализа данных анкетирования планируется разработать информационные материалы, программы тематических интеллектуальных игр (Клуб игры в КВИЗ проекта «Московское долголетие») и обучающие видеоигры для лиц старших возрастных групп (получение знаний о диете, об оптимальном режиме физических нагрузок, основных принципах самоконтроля и терапии хронических ассоциированных с возрастом заболеваний, правильного поведения в период погодных аномалий). Полученные данные позволят оценить на выборке участников национального проекта «Продолжительная активная жизнь» степень положительного влияния обучающих занятий и видеоигр на психологический статус, когнитивные функции, повышение приверженности к терапии лиц с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.
Выводы. *Полученные данные позволят разработать алгоритмы повышения приверженности к лечению и профилактическим мероприятиям, а также предложить в доступной форме обучающие алгоритмы для лиц старших возрастных групп.*

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЛОСТИ РТА У СОМАТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Капинус В.Н., Поповкина О.Е., Ярославцева-Исаева Е.В., Николаева Е.Ю.
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск, Россия

Введение. Основными методами лечения рака полости рта являются хирургический и химиолучевая терапия, но эти виды лечения, как правило, сопряжены с высокими рисками осложнений у пожилых и/или соматически отягощенных пациентов.
Описание случая. Представлен опыт лечения методом фотодинамической терапии (ФДТ) плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта двух соматически отягощенным пациентов. В связи с наличием выраженной сопутствующей патологии проведение пациентам обширных хирургических вмешательств и/или проведение агрессивной химиолучевой терапии было не показано. У пациентов был диагностирован плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, распространенность опухолевого процесса соответствовала cT1N0M0. У одного пациента имелись следующие сопутствующие заболевания: ВИЧ инфекция ст. А (на фоне антиретровирусной терапии). ВИЧ-ассоциированная высокая легочная гипертензия. НК 2А. ФК 2. Дилатационная кардиомиопатия. Хронический вирусный гепатит С вне репликации. Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический тип. Первичный гипотиреоз, субкомпенсация. Метаболический синдром. Инсулинорезистентность. Ожирение 2 ст. Варикозная болезнь нижних конечностей 2 ст., а у другого пациента: гипертоническая болезнь II ст., уровень АД достигнут, риск 4. ИБС: атеросклероз аорты, клапанов сердца, коронарных артерий. НК 2А. ХСН 2 ФК с сохраненной ФВ 57%. Аневризма брюшной части аорты, состояние после хирургического лечения. Хроническая болезнь почек, 4 ст. (СКФ 28 мл/мин./1,73 м²). Варикозная болезнь нижних конечностей 3 ст. Пациентам была выполнена ФДТ с ФС хлоринового ряда в дозе 1,0 мг/м^2, параметры ФДТ: выходная мощность – 1,5 Вт, плотность мощности – 0,31 Вт/см^2, световая доза – 300 Дж/см^2. После однократного сеанса ФДТ у обоих пациентов диагностирована полная резорбция первичного опухолевого очага (по RECIST 1.1), период наблюдения (IQR) пациентов составил 18 мес. без признаков рецидива и метастазов.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Фотодинамическая терапия является малоинвазивной методикой радикального лечения локализованного плоскоклеточного рака полости рта с минимальным количеством осложнений, поэтому особенно актуальной эта методика является у пациентов с выраженной сопутствующей патологией.*

РОЛЬ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ГЕСТАЦИИ НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ

Капитанова Д.А., Власова Т.И., Громова Е.В., Якобсон Т.И.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева» Минобрнауки России, г. Саранск, Россия

Актуальность. Кардиоваскулярная патология по-прежнему является актуальной глобальной медико-социальной и междисциплинарной проблемой, занимающая лидирующие позиции в структуре причин заболеваемости и смертности населения, в связи с чем необходима ранняя комплексная оценка факторов риска развития гипертензивных расстройств (ГР). В частности, ГР гестации, ассоциированные с тяжелыми акушерскими и перинатальными исходами, угрожаемы ввиду развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в отдаленном периоде.
Цель. Определить клинико-анамнестический портрет беременных с гипертензивными осложнениями гестации.
Материал и методы. В 2023–2025 гг. проведено проспективное исследование 183 беременных сроком гестации 22–40 нед. (Перинатальный центр ГБУЗ РМ «МРЦКБ»). В соответствии с диагнозом все пациентки разделены на три группы: группа 1 (контроль) (n=88) – беременные с физиологическим течением гестации, группа 2 (n=72) – беременные с гестационной гипертензией (ГАГ), группа 3 сформирована из 23 пациенток с преэклампсией (ПЭ). Статистический анализ клинико-анамнестических данных беременных проведен с использованием программы StatTech v.4.8.11.
Результаты. Установлено, что гипертензивные осложнения беременности ассоциированы с рядом факторов, доступных для выявления при стандартном терапевтическом обследовании. У пациенток с гестационной гипертензией и преэклампсией средние значения ИМТ достоверно превышали показатели контрольной группы на 12,86 и 19,04% соответственно ($p < 0,05$), соответствуя избыточной массе тела и ожирению I степени; наличие ожирения ассоциировалось с повышением риска гипертензивных осложнений беременности в 2,81 раза. Табакокурение в анамнезе регистрировалось у 4,2% пациенток с гестационной гипертензией и 13,0% пациенток с преэклампсией против 1,1% в контрольной группе, при этом его наличие ассоциировалось с повышением риска преэклампсии в 11,5 раза. Среди пациенток групп 2 и 3 исследования достоверно преобладали женщины, проживающие в городской местности: 58,3 и 78,3% соответственно ($p < 0,05$).
Выводы. *Таким образом, диспансерное наблюдение женщин репродуктивного возраста с целенаправленной оценкой выявленных клинико-анамнестических предикторов ГР гестации является перспективным в аспекте ранней стратификации риска и проведения своевременной прегравидарной коррекции модифицируемых факторов.*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Каптаева А.К., Стрюк Р.И., Голикова А.А., Евдокимова А.Г.
ФГБОУ ВО «Российского университета медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Оценка сахарного диабета как важного звена сердечно-сосудистого и кардиоренального континуумов является ключевым в понимании полиморбидности у пациентов пожилого возраста. Сопутствующая анемия повышает риски фатальных осложнений, так как для компенсации гипоксии увеличиваются сердечный выброс и нагрузка на ССС. В практической деятельности возникают трудности диагностики и выбора рациональной терапии.

Описание случая. Пациентка Н., 74 года, наблюдалась с полиморбидной патологией – ИБС. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. Гипертоническая болезнь 2 стадия 3 степень, риск ССО 4. ХСН ФК 2 NYHA. Сахарный диабет 2-й типа, целевой уровень HbA1C 6%, диабетическая нефропатия, ХБП С2А1. Хронический атрофический гастрит. Язвенная болезнь ДПК, рубцовая деформация, ремиссия. Анемия смешанного генеза средней степени. Жалобы на одышку при длительной физической нагрузке, головные боли, головокружения, перебои в ритме сердца. При тщательном расспросе дополнительно выявлен специфический дискомфорт в ногах, характерный для синдрома беспокойных ног, поверхностный фрагментированный сон. При физикальном обследовании преобладали симптомы сердечно-сосудистой патологии, скрывая собой признаки циркуляторной гипоксии. Учитывая невыраженность клинической симптоматики, больная к врачам не обращалась в последние годы. Несмотря на лабораторные признаки дефицита железа отсутствовали классические проявления сидеропенического синдрома. Установлено и существенно низкие показатели Hb, чем при изолированной анемии хронических болезней (АХБ): эритроциты – 3,4×1012/л, Hb – 87 г/л, HCT – 27%, MCV – 76 фл, MCH – 24 пг, MCHC – 321 г/л, RDW – 17,8%. Пролиферация незрелых эритроцитов отражалась в гипохромии и биохимическом статусе обмена железа: сывороточное железо – 5,1 мкмоль/л, ферритин – 13,3 мкг/л, НТЖ – 7%, ОЖСС – 73 мкмоль/л, ЛЖСС – 67,9 мкмоль/л. ЭГДС: диффузный эрозивный гастрит, атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка, умеренная язвенная деформация луковицы ДПК. Витамин B_{12} – 130 пмоль/л. Необходимо также учитывать влияние коморбидных заболевания на синтез эритропоэтина даже на ранних стадиях ХБП (С2А1) с субклиническими проявлениями нефропатии: СКФ 75,90 мл/мин. Микроальбуминурия.

Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенность клинического случая – отсутствие классических симптомов, несмотря на выраженную степень анемии. Рекомендуем целенаправленное выявление синдрома беспокойных ног с дифференцированным подходом. АХБ у пожилых на фоне коморбидной патологии сочетается с железо/витамин B_{12}-дефицитными состояниями.*

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ

Кардашова О.О., Чернова А.А.
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск;
ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, Красноярск, Россия

Актуальность. Регулярные аэробные нагрузки, словно целительный бальзам, укрепляют сердечно-сосудистую систему, снижая риск смертельных заболеваний и продлевая жизнь. Однако, когда тренировочный процесс достигает экстремальных высот, высокоинтенсивные нагрузки могут подтолкнуть миокард к опасным структурным и функциональным изменениям, открывая дверь для разнообразных нарушений сердечного ритма.
Цель. Выявить клинико-генетические предикторы нарушений сердечного ритма и проводимости у лиц, профессионально занимающихся спортом и их связь с полиморфными аллельными вариантами гена ADRB2 (rs1042713 и rs1042714).
Материал и методы. Проведено исследование 52 профессиональных спортсменов в возрасте от 18 до 35 лет, имеющие спортивную квалификацию не менее I разряда. Всем спортсменам проведена ЭКГ-диагностика и генетическое исследование крови на определение аллельных вариантов гена ADRB2 (rs1042713 и rs1042714).
Результаты. Включено в исследование 42 спортсмена, у 26 выявлено нарушение ритма сердца по результатам рутинного ЭКГ (8 женщин, 18 мужчин), меридиана возраста составила 22 года. Выявленные нарушения ритма сердца по результатам ЭКГ: синусовая аритмия в 11 случаях, выраженная брадикардия с ЧСС <30 уд./мин. в 9 случаях, AV блокада I ст. в 6 случаях. При выраженных брадикардиях зарегистрированы 8 гомозиготных вариантов CC полиморфизма ADRB2 rs1042714, 3 гетерозиготных AG rs1042714, когда при полиморфизме rs1042713 выявлена гетерозигота AG в 9 случаях, гомозиготы GG и AA по 1 случаю. При AV блокаде I степени в 5 случаях зарегистрирован гомозиготный вариант CC полиморфизма rs1042714, в 1 случае гетерозигота AG, при полиморфизме rs1042713 гетерозигота AG выявлена во всех 6 случаях.
Выводы. *Полиморфные аллельные варианты гена ADRB2, кодирующего бета-2-адренорецептор, играют ключевую роль в регуляции сердечной деятельности.*

РОЛЬ МЕНТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Карпухина Е.В., Смирнова М.С., Карпухина А.И.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. При ведении лиц с психическими расстройствами обращает на себя внимание высокая ее коморбидность с соматической патологией. Подобные сочетания снижают уровень жизни больных, повышают финансовую нагрузку на систему здравоохранения и негативно сказываются на показателях выживаемости. Использование нейролептиков сопровождается развитием нежелательных реакций, затрагивающих работу сердца и сосудов. Это обстоятельство создает специфические барьеры и усложняет процесс лечения данной группы пациентов.
Цель. Изучить характер взаимосвязи между ментальными расстройствами и сопутствующими соматическими заболеваниями, а также определить ведущие предикторы кардиоваскулярного риска в исследуемой группе больных.
Материал и методы. В исследование были включены взрослые пациенты с различными формами шизофрении. Всем пациентам было проведено скрининговое обследование сердечно-сосудистой системы, включающей в себя сбор анамнеза, жалоб и физикальный осмотр.
Результаты. В ходе работы было проведено обследование 170 пациентов психиатрического профиля. Среди них 75 (44%) мужчины и 95 (56%) женщины. Согласно результатам опроса, гиподинамия была выявлена у 76% респондентов, табакокурение – у 35,3%, систематический прием спиртных напитков – у 22,1%, а избыточная масса тела зафиксирована в 64,1% случаев. При этом 80% участников предъявляли различные жалобы на ухудшение здоровья. Установлена статистически значимая корреляция между неудовлетворительным самочувствием и ростом индекса массы тела. В подгруппе лиц с избыточным весом 22% страдали подтвержденной артериальной гипертензией. Дополнительным предиктором кардиоваскулярных осложнений выступает прием психофармакотерапии. Нейролептики, активно применяемые при терапии шизофрении, отличаются подтвержденным кардиотоксическим действием и вызывают метаболические нарушения.
Выводы. *Полученные данные говорят о высокой распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов психиатрического профиля. Требуется междисциплинарный подход к ведению данной группы пациентов и дальнейшее изучение проблемы коморбидности в сфере описываемых патологий.*

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ БАРЬЕРЫ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Касьянова Т.Р.[1], Мартынова А.Д.[1], Левитан Б.Н.[1], Тимошенко Н.В.[1], Астахин А.В.[1], Сердюкова Т.В.[1], Липчанская Е.М.[2]
[1] ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия
[2] ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань, Россия

Актуальность. Эффективность терапии бронхиальной астмы во многом зависит от приверженности пациента лечению и правильности использования ингаляторов. Несмотря на существующие инструменты оценки (ACT, ACQ, TAI и др.), контроль заболевания нередко снижается из-за самостоятельных корректировок терапии пациентами и технических ошибок. Комплексная оценка этих факторов помогает улучшить клинические исходы.
Цель. Выявить основные факторы, снижающие приверженность к базисной ингаляционной терапии у пациентов с бронхиальной астмой (БА).
Материал и методы. Проведено одноцентровое одномоментное наблюдательное исследование с использованием структурированного опроса 36 пациентов с БА, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Из обследованных 23 женщины и 13 мужчин средний возраст составлял 60 лет. БА среднетяжелого неконтролируемого течения диагностирована в 20 случаях, тяжелого неконтролируемого течения – в 16 случаях. Проводилась оценка регулярности базисной терапии, причин возможных пропусков, отдельные аспекты использования ингаляционных устройств, регулярность врачебного наблюдения и информированность об образовательных программах. Проведен описательный статистический анализ.
Результаты. Детализированный опрос пациентов БА в рамках стандартного сбора анамнестических данных выявил, что, несмотря на указание в 83% случаях регулярного приема базисной ингаляционной терапии, часто отмечались пропуски в применении ингаляторов. При целенаправленном уточнении 38% респондентов указали забывчивость как возможную причину пропусков, а 22% допускали отказ от очередного применения препарата при хорошем самочувствии. Затруднения, связанные с техникой ингаляции, недостаточным обучением и должным информированием о кратности применения и действии препаратов выявлены у 19% обследованных. 30% пациентов с БА не владеют информацией о различиях базисной и симптоматической терапии. Регулярно посещали врача лишь 56% пациентов, а 65% никогда не слышали об образовательных школах для больных БА. Таким образом, высокая общая самооценка приверженности сочеталась с наличием поведенческих и организационных факторов, потенциально снижающих эффективность лечения.
Выводы. *В практике терапевта оценка приверженности к лечению при БА не должна ограничиваться общим вопросом о факте приема ингаляционных препаратов для базисной терапии и регулярности приема препаратов.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кацер А.Б.[1], Демко И.В.[2], Собко Е.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ г. Красноярска, Россия
[2] ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Актуальность. В достижении контроля над БА одним из определяющих факторов является структура сопутствующей патологии. Интерес к изучению коморбидности БА и патологии пищевода объясняется эмбриональным происхождением и функциональной общностью респираторного и пищеварительного тракта. Сочетание патологии пищевода и БА нередко встречается в клинической практике, но ряде случаев может оставаться нераспознанным, что может быть связано с трудностями диагностики и отсутствием клинической настороженности.
Цель. Изучить особенности диагностики патологии пищевода среди пациентов с бронхиальной астмой.
Материал и методы. Обследованы 125 пациентов, находящихся на стационарном лечении. Пациенты были разделены на две группы: БА в сочетании с патологией пищевода (1-я группа) и БА без патологии пищевода (2-я группа). Среди обследованных было 84 женщины / 67,20% и 41 мужчина / 32,80%, медиана возраста составила 55 [41; 65] лет. Патология пищевода подтверждалась на основании: клинических данных (опросник GERDQ, опросник на выявление дисфагии) и/или инструментальных данных (ФГДС, рентгеноскопия пищевода) и/или данных гистологического исследования.
Результаты. В структуре патологии пищевода большую часть составили пациенты с ГЭРБ (54 человека (75%)), из них у 15 человек была подтверждена грыжа ПОД (20,83%) и у 15 человек (20,83%) диагностирована эрозивная форма. Грибковый эзофагит (ГЭ) выявлен у 19/26,39% человек. Гистологическое исследование проводилось у 16 пациентов/22,54%, у трех из которых был подтвержден ГЭ, у трех/4,23% – эозинофильный эзофагит (ЭоЭ). Среди пациентов 1-й группы сумму баллов GERDQ ≥8 набрали 41/56,94% человек, дисфагия была выявлена у 21/29,17% человек. Сочетание изжоги и дисфагии встречалось у 14/19,44% пациентов, из них у 2 пациентов был диагностирован ЭоЭ, у 4 выявлен ГЭ. Частота GERDQ ≥8 составила 67,3% при ГЭРБ, 37,5% – при ГЭ и 66,7% – при ЭоЭ. Среди пациентов 1-й группы недостаточность кардии была выявлена у 46/63,89% пациентов, во 2-й группе у 23/43,39% пациентов. Эрозивно-язвенное поражение достоверно чаще встречалось среди пациентов 1-й группы: 20/27,78% человек против 7/13,2% во 2-й группе. Среди особенностей диагностики отмечено, что в 39% случаев диагноз был поставлен только с помощью эндоскопического исследования, а эндоскопически негативная патология встречалась в 36% случаев.
Выводы. *Патология пищевода у пациентов с БА представлена ГЭРБ, ГЭ и ЭоЭ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активного выявления пищеводных симптомов, а также о важности проведения морфологического исследования.*

РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕНИЯ СНА

Каширина С.В., Ярцева С.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Актуальность. Инсулинорезистентность является ранним доклиническим маркером риска развития сахарного диабета 2-го типа. Хронический стресс и нарушения сна могут способствовать ее развитию, однако у молодых лиц без установленного сахарного диабета эти ассоциации изучены недостаточно.
Цель. Оценить клинико-лабораторные характеристики ранних нарушений углеводного обмена у молодых лиц без сахарного диабета (СД), а также проанализировать взаимосвязи субъективной оценки качества сна и уровня стресса с показателями инсулинорезистентности (ИР).
Материал и методы. Проведено наблюдательное пилотное кросс-секционное исследование 20 молодых добровольцев в возрасте 18–35 лет без установленного диагноза СД и тяжелой соматической патологии. Оценивались антропометрические параметры (индекс массы тела (ИМТ), окружность талии), лабораторные показатели (глюкоза, инсулин), расчет индекса HOMA–IR. Психологическая оценка включала оценку качества сна по Питтсбургскому опроснику (PSQI), уровня стресса по шкале воспринимаемого стресса (PSS). Статистическая обработка включала описательную статистику и корреляционный анализ. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Средний возраст участников составил 24,6±4,2 года, средний ИМТ – 26,8±2,9 кг/м^2, избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м^2) зарегистрирована у 11 человек (55%), ожирение I степени (ИМТ 30,0–34,9 кг/м2) – у 4 человек (20%). Повышенные значения HOMA–IR (>2,5) зарегистрированы у 40% (n=8) обследованных. Выявлена положительная корреляция между уровнем стресса по шкале PSS и значениями HOMA–IR ($r=0,51$; $p=0,02$). Выявлена умеренная положительная корреляция между суммарным баллом качества сна PSQI и уровнем HOMA–IR ($r=0,46$; $p=0,03$): у лиц с более низким качеством сна наблюдались более высокие показатели ИР. Достоверной связи между антропометрическими параметрами и HOMA–IR в данной выборке не получено ($p > 0,05$).
Выводы. *Результаты, полученные в пилотной выборке, свидетельствуют о потенциальной взаимосвязи психосоциальных факторов с ИР как ранним маркером метаболического риска и обосновывают необходимость дальнейшего изучения этих взаимосвязей в более крупных исследованиях.*

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Каширина С.В., Ярцева С.В., Удовкина В.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Актуальность. Хроническая болезнь почек является частым осложнением сахарного диабета 2-го типа и характеризуется прогрессирующим снижением функции почек.
В исследовании проанализированы клинико-лабораторные характеристики ХБП у 52 пациентов с СД 2-го типа и оценена динамика показателей функции почек в зависимости от терапии иНГЛТ-2. Полученные данные демонстрируют ассоциацию терапии иНГЛТ-2 с меньшим снижением СКФ и тенденцией к более выраженному снижению альбуминурии.
Цель. Проанализировать клинико-лабораторные характеристики хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с сахарным диабетом (СД) и оценить ассоциацию терапии ингибиторами натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2) с показателями функции почек.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 52 пациентов с СД 2-го типа. Критерии включения: наличие ХБП (альбуминурия ≥30 мг/г и/или скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 45–89 мл/мин//1,73 м²) длительностью ≥3 мес. Оценивались следующие показатели: СКФ, альбумин-креатининовое отношение (ACR), уровень HbA1c, липидный профиль, характер проводимой терапии. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – получающие иНГЛТ–2 (n=24), 2-я группа – не получающие данную терапию (n=28). Статистическая обработка включала методы описательной статистики и корреляционный анализ. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 61,4±8,7 года, длительность сахарного диабета – 11,2±4,6 года. Альбуминурия выявлена у 71,2% пациентов, снижение СКФ <60 мл/мин./1,73 м² зарегистрировано у 63,5% обследованных. Уровень HbA1c ≥8% отмечен в 57,7% случаев. Выявлена умеренная положительная корреляция между уровнем HbA1c и ACR ($r=0,42$; $p=0,01$). При сравнительном анализе исходные значения СКФ (58,2±9,4 против 59,1±10,2 мл/мин./1,73 м²; $p=0,74$) и ACR (145 [95; 240] против 152 [102; 275] мг/г; $p=0,61$) статистические не различались между группами. За 12 мес. наблюдения темп снижения СКФ в 1-й группе составил 1,2±0,7 мл/мин./1,73 м², что было статистически значимо ниже, чем во 2-й группе (2,4±1,0 мл/мин./1,73 м²; $p=0,03$). В 1-й группе отмечена тенденция к более выраженному снижению ACR на 18 против 6% во 2-й группе ($p=0,08$).
Выводы. *У пациентов с СД и ХБП сохраняется высокая частота альбуминурии (71,2%) и снижения СКФ <60 мл/мин./1,73 м² (63,5%). Терапия иНГЛТ-2 ассоциирована с меньшим снижением СКФ за 12 мес. Отмечалась тенденция к более выраженному снижению ACR, однако различия не достигали статистической значимости.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕФРОЛОГА

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

Введение. Анемия часто встречается в практике нефролога. Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует многофакторный характер анемии у пациентов с заболеваниями почек, необходимость тщательного сбора анамнеза, оценки клинической ситуации, а также комплексного обследования на всех этапах оказания помощи.
Описание случая. Пациентка, 79 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение стационара с жалобами на общую слабость, головокружение, отсутствие мочи, боль в ногах, неприятные ощущения в языке, невозможность самостоятельно передвигаться.
В течение нескольких лет по поводу болевого синдрома в ногах и поясничной области бесконтрольно принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) без выраженного эффекта. Азотемия с сентября 2025 г. Весной 2026 г. находилась на стационарном лечении, где при обследовании выявлены дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз, спондилез), С-образный сколиоз влево с развитием стеноза межпозвонковых отверстий, экструзии дисков L1–S1. Осмотрена неврологом, назначена терапия. Болевой синдром сохранялся, нарастала слабость в ногах, появилась заторможенность, которую связывали с приемом карбамазепина, амитриптилина. Постепенно пациентке становилось труднее передвигаться. В нефрологическое отделение госпитализирована в связи с развившейся анурией, азотемией (мочевина – 39,7 ммоль/л, креатинин – 403 мкмоль/л) с диагнозом «острое повреждение почек, ассоциированное с приемом НПВП». В анализе крови гемоглобин – 41 г/л, гематокрит – 12,1 %, MCV – 128,7 фл, MCH – 43,3 пг.
При обследовании данных за кровотечение не получено. Проведено несколько сеансов гемодиализа, переливание эритроцитарной массы, симптоматическое лечение. Диурез восстановился, уровень креатинина снизился до 108 мкмоль/л, мочевины – до 9,1 ммоль/л. Анализ медицинской документации показал постепенное снижение гемоглобина в сочетании с гиперхромией эритроцитов, макроцитоз с 2024 г. Учитывая сочетание анемии с неврологической симптоматикой, что характерно для дефицита витамина B_{12}, пациентка, после стабилизации состояния, направлена к гематологу.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данное наблюдение демонстрирует необходимость тщательной оценки результатов клинического анализа крови, так как наличие заболевания почек не исключает иную этиологию анемии. Каждый клинический случай анемии требует индивидуального подхода, поиска причин, соответствующей терапии.*

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Квиткова Л.В., Рубашко А.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Введение. Эффективность лечения мочекаменной болезни (МКБ) определяется устранением вызвавшего ее этиологического фактора. К причинам рецидивирования камнеобразования почек относится первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ). Недостаточная настороженность врачей в отношении ПГПТ и отсутствие обязательного скрининга кальциемии приводят к запоздалой диагностике ПГПТ. Это определяет актуальность проблемы.
Описание случая. Пациентка И., 42 лет, поступила в урологическое отделение с болями в поясничной области справа и учащенным мочеиспусканием. В 36 лет – первая почечная колика (слева), закончившаяся литотрипсией. Уровень кальциемии до 42 лет не исследовался. В анамнезе с 38 лет язвенная болезнь желудка с частыми обострениями. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-розовые, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, печень без физикальных изменений. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Выявлены изменения лабораторных показателей: ОАК – СОЭ 20 мм/ч; ОАМ – эритроциты – 40–44 в поле зрения, общий кальций –3,2 ммоль/л (2,15–2,55 ммоль/л), ионизированный кальций – 2,0 ммоль/л (1,15–1,32 ммоль/л), паратиреоидный гормон – 108 пг/мл (15–65 пг/мл), креатинин – 135 мкмоль/л (44–98 мкмоль/л), СКФ 53,6 мл/мин./1,73 м^2 (90–130 мл/мин./1,73 м^2). УЗИ почек: толщина паренхимы правой и левой почек 19 и 20 мм, в проекции лоханки правой почки округлое гиперэхогенное образование 12×10 мм с четкой акустической тенью. По УЗИ объем щитовидной железы 15,3 см^3, у верхнего полюса правой доли гипоэхогенное образование с четкими контурами, размерами 12×8 мм, соответствующее аденоме околощитовидной железы – ОЩЖ. ФГДС: по малой кривизне желудка язвенный дефект округлой формы с ровными краями 0,5×0,7см. Диагноз: ПГПТ, манифестная форма, гиперкальциемический вариант. Аденома правой верхней ОЩЖ. МКБ, состояние после литотрипсии от 05.2020, ХБП С3а (СКФ 57,61 мл/мин./1,73 м^2). Язвенная болезнь желудка. Проведена повторная литотрипсия и удалена правая верхняя ОЩЖ. Через 3 меся. показатели кальция, ПТГ, креатинина – референсные значения, патологических изменений в моче нет.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Не проведенное исследование кальциемии и ПТГ в дебюте МКБ отсрочило диагностику ПГПТ и способствовало рецидиву МКБ и язвенной болезни. Для раннего выявления гиперпаратиреоза и снижения риска повторного камнеобразования пациентам с МКБ показано определение общего кальция и ПТГ.*

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ МАСКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Квиткова Л.В., Иванова С.К.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Введение. Периферический мелкоклеточный рак легких в ряде случаев манифестирует с синдрома гиперпролактинемии, а легочная симптоматика рака появляется на стадии метастазов. Врачи недостаточно информированы о нейроэндокринных масках рака, что делает данную проблему актуальной.
Описание случая. Пациент В., 62 лет, пенсионер, курит с 30 лет, жалуется на слабость, сухой кашель, одышку, боль в грудной клетке и правом подреберье, субфебрилитет, снижение веса, либидо и эрекции, двухстороннюю гинекомастию. Из анамнеза: 2 года гинекомастия, снижение либидо, гиперпролактинемия – 1027 мЕд./л при нормальном уровне ТТГ и св.Т4. По МРТ гипофиз не изменен, лечение не проводилось. Последние три месяца присоединились слабость, кашель, субфебрилитет, тяжесть в грудной клетке. Физикальных изменений в органах дыхания не находили, рентгенологическое обследование не проводилось. Месяц назад появилась боль в правом подреберье. По данным УЗИ печени: множественные гипоэхогенные очаги с неровными краями размерами от 2 до 5 см (метастазы). На КТ органов грудной клетки в S1 правого легкого объемное образование с прорастанием висцеральной и париетальной плевры, увеличением внутригрудных лимфоузлов. Объективно: бледность кожных покровов, органы дыхания, сердечно-сосудистая, мочевыделительная системы без физикальных изменений, увеличение размеров печени по Курлову 13×11×9см. Выявлены изменения лабораторных показателей: ОАК – гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – 3,6×1012/л, лейкоциты – 10×109/л, СОЭ 52 мм/ч. АСТ – 278 Ед./л, АЛТ – 300 Ед./л, СРБ 15 мг/л. Диагноз: периферический рак верхней доли правого легкого, cT2a cN1cM1c, метастазы в печень, плевру. Стадия IVB. Дыхательная недостаточность I степени. Синдром гиперпролактинемии. Назначено паллиативное лечение. Через месяц больной скончался при явлениях нарастающей дыхательной, печеночной недостаточности, легочного кровотечения. Патологоанатомический диагноз: периферический мелкоклеточный рак верхней доли правого легкого.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У больного с мелкоклеточным раком легкого (нейроэндокринной опухолью) заболевание в течение 2 лет проявлялось синдромом гиперпролактинемии неустановленной этиологии из-за несоблюдения диагностического алгоритма. Это явилось причиной запоздалой диагностики и неблагоприятного прогноза рака легких.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИМЕЮЩИХ СТАРЧЕСКУЮ АСТЕНИЮ И ПРЕАСТЕНИЮ

Киселева М.К.[1], Дехарь В.В.[1], Танков С.В.[1], Хлопкова Н.В.[2], Белоусов А.М.[2]
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, Россия
[2] КГБУЗ Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Почти половина лиц с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имеет синдром старческой астении (СА), который влечет за собой целый комплекс различных функциональных изменений в организме человека, утяжеляющих течение ХСН и ухудшающих прогноз.
Цель. Оценить распространенность функциональных, когнитивных нарушений и риска падений у пациентов с ХСН, имеющих синдромы СА и преастении и проходивших стационарное лечение КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» (КГБУЗ «АКГВВ»).
Материал и методы. Проведен анализ состояния 29 пациентов с ХСН, имеющих синдромы старческой астении и преастении и проходивших стационарное лечение в КГБУЗ «АКГВВ» за период с марта по июнь 2026 г. Скрининг СА выполнялся с использованием опросника «Возраст не помеха» для пациентов старше 65 лет. Средний возраст респондентов –79,2±7,3 года. Мужчины – 41,4% (n=12), женщины – 58,6% (n=17). Всем пациентам выполнена комплексная гериатрическая оценка с использованием шкал: шкала базовой повседневной активности Бартела, шкала инструментальной оценки функциональной активности Лоутона, тест «Мини–Ког» для скрининга когнитивных нарушений, краткая шкала оценки питания MNA, шкала Морсе для оценки риска падений и MMSE для оценки психического статуса.
Результаты. Вероятная СА выявлена у 48,3% пациентов (n=14), преастения – у 51,7% (n=15). Анализ функционального статуса показал, что полная независимость по шкале Бартела зафиксирована у 34,5% (n=10) пациентов, умеренная зависимость – у 37,9% (n=11), выраженная зависимость – у 27,6% (n=8). По шкале Лоутона полная независимость в повседневной жизни отмечена у 41,4% (n=12), тогда как зависимость от посторонней помощи – у 58,6% (n=17). Когнитивные нарушения по тесту «Мини–Ког» выявлены у 34,5% (n=10). По данным MMSE, нет нарушений когнитивной сферы у 51,8% (n=15), деменция умеренной степени – у 48,3% (n=14). По шкале MNA риск недостаточности питания и недостаточность питания выявлены у 31 и 13,8 % соответственно. При оценке риска падений по шкале Морсе, у 100% пациентов отмечался низкий риск падений.
Выводы. *У пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН выявлена высокая распространенность функциональной зависимости (58,6%), когнитивных нарушений (34,5%) и нарушений питания (44,8%).*

РОЛЬ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Князева А.К., Блудова Н.Г., Пахомов Н.А., Ребров Б.А.
ФГБОУ ВО Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) представляет собой одно из наиболее распространенных и тяжелых иммуновоспалительных заболеваний. Для лечения РА используется, помимо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), широкий спектр противоревматических препаратов (ПРП), из которых основными являются синтетические базисные противовоспалительные препараты (сБПВП), изменяющие течение заболевания (метотрексат (МТ), лефлуномид (ЛЕФ) и др. Однако лечебное действие сБПВП развивается медленно.
Цель. Изучение влияния сБПВП на развитие НПВП-гастропатии у пациентов с РА.
Материал и методы. Было обследованы 69 больных с РА. Диагноз РА выставлялся в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов / Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR, American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology, 2010) и Ассоциации ревматологов России (2024). Всем пациентам была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) по стандартному протоколу с целью выявления ГП. По результатам эндоскопического исследования все пациенты были разделены на две группы: I группа – 43 пациента с признаками гастропатии, II группа – 26 пациентов без признаков гастропатии. Анализ проводился среди больных, получавших МТ или ЛЕФ и ГК. Качественные переменные описывались абсолютными частотами.
Результаты. Статистически значимым было различие в группах по приему МТ: 60,46% пациентов принимали МТ в I группе, и 92,30% пациентов – во II группе (φ=0,00491, $p < 0,05$). То же показано и для ЛЕФ: 27,90% пациентов I группы, 3,84% пациентов II группы (φ=0,02312, $p < 0,05$). Различие по приему ГК в группах также было статистически значимым, составив 46,51% для I группы и 3,84% для II группы (φ=0,00012, $p < 0,05$). При проведении многомерного регрессионного анализа установлена статистически значимая положительная связь между наличием ГП и приемом ГК, и отрицательная связь между ГП и приемом МТ ($F=8,5$, $p < 0,05$), при этом связи с приемом ЛЕФ выявлено не было. Регрессионный анализ корреляций, показал, что не было отмечено статистически значимой связи между развитием ГП и приемом ЛЕФ, а прием МТ приводил к статистически значимому снижению вероятности развития ГП, что показывает отрицательная связь. В то же время прием ГК статистически значимо повышал риск обнаружения ГП, о чем свидетельствует прямая связь.
Выводы. *Исследование выявило, что прием метотрексата статистически значимо ($p < 0,05$) снижал риск развития НПВП-гастропатии, применение глюкокортикоидов достоверно повышало вероятность возникновения НПВП-гастропатии, лефлуномид не оказал существенного влияния на развитие НПВП-гастропатии.*

СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ: ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Ковалева О.А.[1], Горячева А.А.[2]
[1] ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», Россия
[2] СГМУ, кафедра терапии, УЗ и ФД ФДПО, г. Смоленск, Россия

Актуальность. Изучение артериальной гипертензии у молодых людей актуально по ряду причин, которые связаны как с ростом заболеваемости, так и с долгосрочными рисками. Раннее повышение артериального давления – серьезный фактор риска развития осложнений в зрелом и пожилом возрасте: ишемической болезни сердца, инфаркта, инсульта, хронической болезни почек, поражения сосудов сетчатки.
Цель. Изучить особенности центральной гемодинамики у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ) систоло-диастолического типа (СДАГ) в сравнении с изолированной систолической АГ (ИСАГ) и нормотонией.
Материал и методы. Обследованы 105 пациентов 17–29 лет с повышением систолического артериального давления (САД) до 140–159 мм рт. ст. (ИСАГ – 76, СДАГ – 29) и 90 нормотензивных лиц группы контроля. Выполнена аппланационная тонометрия лучевой артерии (SphygmoCor) с контурным анализом периферической и центральной пульсовой волны; периферическое артериальное давление (АД) измерялось сфигмоманометром, проводилось суточное мониторирование артериального давления, разработаны индивидуальные карты для пациентов и создана компьютерная база. Статистический анализ полученных результатов исследования проводился с помощью пакета специальных программ.
Результаты. Периферическое САД при ИСАГ и СДАГ не различалось (146 мм рт. ст.), однако центральное САД при СДАГ было выше: 125 против 118 мм рт. ст. при ИСАГ (норма 105; $p < 0{,}001$). Центральное диастолическое АД (ДАД) при СДАГ достигало 94 против 79 мм рт. ст. при ИСАГ ($p < 0{,}001$). Максимальная скорость подъема периферической пульсовой волны (PmaxdP/dt), отражающая ударный объем сердца, была повышена в обеих группах АГ (1236 при ИСАГ и 1012 при СДАГ против 840 в контроле; $p < 0{,}001$) и являлась ведущим фактором роста пульсового АД; благодаря демпфирующей функции аорты при СДАГ она влияла и на уровень ДАД. Дополнительный вклад в повышение ДАД вносили более высокая частота сердечных сокращений (88,5 уд./мин.; $p=0{,}003$) и аугментация диастолической части центральной пульсовой волны. Индекс времени напряжения (C_TTI) при СДАГ был увеличен ($p < 0{,}001$), а отношение субэндокардиальной жизнеспособности Бюкберга (C_SVI) снижено (138,5 против 156%; $p=0{,}016$), что отражает рост нагрузки на миокард. Медиана амплификации пульсовой волны составила 176%, амплификации САД – 23 мм рт. ст. Центральное САД ≥130 мм рт. ст. выявлено лишь у 8 из 29 пациентов с СДАГ и ни у одного из 76 пациентов с ИСАГ.
Выводы. *У лиц 17–29 лет ведущим механизмом повышения АД является увеличение ударного объема сердца и высокая амплификация пульсовой волны; при СДАГ демпфирующая функция аорты, тахикардия и диастолическая аугментация дополнительно повышают ДАД и нагрузку на миокард.*

ВЛИЯНИЕ ВАЛСАРТАНА И ВАЛСАРТАНА/САКУБИТРИЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Коваленко Е.В., Евдокимов В.В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Медикаментозная коррекция хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНунФВ, ХСНсФВ) продолжает активно изучаться и остается предметом исследований, ориентированных на персонифицированный терапевтический подход.
Цель. Сравнительная оценка влияния валсартана и валсартана/сакубитрила в составе комплексной терапии на клиническое течение ХСНунФВ и ХСНсФВ у больных с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) и хронической болезнью почек (ХБП).
Материал и методы. В исследование включены 115 больных (60 женщин и 55 мужчин) ХСНунФВ, ХСНсФВ I–III ФК с СД 2 и ХБП, медиана (Me) возраста которых 70 [64; 74] лет, Me ФВ ЛЖ 52 [50; 54] %. АГ была у всех участников, ИБС у 101 (87,82 %). Все пациенты получали комплексную терапию согласно клиническим рекомендациям, включая дапаглифлозин 10 мг/с. В 1-й группе назначался валсартан в дозе 154,48±87,36 мг/с., во 2-й группе – валсартан/сакубитрил в дозе 203,33±59,16 мг/с. Группы по основным клинико-функциональным параметрам не различались. Исходно и через 6 мес. оценивались результаты офисного измерения артериального давления (АД), шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), индекс массы тела (ИМТ), уровень NT-proBNP.
Результаты. Через 6 мес. в 1-й группе по сравнению со 2-й отмечался меньший регресс ИМТ (–1,65 против –2,58%, p=0,05), баллов по ШОКС (–20,0 против –33,3%, p1–2=0,02), уровней САД (–6,25 против – 13,79%, p1–2 <0,01) и ДАД (–7,61 против –10,87%, p1– 2<0,01) соответственно. В 1-й и 2-й группах динамика расстояния в ТШХ (+6,76 против +9,86%, p1–2 >0,05) и уровня NT-proBNP (–17,26 против 20,2%, p1–2 >0,05) была сопоставимой, но величина положительных изменений показателей была большей на фоне приема валсартана/сакубитрила.
Выводы. *Валсартан/сакубитрил в большей степени, чем валсартан, в составе комплексной терапии ХСНунФВ и ХСНсФВ, включающей дапаглифлозин, улучшает клиническое течение ХСН и оказывает более выраженный гипотензивный эффект у больных с СД 2 и ХБП.*

ЭФФЕКТИВНЫЙ РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЛЕГОЧНЫХ ВЕН КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Коженов А.Т.[1], Хлынова О.В.[2], Орехова Е.Н.[2], Гарбузов В.В.[1]
[1] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия
[2] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь, Россия

Актуальность. За последние десятилетия катетерная аблация утвердилась в качестве основного метода интервенционного лечения фибрилляции предсердий(ФП), обеспечивающего восстановление и поддержание синусового ритма.
Цель. Определить значимость величины эффективного рефрактерного периода левого предсердия и легочных вен в прогнозировании рецидивов фибрилляции предсердий в различные периоды времени после катетерной аблации у лиц с персистирующей формой ФП.
Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов с персистирующей ФП, рефрактерной к антиаритмической терапии. Перед операцией проводилась стандартизация приема антиаритмических препаратов (не менее 5 периодов полувыведения, для амиодарона – 3 нед.). Всем пациентам выполнена радиочастотная аблация с использованием нефлюороскопической системы навигации Carto 3 (Biosense Webster, USA) на синусовом ритме. В ходе интервенционного вмешательства были оценены ЭРП в левом предсердии и каждой легочной. По среднему значению ЭРП сформированы две группы: 1-я (≥240 мс, n=30) и 2-я (<240 мс, n=30). Наблюдение проводилось через 3, 6, 12, 60 мес.; рецидивы фиксировались по данным ХМ ЭКГ и жалобам на осмотре.
Результаты. В исследование включены 60 пациентов: 1-я группа (ЭРП ≥240 мс, n=30, медиана 64 года) и 2-я группа (ЭРП <240 мс, n=30, 59,5 года). Группы сопоставимы по полу, возрасту, клинико-инструментальным данным и коморбидности. Частота рецидивов ФП во 2-й группе была выше в раннем периоде (p=0,04) и через 12 мес. (p=0,03), шансы рецидива в 6 и 4,3 раза выше соответственно. Значимыми предикторами рецидива за 12 мес. стали низкая СКФ (p=0,046), высокий креатинин (p=0,030) и протективный эффект амиодарона (p=0,028). Разработана логистическая модель прогноза (p <0,001): P=1/(1+e^–z), где z=–0,483+2,239×X(2-я группа) – 2,512×X(амиодарон) – 0,056×X(МКР). Псевдо-R^2=42,7%. Амиодарон снижает шансы рецидива в 12,3 раза (AOR=0,081; p=0,009), 2-я группа повышает в 9,4 раза (AOR=9,385; p=0,008), увеличение межквартильного размаха ЭРП снижает в 1,06 раза (AOR=0,945; p=0,020). ROC-анализ: AUC=0,872, оптимальный порог P=0,260 с чувствительностью 85,7% и специфичностью 80,4%. 5-летняя выживаемость без рецидива: 1-я группа – 69,6%, 2-я – 50,7% (log-rank p=0,043). Регрессия Кокса подтвердила независимый риск рецидива/смерти во 2-й группе: ОР=2,715 (95% ДИ 1,030–7,157; p=0,043).
Выводы. *Снижение ЭРП левого предсердия <240 мс – независимый предиктор ранних и отдаленных рецидивов ФП после аблации. Прогностическая модель (амиодарон, группа, МКР ЭРП) имеет высокую точность (AUC=0,870) и пригодна для стратификации риска в клинике.*

СИСТЕМНАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Козлов Я.Н., Михайлова О.Д.
ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России, Россия

Введение. Реперфузия при окклюзии крупного сосуда мозга восстанавливает кровоток, но не гарантирует прекращения ишемического повреждения и системного ухудшения. Клинически значимым остается раннее выявление церебральных, кардиальных и гемодинамических осложнений после технически успешной реканализации.
Описание случая. 14.07.2026 пациент, 68 лет, поступил с правосторонним гемипарезом и афазией, NIHSS 16 баллов. По данным КТ: ишемический очаг в левой лобной области 3,0×2,8 см, ASPECTS 9; выявлена окклюзия М1-сегмента левой средней мозговой артерии. Проведены системный тромболизис альтеплазой и контактная аспирационная тромбэктомия с восстановлением кровотока. Несмотря на успешную реперфузию, через сутки сформировался лобно-теменной инфаркт 98×65 мм с геморрагической трансформацией. К 19.07 развились масс-эффект, смещение срединных структур до 5 мм, NIHSS 30 баллов. Одновременно появились изменения ST–T на ЭКГ, гипокинезия и снижение фракции выброса левого желудочка до 36%, тропонинемия 1,09–1,23 нг/мл. С-реактивный белок увеличился с 226,4 до 450,5 мг/л. Развились метаболический ацидоз (pH 7,08; HCO3 8,8 ммоль/л) и острая почечная дисфункция: креатинин 78→202 мкмоль/л, мочевина 23,5 ммоль/л. На фоне артериальной гипотензии потребовался норэпинефрин до 0,25–0,7 мкг/кг/мин. 19.07 зарегистрированы две остановки кровообращения. При первой отмечался редкий идиовентрикулярный ритм с переходом в асистолию, после СЛР кровообращение восстановлено. В 20:20 развилась фибрилляция желудочков, выполнена ЭИТ 200 Дж, после чего возникла асистолия. Реанимационные мероприятия прекращены через 30 минут, в 20:50 констатирована биологическая смерть.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Успешная реперфузия в представленном случае не предотвратила прогрессирование инфаркта мозга и последующую системную декомпенсацию. Сочетание тропонинемии, изменений ЭКГ и снижения сократимости миокарда позволяет предполагать нейрокардиальное повреждение.*

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кокурина К.А.
ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Традиционный мониторинг ТТГ при НАЖБП часто оказывается не информативным для оценки метаболических расстройств в гепатоцитах. Поскольку прогрессирование печеночных патологий напрямую зависит от локального метаболизма тиреоидных гормонов, возникает необходимость внедрения новых диагностических критериев. Использование соотношения свТ3/свТ4 рассматривается как перспективный метод ранней стратификации пациентов с метаболическим синдромом.
Цель. Оценить влияние измененного тиреоидного статуса на развитие неалкогольной жировой болезни печени, как компонента метаболического синдрома.
Материал и методы. В исследование включены 81 пациент с верифицированным диагнозом НАЖБП и 90 практически здоровых лиц. Всем участникам проведены общий и биохимический анализы крови, липидограмма, определение уровней ТТГ, свободного трийодтиронина(свТ3) и свободного тироксина(свТ4), а также транзиентная эластография печени с оценкой индекса стеатоза и жесткости ткани печени. Статистическую обработку выполняли с использованием U-критерия Манна–Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмана и метода линейной регрессии.
Результаты. Установлено, что уровень ТТГ не коррелирует со степенью выраженности НАЖБП (p=0,092; p=0,337), тогда как соотношение СвТ3/свТ4 значимо снижается по мере прогрессирования фиброза (p=–0,787; p <0,001). Эластографически определенный индекс неалкогольного стеатоза печени слабо коррелирует с синдромом холестаза (ρ(ГГТП)=0,188, ρ(ЩФ)=0,082), умеренно – с уровнем ТГ (ρ(ТГ)=0,492) и ХС–ЛПВП (ρ(ХС–ЛПВП)=–0,316 − обратная умеренная зависимость) сыворотки крови, умеренно – с синдромом цитолиза (ρ(АЛТ)=0,509, ρ(АСТ)=0,461). Полученные данные подтверждают формирование «внутрипеченочного гипотиреоза» – состояния локального дефицита Т3 в гепатоцитах. Клинический гипотиреоз, оцениваемый по уровню ТТГ, не связан с тяжестью НАЖБП, тогда как тканевый(периферический) гипотиреоз, отражаемый снижением соотношения свТ3/свТ4, ассоциирован с прогрессированием фиброза печени.
Выводы. *Соотношение свТ3/свТ4 является более чувствительным маркером метаболических нарушений при НАЖБП и может быть рекомендовано для ранней стратификации риска у данной категории пациентов.*

ИНСОМНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА КОГНИТИВНОГО СТАРЕНИЯ

Колесникова И.Ю.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Нарушения сна могут негативно влиять на когнитивные функции человека. С возрастом нарушения сна нарастают, что может сопровождаться снижением когнитивного статуса и депрессией.
Цель. Изучить распространенность и выраженность инсомнии у людей преклонного возраста, влияние нарушений сна на когнитивный и эмоциональный статус.
Материал и методы. Проведено обследование 110 пациентов пожилого и старческого возраста, 47 мужчин и 63 женщины, в возрасте от 65 до 91 года, медиана возраста 74 года. Все пациенты заполняли опросник «Питтсбургский индекс качества сна», для оценки когнитивных функций применялись шкалы MoCA (Montreal Cognitive Assessment) и MMSE (Mini–Mental State Examination). Депрессия оценивалась при помощи опросника Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS–15).
Результаты. В 1-ю группу были включены 49 (45%) человек с нормальными характеристиками сна или его легкими нарушениями (0–10 баллов), а во вторую – 61 (55%) исследуемый с выраженными и тяжелыми нарушениями сна (свыше 10 баллов). При расчете линейной корреляции между суммарной оценкой по «Питтсбургскому индексу качества сна» и возрастом коэффициент Пирсона составил 0,429, что можно оценить как умеренную положительную связь, т.е. при увеличении возраста характеристики сна ухудшались. При расчете линейной корреляции между суммарной оценкой сна и MMSE коэффициент Пирсона составил –0,7347 (сильная отрицательная связь), т.е. при нарастании инсомнии отмечалось снижение когнитивных функций обследованных. Аналогично между суммарной оценкой сна и результатами MoCA коэффициент Пирсона составил –0,3943 (умеренная отрицательная связь), отражая нарастание когнитивных нарушений при ухудшении характеристик сна у пожилых людей. При расчете линейной корреляции между суммарной оценкой сна и выраженностью депрессии коэффициент Пирсона составил 0,743 (сильная положительная связь): нарастание инсомнии сопряжено с повышением риска депрессии у пожилых людей.
Выводы. *Нарушения сна, часто выявляемые у людей пожилого и старческого возраста, имеют большое медико-социальное значение, поскольку способствуют нарушению когнитивного статуса и психоэмоционального состояния людей преклонного возраста и требуют своевременного выявления и коррекции.*

ЛЕКАРСТВЕННАЯ НАГРУЗКА И КОМОРБИДНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Колосова Е.В.[1], Аверкиева Ю.В.[2], Королева М.В.[2]
[1] КемГМУ, ГАУЗ ККБСМП, г. Кемерово, Россия
[2] КемГМУ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Остеопороз и его наиболее тяжелые осложнения – низкоэнергетические переломы – представляют собой значимую медико-социальную проблему у лиц старшей возрастной группы. Лекарственные препараты и сопутствующие хронические заболевания могут влиять на костный метаболизм и риск падений.
Цель. Оценить частоту приема лекарственных средств и коморбидный фон у пациентов с остеопоротическими переломами.
Материал и методы. В исследование включены 49 человек. Проведен ретроспективный анализ базы данных пациентов травматологического отделения с низкоэнергетическими переломами. Для сбора данных использована анкета, в основу которой положена унифицированная карта для изучения факторов риска, разработанная Федеральным центром профилактики остеопороза. Оценивался прием препаратов: глюкокортикоиды (ГК), диуретики, снотворные, антациды, антиконвульсанты, а также наличие хронических заболеваний: сахарный диабет (СД), гипертоническая болезнь (ГБ), злокачественные новообразования (ЗНО), заболевания щитовидной железы, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, ревматоидный артрит (РА). Проведен описательный статистический анализ с расчетом долей.
Результаты. Выявлено, что среди всех пациентов наиболее часто принимались диуретики – 19 (38,8%) случаев. Снотворные препараты – 14 (28,6%) пациентов, глюкокортикоиды – у 8 (16,3%), антациды – у 5 (10,2%), антиконвульсанты также у 5 (10,2%).
Анализ хронических заболеваний показал, что наиболее распространенной патологией являлась гипертоническая болезнь, выявленная у 28 (57,1%) пациентов.
СД диагностирован у 13 (26,5%), заболевания щитовидной железы – у 11 (22,4%), РА – у 10 (20,4%), ОНМК в анамнезе – у 7 (14,3%), злокачественные новообразования – у 3 (6,1%).
Установлено, что большинство пациентов – 89,8% (44 человека) имели хотя бы одно хроническое заболевание в анамнезе, два и более – 69,4% (34 пациента), что свидетельствует о высокой коморбидности.
Выводы. *Таким образом, более трети пациентов принимали диуретики, а каждый четвертый – снотворные препараты. Среди сопутствующей патологии доминирует ГБ. Полученные данные обосновывают необходимость комплексного гериатрического подхода и мониторинга лекарственной терапии у данной категории больных.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Колосова Е.В.[1], Бутакова К.Д.[2], Летаева М.В.[3]
[1] КемГМУ, ГАУЗ ККБСМП, г. Кемерово, Россия
[2] ГБУЗ КГКБ № 11, г. Кемерово, Россия
[3] КемГМУ, ГАУЗ ККБСМП, ГБУЗ КГКБ № 11, г. Кемерово, Россия

Введение. Болезнь Стилла у взрослых (БСВ) – редкое системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся триадой: лихорадка более 39 °С, артралгии/артрит и макулопапулезная сыпь. Многообразие клинических «масок» нередко приводят к длительному диагностическому поиску. Диагностические критерии Yamaguchi (1992) чувствительны, но требуют исключения других причин.
Описание случая. Пациентка С., 30 лет, поступила в стационар 25.06.2026 с жалобами на лихорадку до 39,4 °С с ознобом и потливостью; боли в лучезапястных (ЛЗС), коленных суставах, кистях, скованность до 1 ч; боль в горле; сыпь на туловище и конечностях.
Считает себя больной с декабря 2025 г. с появления сыпи. В январе 2026 г. – артралгии коленных, локтевых и ЛЗС. Исключены ВИЧ, гепатиты, сифилис, паразитозы; РФ, АЦЦП, АНФ отрицательные. СРБ (96,4 мг/л), ферритин (550 мкг/л), Hb 106 г/л, нейтрофильный лейкоцитоз (до $12{,}7\times10^9$/л), IgE 1274 МЕ/мл. Выявлены HLA–B27 и ИЛ–18 >1000 пг/мл. УЗИ: синовит ЛЗС, лимфаденопатия подчелюстная, подмышечная справа. Данных за лимфопролиферативный процесс нет. Госпитализирована (март, май) с диагнозами «крапивница», «недифференцированный артрит». Назначен метотрексат, который пациентка не принимала.
С июня распространение сыпи, усиление боли суставах, лихорадка.
Анамнез: хронические заболевания отрицает. Аллергоанамнез: не отягощен.
Наследственность: у дяди РА.
При поступлении: состояние удовлетворительное. Сыпь пятнистая, розово-красная с четкими контурами. Лимфаденопатия. Болезненность, припухлость ЛЗС, коленных суставов, кистей.
Лабораторно: Hb – 98 г/л, лейкоцитоз – $12{,}7\times10^9$/л (нейтрофилы – $11{,}04\times10^9$/л), тромбоцитоз – 457×10^9/л, СОЭ – 53 мм/ч, СРБ – 96,4 мг/л, ЛДГ – 551 Ед./л; АЛТ, АСТ в норме. Посевы стерильны. Внутренние органы без патологии.
На основании критериев Yamaguchi (лихорадка, лейкоцитоз, сыпь, артралгии, боль в горле, лимфаденопатия, РФ- и АНФ-) диагноз «болезнь Стилла». С 26.06.2026 назначен преднизолон 30 мг/сут., на фоне чего регресс сыпи, нормализация температуры, уменьшение болей. Через 5 дней: СРБ 72,1 мг/л, СОЭ 40 мм/ч, лейкоциты $7{,}1\times10^9$/л. Выписана 03.07.2026 с рекомендацией продолжить прием ГК с редукцией дозы и добавлением метотрексата 10 мг/нед.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный случай иллюстрирует трудности ранней диагностики БСВ. Заболевание дебютировало с кожного синдрома, ошибочно трактовавшегося как крапивница, и более 6 мес. оставалось нераспознанным. Диагноз был установлен на основании критериев Yamaguchi, исключения других причин и быстрого ответа.*

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РЕЦИДИВА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ

Кольтюгина В.А., Ложкина Н.Г.
Новосибирский государственный университет, Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины, Россия

Актуальность. Рецидив ТЭЛА остается одной из ключевых проблем долгосрочного ведения пациентов, несмотря на современные подходы к антикоагулянтной терапии.
В РФ 30-дневная летальность при ТЭЛА достигает 5,4–8,6%, а после отмены антикоагулянтов риск рецидива неспровоцированного события составляет 3,3 на 100 человек в первый год. При этом существующие шкалы преимущественно оценивают ранний прогноз. Выявление доступных предикторов рецидива и их интеграция в прогностическую модель являются актуальной задачей.
Цель. Разработать и оценить модель прогнозирования рецидива тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) на основе клинических и инструментальных характеристик пациентов.
Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 103 пациентов с верифицированной ТЭЛА в возрасте 19–96 лет (64,2±16,6 года), находившихся на лечении в РСЦ № 1 г. Новосибирска. В зависимости от развития повторного эпизода пациенты разделены на группы с рецидивом (n=26; 25,2%) и без рецидива (n=77; 74,8%). Анализировали демографические, клинические и инструментальные характеристики, включая индекс массы тела (ИМТ), индекс тяжести ТЭЛА PESI, объем поражения легочного сосудистого русла и наличие тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и ОНМК в анамнезе. Для выявления независимых предикторов применяли многофакторный логистический регрессионный анализ с расчетом отношения шансов (aOR) и 95% доверительного интервала (ДИ).
Результаты. Рецидив ТЭЛА зарегистрирован у 26 (25,2%) пациентов. В многофакторной модели независимыми предикторами рецидива являлись объем поражения легочного сосудистого русла, PESI и ИМТ. Увеличение объема поражения на одну категорию ассоциировалось с повышением шансов рецидива в 1,78 раза (aOR=1,78; p=0,022). Каждый дополнительный балл PESI повышал шансы рецидива на 2% (aOR=1,02; p=0,008), что соответствовало приблизительно 25% увеличению при приросте PESI на 10 баллов. Увеличение ИМТ на 1 кг/м² сопровождалось повышением шансов рецидива на 10% (aOR=1,10; p=0,048). ТГВНК характеризовался выраженной численной ассоциацией с рецидивом (aOR=2,97; p=0,054), однако статистической значимости не достиг. Частота рецидива возрастала с увеличением тяжести заболевания: при IV степени поражения легочного сосудистого русла она достигала 54,2%, а среди пациентов V класса PESI – 58,8%. Сформированная модель продемонстрировала удовлетворительную дискриминационную способность (AUC=0,8).
Выводы. *Тяжесть и объем первичного эпизода ТЭЛА, а также ИМТ являются независимыми предикторами рецидива. Сочетание данных параметров позволяет улучшить индивидуальную стратификацию риска.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Коробейникова Е.Р., Рассамахина О.С., Кузьмина А.Л., Матвеева А.И.
ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Актуальность. Тревожные и депрессивные расстройства у лиц молодого возраста нередко сочетаются с нарушениями пищевого поведения. Особенно часто встречается эмоциогенный тип – неконтролируемые приемы пищи в ответ на негативные эмоции. Выявление этой связи важно для ранней диагностики и коррекции расстройств питания.
Цель. Определить характер и силу взаимосвязи между уровнями тревоги/депрессии и выраженностью типов пищевого поведения (ограничительного, эмоциогенного, экстернального).
Материал и методы. Проведено онлайн-анкетирование 60 студентов (средний возраст 22 года, из них 75% женщин, 23,3% мужчин, 1,7% пол не указали). Использованы шкалы тревоги и депрессии (0–21 балл) и опросник пищевого поведения DEBQ (средние баллы, нормы: ограничительное ≤2,4; эмоциогенное ≤1,8; экстернальное ≤2,7). Статистическая обработка: корреляция Пирсона (r), точечно-бисериальная (r_pb) для пола, значимость $p < 0,05$.
Результаты. Средние показатели у всех опрошенных студентов: тревога 10,5±4,2 (субклиника), депрессия 9,7±5,1 (субклиника); ограничительное пищевое поведение – 2,9±1,3, эмоциогенное – 2,7±1,4, экстернальное – 3,3±1,1 (все выше нормы). Выявлена умеренная положительная связь эмоциогенного пищевого поведения с тревогой ($r=0,54$; $p < 0,001$) и депрессией ($r=0,49$; $p < 0,001$). Связи с ограничительным и экстернальным пищевым поведением статистически незначимы. При нарастании тяжести тревоги/депрессии средний балл эмоциогенного пищевого поведения прогрессивно растет: в норме – 1,95/2,0, в субклинике – 2,55/2,5, в клинике – 3,2/3,1 (превышение нормы до 78%). Гендерные различия отсутствуют (r_pb от –0,1 до 0,23, $p > 0,05$).
Выводы. *Исследование подтвердило статистически значимую положительную связь тревоги и депрессии у студентов медицинского университета с эмоциогенным пищевым поведением ($r=0,54$; $p < 0,001$ и $r=0,49$; $p < 0,001$), а ограничительный ($r=–0,18$; $p=0,21$) и экстернальный ($r=0,09$; $p=0,52$) типы не зависят от психического состояния.*

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЯЖЕСТЬ ИНСОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Королева М.В.[1], Аверкиева Ю.В.[1], Бутакова К Д.[2], Колосова Е.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово, Россия
[2] ГБУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 11», г. Кемерово, Россия

Актуальность. Нарушения сна являются частым спутником хронической обструктивной болезни легких, существенно отягощая ее течение. Тревожно-депрессивный фон, характерный для большинства пациентов с тяжелой бронхообструкцией, может дополнительно усугублять инсомнию.
Цель. Оценить взаимосвязь между наличием и степенью выраженности тревожно-депрессивного синдрома и тяжестью инсомнии у больных ХОБЛ тяжелой и крайне тяжелой степени.
Материал и методы. В исследование было включено 44 пациента с верифицированным диагнозом ХОБЛ (GOLD 3–4), частыми обострениями и выраженной клинической симптоматикой (основная группа). Женщины составили 54,5% (n=24), мужчины – 45,5% (n=20). Медиана возраста – 69,0 [65,2; 78,4] года, длительности заболевания – 6,9 [5,1; 9,3] года. Группу контроля составили 22 пациента без респираторной патологии, сопоставимые по полу и возрасту. Всем участникам проведено стандартизированное анкетирование с использованием шкалы тяжести инсомнии (ISI), Питсбургского опросника качества сна (PSQI) и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). У пациентов основной группы дополнительно оценивалась приверженность терапии по шкале Мориски–Грин.
Результаты. Анализ структуры нарушений сна показал статистически значимые различия между группами. В основной группе наиболее часто регистрировались: ночные пробуждения (81,8%), ночная одышка (72,7%), ночной кашель (63,6%), трудности засыпания (45,5%) и утреннее недомогание (40,9%). В контрольной группе данные жалобы встречались существенно реже: ночные пробуждения – 33,3%, затрудненное засыпание – 16,7%, одышка и кашель – по 8,3%, а утреннее недомогание – 0% При оценке основной группы по наличию тревоги и депрессии выявлено, что у пациентов с изолированной тревогой или депрессией средний балл по шкале ISI составил 16,5 [14,0; 19,0], что соответствует умеренной инсомнии, тогда как при сочетанном тревожно-депрессивном синдроме данный показатель достигал 21,0 [18,5; 23,0] (выраженная инсомния). У пациентов без клинически значимых тревоги и депрессии медиана балла по шкале ISI составляла 10,0 [8,0; 12,5], что говорит о субклиническом нарушении сна ($p < 0,01$). Дополнительно установлена умеренная отрицательная корреляционная связь между уровнем комплаентности терапии ХОБЛ и степенью инсомнии ($r = -0,551$; $p = 0,018$), что косвенно подтверждает влияние нарушенного сна на поведенческие аспекты лечения.
Выводы. *Выраженность инсомнии находится в прямой зависимости от наличия и комбинации тревожных и депрессивных симптомов: максимальная тяжесть регистрируется при сочетанных тревожно-депрессивных расстройствах. Это позволяет рассматривать психоэмоциональный статус как важный модифицируемый фактор риска.*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУШНОГО СИНДРОМА БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Коршунова А.Л., Тимофеев Е.В.
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Россия

Введение. Желтушный синдром может быть проявлением целого ряда заболеваний и всегда требует комплексного обследования для исключения инфекционного, лекарственного генеза поражения, оценки проходимости желчных путей. Функциональные расстройства значительно реже являются причиной выраженной желтухи и тактика ведения таких пациентов разработана недостаточно.

Описание случая. Пациентка, 38 лет, обратилась с иктеричностью кожи и склер, темной мочой, ахоличным стулом и приступообразной болью в правом подреберье, обильными нерегулярными менструациями. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; Hp–. Из-за хронического болевого синдрома на фоне хронического панкреатита и высоких баллов HADS назначался эсциталопрам 10 мг/сут., самостоятельно отмененный за месяц до данного эпизода. Лабораторно: общий билирубин – 92,4 мкмоль/л, прямой – 71,6 мкмоль/л, АЛТ – 186 Ед./л, АСТ – 104 Ед./л, щелочная фосфатаза – 342 Ед./л, ГГТП – 418 Ед./л; амилаза и липаза в норме; общий холестерин – 7,4 ммоль/л, ЛПНП – 5,1 ммоль/л, триглицериды – 2,3 ммоль/л. Маркеры HAV, HBV, HCV и HEV, ANA, ASMA, AMA–M2, исследование кала на гельминтов и простейших, антиген и ПЦР *Giardia lamblia* отрицательны. По данным холангиопанкреатографии без конкрементов, стриктур и объемных образований. При УЗИ внутрипеченочные протоки не расширены; правый и левый печеночные протоки – до 2,0 мм, общий печеночный – 3,2 мм, холедох – 4,1 мм. Желчный пузырь – 70×28×26 мм, объем – 26,7 мл, стенка – 2,0 мм; без конкрементов и сладжа. После пищевого завтрака объем через 30 мин уменьшился до 3,9 мл, фракция выброса составила 85,4%; появилась боль, холедох транзиторно расширился до 6,0 мм с последующей нормализацией. Выявлена гиперкинетическая дисфункция желчного пузыря с дискоординацией сфинктерного аппарата. После исключения обструкции назначены дробное питание с умеренным ограничением жиров, мебеверин 200 мг два раза в сутки и урсодезоксихолевая кислота 10 мг/кг/сут. В течение недели восстановилась окраска стула, уменьшились боль и желтуха; через четыре недели показатели билирубина и холестаза нормализовались.

Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Механизм развития желтушного синдрома – чрезмерное постпрандиальное сокращение пузыря при несогласованном расслаблении билиарных сфинктеров, транзиторное повышение внутрипротокового давления и нарушение оттока желчи. Случай подчеркивает: функциональное расстройство является диагнозом исключения.*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Крапошина А.Ю., Демко И.В., Собко Е.А.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Бронхиальная астма негативно воздействует на все сферы жизни пациента. Оценка качества жизни позволяет проанализировать физическое, психологическое и социальное состояние больного, что сопоставимо со степенью тяжести заболевания, особенно при тяжелом течении, а также становится причиной инвалидизации. Генно-инженерная биологическая терапия позволяет повысить качество жизни за счет улучшения клинического течения заболевания, параметров функции легких и отмены системных глюкокортикостероидов.
Цель. Оценить изменение показателей качества жизни у пациентов тяжелой бронхиальной астмой на фоне приема генно-инженерной биологической терапии.
Материал и методы. Генно-инженерная биологическая терапия была назначена 35 пациентам с тяжелой бронхиальной астмой. Все пациенты регулярно и правильно принимали базисную терапию, препараты по сопутствующим патологиям и не курили на момент включения в исследование, а также имели признаки Т2 эндотипа. Методы обследования включали анамнестический метод, физикальный осмотр, заполнение опросника АСТ, ACQ–5, AQLQ, инструментальные (спирография с бронхолитиком).
Результаты. Изучение качества жизни до применения генно-инженерной биологической терапии показало, что наиболее значимыми факторами, влияющими на состояние пациентов, были ограничения в их повседневной деятельности (3,59±1,07), дискомфорт из-за симптомов заболевания (3,63±1,19), плохое самочувствие из-за влияния факторов окружающей среды (3,56±1,35) и ухудшение эмоционального состояния вследствие симптомов заболевания (3,66±1,11). Отмечено значимое улучшение качество жизни пациентов на фоне приема генно-инженерной биологической терапии в течение года по всем доменам опросника AQLQ ($p < 0,000$): ограничение активности (5,26±1,23), симптомы (5,70±1,15), эмоции (5,76±1,29) и факторы окружающей среды (5,58±1,22). Улучшение качества жизни коррелировало с улучшением клинических проявлений: снижением частоты обострений ($r=–0,336$, $p=0,048$) и параметрами функции внешнего дыхания: повышением ОФВ1 как до, так и после пробы с бронходилататором ($r=0,450$, $p=0,007$; $r=0,445$, $p=0,007$ соответственно), с повышением исходного уровня ОФВ1/ФЖЕЛ ($r=0,345$, $p=0,042$).
Выводы. *Качество жизни пациентов с тяжелой бронхиальной астмой существенно снижено, особенно из-за влияния окружающей среды и клинических симптомов. Наибольший вклад в улучшение качества жизни вносит положительная динамика клинико-функциональных параметров.*

ДИНАМИКА ФЕНОТИПОВ КАРДИО-РЕНО-ГЕПАТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

Краснопеева Н.[1], Чулков В.С.[2]
[1] Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия
[2] Медицинский институт Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Новая концепция кардио-рено-гепато-метаболического синдрома (КРГМС) вводит фенотипическую классификацию (гепатоцентрический, нефроцентрический, глюкозоцентрический, липид-центрический, гипертензия-центрический фенотипы, метаболическая синдемия). Однако данные о динамике фенотипов на фоне терапии и их прогностической ценности практически отсутствуют.
Цель. Оценить динамику фенотипов КРГМС и их связь с прогрессированием заболевания на фоне терапии дапаглифлозином в течение 36 мес.
Материал и методы. Проспективное когортное исследование, n=60, возраст 53 [49; 56] года. Группа дапаглифлозина (n=30) и контроль (n=30), 3 визита (0, 6, 12 мес.). Фенотипы определены по доминирующему компоненту КРГМС согласно междисциплинарному согласительному документу (2025). Оценена частота фенотипов на каждом визите, Δ-корреляции Спирмена, ROC-анализ предикторов прогрессирования.
Результаты. Наиболее показательна динамика нефроцентрического фенотипа: в группе дапаглифлозина его частота снизилась со 100 до 59% к 36 мес., тогда как в контроле возросла с 93 до 100%. Частота метаболической синдемии (≥3 компонентов) уменьшилась с 93 до 83% на дапаглифлозине и достигла 100% в контроле. Глюкозоцентрический фенотип в группе дапаглифлозина регрессировал у 1/3 пациентов (67→66%), в контроле оставался стабильно высоким (97%). Δ-корреляционный анализ выявил сильные связи: ΔСКФ обратно коррелирует с Δкреатинином ($r=-0,84$; $p<0,001$) и Δвесом ($r=-0,47$; $p<0,001$); ΔHbA1c прямо коррелирует с ΔТГ ($r=0,50$; $p<0,05$). Лучший исходный предиктор прогрессирования – окружность талии (AUC 0,682; cut–off 108 см; чувствительность 61%, специфичность 78%).
Выводы. *Терапия дапаглифлозином обеспечивает регресс нефроцентрического фенотипа и предотвращает формирование метаболической синдемии. Окружность талии ≥108 см является доступным маркером высокого риска прогрессирования КРГМС. Фенотипический подход позволяет персонализировать тактику ведения пациента.*

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНЕРЦИЯ – ПРЯМАЯ ДОРОГА МИМО ОЧЕВИДНОГО ДИАГНОЗА

Крижановский К.А.
ФГБОУ ВО Российский университет медицины Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

Введение. Язвенная болезнь (ЯБ) – распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта, осложняющееся кровотечением, пенетрацией, перфорацией, пилоростенозом и малигнизацией. Несмотря на тенденцию к снижению общего числа госпитализаций, в последние годы растет количество госпитализаций, связанных с осложнениями.
Описание случая. Пациент, 40 лет, 23.06.2025 обратился в Больницу Центросоюза РФ с жалобами на тяжесть в животе, отрыжку тухлым, приступы слабости после приема пищи, похудение на 30 кг за 3–4 мес. Анамнез: в 2010 г. отмечал эпизоды диспепсии и болей в эпигастрии, прошел курс терапии (препараты не помнит) с положительным эффектом. Рецидив болей с 2021 г., принимал антациды. По данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) от 2023 г. – две язвы с деформацией и значительным сужением просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК). В октябре 2024 г. экстренно госпитализирован с диагнозом «острое повреждение почек на фоне тонического приступа», что ретроспективно можно оценить как эпизод обострения ЯБ с явлениями бульбита, приведшими к преходящей непроходимости ДПК с электролитными нарушениями. 02–05.2025 наблюдался у врача-гастроэнтеролога со сменами схем терапии без очевидного эффекта. Осмотр: картина декомпенсированного пилоростеноза. В крови антитела IgG к *H.pylori*. ЭГДС – изменения, подозрительные на злокачественное новообразование пилородуоденальной зоны. На следующие сутки состояние ухудшилось из-за желудочного кровотечения. Проведена гемостатическая и инфузионная терапия. Пациент переведен в другое лечебное учреждение, в котором состоялся рецидив кровотечения с клиникой «острого живота». Интраоперационно перфорация полого органа, выполнена резекция желудка. По результатам гистологического исследования биоптата и операционного материала у пациента отсутствовали признаки злокачественного новообразования. Заключительный клинический диагноз «язвенная болезнь, *H.pylori*-ассоциированная, множественные (2) язвы луковицы ДПК, обострение». Состояние после резекции желудка по Бильрот–II в модификации Витебского с формированием позадиободочного, поперечного, нижнего ГЭА от 03.07.2025.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Несмотря на очевидность клинической картины и результатов исследований от 2023 г., неоднократные обращения за медицинской помощью не возымели эффекта. Это привело к развитию у пациента сразу нескольких жизнеугрожающих осложнений, которых можно было избежать при своевременном и адекватном лечении.*

САРКОПЕНИЯ И СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5Д СТАДИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Крюкова П.А., Гасанов М.З.
ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Системное воспаление и снижение мышечных резервов могут определять неблагоприятный прогноз пациентов с ХБП 5Д стадии и сахарным диабетом 2-го типа (СД2).
Цель. Оценить связь саркопении и маркеров системного воспаления с выживаемостью пациентов с ХБП 5Д и СД2.
Материал и методы. В анализ включены 56 пациентов с ХБП 5Д стадии и СД2 на программном гемодиализе: 30 мужчин и 26 женщин, средний возраст 56,9±11,9 года. Подтвержденную саркопению диагностировали при снижении скелетно-мышечной массы в сочетании со снижением кистевой динамометрии и/или скорости теста 6-минутной ходьбы менее 0,8 м/с по критериям EWGSOP2. Оценивали С-реактивный белок (СРБ), лейкоциты, ферритин, GPS и mGPS, а также альбумин, общий белок, глюкозу, мочевую кислоту и общий холестерин. Выживаемость в течение 36 мес. анализировали методом Каплана-Мейера, применяли log-rank-тест и регрессию Кокса; $p < 0,05$.
Результаты. Подтвержденная саркопения выявлена у 6 (10,7%) пациентов. За период наблюдения умерли 22 (39,3%) больных, в том числе 5 из 6 пациентов с саркопенией. Выживаемость при саркопении составила 16,7 против 66,0% при ее отсутствии (log-rank $p=0,033$). Наличие саркопении было ассоциировано с увеличением риска смерти: отношение рисков (ОР)=2,92 (95% ДИ: 1,07–7,97); $p=0,037$. Медиана СРБ у умерших была выше, чем у выживших: 8,59 [3,74; 15,00] против 3,18 [2,07; 6,08] мг/л ($p=0,010$). Каждое двукратное повышение СРБ сопровождалось увеличением риска смерти в 1,52 раза (95% ДИ 1,15–1,99; $p=0,003$). В модели, включавшей саркопению и СРБ, последний сохранял прогностическое значение: ОР 1,53 на каждое удвоение; (95% ДИ 1,15–2,04); $p=0,003$. Для саркопении отмечена пограничная ассоциация: ОР 2,71; (995% ДИ 0,99–7,41); $p=0,052$. Лейкоциты, ферритин, альбумин и метаболические показатели с выживаемостью не ассоциировались ($p > 0,05$).
Выводы. *Саркопения у пациентов с ХБП 5Д стадии и СД2 ассоциирована с выраженным снижением выживаемости. Повышение СРБ сохраняет прогностическое значение с учетом саркопении. Совместная оценка мышечного статуса и системного воспаления может использоваться для выявления пациентов высокого риска смерти.*

ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯХ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Кудряшов С.И.[1], Карзакова Л.М.[1], Григорьева И.М.[2], Арсентьева Т.А.[2], Ерохина А.В.[2]
[1] Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия
[2] Республиканская клиническая больница Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия

Введение. Первичный нефротический синдром (НС) у взрослых развивается преимущественно при мембранозной нефропатии (МН) и фокально-сегментарном гломерулосклерозе (ФСГС). В 30–40% первичного НС формируется рефрактерность к традиционно используемым иммуносупрессивным препаратам. В таких случаях рекомендовано назначение ритуксимаба – моноклональных антител к антигену В-лимфоцитов – CD20.
Описание случая. Случай 1. У пациентки О., 62 лет, возникли массивные отеки нижних конечностей, суточная протеинурия (СПУ) достигла значения 3,8 г, уровень альбумина в сыворотке крови – 18 г/л, концентрация антител к рецептору фосфолипазы А2 (PLA2R) –45 МЕ/мл. При морфологическом исследовании нефробиоптата установлена МН, 2-я стадия. Лечение глюкокортикостероидами (ГКС) обеспечило лишь кратковременное улучшение. При добавлении циклоспорина к ГКС также не удалось достичь ремиссии НС. При проведении двух инфузий ритуксимаба по 1 г в сочетании с 16 мг метилпреднизолона (МП) с 2-недельным интервалом между инфузиями наступила частичная ремиссия НС спустя 22 нед. после введения 2-й дозы ритуксимаба, через 27 нед. – полная ремиссия. Случай 2. Пациентка Т., 53 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение в связи с выраженными отеками нижних конечностей, роста уровня СПУ до 4,52 г. Проведена нефробиопсия, установлен ФСГС. Была назначена пульс-терапия МП (по 1 г 3 раза) с переходом на пероральный прием МП в дозе 48 мг. При снижении СПУ до 0,66 г начато снижение дозы МП по 2 мг 1 раз в 10 дней и достигнута поддерживающая доза МП, равная 8 мг. Из-за присоединения бактериальной пневмонии повышена доза МП до 16 мг. После купирования пневмонии в связи с нарастанием СПУ до 4,4 г был назначен циклофосфамид в дозе 1 г внутривенно, ежемесячно, на фоне постепенного снижения дозы МП до 4 мг. Кумулятивная доза циклофосфамида составила 7 г. Однако данная терапия не обеспечила стойкой ремиссии НС и был назначен ритуксимаб по 1 г внутривенно. Введение двух доз препарата не позволило достичь ремиссии НС, СПУ сохранялась на уровнях 2,5–3,1 г/л. Через 6 мес после 2-го введения препарата была назначена 3-я доза. В результате достигнута частичная ремиссия заболевания (СПУ – 1,5 г).
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Результаты исследования подтверждают целесообразность применения ритуксимаба у взрослых пациентов с НС. Применение двух–трех инфузий ритуксимаба в дозе 1 г в лечении МН и ФСГС обеспечивает достижение ремиссии НС.*

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ (А) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кузнецов А.В.
ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) на протяжении многих десятилетий является ведущей причиной смерти населения во всем мире. В 1963 г. норвежский ученый Kare Berg показал генетическую взаимосвязь повышенного уровня липопротеида (а) (Лп(а)) с динамикой прогрессирования атеросклероза. Таким образом, актуальным является изучение распространенности повышенного уровня Лп(а) у больных ИБС и многососудистым поражением коронарных артерий в свете современных подходов к коррекции нарушений липидного обмена.
Цель. Проанализировать распространенность гиперлипопротеидемии (а) у больных с многососудистым поражением коронарного русла и провести анализ корреляционных взаимосвязей концентрации липопротеида (а) (Лп(а)) с количеством пораженных артерий.
Материал и методы. В настоящее исследование включено 65 больных ИБС, госпитализированных в кардиохирургическое отделение ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России в январе–июне 2026 г., которые были разделены на две группы в зависимости от количества пораженных атеросклерозом артерий по данным инвазивной коронарографии (средний возраст составил 61,64±9,98 года, из них 50 мужчин (76,92%)). Всем больным однократно определяли концентрацию Лп(а) иммунохемилюминесцентным методом и фиксировали наличие традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
Результаты. Концентрация Лп(а) среди всех участников исследования составила 22,9 [6,41; 35,02] мг/дл, при этом у больных с многососудистым поражением средний уровень Лп(а) составил 31,72 [13,7; 35,02] мг/дл, а в группе больных с однососудистым поражением и интактными артериями – 8,76 [4,05; 31,54] мг/дл (p=0,04). Повышение концентрации Лп(а) более 30 мг/дл ассоциировалось с перенесенным инфарктом миокарда (χ^2=0,03; ОШ 3,1 95% ДИ 1,08–8,9; p=0,04) и отягощенной сердечно-сосудистой наследственностью (χ^2=0,03; ОШ 3,9 95% ДИ 1,05–4,42; p=0,05). Диагностирована сильная корреляционная взаимосвязь между уровнем Лп(а) и количеством пораженных артерий в группе пациентов с многососудистым поражением коронарного русла (r=0,76; p <0,001) и корреляция средней силы у больных без многососудистого поражения (r=0,51; p=0,004).
Выводы. *Скрининговое определение концентрации Лп(а) у больных ишемической болезнью сердца и многососудистым поражением коронарных артерий позволит актуализировать сердечно-сосудистый риск и улучшит долгосрочный прогноз пациентов.*

ЛИПИДНЫЕ МАРКЕРЫ В КОГОРТЕ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН С РАЗНЫМ СТАТУСОМ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ

Кузнецова Д.А., Дыдышко В.Т.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель. Осуществить сравнительную оценку липидных маркеров у практически здоровых лиц с разным статусом холестерина липопротеинов высокой плотности при проведении диспансеризации.
Материал и методы. Проанализировано 677 историй мужчин 30–50 лет без клинически значимой соматической патологии. Всю когорту в зависимости от уровня холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) разделили на две группы: № 1 с гипоальфахолестеринемией (n=70; ХС ЛПВП ≤0,99 ммоль/л; средний возраст 43,8±0,6 года) и № 2 с нормоальфахолестеринемией (n=607; ХС ЛПВП ≥1,0 ммоль/л; 44,8±0,5 года). Изучили клинико-анамнестические и липидные маркеры крови (общий ХС (ОХС), триглицериды (ТГ), ХС ЛПВП, ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС, не входящий в ЛПВП (ХСнеЛПВП), индекс риска Кастелли II (ИРК II – ХС ЛПНП/ХС ЛПВП), атерогенный индекс плазмы (АИП – ТГ/ХС ЛПВП)).
Результаты. Среди обследованных доля лиц со сниженным ХС ЛПВП составила 10,3%. Средний уровень ХС ЛПВП в группе № 1 составил 0,7±0,2 ммоль/л, что достоверно уступает аналогичному показателю в группе № 2 с нормоальфахолестеринемией (1,4±0,1 ммоль/л) (P <0,001). Обнаружено достоверное уменьшение ТГ (от 2,5±0,2 до 1,6±0,1 ммоль/л) и АИП (от 2,1±0,2 до 1,3±0,0 ммоль/л) (везде P <0,001) у лиц в группе № 2 по сравнению с группой № 1 при увеличении ХС ЛПВП. По мере достоверного увеличения ХС ЛПВП (от 0,7±0,0 до 1,4±0,0 ммоль/л) в группах происходило достоверное увеличение ОХС (от 4,9±0,1 до 5,5±0,1 ммоль/л) (P <0,001) и ХСнеЛПВП (от 3,7±0,1 до 4,1±0,0 ммоль/л) (P <0,01) от № 1 к № 2 (P <0,05). Уровень ХС ЛПНП среди обследованных недостоверно возрастал от 3,2±0,1 ммоль/л в группе № 1 со сниженным ХС ЛПВП до 3,5±0,1 ммоль/л в № 2 с нормальным содержанием ХС ЛПВП (p >0,05). ИРК II среди обследованных достоверно не различался (2,8±0,2 ммоль/л в группе № 1 и 2,9±0,1 ммоль/л в группе № 2) (p >0,05).
Выводы. *Таким образом, доля лиц с гипоальфахолестеринемией составляет 10,3%, они характеризуются достоверно меньшим уровнем ОХС, ХСнеЛПВП, но достоверно большим уровнем ТГ и АИП по сравнению с лицами с нормоальфахолестеринемией. Показатели ХС ЛПНП и ИРК II среди обследованных достоверно не различались.*

СЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ СИНДРОМА МАРФАНА С АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

Кулабухова Т.К.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Введение. Синдром Марфана – редкое наследственное заболевание соединительной ткани, обусловленное мутациями в гене FBN1, кодирующем фибриллин-1 с распространенностью 1 случай на 5–10 000 человек. Аневризма аорты с медионекрозом выступает ведущей причиной преждевременной смертности пациентов с 50% вероятностью передачи заболевания потомству.
Описание случая. Анамнез. Пациентка, 40 лет, госпитализирована в кардиологическое отделение ОБУЗ «КОМКБ» города Курска в марте 2026 г. с жалобами на периодически возникающий дискомфорт в области сердца, без связи с физической нагрузкой, проходящий самостоятельно в течение нескольких минут, снижение памяти и внимания.
С рождения наблюдается по поводу синдрома Марфана с мутацией в гене FBN1. Регулярно не обследовалась, наблюдалась только у невролога. На ЭхоКГ впервые выявлена аневризма синуса Вальсальвы (5,3 см). Консультирована кардиохирургом ФГБУ НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова от 08.04.2026, рекомендовано оперативное лечение. Анамнез жизни. Замужем. Имеет здорового сына, 12 лет, у которого гена FBN1 не обнаружено. Семейный анамнез отягощен: у матери, дедушки и дяди разрыв аневризмы аорты в возрасте до 50 лет со смертельными исходами. Хронические заболевания: диспластический S-образный сколиоз отдела позвоночника, множественные грыжи Шморля. Оперативные вмешательства: гемитиреоидэктомия слева в 2022 г. по поводу фолликулярной опухоли, принимает левотироксин натрия. Диагностика. Тип телосложения: астенический, рост 184 см, вес 76 кг. ИМТ 22,4 кг/м^2. Наблюдается гипермобильность суставов. Арахнодактилия. S-образный сколиоз позвоночника, плоскостопие. Грудная клетка астенической формы. Границы относительной тупости сердца с увеличением на 2 см кнаружи от левой ключичной линии. Ширина сосудистого пучка – 4 см. Тоны сердца ясные, ритмичные.74 уд./мин. АД 115/70 мм. рт. ст. Данные ЭхоКГ: Аневризма МПП L–R-типа без сбросовых потоков. Пролапс ЗМС, ПМС I ст. Аневризма синуса Вальсальвы (5,3 см). Недостаточность АК I ст. ДД ЛЖ 1 ст. Камеры сердца не расширены. Сократительная способность миокарда ЛЖ в норме. Нормальное ЦВД. КАГ: правый тип кровоснабжения сердца.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный случай демонстрирует важность раннего выявления и динамического наблюдения за пациентами с синдромом Марфана и их родственниками для диагностики аневризмы аорты.*

ОДНОГОДИЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ И ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

Кулик Е.Г., Павленко В.И.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает лидирующую 3-ю позицию в структуре летальности во всем мире. Пациенты с ХОБЛ, заболевшие коронавирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), имеют высокий риск тяжелого течения инфекции и летального исхода. Несмотря на это, исследования, изучающие выживаемость пациентов после перенесенного COVID-19 и анализ предикторов гибели в течение последующих 12 мес., остаются единичными.
Цель. Оценка одногодичной выживаемости и поиск лабораторных предикторов смерти у пациентов с ХОБЛ в течение 12 мес. после перенесенного COVID-19.
Материал и методы. с 2021 по 2022 г. под динамическим наблюдением находилось 207 пациентов с верифицированной ХОБЛ, перенесших коронавирусную инфекцию, среди которых было 71,1% мужчин и 28,9% женщин. Пациенты были включены в исследование в течение 3–4 нед. после выписки из инфекционного госпиталя. Средний возраст был 66±10,2 года. В течение 12 мес. связь с пациентами осуществлялась путем телефонного контакта. Сбор сведений, подтверждающих смерть, и установление ее причины производились из Региональной медицинской информационной системы Амурской области. Анализ степени тяжести перенесенной инфекции, содержание С-реактивного белка, фибриногена, D-димеров во время госпитализации проводился ретроспективно на основании данных из выписки истории болезни.
Результаты. За время наблюдения (12 мес.) от всех возможных причин умерли 22 человека (10,6%) из них 7 женщин (31,8%) и 15 мужчин (68,2%). У 10 пациентов (45,4%) причина летальности осталась неизвестна ввиду ее кодирования по МКБ-10 как неопределенная или неустановленная (R.99). Наиболее часто установленной причиной гибели являлись ХОБЛ (22,7%) и ишемическая болезнь сердца (13,6%). Корреляционная взаимосвязь между уровнем выживаемости и клиническим течением ХОБЛ, а также степенью тяжести перенесенного COVID-19 установлена не была. Было обнаружено, что у умерших пациентов, по сравнению с выжившими в течение 12 мес., во время госпитализации по поводу SARS-CoV-2 оказалась достоверно ниже сывороточная концентрация фибриногена (2,95 [2,49; 3,41] против 3,58 [3,36; 3,79], при $p < 0,05$) и значимо выше уровень D-димеров крови (1795 [1105,47; 2485,66] против 1248,38 [796,47; 1700,28], при $p < 0,05$). Полученные данные подтверждают наличие дисрегуляции плазменно-коагуляционного гемостаза у пациентов, перенесших COVID-19.
Выводы. *По нашим данным, у пациентов с ХОБЛ в течение 12 мес. после перенесенного COVID-19 основной причиной смерти является основное заболевание или сопутствующая ишемическая болезнь сердца. К лабораторным предикторам смерти относится уровень фибриногена и Д-димеров в сыворотке крови.*

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ЛЕПТИНА С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кураносов А.Ю., Донцова Е.В., Потапенко А.О.
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия

Актуальность. Высокий уровень лептина в плазме больных при метаболическом синдроме (Мс) нередко сопровождается оксидативным стрессом, провоспалительными и протромботическими нарушениями, что может негативно сказываться на течении псориатического артрита (ПсА).
Цель. Изучить связи уровня лептина в крови с клиническими и лабораторными параметрами пациентов с ПсА и Мс.
Материал и методы. Материал и методы. Обследовано 230 пациентов с ПсА и проявлениями Мс (мужчин – 149, женщин – 171, средний возраст 54,6±6,7 года). Диагноз ПсА устанавливали на основании диагностических критериев CASPAR. Определение общей антиоксидантной способности крови (ОАС), окисленных липопротеинов низкой плотности (ЛПНП–ок.), супероксиддисмутазы (СОД), холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП, ХС ЛПВП), интерлейкинов (ИЛ) 1β, -6, -8, -10, -13, -23, фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α) проводили иммуноферментным методом. Выраженность боли в суставах оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), тревоги и депрессии – с помощью шкалы Цунга. Результаты обработаны непараметрическими методами статистического анализа.
Результаты. Уровень лептина в крови у больных с ПсА и Мс имел положительную сильную корреляционную связь с уровнями ИЛ-8 (R=0,82) и ИЛ-23 (R=0,73). Прямые корреляционные связи умеренной силы отмечены с ИЛ-1β крови (R=0,43), ИЛ-6 (R=0,62), ИЛ-13 (R=0,44), ФНО-α (R=0,59), ЛПНП–ок. (R=0,45), со значениями ХС ЛПНП крови (R=0,49), а также с выраженностью тревоги (R=0,49), депрессии (R=0,51) и болей в суставах по ВАШ (R=0,59). Слабой силы прямая корреляционная связь лептина крови была установлена со значением окружности талии (R=0,37). Обратная высокая корреляционная связь уровня лептина зарегистрирована с ОАС крови (R=–0,72), ИЛ–10 (R=–0,79), а средней силы – с уровнями в крови СОД (R=–0,69) и ХС ЛПВП (R=–0,57).
Выводы. *Уровень лептина крови у пациентов с ПсА и Мс ассоциируется с выраженностью болей в суставах, повышенной активностью провоспалительных цитокинов и системы перекисного окисления липидов, атерогенной дислипидемией, тревожно–депрессивными нарушениями, а также со снижением продукции противовоспалительных цитокинов.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

Курашин В.К., Боровкова Н.Ю., Токарева А.С.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее значимых факторов, определяющих риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ее распространенность продолжает увеличиваться, при этом достижение целевых уровней артериального давления и эффективность лечения остаются недостаточными. Выявление факторов, ассоциированных с АГ, может быть использовано при разработке профилактических мероприятий.
Цель. Провести анализ взаимосвязей между АГ и другими кардиоваскулярными факторами риска среди населения Нижегородского региона.
Материал и методы. В ходе исследования ЭССЕ–РФ3 обследованы 2501 человек в возрасте 35–74 лет среди населения Нижегородского региона. Все участники были обследованы согласно протоколу. Критерий АГ: САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД
≥90 мм рт. ст., а также АД <140/90 мм рт. ст., на фоне гипотензивной терапии. Лабораторное обследование включало общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды (ТГ), глюкозу, креатинин, мочевую кислоту, высокочувствительный С-реактивный белок (ВЧ–СРБ), фибриноген. Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), индекс висцерального ожирения (ИВО) по формуле Amato, скорость клубочковой фильтрации по формуле CKD–EPI. Для построения прогностической модели риска использовался метод бинарной логистической регрессии.
Результаты. Многофакторный анализ продемонстрировал наиболее сильную связь АГ с возрастом респондента старше 53 лет (ОШ 2,954; 95% ДИ 2,456–3,554; p <0,001), абдоминальным ожирением (ОШ 2,112; 95% ДИ 1,663–2,730; p <0,001) и гиперурикемией (ОШ 1,709; 95% ДИ 1,341–2,177; p <0,001). Вероятность наличия АГ также была выше при ИМТ >25 кг/м² (ОШ 1,634; 95% ДИ 1,262–2,117; p <0,001), повышенном уровне ТГ (ОШ 1,567; 95% ДИ 1,289–1,906; p <0,001), увеличении концентрации ВЧ–СРБ (ОШ 1,498; 95% ДИ 1,242–1,806; p <0,001), а также у мужчин (ОШ 1,553; 95% ДИ 1,281–1,883; p <0,001). Наименее выраженная, но статистически значимая ассоциация выявлена между АГ и повышенным уровнем ЛПНП (ОШ 1,277; 95% ДИ 1,038–1,570; p=0,020).
Выводы. *Наиболее выраженные взаимосвязи с АГ выявлены для возраста старше 53 лет, абдоминального ожирения и гиперурикемии. Значимыми коррелятами АГ также выступали избыточная масса тела, гипертриглицеридемия, мужской пол, повышение ВЧ–СРБ и ЛПНП.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СНИЖЕННОЙ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РЕГИОНА

Курашин В.К., Боровкова Н.Ю., Токарева А.С.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и хроническая болезнь почек имеют общие факторы риска и тесно связаны между собой. Нарушение функции почек способствует увеличению сердечно-сосудистого риска, так же как и наличие ССЗ повышает вероятность дальнейшего снижения почечной функции, что образует кардиоренальный континуум. Вместе с тем данные о распространенности снижения функции почек среди жителей Нижегородского региона остаются ограниченными.
Цель. Оценить распространенность сниженной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) среди населения Нижегородского региона.
Материал и методы. В ходе исследования ЭССЕ–РФ3 среди населения Нижегородского региона были обследованы 2501 человек в возрасте 35–74 лет. Всем обследованным проводилось анкетирование с целью выявления ССЗ и факторов риска их развития, физикальное обследование, а также спектр лабораторных анализов, включающий определение уровня креатинина в крови. СКФ рассчитывалась по формуле CKD–EPI. Однозначно сниженная СКФ определялась как менее 60 мл/мин./1,73 м^2. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» (США).
Результаты. Сниженный показатель СКФ был зарегистрирован у 5,8% обследованной популяции. Распространенность почечной дисфункции среди сельского населения составила 8,0%, а городского – 5,1%. Среди мужчин и женщин снижение функции почек отмечалось в возрастных группах 35–39 лет у 0,6 и 0%, 40–44 года – у 1,2 и 0%, 45–49 лет – у 1,5 и 0%, 50–54 года – у 1,3 и 1,3%, 55–59 лет – у 5,3 и 2,5%, 60–64 года – у 7, и 7,8%, 65–69 лет – у 10,6 и 7,8%. В наиболее старшей возрастной группе (70–74 года) СКФ была снижена у 21,7% мужчин и 25,5% женщин.
Выводы. *Снижение расчетной СКФ редко встречалось среди лиц молодого возраста, при этом его распространенность закономерно увеличивалась с возрастом. Выявлено, что у женщин в возрастных группах до 50 лет не наблюдались признаки почечной дисфункции, а у мужчин встречались единичные случаи.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Курашин В.К.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. В настоящее время активно изучается проблема бессимптомной гиперурикемии (БГУ) с позиций ее влияния на кардиоваскулярный риск. Требуются дальнейшие исследования, направленные на анализ ассоциаций между БГУ и другими традиционными факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
Цель. Проанализировать взаимосвязь между БГУ и традиционными факторами кардиоваскулярного риска на примере популяции Нижегородского региона.
Материал и методы. В ходе исследования ЭССЕ–РФ3 в Нижегородском регионе отобран 2501 человек в возрасте 35–74 лет. Все участники были обследованы согласно протоколу исследования. Нормальный уровень мочевой кислоты (МК) определялся согласно клиническим рекомендациям (<420 мкмоль/л у мужчин и <360 мкмоль/л у женщин). Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 26 (США).
Результаты. БГУ была выявлена у 23,1% обследованных лиц. У лиц с БГУ чаще регистрировались (результаты для мужчин/женщин, во всех сравнениях $p < 0,05$): артериальная гипертензия (77,8 vs 63,4% / 79,8 vs 61,9%), избыточная масса тела/ожирение (87,8 vs 75,6% / 91,8 vs 76,7%), абдоминальное ожирение (83,8 vs 60,3% / 96,1 vs 77,4%), гипертриглицеридемия (70,6 vs 45,0% / 65,0 vs 40,1%), снижение скорости клубочковой фильтрации (11,9 vs 4,4% / 14,8 vs 5,5%) и повышение высокочувствительного С-реактивного белка (45,9 vs 28,4% / 59,5 vs 28,4%). У мужчин БГУ ассоциировалась также с гиперхолестеринемией (78,8 vs 56,9%, $p < 0,001$) и повышенным ХС–ЛНП (77,2 vs 67,5%, $p=0,006$), а у женщин – с сахарным диабетом 2-го типа (20,6 vs 10,9%, $p=0,002$). С увеличением уровня МК возрастала частота описанных ФР ССЗ с учетом уравнивания групп сравнения по возрасту. У лиц в возрасте 35–59 лет с БГУ десятилетнее значение ССР было выше, чем респондентов с нормальным уровнем МК. У респондентов 35–50 лет без ГУ уровень МК >285 мкмоль/л ассоциировался с четырехкратным увеличением вероятности превышения значения ССР над «оптимальным» (ССР лица с оптимальными значениями всех ФР ССЗ) (ОШ 4,192; 95% ДИ 3,083–5,698; $p < 0,001$).
Выводы. *БГУ широко распространена среди населения Нижегородского региона и тесно связана с традиционными ФР ССЗ. Была обнаружена зависимость «доза–эффект» между уровнем МК и распространенностью ряда ФР. Отмечено, что повышение МК в пределах нормального диапазона ассоциировалось с более высоким ССР.*

ОПТИМАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КУРСОВАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Курашова О.Н., Казанцева Е.В.
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия

Актуальность. Постоянное критическое напряжение регуляторных систем организма, нейровегетативного баланса и факторов артериальной гипертензии касается практически всего населения России и мира на сегодняшний день требует практической реализации указанных направлений диагностики, профилактики и лечения.
Цель. Получить оптимальную гормонально-метаболическую курсовую коррекцию клинико-патогенетических механизмов артериальной гипертензии, адаптационного ответа – в группах пациентов сочетанием немедикаментозной и медикаментозной терапии.
Материал и методы. Под наблюдением находились 33 пациента (мужчины и женщины) в возрасте от 35 до 55 лет с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями (углеводного и липидного обмена, ожирением). В выделенных группах по возрасту и индексу массы тела (ИМТ) у пациентов: в I группе средний возраст составил 39,5±1,2 года, среднее значение ИМТ – 31,05±1,18 кг/м^2; во II группе – 49,3±1,0 года, среднее значение ИМТ – 31,43±0,54 кг/м^2. Каждому пациенту на 1–2-е и 12–14-е сутки по заявляемому способу проводилась оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (динамика артериального давления (АД), оценка вариабельности ритма сердца (ВРС)), лабораторных показателей, антропометрических данных.
Результаты. Количественная оценка в динамике до и после указанного курса терапии по показателям вариабельности ритма сердца у пациентов: величина индекса напряжения (ИН) повысилась всего на 7,7% ($p < 0,05$), снизились величины высокочастотной дыхательной составляющей (HF) на 144% ($p < 0,01$), очень низкочастотных спектральных компонентов (VLF) на 79,1% ($p < 0,05$), коэффициента монотонности на 7,7% ($p < 0,05$). Сочетанный курс терапии потенциировал активность как симпатического, так и парасимпатического отделов ВНС, при этом формировал централизацию управления сердечным ритмом, баланс регуляторных показателей. После проведенного курса лечения по абсолютным значениям статистические характеристики динамического ряда кардиоинтервалов были значимо ниже, чем в группе сравнения: суммарный показатель вариабельности величин интервалов RR за весь рассматриваемый период (SDNN) на 35,1%, очень низкочастотные спектральные компоненты (VLF) на 142%, амплитуда моды (Амо) на 29,1% и триангулярный индекс на 23,1%, по корреляционному анализу соответственно связаны с длительностью патологии, показателями АД, ИМТ у пациентов с ожирением и артериальной гипертензией.
Выводы. *Рекомендовать использование указанного курса сочетанной терапии для пролонгации стойкой постремиссии и формирования долголетия в практическом достижении умеренного стабильного в течение суток артериального давления, модификации образа жизни, коррекции нейрогуморального статуса.*

B12-ВИТАМИННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Курдаев А.А., Краснова Э.С., Рябова Е.Е., Джигкаева А.А., Борзых С.А., Тихонов С.В., Асатрян Т.Т.
ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. От 3 до 16% мирового населения страдают дефицитом витамина B_{12}. Несмотря на распространенность проблемы, в российской литературе имеется дефицит новых посвященных ей научных данных.
Цель. Изучить B_{12}-витаминный статус у пациентов с различными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), проанализировать его взаимосвязь с имеющимися заболеваниями и анамнестическими данными участников.
Материал и методы. Участники: 1094 пациента. Концентрация голотранскобаламина (далее – [holoTC]) в сыворотке крови оценивалась методом ИФА, соотносилась с данными из истории болезни. Адекватный уровень: 70,01–165 пмоль/л, вероятный дефицит: 25,01–70,00 пмоль/л, дефицит: ≤25,00 пмоль/л, избыток: ≥165,01 пмоль/л. [HoloTC] Статистическая обработка: критерии χ-квадрат, Манна–Уитни. Количественные показатели представлены в виде Me [LQ; HQ], где Me – медиана, LQ – нижний квартиль, HQ – верхний квартиль.
Результаты. Мужчины (N=430, Me [holoTC] = 96,23 [64,91; 129,81] пмоль/л) и женщины (N=664, Me [holoTC]=98,86 [66,19; 135,35] пмоль/л) по [holoTC] статистически не отличались ($Z=-1,42$, $p=0,155$). У пациентов, постоянно проходивших процедуры гемодиализа (n=187), [holoTC] (Me=136,10 [99,80; 178,70] пмоль/л) была значительно выше, чем у остальных пациентов (n=907) (Me=91,44 [62,20; 122,60] пмоль/л), $Z=10,05$, $p<0,001$, а доля участников с избыточной [holoTC] (32,6%) была выше, чем среди остальных (10,0%), $\chi^2(2)=64,4$, $p<0,001$. Далее пациенты на постоянном гемодиализе не учитывались. У оставшихся пациентов дефицит витамина B_{12} по голотранскобаламину наблюдался в 2,0% случаев. Вероятный дефицит – в 31,4% случаев. Пациенты с аутоиммунным гастритом (N=61), имели более низкую [holoTC] (72,07 [54,80; 108,66] пмоль/л), чем без него (N=849) (92,40 [62,79; 123,11] пмоль/л), $Z=2,31$, $p=0,021$. Снижение [holoTC] ассоциировано с депрессией – $\chi^2(3)=9,133$, $p=0,027$ и наличием полинейропатии любого генеза – $\chi^2(3) = 11,510$, $p=0,009$. Значимо повышен риск депрессии при сниженной [holoTC]: RR = 2,924 (95% ДИ: 1,411–6,062). Корреляция частоты употребления мяса с [holoTC] положительная слабая: $R=0,245$ при $p<0,05$.
Выводы. *Концентрация голотранскобаламина демонстрирует связь с некоторыми нозологиями, прохождением процедур гемодиализа и особенностями питания в рамках ожиданий. Распространенность дефицита витамина B_{12}, определенного по голотранскобаламину, чем описано в литературе.*

ФАКТОРЫ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Куркина Н.В., Горшенина Е.И.
ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Введение. Тромбофилия – это нарушения гемостаза, при которых отмечается предрасположенность к ранним и рецидивирующим тромбозам. Выделяют две группы факторов тромбогенного риска: врожденные (дефицит антитромбина III, протеинов С и S, полиморфизм фактора V Лейден (FVL), полиморфизм протромбина FII) и приобретенные (операция, травма, иммунные заболевания, паранеопластические формы и лекарственно–индуцированные).
Описание случая. Оценивали наличие полиморфизма генов системы гемостаза и факторы тромбогенного риска у пациента с нефротическим синдромом на фоне длительной стероидной терапии и илеофеморальным тромбозом в анамнезе. Пациент, 22 лет, наблюдается у нефролога с 4-летнего возраста с диагнозом «хронический гломерулонефрит (морфологически – болезнь минимальных изменений), стероидозависимый вариант, стадия полной клинико-лабораторной ремиссии на фоне иммуносупрессивной терапии. Хроническая болезнь почек (ХБП С2). В 2018 г. перенес илеофеморальный тромбоз и тромбоэмболию мелких ветвей сосудов легких (ТЭЛА). Семейный тромбогенный анамнез не отягощен. Ввиду осложненного личного тромбогенного анамнеза рекомендованы и проведены генетические исследования для выявления полиморфизма генов тромбофилии. Результаты обследования (ДКБ им. Пирогова Н.И., 2021): выявлены мутации FVL (het), фибриногена (FGB het), тромбоцитарного гликопротеина 1В (ITGB1 het), коагуляционного фактора XII (het), коагуляционного фактора XIII (het), мутации генов фолатного цикла (MTHFR 677C/T, MTHFR A1298C, MTRR, MTR hom). Выставлен диагноз «вторичная гематогенная тромбофилия. Состояние после илеофеморального тромбоза справа. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей. ХВН 2 ст. Постинфарктные изменения вследствие ТЭЛА мелких ветвей сосудов легких». Проводилась антикоагулянтная терапия с положительным эффектом. По данным ЦДС вен нижних конечностей (в динамике) – перенесенный тромбоз ПБВ справа, полная реканализация. В настоящее время показатели гемо-коагулограммы без изменений. ОАК – Нв 133 г/л, эритроциты – 4,29 млн/мкл, тромбоциты – 256 тыс/мкл, лейкоциты – 7,32 тыс/мкл, СОЭ – 5 мм/ч. Коагулограмма – МНО 1,73, ПТИ – 57,6%, фибриноген – 3,4 г/л, АЧТВ – 31,6 с. Тромбоэмболических рецидивов не наблюдалось. Продолжен прием орального антикоагулянта.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, выявлены как приобретенные тромбогенные факторы (иммунное заболевание с нефротическим синдромом, длительный прием стероидных препаратов), так и генетические гетерозиготные мутации (FVL, FGB, ITGB1, FXII, FXIII) и нарушения фолатного цикла, которые спровоцировали развитие тромбозов.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: ЦЕЛИАКИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ С У ПАЦИЕНТКИ С МАЛЬАБСОРБЦИЕЙ

Кухарева Е.И., Журавлева А.С., Аксенова М.С.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Введение. Глютеновая энтеропатия (целиакия) – системное аутоиммунное заболевание, которое может длительно маскироваться под синдромы мальабсорбции. В ряде случаев она сочетается с хроническим гепатитом С (ХГС), что создает дополнительные диагностические трудности, так как симптомы анемии и астенизации могут ошибочно приписываться вирусному поражению печени.
Описание случая. Пациентка Л., 1962 г.р., госпитализирована в стационар для углубленного обследования. Из анамнеза: более 10 лет назад при скрининге случайно выявлены антитела к вирусу гепатита С, без активности ферментов, противовирусная терапия не проводилось. Более 10 лет, пациентка страдала хронической железодефицитной анемией, которая длительное время оставалась неясной этиологии.
В стационаре проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование. Вирусологически подтвержден ХГС, но биохимическая активность была минимальной (АЛТ до 39 Ед./л, АСТ до 69 Ед./л). Более значимыми были изменения, которые указывали на выраженный синдром мальабсорбции: гемоглобин – 89 г/л, гипопротеинемия (общий белок – 64–68 г/л, альбумин – до 32 г/л), гипокальциемия (1,94 ммоль/л), выраженная гипосидеремия (железо – 3,6 мкмоль/л). Ключевой находкой стала диагностика глютеновой энтеропатии: обнаружены высокие титры антител к тканевой трансглутаминазе класса IgG (43,2 Ед./л) и IgA (1345,5 Ед./л). Видеокапсульная эндоскопия выявила диффузную атрофию ворсин тощей кишки, слизистую по типу «щупалец осьминога», множественные поверхностные дефекты и лимфопролиферативные изменения. Гистологически подтверждена выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с участками склероза. Эти изменения коррелировали с рентгенологическими признаками мальабсорбции и гипокальциемией, а также с денситометрическими данными (выраженная остеопения). Пациентке назначена аглютеновая диета, патогенетическая терапия, направленная на коррекцию мальабсорбции и сопутствующих нарушений. Вопрос о противовирусной терапии обсуждался, но с учетом выраженной энтеропатии и мальабсорбции было решено отложить терапию до восстановления основных показателей обмена.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай подчеркивает необходимость скрининга на целиакию у пациентов с хронической железодефицитной анемией неясного генеза, особенно при сочетании с ХГС. Длительная маскировка анемии, остеопении и гипопротеинемии за счет ХГС может привести к поздней диагностике энтеропатии.*

ПАЦИЕНТ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Ларина В.Н., Бабенко А.А., Федорова Е.В., Шерегова Е.Н.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. Глобальная приверженность терапии не превышает 50%, обусловливая 200 тыс. смертей ежегодно. В РФ целевое АД достигают лишь 30,7% пациентов с АГ, после ИМ полную приверженность сохраняют 46,4%, а 40% практикуют самолечение. Это обосновывает необходимость формирования клинического портрета неприверженного пациента для разработки персонализированных стратегий ведения.
Цель. Охарактеризовать клинический портрет амбулаторного пациента кардиологического профиля с низкой приверженностью терапии.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 50 амбулаторных пациентов (30 женщин) в возрасте от 48 до 90 лет (70,7±10,6 года). Оценивался анамнез, суточная лекарственная нагрузка, данные физикального осмотра, сопутствующая патология, лабораторные показатели. Приверженность терапии оценивалась с помощью опросника Мориски–Грина–4 (4–item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS–4)). Высоко приверженными считаются пациенты, набравшие 4 балла, неприверженными – от 1 до 3 баллов. Исследование выполнено в рамках междисциплинарной клинической школы молодого ученого «Научные строки».
Результаты. Хронические заболевания имели все пациенты (100%): у 49 (98%) пациентов подтверждена АГ, у 23 (46%) – стенокардия напряжения, у 2 (4%) – ИМ в анамнезе, у 1 (2%) – хроническая болезнь почек, у 10 (20%) – сахарный диабет, у 12 (24%) – фибрилляция предсердий, у 19 (38%) – ожирение, у 20 (40%) – дислипидемия. Абдоминальное ожирение зарегистрировано у 34 (68%), гиперурикемия – у 12 (24%) пациентов. Курили 4 (8%), досаливали пищу 11 (22%), ходили пешком более 1,5 ч ежедневно – 8 (16%) пациентов. Высоко приверженными терапии оказалось 37 (74%) пациентов (64,9% женщин), не приверженными – 13 (26%) пациентов (46,2% женщин). Возраст приверженных терапии пациентов составил 72,09±10,59 года, неприверженных – 75,86±9,74 года, p=0,409. Ключевым отличием неприверженных от приверженных терапии пациентов стала более низкая частота ожирения (7,7 против 48,6%, p=0,009), при этом уровень абдоминального ожирения был высоким в обеих группах (61,5 против 70,3%, p=0,731). Выявлена тенденция к более частому наличию дислипидемии у неприверженных, по сравнению с приверженными терапии пациентов (61,5 против 32,4%, p=0,100).
Выводы. *У 26% кардиологических пациентов (средний возраст 76 лет) выявлена низкая приверженность. Вопреки стереотипам, у них реже отмечалось ожирение. Вероятно, лучшее субъективное самочувствие снижает мотивацию к терапии, что требует дальнейшего изучения и персонализированного подхода.*

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОФИЛЯ ГЕМОСТАЗА С РИСКОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Ленец Е.А.[1], Чулков В.С.[2], Минина Е.Е.[1], Чулков В.С.[1]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Жировая ткань и ренин-ангиотензиновая система (РАС) тесно взаимодействуют в патогенезе кардиометаболических заболеваний. Однако вклад генетических вариантов РАС и адипоцитокинов в формирование артериальной гипертензии (АГ) и метаболического синдрома (МС) у лиц молодого возраста в зависимости от пола требует дальнейшего изучения.
Цель. Изучить ассоциацию полиморфных вариантов генов РАС и показателей адипоцитокинового профиля с риском АГ и МС у молодых мужчин и женщин.
Материал и методы. Обследован 251 молодой человек (18–44 года). Подгруппу для генетического анализа составили 183 человека. Методом ПЦР проведено генотипирование полиморфных вариантов генов rs4762 и rs699 (AGT), rs5186 (AGTR1), rs4340 (ACE). Оценивались антропометрические, метаболические параметры, уровни лептина, адипонектина, PAI–1 и цитокинов. Проведен гаплотипный и корреляционный анализ.
Результаты. Выявлены полоспецифичные ассоциации генетических маркеров с АГ. Носительство аллеля M (rs4762) повышало риск АГ в доминантной модели (ОШ 2,35), причем у мужчин риск достигал ОШ 3,84. Для rs5186 обнаружено взаимодействие с полом: генотип A/C повышал риск АГ у женщин (ОШ 1,99), но имел протективный тренд у мужчин. При гаплотипном анализе комбинация M–T–A–D ассоциировалась с резким повышением шансов АГ (ОШ 14,59). Биохимический анализ продемонстрировал разнонаправленность патогенетических путей. У женщин PAI–1 имел тесные прямые корреляции с лептином (r=0,508), ИМТ и HbA1c, что указывает на адипо-генетическую детерминацию протромботического статуса. У мужчин изолированный лептин уступал по прогностической ценности лептин/адипонектиновому соотношению, которое сильнее коррелировало с инсулинорезистентностью (HOMA–IR, r=0,487). При МС у мужчин фиксировался более высокий ФНО-α на фоне парадоксально низкого лептина по сравнению с женщинами.
Выводы. Патогенез МС и АГ у молодых лиц имеет выраженный половой диморфизм. *У женщин доминирует ось «жировая ткань – гемостаз» (лептин–PAI–1–фибриноген) и специфические гаплотипы РАС (M–T–A–D). У мужчин ключевую роль играют висцеральное воспаление (ФНО-α) и дислипидемия.*

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АДИПОКИНОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА В ОЦЕНКЕ 10-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ленец Е.А.[1], Чулков В.С.[2], Минина Е.Е.[1], Чулков В.С.[1]
[1] ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Возраст 18–44 года является критическим «окном возможностей» для превентивной медицины. Однако традиционные шкалы риска недооценивают пожизненную траекторию метаболических нарушений, которая имеет выраженный половой диморфизм. Роль адипоцитокинов и факторов гемостаза в долгосрочном прогнозе метаболического синдрома (МС) у молодых лиц изучена фрагментарно.
Цель. Оценить 10-летнюю динамику кардиометаболического профиля и разработать гендер-специфичные прогностические модели развития МС на основе адипокинового и гемостазиологического статуса.
Материал и методы. В проспективное когортное исследование включен 251 участник (124 мужчины, 127 женщин; медиана возраста 27 и 35 лет соответственно). Проведено базовое обследование (2013–2016) и повторное спустя 10 лет. Методом ИФА определялись лептин, адипонектин, PAI–1, фибриноген и цитокины. Построение прогностической модели осуществлялось методом бинарной логистической регрессии с оценкой ROC-анализа.
Результаты. За 10 лет частота МС достоверно возросла у женщин (с 28,3 до 47,2%; p=0,014) и имела тенденцию к росту у мужчин (с 36,3 до 49,2%). Впервые зарегистрированы случаи СД 2-го типа (4,8% у мужчин, 2,4% у женщин). Выявлен половой диморфизм биомаркеров: у мужчин исходно доминировали гиперурикемия (ОР 4,15) и PAI–1, а в подгруппе МС – ФНО-α. У женщин отмечалось преобладание лептина, фибриногена и лептин/адипонектинового соотношения. Разработана мультифакторная модель прогноза МС (AUC=0,911; 95% ДИ 0,854–0,951), включающая пол, возраст, ХС-неЛПВП, лептин и фибриноген. Установлены гендер-специфичные пороговые значения (cut-off): для женщин ключевым предиктором выступил лептин >29,1 нг/мл (чувствительность 78,4%, специфичность 87,8%), тогда как для мужчин – ХС–неЛПВП >3,76 ммоль/л (AUC=0,798).
Выводы. *Прогрессирование кардиометаболических нарушений у молодых женщин ассоциировано с дисфункцией жировой ткани (гиперлептинемия) и протромботическим статусом (фибриноген), тогда как у мужчин – с висцеральным воспалением и атерогенной дислипидемией.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОБСТРУКТИВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ВАЗОМОТОРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Леонова И.А., Захарова О.В., Болдуева С.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Ведение пациентов с сочетанием атеросклероза коронарных артерий и вазоспастической стенокардии нередко сопряжено с определенными трудностями. Представлен клинический случай успешного лечения пациента с вазомоторными расстройствами, провоцируемыми нестабильной атеросклеротической бляшкой.
Описание случая. Пациент, 64 лет, жалобы на жжение за грудиной до 15 мин. как при физической нагрузке различной продолжительности и интенсивности, так и в покое, чаще утром часы и на холоде, хорошо купируются нитратами. Впервые жалобы появились около 6 мес. назад. Суточное мониторирование электрокардиограммы (СМ ЭКГ) синусовый ритм, мономорфная правожелудочковая желудочковая тахикардия (ЖТ) с ЧСС от 176 до 182 в минуту, всего 2 эпизода за сутки; полиморфная правожелудочковая ЖТ с ЧСС 113 в минуту, 1 эпизод за сутки, эпизоды (25) элевации ST в отведениях V2–V5 (в покое, при нагрузке, в ночные и предутренние часы). Терапия: ацетилсалициловая кислота, лерканидипин, розувастатин, бисопролол. В течение последних двух недель до госпитализации отмечает учащение приступов, особенно при выходе на улицу, утром в день госпитализации при выходе на холод-ангинозный приступ в течение пяти минут, был госпитализирован с диагнозом ИБС: ОКСбпST. Данных за инфаркт миокарда не получено. Коронароангиография (КАГ): переднемежжелудочковая артерия (ПМЖА) стеноз 70% в ср/3, огибающая артерия (ОА) субокклюзия дистальной 1/3, остальные артерии без значимых изменений. Одномоментно выполнено стентирование ОВ с хорошим ангиографическим результатом, выполнено изменение фракционного резерва кровотока (ФРК) в ПМЖА – стеноз признан гемодинамически не значимым. Ангинозные боли не рецидивировали в течение четырех дней, когда в момент выполнения СМЭКГ появился дискомфорт за грудиной. По данным СМ–ЭКГ: неустойчивая мономорфная ЖТ (2 эпизода), 3 эпизода элевации ST до 717 мкВ длительностью 104 мин., возникающих при нагрузке (V1–V6; I, III, avF). Выполнена оптическая когерентная томография (ОКТ) в проксимальной/3 фиброатерома с участками кальциноза, признаки нестабильности бляшки в проксимально-средней/3 ПМЖА.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У пациента вазоспастическая стенокардия с выраженными длительными эпизодами элевации сегмента ST по передней стенке ЛЖ, желудочковые нарушения ритма, признаки нестабильной атеросклеротической бляшки по ОКТ – больному показана имплантация стента с лекарственным покрытием с положительным эффектом.*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 2-ГО ТИПА

Леонова И.А., Облавацкий Д.В., Болдуева С.А.
Северо-Западный государственный медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) 1 типа, согласно данным большинства международных и отечественных регистров, встречается преимущественно у мужчин, особенно это разница заметна среди лис молодого возраста. Сведения же о гендерной и возрастной характеристиках ИМ 2-го типа противоречивы. В некоторых исследованиях описывается незначительное преобладание женщин среди пациентов с ИМ 2-го типа, в то время как другие результаты говорят о небольшом преобладании пациентов мужского пола.
Цель. Проанализировать гендерные и возрастные особенности среди 681 пациента с ИМ 2-го типа при разных клинико-патогенетических вариантах (КПВ) развития.
Материал и методы. Проанализированы истории болезни 681 пациента с ИМ 2-го типа с разными клинико-патогенетическими вариантами 1 – ИМ 2-го типа, развивающийся вследствие преимущественного повышения потребности миокарда в кислороде; 2 – ИМ 2-го типа в результате преимущественного снижения обеспечения миокарда кислородом; 3– ИМ 2-го типа в результате острого локального снижения обеспечения миокарда кислородом на фоне нарушения кровообращения в венечной артерии, не связанного с атеротромбозом; 4–ИМ 2-го типа в результате сочетания нескольких разнородных причин.
Результаты. ИМ 2-го типа одинаково часто встречается среди мужчин, доля которых составила 49,2% и женщин – 50,8% ($p > 0,05$). Средний возраст больных с ИМ 2-го типа составил 69,4±13,9 года. Важно отметить, что случаи развития ИМ 2-го типа наиболее часто встречались среди пациентов пожилого (52,7%) и старческого (26,3%) возраста. Однако при различных КПВ ИМ 2-го типа соотношение мужчин и женщин различалось: при 2- и 4-КПВ преобладали больные женского пола, а при 1- и 3-КПВ, напротив, пациенты мужского пола. Однако выявленные различия гендерной структуры при разных КПВ не являются достоверными ($p=0,29$). ИМ 2-го типа наиболее распространен среди пациентов старших возрастных групп, имеющих множественную коморбидную и сопутствующую патологию: гипертоническая болезнь (ГБ (98,9%)), перенесенный ранее ИМ (51,8%), стенокардия (61,5%), фибрилляция предсердий (30,6%), пороки сердца (10,8%), сахарный диабет (29,2%), ожирение и связанные с ним метаболические нарушения (13,9%), хронические заболевания опорно-двигательного аппарата (43,7%), органов дыхания (17,6%), пищеварения (26,0%), болезни мочевыделительной системы (43,6%), включая тяжелую ХБП со снижением СКФ менее 50 мл/мин./1,73 м² (8,4%).
Выводы. *Таким образом, в отличие от пациентов с ИМ 1-го типа ИМ 2-го типа одинаково часто наблюдается среди мужчин и женщин, премущественно пожилого и старческого возраста.*

АДЕНОВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ливарский П. А., Харитонов М.А., Иванов В.В.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В гражданской практике аденовирусная пневмония у взрослых встречается реже, чем бактериальная, гриппозная, COVID-19 и РСВ-инфекция, однако в организованных, особенно воинских, коллективах ее значение возрастает из-за скученности, тесных контактов, нагрузок и обновления контингента, что повышает риск вспышек, госпитализаций и нарушений служебной деятельности&

Описание случая. Пациент Б., 36 лет, поступил в стационар 27.02.2026. Заболевание развилось остро после переохлаждения и первоначально расценивалось как острая респираторная инфекция. На фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки, выраженной слабости, кашля со скудной слизисто-гнойной мокротой, нарастания одышки и снижения сатурации кислорода пациент был направлен на стационарное лечение. При поступлении состояние расценено как тяжелое. Отмечались тахикардия, тахипноэ, гипоксемия со снижением SpO_2 до 88% при дыхании атмосферным воздухом. По данным компьютерной томографии двустороннее поражение легочной ткани с изменениями по типу «матового стекла» и участками консолидации в нижних отделах обоих легких. С учетом клинико-рентгенологической картины состояние расценено как внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, осложненная дыхательной недостаточностью. Проводились антибактериальная и противовирусная терапия, кислородная поддержка и динамическое клинико-лабораторное наблюдение. При ПЦР-исследовании материала из носоглотки выявлен аденовирус, что позволило подтвердить вирусную этиологию заболевания. 04.03.2026 на фоне отмечается усиление одышки и боли в грудной клетке, на ЭКГ зарегистрированы признаки переднеперегородочного инфаркта миокарда. По ЭХО-КГ снижение фракции выброса левого желудочка до 39%, гипоакинезом переднеперегородочных и передних сегментов левого желудочка с признаками формирования аневризмы. Проведена антитромботическая и тромболитическая терапия. При последующей коронарографии окклюзирующего поражения коронарных артерий не выявлено; определялся гемодинамически незначимый стеноз передней межжелудочковой артерии до 50%. Последующее прогрессирование дыхательной и полиорганной дисфункции привело к неблагоприятному исходу.

Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленное наблюдение демонстрирует, что аденовирусная пневмония у взрослого пациента может иметь крайне тяжелое и быстро прогрессирующее течение, особенно в условиях организованного коллектива. В данном случае поражение сердца расценено как ИМ 2-го типа, при вирусном поражении легочной ткани.*

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ СТЕПЕНИ КОРОНАРНОГО СТЕНОЗА НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ CAD-RADS У ЛИЦ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Литвинова М.С.[1], Хаишева Л.А.[1], Умугванеза Ж.А.[2]
[1] Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] Больница Эхпард, г. Жуарр, Фанция

Актуальность. Оценка степени коронарного стеноза с использованием шкалы CAD–RADS является современным стандартом визуализации атеросклеротического поражения коронарных артерий и позволяет объективизировать сердечно-сосудистый риск. Однако в рутинной терапевтической практике не всегда доступны инструментальные методы оценки, что делает актуальным поиск клинико-анамнестических и лабораторных предикторов, ассоциированных с высокой степенью стеноза.
Цель. Изучить связь клинико-лабораторных показателей и коморбидных состояний со степенью коронарного стеноза, определенной по шкале CAD–RADS, у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца.
Материал и методы. В ретроспективный анализ включены 82 пациента, распределенные по группам в зависимости от степени стеноза: CAD–RADS 0 (n=11), CAD–RADS 1 (n=4), CAD–RADS 2 (n=15), CAD–RADS 3 (n=48) и CAD–RADS 4 (n=4). В качестве потенциальных предикторов оценивались возраст, индекс массы тела, показатели липидного спектра (ОХС, ЛПНП, ТГ, Лп(а)), уровень глюкозы, креатинина, СКФ, СРБ, длительность артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД), а также частота курения, наследственной отягощенности, приема статинов и эзетимиба. Для сравнения групп использовались непараметрические критерии, статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.
Результаты. При анализе всех изученных факторов только артериальная гипертензия продемонстрировала статистически значимую ассоциацию со степенью коронарного стеноза по CAD–RADS ($p < 0,001$): в группах с любым подтвержденным стенозом частота АГ составила 100%, в группе CAD–RADS 0 АГ отсутствовала у 100% пациентов. Остальные изученные факторы не показали достоверных различий между группами: возраст ($p=0,405$), ЛПНП ($p=0,577$), общий холестерин ($p=0,755$), триглицериды ($p=0,265$), глюкоза ($p=0,244$), СРБ ($p=0,206$), курение ($p=0,585$), наследственность ($p=0,596$), СД ($p=0,169$), прием статинов ($p=0,121$). Отмечена тенденция к связи длительности АГ с более высокими градациями CAD–RADS ($p=0,067$), что требует проверки на большей выборке. Отсутствие значимой разницы по уровню ЛПНП между группами ($p=0,577$), что указывает на то, что сам факт гипертензивного поражения сосудов может быть более сильным предиктором стеноза, чем изолированная гиперхолестеринемия.
Выводы. *Среди изученных клинико-лабораторных и анамнестических предикторов только артериальная гипертензия достоверно ассоциирована со степенью коронарного стеноза по шкале CAD–RADS.*

ЛИМФОМАТОИДНЫЙ ПАПУЛЕЗ ПОД МАСКОЙ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: ПЯТИЛЕТНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПУТЬ

Лиходкин В.А.
ФГБУ НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского Минобороны России, г. Красногорск, Россия

Введение. Лимфоматоидный папулез (ЛиП) – первичное кожное CD30-позитивное Т-клеточное лимфопролиферативное заболевание, способное имитировать воспалительные и аутоиммунные дерматозы. Представлен случай пятилетней диагностической задержки: пациент длительно лечился по поводу дискоидной красной волчанки, а диагноз ЛиП был установлен после повторной биопсии и ИГХ.
Описание случая. Мужчина, 32 года. Заболевание дебютировало в 2021 г. высыпаниями в височных областях, расцененными как акне; местные ретиноиды давали временный эффект. Весной 2025 г. возникло резкое обострение с распространением на лицо, бедра, ягодицы, туловище и голени. Элемент эволюционировал от светлого пятна к эритематозной, затем бордово-фиолетовой папуле с мокнутием, эрозированием/изъязвлением и коркой. Мелкие элементы зудели, крупные были болезненными; после разрешения сохранялись рубцы и длительная гиперпигментация. Системных симптомов, язв слизистых, артритов и лимфаденопатии не было; АНФ и анти-ДНК отрицательные. Ранее пациенту был установлен диагноз «дискоидная красная волчанка». В 2025–2026 гг. он получал гидроксихлорохин, многократные системные ГКС, топические ГКС, пимекролимус, метотрексат 15–22,5 мг/нед., антибиотики и изотретиноин до 60 мг/сут. Стойкого эффекта не достигнуто; терапия была ретроспективно неадекватна истинной нозологии и сопровождалась полипрагмазией. Первая биопсия язвенного элемента 24.06.2026 выявила неспецифический язвенный дефект с некрозом, грануляционной тканью и полиморфноклеточным инфильтратом; накануне вводился системный ГКС. При повторной биопсии и ИГХ выявлена CD30-позитивная лимфоидная популяция. Для ЛиП типичны крупные атипичные CD30+ клетки в дермальном инфильтрате с мембранной и парануклеарной экспрессией, чаще Т-клеточного фенотипа. С учетом клиники установлен диагноз лимфоматоидного папулеза. ОАК и ЛДГ – норма, лимфоузлы не увеличены, УЗИ и КТ без патологии. Начата ПУВА-терапия с уменьшением активности высыпаний и числа новых элементов.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай демонстрирует, что рецидивирующий папулонекротический дерматоз при отсутствии ответа на эмпирическую терапию требует пересмотра диагноза и повторной биопсии свежего элемента. Клинико-морфологическая корреляция и ИГХ CD30 позволили верифицировать ЛиП и перейти к эффективной ПУВА-терапии.*

РОЛЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В КОМПЛЕКСНОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА

Лобова М.Д.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, Россия

Актуальность. Современные методы лечения лимфомы Ходжкина у молодых пациентов обеспечивают высокий уровень выживаемости. Однако проводимая полихимиотерапия сопряжена с риском развития вторичного остеопороза, который может протекать бессимптомно, поражая костные структуры зубочелюстной системы, увеличивая вероятность потери зубов. В связи с чем возникает необходимость исследования влияния противоопухолевой терапии на состояние костной ткани и разработки эффективных стратегий профилактики.
Цель. Оценить взаимосвязь снижения минеральной плотности костной ткани с изменениями стоматологического статуса у молодых пациентов с лимфомой Ходжкина после проведения патогенетической терапии.
Материал и методы. В настоящем исследовании приняли участие 79 человек, разделенных на две группы: 50 пациентов с лимфомой Ходжкина и 29 соматически здоровых добровольцев. Для оценки минеральной плотности костной ткани (МПК) всем участникам проводилась двухэнергетическая абсорбциометрия в области поясничного отдела позвоночника, шейки и проксимального отдела бедренной кости. Были рассчитаны T- и Z-критерии. Стоматологический статус оценен врачом-стоматологом по наличию гингивита с подсчетом индекса ПМА, пародонтита, периодонтита, кариеса, пломб, адентии с расчетом индекса КПУ.
Результаты. Денситометрическое исследование показало, что у пациентов с лимфомой Ходжкина наблюдалось статистически значимое снижение МПК во всех исследованных областях в сравнении с группой контроля. Наиболее выраженное снижение МПК было отмечено в проксимальном отделе бедренной кости и шейке бедра. Исследование стоматологического статуса выявило, что у пациентов с лимфомой Ходжкина статистически чаще наблюдались следующие состояния: повышенный индекс ПМА, пародонтит, адентия, увеличенное количество пломб. В то же время значимых различий в частоте встречаемости повышенного индекса КПУ, гингивита и периодонтита у участников исследуемых групп обнаружено не было.
Выводы. *Патогенетическая терапия лимфомы Ходжкина у молодых пациентов приводит к снижению минеральной плотности костной ткани и ухудшает стоматологический статус, что обусловлено остеопоротическим процессом. Связь между снижением МПК и изменениями в ротовой полости подчеркивает важность регулярных осмотров.*

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ

Ложкина Н.Г.[1], Кузнецов К.А.[2]
[1] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения по Новосибирской области городская клиническая больница № 1, Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины (ФИЦ ФТМ), г. Новосибирск, Россия, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск, Россия
[2] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения по Новосибирской области городская клиническая больница № 1, Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины (ФИЦ ФТМ), г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Атеросклеротическое поражение различных артериальных бассейнов требует неодинаковых по объему и травматичности реконструктивных вмешательств у коморбидных пациентов. Сопоставление госпитальной смертности и факторов риска между сосудистыми бассейнами может быть полезно для периоперационной стратификации риска.
Цель. Определить признаки, связанные с госпитальной летальностью после хирургического лечения атеросклеротического поражения сонных, периферических и аорто–подвздошных артерий, построить модель прогноза и оценить ее внутреннюю прогностическую способность.
Материал и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное когортное исследование последовательных госпитализаций взрослых пациентов, перенесших хирургическое или эндоваскулярное вмешательство на магистральных артериях. Источником служила электронная исследовательская база, сформированная на базе ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» г. Новосибирска. Медиана календарного года вмешательства составила 2024 [2020; 2025]; включено 516 случаев. Госпитальный исход был доступен для 512 (99,2%) пациентов. Зарегистрированы 11 летальных исходов; общая госпитальная летальность составила 2,15%. Медиана возраста была 66,20 [60,00; 71,25] года (n=506). Модель прогноза построена методом регрессионного анализа.
Результаты. Частота госпитального летального исхода различалась между тремя анатомическими группами (χ^2=9,604; p=0,0082). Максимальная летальность отмечена при вмешательствах на аортоподвздошном сегменте – 6,00%, минимальная – в каротидной группе – 0,52%. При объединении каротидных и периферических вмешательств в референтную группу шансы госпитальной смерти при операциях на аорто–подвздошном сегменте были выше: ОШ 5,20; ориентировочный 95% ДИ 1,55–17,39; p=0,0096 по точному критерию Фишера. У умерших были статистически значимо выше уровни креатинина, мочевины, СРБ и лейкоцитов. Альбумин был ниже, однако показатель был доступен только у трех умерших, что не позволяет считать результат устойчивым. Возраст, фракция выброса, глюкоза, общий холестерин, ЛПНП, МНО, расчетная СКФ и ИМТ не продемонстрировали статистически значимых различий. Построена прогностическая модель, включавшая бассейн вмешательства, уровень креатинина и СРБ; она продемонстрировала среднюю AUC 0.710 при стратифицированной пятикратной перекрестной проверке.
Выводы. *Госпитальная летальность зависит от бассейна вмешательства: для аорто–подвздошного сегмента она составляла 6,00%, тогда как при вмешательствах на артериях нижних конечностей и сонных артериях она была 1,83 и 0,52% соответственно. Представленная модель требует валидации на независимой выборке.*

СИНЕРГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ломакина Н.А.
ФГБОУ ВО АГМУ МЗ России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у пациентов пожилого возраста сопровождается ремоделированием не только сердца, но и магистрального артериального русла. Оценка взаимосвязей центральной и периферической гемодинамики позволяет уточнить механизмы адаптации сердечно-сосудистой системы и особенности прогрессирования ХСН.
Цель. Определить характер взаимосвязей между показателями центральной гемодинамики, структурно-функциональным состоянием сердца и параметрами кровотока в магистральных артериях у пациентов пожилого возраста с ХСН.
Материал и методы. В исследование включены 112 пациентов с ХСН старше 60 лет (75,3±1,3 года): мужчины – 75%, женщины – 25%. ХСН I стадии выявлена у 55,6%, IIA – у 44,4%. Выполняли эхокардиографию и допплерографию общих сонных, плечевых и бедренных артерий. Оценивали толщину комплекса интима–медиа, диаметр сосудов, Vmax – максимальную линейную скорость кровотока, Tamax – усредненную по времени максимальную скорость, объемный кровоток Q и удельную кинетическую энергию потока.
Результаты. У пациентов с ХСН выявлена сопряженность сердечной гемодинамики и состояния магистральных артерий. Диаметр и площадь сечения общих сонных артерий, объем кровотока и скоростной напор при Vmax и Tamax прямо коррелировали с объемными показателями левого желудочка и минутным объемом кровообращения ($r=0,26–0,40$; $p \leq 0,01–0,05$). Размер левого предсердия обратно коррелировал с Tamax и скоростным напором в бедренных артериях. Давление в легочной артерии имело обратную связь с Tamax, скоростным напором и объемной составляющей кровотока в общих сонных артериях ($r=-0,27–-0,30$; $p \leq 0,02$).
Выводы. *Полученные данные отражают адаптацию системы «сердце–артериальное русло»: снижение скорости и кинетической энергии кровотока сопровождается сохранением либо увеличением объемной составляющей, что имеет компенсаторное значение.*

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, СОЧЕТАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Луговскова А.Д., Ярцева С.В.
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия

Актуальность. У пациентов с сахарным диабетом (СД) го типа, сочетанным с ишемической болезнью сердца (ИБС), сердечно-сосудистые осложнения встречаются в 3–4 раза чаще, за счет развития инсулинорезистентности, гипергликемии, а также окислительного стресса характерного при нарушении углеводного обмена. В совокупности это приводит к нарушению баланса между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами, ухудшая качество сосудистой стенки.
Цель. Исследовать функцию эндотелия у пациентов с СД 2-го типа, сочетанным с ИБС.
Материал и методы. Обследованы 37 пациентов с СД 2-го типа, сочетанного с ИБС (стенокардия напряжения I–II функционального класса) в возрасте 52 [48; 58] года, из них 18 мужчин и 19 женщин. Заболеваемость диабетом составляла 6 [5,4; 8,4] лет, ИБС 4 [3,9; 6,4] года. Всем пациентам проводили физикальное и общеклиническое обследование, а также биохимическое исследование крови (глюкоза крови натощак, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), липидный профиль, эндотелин-1, гомоцистеин. Обследование проводили строго натощак. Для оценки вазомоторной функции эндотелия использовали ультразвуковую сонодопплерографию (УЗДГ) плечевой артерии, в режиме двумерного сканирования при пробе с реактивной гиперемией (ПРГ).
Результаты. Средний уровень индекса массы тела составил 29 [28; 31] кг/м^2, объем талии: у женщин 84 [81; 89] см, у мужчин 86 [81; 89] см. Средний уровень глюкозы крови составил 7,1 [6,8; 8,4] ммоль/л, HbA1c – 8,1 [7,8; 8,6]%, уровень общего холестерина – 6,1 [5,8; 7,4] ммоль/л, липопротеидов низкой плотности – 2,9 [2,4; 4,4] ммоль/л, триглицеридов – 3,2 [2,8; 4,6] ммоль/л, эндотелина-1 – 6,7 [6,5; 8,4] пг/мл, гомоцистеина 16,8 [14,6; 21,4] мкмоль/л. Результаты УЗДГ с ПРГ: исходный уровень плечевой артерии – 3,75 [3,4; 3,87] мм, линейная скорость кровотока – 82,9 [80,8; 93,7] м/с, поток-зависимая дилатация плечевой артерии – 4,1 [3,8; 6,5]%, увеличение скорости кровотока (реактивная гиперемия) – 169,1 [160,8; 174,3]%.
Выводы. *У пациентов с СД 2-го типа, сочетанным с ИБС, выявляются выраженные признаки эндотелиальной дисфункции с достоверным повышением уровней эндотелина-1, гомоцистеина, а также нарушением вазомоторной функции эндотелия, что является важным диагностическим критерием для раннего выявления сосудистых нарушений.*

УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИНА(А) У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2024–2025 ГГ.

Лутошкин М.Б.[1], Гудкова А.Н.[2], Колтакова О.В.[3]
[1] МЛДЦ Лекарь, г. Вологда, Россия
[2] МЦ Эль–МЕд, г. Вологда, Россия
[3] МЦ Вита, г. Вологда, Россия

Актуальность. Частота выявления повышенного уровня Лп(а) в условиях амбулаторного звена.
Цель. Оценка у жителей Вологодской области уровня Лп(а) и его возможная роль в развитии атеросклеротических событий.
Материал и методы. Одномоментное обследование пациентов частных МЦ впервые предъявляющих жалобы на сердечно-сосудистую систему, а также с установленными ССЗ: пациенты мужского и женского пола от ≥18 до ≤80 лет. Выполнялись УЗИ сосудов шеи и липидограмма с оценкой Лп(а) в нмоль/мл.
Результаты. Обследованы 358 пациентов (156 – М и 202 – Ж), средний возраст 55,1±12,4 года. По уровню Лп(а) выделены 3 группы пациентов. I группа – 268 (74,9%) пациентов с Лп(а) <75 нмоль/л: 122 – М и 146 – Ж, возраст 54,3,3±11,9 года. Уровень ОХ – 5,51±1,09 ммоль/л, ТГ – 1,49±0,64 ммоль/л, ЛПВП – 1,41±0,48 ммоль/л, Х–не–ЛПВП – 3,88±0,89 ммоль/л, ЛПНП – 3,35±1,02 ммоль/л, Лп(а) – 15,27±11,53 нмоль/л. Атеросклероз БЦА – у 120 (44,8%) пациентов: утолщение и нарушение дифференцировки сосудистой стенки – 14 пациентов, АСБ до 30% – 54 пациента, 30–50% – 36 пациентов, свыше 50% – 16 пациентов. II группа – 28(7,8%) пациентов с Лп(а) >75 нмоль/л – <125 нмоль/л: 12 М и 16 Ж, возраст 50,6±15,4. Уровень ОХ – 4,82±0,54 ммоль/л, ТГ – 1,41±0,62 ммоль/л, ЛПВП – 1,37±0,29 ммоль/л, Х–не–ЛПВП – 3,57±0,82, ЛПНП – 3,41±0,75 ммоль/л, Лп(а) – 98,37±15,18 нмоль/л. Атеросклероз БЦА – у 10 (35,7%) пациентов (АСБ до 30% – 4 пациента, АСБ 30–50% – 2 пациента). III группа – 62 (17,3%) пациента с Лп(а) >125 нмоль/л: 22 – М и 40 – Ж, возраст – 54,3±14,4 года. Уровень ОХ – 6,07±1,35 ммоль/л, ТГ – 1,55±0,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,37±0,27 ммоль/л, Х–не–ЛПВП – 4,41±0,85 ммоль/л, ЛПНП – 3,9±1,02 ммоль/л.
Выводы. *У поликлинических больных с ССЗ повышенный уровень Лп(а) регистрируется в 17,3%, М – 22–35,5,7%, Ж – 40–64,5%.*

ФАКТОРЫ НИЗКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ И ФОРМИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ ЮГА РОССИИ

Львова Е.Р., Склярова В.И.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Ожирение – один из ключевых факторов риска нарушений репродуктивного потенциала, оказывающий прямое пагубное влияние на фертильность женщины. Избыточная жировая ткань, воздействуя на гипоталамо-гипофизарную систему регуляции менструального цикла, приводит к нарушению роста и атрезии фолликулов, нарушению овариального резерва, снижению количества эмбриональных клеток.
В то же время дефицит микронутриентов усугубляет метаболические нарушения как для будущей матери, так и для ребенка.
Цель. Определение особенностей содержания рационов женщин фертильного возраста в разные годы на протяжении 16 лет и предупреждение негативных тенденций.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 136 практически здоровых женщин репродуктивного возраста 18–25 лет, не беременные и не имеющие детей, которые были разделены на 2 группы: № 1 – исследование в 2009 г. (61 человек), № 2 – в 2025 г. (75 человек). Каждая группа сопоставима по возрасту (возраст 20,5±1,5 года), уровню физической активности (1,4) и социальной принадлежности (студентки медицинского университета). Анализ рациона в 2009 г. проводился в программе «Анализ состояния питания человека», в 2025 г. – в программе «Научный Инструмент Анализа Питания» (НИАП) (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ (НИАП) № 2023680849, дата регистрации 05.10.2023), разработанной ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» и ООО «Нутриент Планнер».
Результаты. Группа № 1. Средняя энергетическая ценность рациона – 3440 ккал (норма 1900 ккал), добавленный сахар – 87,4 г (норма 47,5 г), белки – 105,7 г (норма 61 г), жиры – 159 г (норма 63 г), углеводы общие – 389 г (норма 266 г), калий – 4275,4 мг (норма 2500 мг), кальций – 1066,2 мг (норма 1000 мг), магний – 446,435 мг (норма 400 мг), фосфор – 1751,8 мг (при норме 800 мг), железо – 25,24 мг (при норме 10 мг), витамин А – 1294,32 (норма 900 мг), витамин B_1 – 1,6 мг (норма 1,5 мг), витамин B_2 – 1,67 мг (норма 1,8 мг), ниацин – 21,7 мг (норма 20 мг), витамин С – 240,7 мг (норма 90 мг). Группа № 2. Средняя энергетическая ценность рациона – 1754,4 ккал (норма 1900 ккал), добавленный сахар – 34,4 г (норма 47,5 г), белки – 54,7 г (норма 67 г), жиров – 84 г (норма 63 г), углеводы общие – 167,7 г (норма 266 г), калий – 2170,86 мг (норма 3500 мг), кальций – 696 мг (норма 1000 мг), магний – 221 мг (норма 420 мг), фосфор – 1115,3 мг (норма 700 мг), железо – 11,33 мг (норма 18 мг), витамин А – 741 мг (норма 800 мг), витамин B_1 –0,64 мг (норма 1,5 мг), витамин B_2 – 1,12 мг (норма 1,8 мг), ниацин – 10 мг (норма 20 мг), витамин С – 88,8 мг(норма 100 мг).
Выводы. *На протяжении 16 лет наблюдается значительная вариабельность состояния питания – от избыточного до недостаточного, что может являться риском репродуктивных нарушений. В связи с установленными отклонениями был предложен алгоритм коррекции, направленный на оптимизацию репродуктивного потенциала.*

ГИПОКСИЯ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ФАКТОР 1 – ИНДИКАТОР АКТИВАЦИИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ К ОСТРОМУ СТРЕССОВОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Любимов А.В.[1], Тарахтеев А.С.[1], Тарахтеева Д.Д.[1], Ефимов С.В.[1], Черкашин Д.В.[1], Погожая Е.А.[2]

[1] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

[2] Медицинский центр преморбидных и неотложных состояний ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность. Диагностика стресс-ассоциированной патологии сложна из-за отсутствия объективных методов, что требует многофакторного подхода, учитывающего клинические и социальные аспекты. Гипоксия-индуцированный фактор 1α (HIF1α), запускающий механизмы адаптации к эндогенной гипоксии путем активации экспрессии генов и синтеза белков, обладает потенциалом использования в качестве объективного диагностического маркера адаптации организма к острому психоэмоциональному стрессогенному воздействию.

Цель. Изучение возможности использования HIF1α в качестве индикатора активации нейрофизиологических механизмов адаптации к острому стрессовому воздействию.

Материал и методы. Исследование проводили на крысах рода Vistar в модели «Хищник – жертва» Крысы были разделены на четыре группы. Первая группа – острейшая реакция, вторая – острая реакция, третья – отсроченная реакция. В качестве контроля использовали группу интактных крыс. Уровень HIF1α в образцах крови и мозговых тканях (префронтальная кора и миндалина) определялся методом ИФА. Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрического критерия.

Результаты. При сравнении уровня HIF1α исследуемых животных в миндалине головного мозга (Me – 0,08816, n – 23, σ – 0,01682) и коре головного мозга (Me – 0,08708, n – 23, σ – 0,02154) статистически значимых различий не выявлено, (p=0,816) и (p=0,689) соответственно. При исследовании уровня HIF1α в крови (Me – 0,05867, n – 36, σ – 0,01577) выявлено значимое снижение (p=0,043) уровня HIF1 через 3 сут. по сравнению с показателями контрольной группы.

Выводы. *HIF1α, рассматриваемый в качестве потенциального биологического маркера эндогенного гипоксического состояния, способен отражать степень выраженности психогенной реакции, полученной в ходе психоэмоционального коллективного стрессирования.*

ГИПОКСИ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ФАКТОР 1 – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР

Любимов А.В.[1], Тарахтеев А.С.[1], Тарахтеева Д.Д.[1], Ефимов С.В.[1], Черкашин Д.В.[1], Погожая Е.А.[2]

[1] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

[2] Медицинский центр преморбидных и неотложных состояний ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Министерства обороны Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время не существует стандартизированных объективных критериев наличия боли, ее интенсивности, нет четкого понимания механизмов адаптации организма к хроническому болевому раздражению.

Цель. Изучение биомаркеров стрессогенной адаптации для понимания патогенетических механизмов, разработки диагностических подходов и персонализированных стратегий коррекции стресс–индуцированных состояний.

Материал и методы. Исследование проводили на крысах рода Vistar на модели «Формалинового» теста. Крысы были разделены на четыре группы. В первой группе оценивался фульминантный период стресса (через 1 ч), во второй – острый (через 24 ч), в третьей – хронический (через 72 ч), четвертая – контрольная группа. Уровень HIF1α в образцах крови и мозговых тканях (префронтальная кора и миндалина) определялся методом ИФА. Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрического критерия.

Результаты. При исследовании уровня HIF1α в миндалине головного мозга (Me – 0,09497, n – 23, σ – 0,02253) выявлено статистически значимое (p=0,019) увеличение уровня HIF1α третьей группы (через 72 ч) в сравнении с уровнем первой группы (через 1 ч). Анализируя уровень HIF1α в коре головного мозга (Me – 0,08671, n – 24, σ – 0,01357) выявлено статистически значимое (p=0,039) снижение уровня HIF1α в первой группе (через 1 ч) в сравнении с третьей группой (через 3 сут.). При исследовании уровня HIF1α в крови (Me – 0,07078, n – 24, σ – 0,02360) статистически значимых различий не выявлено (p=0,423).

Выводы. *В ходе исследования анализ изменений экспрессии гипоксия-индуцируемого фактора 1 альфа (HIF1α) в ответ на болевой стимул у крыс раскрыл ранее неизвестные аспекты адаптационных механизмов, связывающих болевой стресс и гипоксические процессы в головном мозге.*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЦИТОЛИЗА И ХОЛЕСТАЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Любская Л.А., Любская Л.А.
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ, г. Тверь, Росиия

Актуальность. Необходима оптимизация ведения пациентов с синдромом цитолиза и холестаза на амбулаторном этапе. Сочетание данных синдромов отражает полиморфную патологию печени, требующую дифференцированного этиологического поиска для выбора адекватной тактики. В практике врача-терапевта выявлена неоднородность подходов к маршрутизации: вариабельность объема обследований, неполный сбор анамнестических данных, не всегда обоснованные назначения терапии и направления к узким специалистам, что повышает риск ошибок.
Цель. Оценить эффективность организации медицинской помощи пациентам с синдромом цитолиза и холестаза в условиях поликлиники, применяемой врачами-терапевтами.
Материал и методы. Методом случайной выборки отобраны амбулаторные карты 60 пациентов с диагнозами по МКБ 10 K75.9 («Воспалительная болезнь печени неуточненная») и K73.9 («Хронический гепатит неуточненный») с подтвержденным синдромом цитолиза и холестаза. Проведен анализ схем маршрутизации, назначенной терапии и контроля ее эффективности. Полученные результаты подвергнуты анализу с использованием стандартных методик параметрической и непараметрической статистики (в том числе с применением Microsoft Excel).
Результаты. Выявлена неоднородность подходов к ведению пациентов: у 22 (36,7%) больных лечение было назначено без предварительного дообследования; 26 (43,3%) пациентам рекомендованы дополнительные исследования (маркеры гепатитов В и С, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости); 9 (15%) – направлены только на УЗИ ОБП; 2 (3,3%) и 1 (1,7%) пациента – на консультации к гастроэнтерологу и инфекционисту соответственно, без предварительного обследования. Среди 26 пациентов, направленных на обследование, у 5 (19,2%) выявлен aHCV (направлены к инфекционисту), у 18 (69,2%) – признаки дислипидемии. Из 35 больных, прошедших УЗИ ОБП, у 28 (80%) обнаружены диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза, у 1 (2,9%) – признаки цирроза печени.
У 21 из 57 пациентов (36,8 %) показатели цитолиза и холестаза оставались повышенными после терапии. Дальнейшая маршрутизация этих больных включала определение маркеров гепатитов В и С – 5 (41,7%), исследование уровня ферритина, церулоплазмина – 9 (42,9%), консультацию гастроэнтеролога – 10 (47,6%), консультацию инфекциониста – 2 (9,5%). Обследование на аутоиммунные маркеры не проводилось. При анализе амбулаторных карт отсутствовали данные о приеме гепатотоксичных препаратов.
Выводы. *Необходима стандартизация алгоритма маршрутизации пациентов с синдромом цитолиза и холестаза на уровне первичного звена с выполнением обязательного минимума обследований перед назначением терапии и применением четких критериев направления к узким специалистам.*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ РАЗМЕРОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Макарова Н.А.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Нарушение функций желчного пузыря ведет к развитию болевого синдрома и образованию камней в желчном пузыре. На длину и объем желчного пузыря возлагается роль индикаторов, отражающих функциональное состояние органа. Однако ультразвуковое исследование (УЗИ) не предполагает интерпретацию их значений.
Цель. Проанализировать изменение морфометрических показателей желчного пузыря у лиц с различными гендерно-возрастными характеристиками и метаболическими расстройствами.
Материал и методы. Обследованы 124 пациента терапевтических отделений без установленной ранее патологии билиарного тракта, в возрасте 18–87 лет. Мужчин – 61, женщин – 63. Сахарный диабет имелся у 27 мужчин и у 31 женщины, ожирение соответственно у 17 и у 32. Общеклинические исследования и УЗИ органов брюшной полости выполняли по стандартным методикам. При сравнении групп использовали критерий Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводили с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (rs). Силу корреляционной связи оценивали по шкале Чеддока. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Длины желчного пузыря у пациентов мужского и женского пола демонстрировали вариабельность значений в сравнительно узком диапазоне (не более 2,0 см). Колебания объема желчного пузыря в группе женщин достигали 9–12 $см^3$, у мужчин не более 5 $см^3$. Инволютивные изменения структуры желчного пузыря не сказывались также на его размерах, притом что 60% пациентов достигли пожилого и старческого возраста. По результатам корреляционного анализа не обнаружено выраженной устойчивой взаимосвязи длины желчного пузыря с возрастом: мужчины $rs=–0,1978$; женщины $rs=0,1522$. Кроме того, наличие сахарного диабета не оказывало статистически значимого влияния на длину и объем желчного пузыря как у мужчин ($p=0,7384$ и $p=0,2337$), так и у женщин ($p=0,2263$ и $p=0,6901$). При этом лица мужского пола с СД и без него статистически значимо различались значениями индекса массы тела ($p=0,0085$).
Выводы. *Не удалось обнаружить статистически значимую взаимосвязь геометрических параметров с принадлежностью к полу, возрасту и другим рассмотренным факторам, а также их способность отражать состояние функций желчного пузыря. Требует коррекции подход к морфометрии этого органа с непростой геометрией.*

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА «КНОПКА ПОМОЩИ. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ ПАДЕНИЙ У ОДИНОКО ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ»

Макарова Е.В.[1], Пластинина С.С.[1], Калинникова Л.А.[2], Евпраксина А.М.[1], Андреева Д.Д.[1]
[1] ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия
[2] ГБУЗ НО ГКБ № 3, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Падения у пожилых являются наиболее частой причиной травм и одной из ведущих причин смерти вследствие травматических повреждений. Особенно уязвимыми являются лица пожилого возраста, проживающие одиноко. Управление рисками падений позволит улучшить оказание медицинской помощи лицам старших возрастных групп, предотвратить развитие травм, тяжелых осложнений, смерти и инвалидизации, снизить социально-экономическое бремя.
Цель. Изучить факторы риска падений и показатели гериатрического статуса у одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста, а также возможности использования современных технических средств для управления рисками падений и мониторинга здоровья.
Материал и методы. Исследование проведено в рамках социального проекта «Кнопка помощи. Профилактика падений у одиноко проживающих лиц старшей возрастной группы», стартовавшего в 2023 г. в Нижегородской области. В исследование включены 100 одиноко проживающих пожилых (90 женщин и 10 мужчин; 76±9,5 года), из которых 64 человека в возрасте 65–79 лет и 36 человек старше 80 лет. В рамках проекта участники были обеспечены смарт-часами с кнопкой экстренного вызова, прошли групповое и индивидуальное обучение по предотвращению рисков падений. Проведена оценка хронических заболеваний, повседневной активности (индексы Бартел и Лоутона), анкетирование по опроснику «Самооценка риска падения», шкалам HADS, GDS–15, EQ–5D, исходно и через 6 мес. участия в проекте.
Результаты. Выявлена высокая распространенность и множественность факторов риска падений у одиноко проживающих пожилых людей. Страх падений отметили 97% опрошенных, неустойчивость при ходьбе – 95%, падения в течение года – 84%. Использование вспомогательных средств и опора на мебель были тесно ассоциированы с риском падений (ОШ [95% ДИ] составило 5,38 [1,28–28,18] и 4,36 [1,06–19,97] соответственно). Установлено снижение инструментальной функциональной активности, высокая распространенность умеренной и выраженной зависимости от посторонней помощи, которая нарастала с возрастом. Частота тревожных расстройств и выраженность депрессии были выше у лиц старше 80 лет по сравнению с группой 65–79 лет ($p < 0,05$). Тревога и депрессия были более выражены у одиноких пожилых людей, нуждающихся в поддержке социальных служб. Через 6 мес. участия в проекте отмечено уменьшение суммы баллов по опроснику «Самооценка риска падений» и выраженности тревоги по шкале HADS ($p < 0,05$). Большинство пожилых (79%) были удовлетворены участием в проекте, 70% применили полученные знания по профилактике падений, 62% хотели бы использовать смарт-часы в дальнейшем.
Выводы. *Одиноко проживающие пожилые лица имели множественные факторы риска падений и снижение функциональной активности, что обосновывает использование смарт-часов с «кнопкой помощи». Повышение информированности и применение средств быстрой связи позволяют снизить уровень тревоги у пожилого человека.*

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПОЖИЛЫХ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Макарова Е.В.
ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России; ФБУН ННИИГП Роспотребнадзора, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) представляет серьезную угрозу для лиц пожилого возраста. Ведение пожилых больных с ВП требует учета особенностей возрастной физиологии, наличия сопутствующих заболеваний и гериатрических синдромов. Однако конкретные алгоритмы ведения таких пациентов отсутствуют, эффективность и безопасность лекарственных препаратов у пожилых остаются малоизученными. Оптимизация подходов к диагностике и терапии ВП у лиц пожилого возраста является актуальной задачей.
Цель. Изучение особенностей клинического течения, подходов к диагностике, терапии и профилактике внебольничной пневмонии у лиц пожилого возраста в реальной клинической практике.
Материал и методы. Проведен анализ медицинской документации, показателей заболеваемости и смертности больных пожилого возраста с ВП.
Результаты. С возрастом заболеваемость и смертность от ВП растет. В 2020–2024 гг. в Нижегородской области смертность от пневмонии лиц старше трудоспособного возраста была в 2 раза выше, чем среди трудоспособного населения. Аспирация является преобладающим механизмом пневмонии у ослабленных пожилых людей, пациентов с цереброваскулярными, нейродегенеративными заболеваниями, когнитивными нарушениями, дисфагией. Проявлением ВП у пожилого пациента может быть острое развитие гериатрических синдромов без классической респираторной и инфекционно-воспалительной симптоматики. Лечение ВП у пожилых пациентов требует комплексного подхода. Разрыв между клинической практикой и научно обоснованными рекомендациями при ведении пожилых пациентов связан с недостаточной оценкой гериатрических синдромов, отсутствием нутритивной поддержки, профилактики дисфагии и аспирации, ранней реабилитации и мобилизации, проблемами медикаментозной терапии (полипрагмазия, лекарственные взаимодействия и др.). Также отмечена низкая приверженность лиц старше 60 лет к вакцинации против респираторных инфекций.
Выводы. *Пневмония остается одной из главных причин смерти от инфекций в пожилом возрасте. Нужны алгоритмы диагностики, адаптированные для пожилых. Комплексный подход к лечению и профилактике пневмонии, взаимодействие между терапевтами, гериатрами и пульмонологами имеют первостепенное значение.*

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Макова Е.В.[1], Устинов М.С.[2], Устинова В.М.[2]
[1] Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия
[2] Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. Использование электронных сигарет и других электронных систем доставки никотина (ЭСДН) среди молодых людей рассматривается как одна из наиболее значимых медико-социальных проблем. Особую обеспокоенность вызывает влияние никотина на психоэмоциональное состояние, поскольку молодой возраст характеризуется активным формированием нейробиологических механизмов эмоциональной регуляции.
Цель. Провести сравнительную оценку выраженности депрессивной симптоматики и уровня субъективного благополучия у пользователей ЭСДН и некурящих студентов медицинского университета.
Материал и методы. Проведено одномоментное сравнительное исследование с участием 104 студентов в возрасте 18–22 лет. Участники были разделены на две группы: некурящие (n=51) и пользователи ЭСДН (n=53). Психоэмоциональный статус оценивали с использованием шкалы CES–D и Оксфордского опросника счастья (OHI). Статистическую обработку выполняли с использованием непараметрических методов.
Результаты. У пользователей ЭСДН выявлены статистически значимо более выраженные депрессивные симптомы. Наиболее существенные различия были связаны с повышением уровня тревожности (p=0,034) и нарушениями сна (p=0,046). Кроме того, у студентов, использующих электронные сигареты, отмечены более низкие показатели субъективного благополучия, включая снижение уровня энергии (p=0,024), ухудшение самооценки состояния здоровья (p=0,049) и уменьшение эмоциональной вовлеченности (p=0,038).
Выводы. *Использование электронных систем доставки никотина ассоциировано с формированием психоэмоциональных нарушений уже на ранних этапах никотиновой экспозиции. Полученные результаты обосновывают необходимость внедрения программ раннего психоэмоционального скрининга среди студентов.*

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ ВТОРОГО ТИПА ПОСЛЕ СИМУЛЬТАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ОДНОСТОРОННЯЯ КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ И КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Малева О.В., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Пациенты с мультифокальным атеросклерозом (МФА) имеют большие риски сердечно-сосудистых осложнений, развития цереброваскулярных событий второго типа в послеоперационном периоде. Такое обстоятельство способствовало поиску способов воздействия для снижения подобного рода осложнений.
Цель. Оценить безопасность и эффективность приема ривароксабана после симультанного вмешательства в объеме односторонней каротидной эндартерэктомии и коронарного шунтирования (КЭАЭ и КШ).
Материал и методы. В исследование включены 108 пациентов, сформировано две группы. Первая группа стандартной антиагрегантной монотерапии включала 85 пациентов, вторая состояла из 23 пациентов, кому был назначен ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день в комбинации с ацетилсалициловой кислотой. Пациенты обеих групп были сопоставимы по клиническим показателям, средний возраст 65 [40; 79] лет. Первичная конечная точка включала смерть от любых причин, не фатальные инсульты и ОКС. Вторичная конечная точка включала прогрессирование атеросклероза, усугубление клиники стенокардии и ХСН, реваскуляризации артериальных сосудов, отрицательная динамика при визуализации головного мозга, когнитивные расстройства. Статистическую обработку результатов проводили в SPSS26.
Результаты. Пациенты группы двойной терапии на 7,1% чаще придерживались медикаментозного компонента приверженности, в 2 раза чаще имели целевые показатели общего холестерина (ХС), ХС ЛПНП и ТГ. Выявлено, что количество пациентов с прогрессированием коронарного атеросклероза в группе монотерапии было на 6,2% больше. Повторная реваскуляризация коронарных артерий на 7,9% чаще проводилась у пациентов группы монотерапии, частота прогрессирования атеросклероза прецеребральных артерий, новых ОНМК не различались между группами. Общее количество ОНМК к отдаленному периоду в группе монотерапии было выше на 12%. Плановые хирургические вмешательства по поводу ССЗ перенесли 13,8% пациентов группы монотерапии. Доля пациентов с отрицательной динамикой по данным визуализирующих исследований головного мозга в группе монотерапии в два раза преобладала над количеством пациентов в группе двойной терапии (19%). Летальные исходы произошли только среди пациентов группы монотерапии, ОШ 0,239 (ДИ: 0,029–1,967), p=0,09. Частота развития УКР в группе двойной терапии была ниже, ОШ 0,4146 (ДИ: 0,1512–1,1373), p=0,04.
Выводы. *Пациенты группы двойной терапии ривароксабана 5 мг в сутки в комбинации с монотерапией ацетилсалициловой кислотой оказались более комплаентными, что положительно отразилось на компонентах приверженности, снижении общей смертности, снижении риска развития УКР в отдаленном периоде наблюдения.*

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Малышенко О.С., Бутакова К.Д.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Цель. Изучить коморбидность у пациентов с анемическим синдромом, получавших заместительную терапию эритроцитсодержащими компонентами крови.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного, находящихся на лечении в терапевтическом отделении № 1 ГАУЗ «ККБСМП им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово за период с октября по декабрь 2025 г. и получавших заместительную терапию эритроцитсодержащими компонентами крови. В период с октября по декабрь 2025 г. в терапевтическом отделении № 1 ГАУЗ «ККБСМП им. М.А. Подгорбунского» г. Кемерово получали заместительную терапию эритроцитсодержащими компонентами крови 71 пациент. Из них 48 (67,61%) женщин и 23 (32,39%) мужчины, средний возраст 66 [24; 90] лет. Средний койко-день составил 10 [1; 37] дней.
Результаты. Большинство пациентов выписано с улучшением – 60 (84,51%), летальный исход развился у 11 (15,49%) человек. Повторные госпитализации, для проведения заместительной терапии эритроцитсодержащими компонентами крови, потребовались в первые 3 мес. после выписки – 17 (23,94%) пациентам, через 3–6 мес. – 6 (8,45%), через 6–12 мес. – 1 (1,41%). В большинстве случаев причиной анемического синдрома были злокачественные новообразования различных локализаций – у 24 (33,8%) пациентов. У 9 (12,68%) человек анемия развилась на фоне хронической болезни почек, а у 8 (11,27%) – постгеморрагическая анемия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Анемия тяжелой степени тяжести на фоне ВИЧ-инфекции выявлена у 5 (7,04%) пациентов, на фоне воспалительных заболеваний кишечника – у 2 (2,82%) человек. Анализ коморбидной патологии показал, что сахарным диабетом страдали 28 (39,44%) пациентов, хроническая сердечная недостаточность зарегистрирована – у 33 (46,48%), ишемическая болезнь сердца – у 33 (46,48%), фибрилляция предсердий – у 14 (19,72%), цирроз печени – у 8 (11,27%) человек, что потребовало назначения антитромботической терапии 13 (18,31%) пациентам.
Выводы. *Важным аспектом при диагностике и лечении анемии является оценка сопутствующей патологии, которая может влиять на прогрессирование анемического синдрома и эффективность лечения как самостоятельно, так и посредством лекарственных препаратов, используемых для ее лечения.*

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ: ВСЕ ЛИ ТАК ЛЕГКО В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ?

Малышенко О.С., Бутакова К.Д., Колосова Е.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Введение. Удельный вес аутоиммунных заболеваний в структуре лихорадки неясного генеза достигает 35%. Спектр заболеваний включает инфекционные, аутоиммунные и онкологические, зачастую требующие диаметрально противоположных подходов к лечению.
Описание случая. Пациент, 69 лет, в январе 2026 г. обратился с жалобами на постоянные боли и скованность в плечевых и ТБС, усиливающиеся при нагрузке; повышение температуры до 37,5 ºС в вечерние часы без озноба. В августе 2025 г. «механические» боли в пояснице. Осмотрен травматологом, неврологом, онкологом. РГ ТБС: коксартроз 1–2 ст., тендиноз, артроз КПС. В сентябре 2025 г. присоединились боли в плечевых суставах, припухлость кистей, эпизодический субфебрилитет, без ознобов. МРТ правого плечевого сустава: повреждение сухожилий надостной и подостной мышц, импиджмент-синдром. Травматологом внутрисуставно введены ГК и гиалуроновая кислота с кратковременным положительным эффектом. С декабря 2025 г. усиление боли, скованность в течение дня, снижение веса на 6 кг за 4 мес. Лабораторно: СОЭ – 46 мм/ч, СРБ – 41 мг/л, тромбоцитоз – 460×10^9/л. Объективно: артрит левого ЛЗС, болезненность плечевых и коленных суставов. Лабораторно: Нв – 106 г/л, тромбоциты – 677×10^9/л, лейкоциты – $16{,}68\times10^9$/л, СОЭ – 68 мм/ч, СРБ – 96 мг/л, АНФ, РФ, АЦЦП – отр. В план дифференциальной диагностики включены ревматическая полимиалгия, РА, инфекционный, лимфопролиферативный и паранеопластический процессы. Гемокультуры стерильны, туберкулиновая кожная проба, ИФА на ВИЧ, вирусные гепатиты – отр. КТ ОГК, ФГДС, ФКС, УЗИ ОБП, почек, щитовидной железы – без патологии. УЗИ предстательной железы – признаки ДГПЖ. ЭхоКГ: ГЛЖ, склероз аорты. РГ кистей и стоп, коленных суставов: ОА 2 ст. УЗИ ЛЗС и суставов кистей: тендиноз, синовит суставов обеих кистей. МРТ кистей: теносиновит сгибателей и разгибателей II–V пальцев. Выставлен диагноз «ревматическая полимиалгия, активность высокая (20 баллов). ФК II». Инициирована терапия преднизолоном 15 мг/сут. На фоне лечения, через месяц, симптомы регрессировали, стойкая нормотермия, ОАК, БАК и СРБ в норме.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Атипичный дебют с болей в спине и онконастороженность потребовали проведения дифференциально-диагностического поиска. Своевременная диагностика и адекватно назначенная терапия способствуют быстрому достижению клинико-лабораторной ремиссии, снижению риска осложнений, улучшают прогноз и качество жизни.*

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

Малышенко О.С.[1], Маркина А.В.[2]
[1] ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, г. Кемерово (Кемеровская область – Кузбасс область), Россия
[2] ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия, г. Кемерово (Кемеровская область – Кузбасс область), Россия

Введение. Диагностика лимфом и лимфолейкозов может быть сложной, так как оба заболевания относятся к группе лимфопролиферативных, и их проявления часто схожи, что усложняет проведение дифференциальной диагностики.
Описание случая. Пациент, 25 лет, доставлен в терапевтическое отделение БСМП. С января 2026 г. периодически повышение температуры до 37,5 ºС. Осмотрен гематологом, диагноз «анемия легкой степени». В апреле 2026 г. одышка, сухой кашель. По МСКТ ОГК 14.04.2026 признаки гидроторакса справа, внутригрудная лимфаденопатия. Гидроперикард. Дважды выполнена плевральная пункция, удалено 700 и 500 мл серозного выпота. При микроскопии клетки лимфоидного происхождения разной степени зрелости, встречаются клетки Березовского–Штернберга и клетки Ходжкина. 23.04.2026 биопсия паратрахеальных лимфатических узлов. Морфологическая картина наиболее вероятна для лимфопролиферативного заболевания. Выставлен диагноз «лимфома с поражением внутригрудных и надключичных лимфатических узлов». Материал направлен на ИГХ исследование. В течение двух недель нарастание одышки, ухудшение общего состояния. 22.05.2026 госпитализирован в терапевтическое отделение. В ОАК при поступлении: лейкоциты – $27{,}4\times10^9$/л, лимфоциты – $6{,}1\times10^9$/л, Нв – 111 г/л, тромбоциты – 157×10^9/л; в динамике: лейкоциты – $29{,}8\times10^9$/л, бласты – 72%, лимфоциты – $5{,}9\text{x}10^9$/л, нейтрофилы – $5{,}5\times10^9$/л, Нв – 100 г/л, тромбоциты – 121×10^9/л. БАК: АСТ – 89,5 Ед./л, АЛТ – 76,3 Е.д/л, ЛДГ – 513 Ед./л, СРБ – 48 мг/л, остальные показатели в норе. МСКТ: картина лимфопролиферативного процесса с патологическим инфильтратом средостенья, вовлекающего перикард, лимфаденопатия лимфоузлов шеи, средостенья, брюшной полости и забрюшинного пространства (12–23 мм). Гидроперикард, не исключена тампонада. Двусторонний гидроторакс. Двусторонняя полисегментарная инфильтрация, больше слева. ЭхоКГ: выраженный гидроперикард с признаками тампонады сердца. Получен результат ИГХ исследования: картина соответствует лимфобластному лейкозу из Т-клеток предшественников. Пациент переведен в отделение гематологии.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Острый лимфобластный лейкоз – одно из частых онкологических заболеваний у лиц молодого возраста, причем у 20–30% больных в предлейкозный период изменения в гемограмме могут отсутствовать, как и в данном случае. А отсутствие своевременного исследования костного мозга привело к запоздалой диагностике.*

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ

Малышенко О.С.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, г. Кемерово (Кемеровская область – Кузбасс область), Россия

Актуальность. Проблема язвенной болезни (ЯБ) до настоящего времени актуальна как в теоретическом, так и в практическом отношении, являясь хроническим заболеванием, требующим длительного лечения. Биологический возраст (БВ) представляет собой меру системной дезинтеграции организма в процессе старения и оказывает влияние на течение ЯБ.
Цель. Изучить особенности течения язвенной болезни с учетом биологического возраста.
Материал и методы. В исследование включены 203 пациента с ЯБ желудка и ДПК в возрасте 16–69 лет (средний возраст –39,6+1,1 года) и 40 практически здоровых, сопоставимых по полу и возрасту. БВ определялся методом, разработанным на основе множественной линейной регрессии.
Результаты. У обследованных больных средний БВ составил 54,6+1,0 года, что достоверно выше возраста контрольной группы – 40,1+2,3 года ($p < 0,001$). В группе практически здоровых чаще встречается благоприятное соотношение биологического и должного биологического возраста (БВ/ДБВ <1 или =1), по сравнению с больными ЯБ ($p < 0,001$). При сравнении длительности заболевания, среднего возраста и соотношения БВ и ДБВ больных, выявлено, что у пациентов с неблагоприятным соотношением БВ/ДБВ (>1) меньше средний возраст, чем у пациентов с благоприятным соотношением ($p < 0,001$). Влияние соотношения БВ/ДБВ на длительность болевого абдоминального и диспептического синдромов не выявлено. Так же, как и по эндоскопической картине ($p > 0,05$). У пациентов с неблагоприятным соотношением БВ/ДБВ течение заболевания чаще средней степени тяжести – у 58%, чем у больных с благоприятным соотношением –41,2% ($p=0,05$).
Выводы. *Биологический возраст и неблагоприятное соотношение БВ/ДБВ, возможно, являются факторами риска развития ЯБ. Преждевременное старение организма чаще наблюдается у пациентов с ЯБ, оказывая негативное влияние на течение заболевания.*

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мальцева И.В., Котовщикова Е.Ф., Буйлова Е.В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, г. Барнаул, Россия

Актуальность. «Омоложение» психовегетативных и неврологических заболеваний в XXI в. стало одной из ключевых проблем медицины, так как пик манифестации многих расстройств сместился на возраст от 15 до 30 лет. Заболевания нервной системы у молодых людей протекают иначе, чем у пожилых. Чаще всего они дебютируют под маской функциональных расстройств: синдром вегетативной дисфункции, панические атаки, головные боли напряжения, транзиторные ишемические атаки, депрессия. Одной из вероятных причин является НДСТ.
Цель. Изучить изменения биоэлектрической активности мозга у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).
Материал и методы. В исследовании приняли участие 175 человек в возрасте от 18 до 21 года, из них 39 мужчин (22%) и 136 женщин (78%). Было проведено физикальное обследование для определения наличия внешних фенотипических проявлений НДСТ согласно классификации Т.И. Кадуриной. Для оценки проявлений психовегетативного синдрома использовали общепризнанные методики: опросник А.М. Вейна, Л.Д. Малковой, Спилбергера–Ханина, шкала депрессии Бека, индекс HIT–6 для изучения влияния головной боли на повседневную активность, анкета для определения интерне-зависимости. Инструментальное обследование включало запись электроэнцефалограммы (ЭЭГ).
Результаты. При обработке результатов ЭЭГ вариант нормы зарегистрирован у 46% обследованных: у 52% без соединительнотканной недостаточности, у 45% с НДСТ. Во всех случаях выявлены неэпилептиформные изменения. Наиболее частыми оказались функциональная дезорганизация коры – у 24% лиц без НДСТ и у 27% – с НДСТ, усиление синхронизирующих влияний таламуса – у 5 и 18%, усиление восходящих активирующих влияний ретикулярной формации ствола – у 10 и 5% соответственно. Среди обследованных, имевших усиление синхронизирующих влияний таламуса, были обнаружены значимо более высокие баллы НДСТ, опросников синдрома вегетативной дисфункции, астении, личностной тревожности, депрессии, интерне-зависимости, HIT–6.
Выводы. *У 54% людей молодого возраста (18–21 год) на энцефалограмме обнаружены различные изменения биоэлектрической активности мозга неэпилептиформного характера. Значимо более высокие баллы НДСТ демонстрируют связь нарушений подкорково-корковой регуляции с системной соединительнотканной недостаточностью.*

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ЛОКУСА RS11562975 ГЕНА TRPM8 НА РЕАКТИВНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ПЕРИОД РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Манукян А.С., Приходько А.Г.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», г. Благовещенск, Россия

Актуальность. TRPM8 (Transient receptor potential melastatin 8) представляет собой неселективный катионный канал, функциональная роль которого тесно связана с поддержанием гомеостаза и развитием патологических реакций при воздействии низких температур.
Цель. Изучить распределение частот генотипов и аллелей полиморфного локуса rs11562975 гена TRPM8 у детей, оценить его возможное влияние на реактивность бронхов в постинфекционный период респираторных заболеваний и в динамике через 6 мес.
Материал и методы. Обследованы 95 детей в возрасте 10 [8; 12] лет на этапе реконвалесценции после перенесенных острых респираторных заболеваний. В ходе исследования оценивали базовую спирометрию (ОФВ1), а также реакцию бронхов после пробы с сальбутамолом (ΔОФВ1Б) и после пробы с ультразвуковой ингаляцией дистиллированной водой (ИДВ) (ΔОФВ1ИДВ). Генотипирование полиморфного локуса rs11562975 гена TRPM8 осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени в лейкоцитах периферической крови. Математический расчет и обработку полученных результатов выполняли в пакете прикладных программ Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).
Результаты. Пациенты распределены: 1-я группа (n=56) дети с измененной реактивностью на ИДВ, 2-я группа (n=39) толерантные к стимулу (ΔОФВ1ИДВ 0,3 [–12; 8,5] и –2,8 [–5,5; –1,4]%; p=0,0002) соответственно. При анализе ОНП rs11562975 гена TRPM8 в 1-й группе частота генотипа GG составила 79% (n=44), GC – 21% (n=12), генотип CC не зарегистрирован, во 2-й группе 79,5% (n=31), 18% (n=7) и 2,5% (n=1) соответственно. По доминантной (ОШ=1,48; 95% ДИ:0,52–4,27; p=0,592), рецессивной (ОШ=0,22; 95% ДИ:0,01–5,67; p=0,411) и сверхдоминантной (ОШ=1,06; 95% ДИ:0,39–2,89; p=1,000) моделям наследования не найдено различий (p >0,05). При сравнительном анализе носителей генотипа GG 1-й и 2-й групп ОФВ1 составил 88 [77; 99] и 96 [88; 105]% (p <0,05); ΔОФВ1Б 3 [–2,5; 6] и 4 [2; 8]% (p <0,05) соответственно. Через 6 мес. ОФВ1 составил 93 [80; 103] и 101 [91; 110]% (p >0,05), ΔОФВ1Б 4,5 [2; 9] и 2,8 [–2; 6]% (p >0,05) в 1-й и 2-й группах соответственно. В 1-й группе у носителей генотипа GG исходно бронхоконстрикция на ИДВ выявлена у 61% детей, бронходилатация у 39%. Через 6 мес. частота бронхоконстрикции снизилась до 18% (χ^2=12,648; p <0,001), доля лиц с бронходилатацией 40% (χ^2=0,028; p >0,05), в 42% реакция отсутствовала (χ^2=20,052; p <0,00).
Выводы. *У предрасположенных детей гомозиготный генотип GG, вероятно, может способствовать развитию полярных и гетерогенных реакций к гипоосмолярному триггеру. Это требует выделения детей с данным генотипом в группу диспансерного контроля для лечения и долгосрочного наблюдения.*

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ БЛАНДА–УАЙТА–ГАРЛАНДА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Марачкова Д.О., Герасименко О.Н., Толмачева А.А.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия

Введение. Ведение пациентов синдромом Бланда–Уайта–Гарланда (СБУГ) требует мультидисциплинарного подхода на всех этапах: от ранней диагностики и предоперационного планирования до послеоперационного восстановления, и долгосрочного наблюдения. Вместе с тем вопросы оптимизации реабилитационной тактики остаются недостаточно изученными, что обосновывает актуальность представленного клинического случая.
Описание случая. Пациентка К., 38 лет, поступила в отделение реабилитации ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» 10.08.2026 с диагнозом «корригированный порок сердца. СБУГ». Состояние после транслокации устья левой коронарной артерии в корень аорты, закрытия дефекта легочной артерии заплатой из криосохраненного гомографта ВПВ от 20.05.2026. ХСНсФВ I стадии. Из анамнеза: в возрасте 9 мес. диагностирован пролапс митрального клапана, пациентка наблюдалась динамически; в пубертате кардиалгии, в последующем эпизоды одышки, ангинозных болей и тахикардии. В период беременности отмечалось усиление симптомов, однако обследование ограничено из-за потенциального риска для плода; учитывая стабильное состояние, беременность пролонгирована, родоразрешение выполнено под наблюдением кардиолога. Ухудшение с сентября 2025 г. после перенесенной энтеровирусной инфекции (вирус Коксаки). По МСКТ-коронарография от 27.10.2025 – аномальное отхождение левой коронарной артерии от ствола легочной артерии, дилатация коронарных артерий; по ХМ–ЭКГ от 26.09.2025 – ишемические изменения по боковой стенке, связанные с физической нагрузкой. В ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России проведено оперативное лечение 20.05.2026. В госпитале под наблюдением мультидисциплинарной команды разработана и реализована ИПМР (физическая и психологическая реабилитация, школы здоровья), коррекция медикаментозной терапии. По результатам реабилитации отмечена положительная динамика клинико-функциональных показателей: значительное уменьшение одышки, купирование приступов сердцебиения, повышение толерантности к физической нагрузке и стабилизация психоэмоционального состояния (ШРМ –3/2 балла, тест 6-минутной ходьбой – 420/550 м, HADS – 2–3/0–1, EQ–5D 65/80 баллов при поступлении и выписке соответственно).
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный клинический случай демонстрирует, что оперативное лечение синдрома Бланда–Уайта–Гарланда в сочетании с индивидуализированной реабилитационной программой способствует значимому улучшению функционального статуса, психоэмоционального состояния и качества жизни пациентки.*

ШКОЛА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ

Маркелова Т.Н.[1], Журавлева Н.В.[2], Диомидова В.Н.[3], Пушкина Н.С.[2], Гурьянова Е.А.[4]
[1] БУ Центральная городская больница Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
[3] ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова, г. Чебоксары, Россия
[4] ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Школы здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) – один из наиболее эффективных инструментов профилактической медицины: они позволяют системно формировать устойчивые поведенческие навыки, снижать тревожность, повышать осознанность в вопросах терапии и тем самым укреплять приверженность лечению.
Цель. Оценить роль школ хронических инфекционных заболеваний в формировании приверженности к лечению, проанализировать структуру охвата пациентов по нозологиям за 6 мес. 2026 г., выделить ключевые компоненты образовательных программ.
Материал и методы. Внутренняя отчетность БУ «Центральная городская больница» МЗ ЧР за январь – июнь 2026 г., протоколы и методические материалы школ сердечной недостаточности, артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), клинические рекомендации Минздрава России. Методы: описательная статистика, сравнительный анализ посещаемости, контент анализ структуры модулей, экспертная оценка роли школ в формировании приверженности. Объект: пациенты, посетившие школы в поликлинике и стационаре БУ «ЦГБ» МЗ ЧР.
Результаты. За 6 мес. 2026 г. школы здоровья посетили 20 993 человека. Доля слушателей по направлениям: сердечно-сосудистые заболевания – 91,4% (19 183 человека), СД – 3,7% (768 человек), БА– 3,2% (665 человек), ХОБЛ – 2,3% (477 человек). Преобладание сердечно-сосудистой группы отражает эпидемиологическую нагрузку и приоритеты диспансерного наблюдения в регионе. Образовательные программы построены по единому принципу: информационный блок (причины, факторы риска, диагностика, цели терапии), практический блок (измерение артериального давления (АД), контроль гликемии, пикфлоуметрия, ведение дневника)), интерактив (разбор ошибок, консультации) и инструменты поддержки (памятки, алгоритмы действий). Такой подход формирует устойчивые навыки самоконтроля, снижает тревожность и повышает осознанность в управлении заболеванием. Ключевые навыки и их эффект: измерение и интерпретация АД повышают осознанность и снижают риск инсульта и инфаркта; самоконтроль гликемии способствует стабильному HbA1c и уменьшению острых осложнений; пикфлоуметрия и дневник симптомов снижают частоту обострений при БА и ХОБЛ; алгоритмы действий при ухудшении состояния сокращают экстренные обращения.
Выводы. *Школы ХНИЗ в БУ «ЦГБ» МЗ ЧР обеспечивают высокий охват пациентов, при этом доминируют программы по сердечно-сосудистой патологии. Структурированный практико-ориентированный подход способствует формированию навыков самоконтроля и укреплению приверженности лечению.*

НЕИНСУЛИНОВЫЕ ИНДЕКСЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КАК МАРКЕРЫ СТАДИЙНОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА И ОРГАННОГО ПОРАЖЕНИЯ У МОЛОДЫХ

Мартынов С.А.[1], Чулков В.С.[2]
[1] Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Концепция КРГМС объединяет метаболические нарушения с мультиорганным поражением. Неинсулиновые индексы инсулинорезистентности (ИР) признаны мощными предикторами кардиометаболического риска, однако их динамика в зависимости от стадий КРГМС у лиц молодого возраста изучена недостаточно.
Цель. Изучить динамику неинсулиновых индексов ИР при прогрессировании стадий КРГМС и оценить их ассоциацию с маркерами поражения печени и почек.
Материал и методы. Поперечное исследование по типу «случай–контроль», n=120 (возраст 25–44 года). Пациенты разделены на 3 группы по стадиям КРГМС (0, 1, 2). Рассчитаны индексы метаболический показатель инсулинорезистентности (METS–IR), индекс триглицеридов и глюкозы (TyG), индекс триглицеридов, глюкозы и массы тела (TyG–BMI). Оценены маркеры поражения печени и почек: индекс жировой печени (FLI), АЛТ, АСТ, альбумин/креатининовое соотношение (АКС) в моче. Статистическая обработка включала критерий Краскела–Уоллиса с post-hoc-тестами.
Результаты. Выявлено стадийно-зависимое прогрессивное ухудшение углеводного и липидного профилей и рост всех индексов ИР от 0 к 2 стадии КРГМС (все $p < 0{,}001$). Индекс METS–IR достоверно нарастал: 28,5 [26,5; 31,5] → 36,2 [33,1; 42,5] → 42,8 [39,0; 48,5] ($p < 0{,}001$), причем значимы все попарные различия, включая стадию 1 vs 2 ($p = 0{,}010$). Индекс TyG–BMI также прогрессивно увеличивался: 173,9 [164,8; 192,3] → 221,9 [207,4; 257,6] → 261,9 [231,3; 286,2] ($p < 0{,}001$). Отмечена сильная ассоциация индексов ИР с маркерами стеатоза печени: FLI нарастал от 9,0 до 51,5 ($p < 0{,}001$), АЛТ – от 17,3 до 26,0 Е/л ($p < 0{,}001$). Почечный компонент проявлялся ростом альбуминурии: АКС увеличивался от 1,30 до 3,30 мг/ммоль ($p < 0{,}001$), тогда как скорость клубочковой фильтрации достоверно не различалась между группами ($p = 0{,}280$), что подтверждает ранний, бессимптомный характер поражения почек.
Выводы. *Неинсулиновые индексы ИР (METS–IR, TyG–BMI) демонстрируют стадийно-зависимый рост при прогрессировании КРГМС и тесно ассоциированы с ранним поражением печени (стеатоз) и почек (альбуминурия).*

ПРОФИЛЬ АДИПОКИНОВ И ЛЕПТИН/АДИПОНЕКТИНОВОЕ ОТНОШЕНИЕ КАК РАННИЕ МАРКЕРЫ КАРДИО-РЕНО-ГЕПАТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мартынов С.А.[1], Чулков В.С.[2]
[1] Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Новая концепция кардио-рено-гепато-метаболического синдрома (КРГМС) объединяет метаболические, сердечно-сосудистые, почечные и печеночные нарушения. Висцеральная жировая ткань и ее секреторная функция (адипокины) играют ключевую роль в патогенезе КРГМС, однако динамика их профиля в зависимости от стадий синдрома у лиц молодого возраста изучена недостаточно.
Цель. Оценить особенности профиля адипокинов (лептин, адипонектин, соотношение лептин/адипонектин) у лиц 25–44 лет в зависимости от стадии КРГМС и их связь с бессимптомным поражением органов–мишеней (ПОМ).
Материал и методы. Поперечное исследование по типу «случай–контроль», n=120 (возраст 25–44 года). Пациенты разделены на 3 группы: стадия 0 (контроль, n=40), стадия 1 (n=40) и стадия 2 КРГМС (n=40) согласно новым консенсусным критериям. Оценены антропометрия, УЗДГ сонных артерий (толщина комплекса интима–медиа – ТКИМ), эластометрия/УЗИ печени, лабораторные маркеры (адипонектин, лептин, IL–1β, IL–6, ФНО-α). Статистическая обработка включала критерий Краскела–Уоллиса и корреляционный анализ Спирмена.
Результаты. Выявлено стадийно-зависимое снижение уровня адипонектина (в среднем в 2 раза в группах 1 и 2 по сравнению с контролем, $p < 0{,}001$). Уровень лептина значимо повышался в группах 1 и 2, однако гендерный стратифицированный анализ показал, что гиперлептинемия была статистически значимой преимущественно у женщин ($p < 0{,}001$), тогда как у мужчин значимо снижался именно адипонектин ($p = 0{,}005$). Соотношение лептин/адипонектин прогрессивно возрастало от 0 к 2 стадии КРГМС ($p < 0{,}001$). Соотношение лептин/адипонектин показало наиболее широкий спектр значимых связей: положительные корреляции с ТКИМ сонных артерий ($r = 0{,}222$; $p = 0{,}026$), соотношением альбумин/креатинин ($r = 0{,}250$; $p = 0{,}006$), индексом стеатоза печени FLI ($r = 0{,}371$; $p < 0{,}001$) и CAP ($r = 0{,}368$; $p < 0{,}001$). Адипонектин обратно коррелировал с соотношением альбумин/креатинин ($r = -0{,}262$; $p = 0{,}004$) и FLI ($r = -0{,}265$; $p = 0{,}006$).
Выводы. *Дисбаланс адипокинов (снижение адипонектина и рост соотношения лептин/адипонектин) ассоциирован с ранним полиорганным поражением (сосудистым, почечным, печеночным) уже на 1-й стадии КРГМС.*

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Маршалкина П.С.[1], Андропова О.Н.[2]
[1] КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Барнаул, Россия
[2] ФГБОУ Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Кальцифицирующее заболевание аортального клапана (КАК) представляет собой актуальную проблему здравоохранения, ввиду роста данного состояния в популяции. На данный момент вопросы прогрессирования аортального стеноза (АС) не решены, хотя существуют данные о ряде независимых предикторов прогрессирования. Ключевыми проблемами остается комплексное влияние клинических, эхокардиографических показателей, гендерных различий и гериатрических синдромов.
Цель. Выявление предикторов прогрессирования стеноза аортального клапана у пациентов пожилого и старческого возраста.
Материал и методы. Методы исследования включили оценку общеклинических показателей, лабораторные и инструментальные методы. Трансторакальная эхокардиография проводилась на ультразвуковом аппарате EnVisor C (Philips, Нидерланды). Статистический анализ проводили в среде RStudio (версия X.X.X, язык R). Описательная статистика для количественных переменных представлена медианами и интерквартильным размахом (Me [Q1; Q3]) ввиду их непараметрического распределения; для качественных – абсолютными числами и процентами (n, %). Межгрупповые сравнения независимых выборок осуществляли с помощью U-критерия Манна–Уитни (непрерывные данные) и двустороннего точного критерия Фишера либо χ^2. Старческая астения определялась по шкале возраст не помеха.
Результаты. Проанализированы две группы пациентов, которые имели низко- и высокоградиентный АС (1-я и 2-я группы). Средний возраст исследуемых составил 72 года, 42% – мужчины. Все включенные пациенты были коморбидными, но достоверных различий в частоте сопутствующих заболеваний не выявлено. У пациентов 2-й группы была выявлена тенденция к большему показателю калия (p=0,008) и большему уровню триглицеридов на 19,4% (p=0,010). У пациентов 2-й группы имелся больший средний и максимальный градиент давления на аорте в 1,8 (p <0,001) и 1,7 (p <0,001) раза соответственно, большая степень кальциноза АК (p=0,001). Для скрининга предикторов АС была построена модель логистической регрессии, предикторами высокоградиентного АС оказались: наличие стеноза периферических артерий (ОШ=2,600954, p-value 0,0735), уровень триглицеридов (ОШ=0,273199, p–value 0,2027). По результатам нашего исследования уровень триглицеридов снижал риск тяжелого аортального стеноза. Противоречивость результатов мы объясняем тем, что, во-первых, в исследовании речь идет об уровне триглицеридов в пределах нормальных значений (1,08 и 0,87, p=0,010), во-вторых, пациенты находились на гиполипидемической терапии, что затрудняет интерпретацию.
Выводы. *Пациенты с АС характеризуются коморбидностью, но различий в частоте сопутствующих заболеваний в зависимости от степени тяжести АС не выявлено. Предикторами высокоградиентного АС оказались наличие стеноза периферических артерий, уровень триглицеридов.*

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИПОМАТОЗОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маслова Ж.И., Цыганкова Д.П.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Липоматоз поджелудочной железы (ЛПЖ) в настоящее время – труднодиагностируемое и непредсказуемое заболевание. Выявление наиболее точных фенотипов данного состояния, облегчит диагностику на более ранних стадиях заболевания, улучшит течение и прогноз.
Цель. Выявить кардиометаболические фенотипы у пациентов с липоматозом поджелудочной железы (ЛПЖ).
Материал и методы. В рамках настоящего исследования проведен ретроспективный анализ 199 историй болезни за период с 2020 по 2025 г. В исследуемую выборку вошли пациенты, находившиеся на стационарном лечении. Гендерный состав состоял из 46,2% мужчин и 53,7% женщин. Все случаи, включенные в исследование, завершились летальным исходом. При проведении кластерного анализа, были учтены только пациенты с наличием ЛПЖ (n=100). Кластеризация была произведена методом k-средних по количественным и качественным переменным. Всего по данным вскрытия в исследуемой выборке были выявлены 50,2% пациентов с ЛПЖ.
Результаты. Всего по данным вскрытия в исследуемой выборке были выявлены 50,2% пациентов с ЛПЖ. Кластер 1 (фенотип 1) характеризовался уровнем щелочной фосфатазы 1849±323,8, гамма–глутамилтрансферазы 712±200,8, общего билирубина 30,7±8,6, мочевой кислоты 228±24,1, панкреатической амилазы 18,1±4,4, толщиной подкожно-жирового слоя на вскрытии 6,5±4,9, наличием легочной гипертензии. Кластер 2 (фенотип 2) – уровнем ЩФ 238,8±136,6, ГГТ 72,2±98,4, общего билирубина 28,8±17,7, МК 313±137,7, панкреатической амилазы 50,5±36,9, толщиной ПЖС на вскрытии 2,5±1,2 и отсутствием легочной гипертензии. Кластер 3 (фенотип 3) – уровнем МК 719,3±155,4, панкреатической амилазы 96,6±74,9, ЩФ 252,8±241,5, ГГТ 45,4±33,9, общего билирубина 14,6±8, толщина ПЖС на вскрытии 3,4±1,6 и отсутствием легочной гипертензии. Анализ дисперсии показывает, что деление на кластеры статистически значимо по всем использованным переменным. Среди пациентов с ЛПЖ преобладали лица 2-го фенотипа (53,3 против 40,0% с 3 фенотипом и 6,7% с 1, p=0,005). Гипергликемия статистически значимо чаще встречалась у лиц со 2-м фенотипом (81,3 против 50,0% с 1 фенотипом и 75,0% с 3, p=0,005).
Выводы. *Среди пациентов с ЛПЖ преобладали лица 2-го фенотипа (53,3 против 40,0% у лиц с 3-м фенотипом и 6,7% у лиц с 1, p=0,005). У лиц с наличием 2-го фенотипа статистически значимо чаще встречалась гипергликемия. Также отмечена тенденция к повышению уровня СРБ и триглицеридов.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОНСТИПАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ РАЗЛИЧНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Матвеева Е.О., Фоминых Ю.А.
Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Констипационный синдром функционального генеза, представленный синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запора и изолированным функциональным запором, относится к числу наиболее распространенных расстройств взаимодействия оси «кишечник–мозг». Несмотря на высокую распространенность запора в популяции, вопросы качества жизни и психоэмоционального статуса данной категории пациентов остаются недостаточно освещенными в научной литературе, особенно в аспекте различия двух нозологий.
Цель. Оценить особенности психологического статуса и качества жизни пациентов с констипационным синдромом различного функционального генеза.
Материал и методы. В исследовании приняли участие 79 пациентов с констипационным синдромом различного функционального генеза, обратившихся в амбулаторно-консультативное отделение СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Пациенты были разделены на 2 группы: с синдромом раздраженного кишечника с запором (СРК–З) (n=38) и функциональным запором (ФЗ) (n=41) согласно Римским критериям IV. Состояние психоэмоционального статуса оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, качество жизни – по опроснику «Оценка качества жизни» SF–36.
Результаты. Уровень тревоги у пациентов из группы ФЗ был нормальным (7,0 балла), СРК–З – субклиническим (9,0 балла); у 3 пациентов с СРК–З тревога имела клинический уровень. Показатель депрессии в обеих группах определялся в норме, но статистически выше – при СРК–З ($p=0,029$). На фоне терапии, которая включала модификацию образа жизни (увеличение физической нагрузки, коррекция питьевого режима, увеличение доли клетчатки в рационе), гармонизатор моторики пищеварительной системы (тримебутин), отмечались положительная клиническая динамика (нормализация частоты стула, консистенции) и оптимизация психологического статуса: снижение тревоги в обеих группах (до 5 баллов), в то время как депрессия значимо уменьшилась только при СРК–З (с 7 до 4 баллов, $p<0,05$). По данным SF–36, у пациентов обеих групп наиболее страдали ролевое физическое функционирование, общее восприятие здоровья и социальное функционирование (особенно при СРК–З, $p<0,001$). При ФЗ отмечалось снижение физического компонента здоровья, при СРК–З – психического. Была установлена обратная корреляция: депрессия сильнее ухудшала физические аспекты качества жизни, тревога – социального функционирования.
Выводы. *Для пациентов с хроническим запором, особенно при неэффективности стандартной терапии, обязательно скрининговое использование опросников SF–36 и HADS, что позволяет персонифицировать терапевтическую стратегию.*

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Матвейчук Т.А., Кудина Е.В., Михайлусова М.П., Ларина В.Н.
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на значительные достижения в разработке методов диагностики и лечения хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), уровень информированности о факторах риска заболеваний и о наличии самих заболеваний у большинства пациентов остается низким, как и доля пациентов, придерживающихся принципов здорового образа жизни (ЗОЖ). Ряд исследований подчеркивают, что пол является одним из факторов, определяющих уровень информированности в вопросах здоровья.
Цель. Оценить гендерные различия в информированности в вопросах здоровья амбулаторных пациентов.
Материал и методы. В одномоментное исследование в виде опроса с применением метода личных интервью был включен 251 пациент, преимущественно женщины (n=163, 65%), в возрасте от 18 до 89 (42,2±19,4) лет. Оценивались ответы на вопросы относительно приверженности принципам ЗОЖ (отказ от употребления алкоголя и курения, регулярная физическая активность, здоровое питание), оценки текущего состояния здоровья (наличие ХНИЗ, методы их контроля и целевые уровни основных показателей физического здоровья) и степени развития навыков работы с информацией (поиск, понимание, критическая оценка и применение в профилактике, лечении заболеваний и укреплении здоровья).
Результаты. Хотя бы одно ХНИЗ регистрировалось у каждого второго респондента (46,6% женщин; 39,7% мужчин, p=0,473). Гипертоническая болезнь у мужчин встречалась реже, чем у женщин (ОШ 0,49; 95% ДИ 0,25–0,98; p=0,042). Вопросами здоровья интересовались 84% женщин и 77,3% мужчин (p=0,185); основными источниками информации у обоих полов служили интернет (41,8 и 49,4%, p=0,249) и врачи (40,5 и 35,6%, p=0,454). Доля мужчин, интересующихся вопросами ЗОЖ, была вдвое ниже, чем у женщин (ОШ 0,48; 95% ДИ 0,28–0,82; p=0,007). Все компоненты ЗОЖ назвали 44% женщин и 32,9% мужчин (p=0,092), при этом физическую нагрузку мужчины указывали реже (ОШ 0,51; 95% ДИ 0,27–0,98; p=0,040). Среди мужчин была выше доля курильщиков (ОШ 2,34; 95% ДИ 1,31–4,18; p=0,045); значимых различий по регулярности физической активности, соблюдению принципов питания и выполнению врачебных рекомендаций не выявлено. Методы самоконтроля использовали 67,9% женщин и 62,4% мужчин (p=0,381). Мужчины реже давали верные ответы о нормальных значениях артериального давления (ОШ 0,51; 95% ДИ 0,29–0,88; p=0,015), глюкозы (ОШ 0,31; 95% ДИ 0,17–0,60; p <0,001) и холестерина в плазме крови (ОШ 0,31; 95% ДИ 0,16–0,62; p <0,001).
Выводы. *В исследовании была выявлена недостаточная информированность лиц мужского пола о принципах ЗОЖ, нормах показателей здоровья, при этом заболеваемость ХНИЗ в группах обоих полов статистически значимо не различалась, за исключением более высокой частоты гипертонической болезни у женщин.*

ПОСТИНФЕКЦИОННОЕ ОТЯГОЩЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ КОРРИГИРОВАННОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Медведева Н.В.[1], Чепурненко М.С.[2], Токовенко К.А.[2], Оганесян А.Г.[2], Ковалев П.И.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Транспозиция магистральных артерий (ТМА) – группа врожденных пороков сердца, относящихся к аномалиям конотрункуса, общими признаками которых являются предсердно–желудочковая конкордантность и желудочково–артериальная дискордантность. Основная черта рассматриваемой патологии характеризуется тем, что кровообращение в малом и большом кругах осуществляется параллельно, а не последовательно.
Описание случая. Пациент Ш., 38 лет, обратился на прием к кардиологу с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, головокружение. Анамнез заболевания: ВПС диагностирован в детстве. Дважды консультирован в клинике Н.М. Амосова, рекомендовано наблюдение. В 2020 г. появились жалобы на эпизоды урежения пульса до 40 уд./мин. в дневное время, выраженную слабость, недомогание. На ЭКГ регистрировалась полная диссоциация между зубцами Р и комплексами QRS. По данным УЗИ сердца от 18.08.2020: ВПС. Корригированная ТМС. Атриовентрикулярная и вентрикулоатриальная дискордантность. Инверсия АВ-клапанов. Уплотнение створок аортального и митрального клапанов. Аортальный клапан двустворчатый (регургитация 1 степени). Гипертрофия миокарда ЛЖ. Недостаточность трикуспидального клапана 2–3 степени (в митральной позиции). Сократительная способность системного желудочка скомпенсирована (морфологически правого) (ФВ ПЖ системного 35%). Септальных сбросов не выявлено. Дилатация полости морфологически ПЖ. Имплантирован ЭКС Effecta DR 20.08.2020. Ухудшение состояния с ноября 2024 г. после перенесенной вирусной инфекции в виде усиления одышки, снижения толерантности к физической нагрузке. Объективный статус: рост 175 см, вес 76 кг, ИМТ 24,8 кг/м^2. АД 121/76 мм рт. ст., ЧСС 78 уд./мин. Лабораторные показатели: NT-proBNP от 20.12.2024. 1531 (<125) пг/мл. В динамике по данным эхокардиографии (от 12.12.2024): отмечалось снижение ФВ ПЖ системного до 25%, усиление регургитации на АВ-клапане. Пациенту назначена терапия: сакубитрил/валсартан, клопидогрел, эплеренон, дапаглифлозин. На фоне приема препаратов наблюдалась положительная динамика. По данным эхокардиографии (от 20.03.2025) отмечается повышение ФВ ПЖ системного до 30%. NT–proBNP от 20.03.2025 снизился до 531 пг/мл.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай представляет интерес отсутствием необходимости оперативного лечения и благоприятным течением данного врожденного порока сердца, а также важностью учета сократительной способности не только левого желудочка, но и правого желудочка, который выполняет функцию системного при назначении терапии.*

СЛУЧАЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ЦИСПЛАТИНА

Медведева Н.В.[1], Чепурненко М.С.[2], Ковалев П.И.[2], Оганесян А.Г.[2], Токовенко К.А.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Кардиотоксичность – это признанное побочное явление химиотерапии. Цисплатин – мощный химиотерапевтический препарат, связанный с рядом кардиотоксических эффектов, в том числе с развитием СН. Винорелбин обладает низкой кардиотоксичностью.
Описание случая. Пациент М., 63 лет, обратился на прием к кардиологу перед химиотерапией по поводу центрального рака верхней доли правого легкого T3N0M0, st IIв, кл. группа 2 с жалобами на одышку при ходьбе, подъемы АД. В анамнезе: ПИКС 12.2019, прямая реваскуляризация миокарда – 2 – МКШ с ЗЛВ ОВ ЛКА и АКШ с ЗМЖВ ПКА 02.04.2020. Объективно: рост 162 см, вес 86 кг, ИМТ 32,77 кг/м^2. ЧДД 16/мин. АД 192/92 мм рт. ст. ЧСС 77/мин. УЗИ сердца от 11.01.202.: КДО 162 мл, ФВ 58,6%, ИММЛЖ 172,92 г/м^2, ЛП 4,2 см, ПП 4,0 6,4 см^2. На ЭКГ от 11.01.2025: ритм синусовый с ЧСС 66/мин., длительность комплекса QRS составила 143 мс, рубцовые изменения ЗСЛЖ, ПБПН п. Гиса. По данным биохимического анализа крови: АЛТ, АСТ, ГГТП в пределах нормы, креатинин 106,1 (74–110) мкмоль/л, СКФ по CKD–EPI 64 мл/мин./1,73 м^2. NT-proBNP от 14.01.2025: 353 (<125) пг/мл. Установлен основной диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II ФК. ПИКС 12.2019. ПРМ–2–МКШ с ЗЛВ ОВ ЛКА и АКШ с ЗМЖВ ПКА 02.04.2020. Осложнение основного диагноза: ХСН сФВ стадия 1, ФК II. Нарушение проводимости по типу ПБПН п. Гиса. Сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь 3 ст., риск сердечно-сосудистых осложнений 4, целевой уровень АД не достигнут. Гиперурикемия. Дислипидемия. Конкурирующее заболевание: Центральный рак верхней доли правого легкого, pT3N0M0, st.IIB, состояние после расширенной верхней лобэктомии правого легкого (27.11.2024) кл. гр. 2. Принимал квадротерапию ХСН. Получал винорелбин 25–30 мг/м^2 в/в в 1-й и 8-й день + цисплатин 75 мг/м^2 в/в в 1-й день 21-дневного цикла. В динамике от 08.02.2025: увеличение КДО до 173 мл, ЛП до 4,4 см, уменьшение ФВ до 50%. На ЭКГ от 08.02.2025: удлинение QRS до 163 мс. В крови наблюдалось повышение АЛТ 85,1 (0–50) ед./л, ГГТП 66,1 (0–55) ед./л, креатинина 116,1 мкмоль/л, снижение СКФ до 57 мл/мин./1,73 м^2.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай демонстрирует кардиотоксическое действие химиопрепаратов, что требует своевременной диагностики и коррекции терапии.*

АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ

Медведева Н.В.[1], Токовенко К.А.[2], Чепурненко М.С.[2], Оганесян А.Г.[2], Ковалев П.И.[2]
[1]ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2]ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. В настоящее время амиодарон (А) является высокоэффективным антиаритмическим лекарственным препаратом. А является йодосодержащим препаратом, его химическая структура близка к структуре эндогенного Т4, поэтому длительный прием А в 57,9% случаев приводит к развитию А-индуцированного тиреотоксикоза.
Описание случая. Пациент К., 66 лет, рост 170 см, вес 95 кг, ИМТ 32,87 кг/м^2, поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, купирующиеся приемом нитратов, одышку, головную боль, слабость. Бригадой СМП 13.01.2024 на ЭКГ зарегистрирован ОИМ заднебазальной стенки ЛЖ (ЗБСЛЖ) без подъема сегмента ST, без патологического зубца Q. Пациент госпитализирован в стационар по месту жительства. Выполнен тромболизис, проводилась интенсивная терапия. Болевой синдром за грудиной рецидивировал и 17.01.2024 пациент был переведен в ГБУ РО РОКБ. По результатам КГ от 17.01.2024: стеноз дистальной трети ОВ ЛКА 90%; ПКА: стеноз проксимальной трети 50–60%. Выполнена ангиопластика и стентирование ОВ 17.01.2024. При поступлении в стационар наблюдалось повышение АЛТ до 100 (10,0–40,0) Ед./л, АСТ 59,0 (8,0–35,0) Ед./л, ХС общего до 6,68 (0,0–6,0) ммоль/л. Уровень тропонина Т в пределах РЗ. Анализ крови на гормоны показал снижение уровня ТТГ до 0,01 (0,3–4,5) мкМЕ/мл наряду с повышением Т4 до 22,5 (8,9–17,2) пг/мл. В ОАК: повышение СОЭ и лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Пациент был осмотрен эндокринологом. ЩЖ при пальпации плотной консистенции, увеличенная, безболезненная, подвижная при глотании. Заключение специалиста: Амиодарон-индуцированный тиреоидит. Тиреотоксикоз. Ожирение I ст., экзогенно-конституциональное, абдоминальный тип. Амиодарон по рекомендации эндокринолога отменен. УЗИ сердца от 17.01.2024: КДР 53 мм, ДО 138 мл, ФВ 48%, ЛП 39 мм. Выявлен гипокинез миокарда задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), ЗБСЛЖ. НМК 2 ст., НТК 2 ст., НАК 0–1 ст. В стационаре была проведена стандартная терапия, включая амиодарон. При выписке было рекомендовано заменить амиодарон на кавутилид, который эффективен в меньших дозах, не вызывает брадикардии и гипотензии и не влияет на функцию ЩЖ.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, выбор стратегии лечения требует индивидуального подхода с учетом течения тиреотоксикоза, тяжести аритмии и состояния сердца. Ключевая задача – достичь баланса между контролем ритма сердца и коррекцией дисфункции щитовидной железы.*

СЛУЧАЙ САРКОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Медведева Н.В.[1], Чепурненко М.С.[2], Токовенко К.А.[2], Ковалев П.И.[2], Оганесян А.Г.[2]
[1]ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2]ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Первичные саркомы сердца встречаются редко и составляют 20% всех первичных опухолей сердца. Саркомы сердца могут возникать в любой области сердца, хотя ангиосаркома обычно обнаруживается в правом предсердии, тогда как фибросаркома и недифференцированная саркома – в левом предсердии (ЛП). Для выявления образования в сердце обычно используется трансторакальная ЭХОКГ.
Описание случая. Пациент К., 45 лет, госпитализирован в кардиохирургическое отделение с жалобами на одышку, возникающую при минимальной нагрузке, учащенное сердцебиение, эпизоды головокружения, слабость, утомляемость, пресинкопальные состояния. Жалобы впервые появились 2 мес. назад. В связи с ухудшением состояния пациент поступил в стационар. При проведении коронарографии от 25.06.2026 гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено. По данным ЭХОКГ от 24.06.2026г было выявлено нарушение ритма, неоплазма сердца: в полости ЛП лоцируется объемное гетерогенное образование с неровным нечетким контуром, размером 4645 мм, занимает всю полость ЛП, без четкой связи с межпредсердной перегородкой, прилежит к заднебоковой стенке, крыше ЛП, распространяется на устье правой верхней легочной вены с признаками обструкции. Незначительная часть пролабирует в проекции митрального клапана, без его обструкции. Произведено удаление объемного образования из полости ЛП и легочных вен, ушивание ушка ЛП в условиях искусственного кровообращения (30.06.2026). По данным иммуногистохимии от 16.07.2026, морфологическая картина и иммунофенотип характерны для недифференцированной плеоморфной саркомы сердца, G3. Недифференцированные саркомы составляют одну треть всех сарком сердца и включены в подгруппу злокачественной фиброзной гистиоцитомы/плеоморфной саркомы. Плановое лечение саркомы сердца включает полное хирургическое иссечение, если это возможно, с последующим применением радио- и химиотерапии, последняя предпочтительно включает антрациклины, ифосфамид или таксаны. Прогноз при саркомах сердца очень неблагоприятный, средняя выживаемость составляет от 9,6 до 16,5 мес.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай представляет интерес выявлением у пациента довольно редкой опухоли сердца: недифференцированной плеоморфной саркомы.*

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ: АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельниченко О.В.[1], Руина О.В.[2], Садырин Р.В.[1], Молошникова Ю.Н.[1]
[1]ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия
[2]Научно-исследовательский институт клинической онкологии Нижегородский областной клинический онкологический диспансер, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Неконтролируемое или нерациональное назначение антибактериальных препаратов (АБП) приводит к возрастанию частоты побочных эффектов, к формированию устойчивых штаммов микроорганизмов, неэффективному лечению.
Цель. Выявление тенденций в назначениях АБП у пациентов Нижегородской области, определение потенциальных проблем, путей коррекции.
Материал и методы. Источник информации – 965 электронных медицинских ка. (ЭМК) 14 медицинских организаций региона. Охвачен период с 2024 по 2025 г.; в выборку вошли пациенты с зарегистрированными курсами АБП. Использовалась автоматизированная система поиска по ЭМК на основании МКБ-10. На первом этапе исследования оценивались эмпирическая терапия, этиотропное применение АБП, контроль эффективности и безопасности лечения, качество ведения ЭМК. На втором этапе проведена рационализация и персонализация лечения с внедрением локальных протоколов терапии АБП в реанимационном и хирургическом отделениях многопрофильного стационара.
Результаты. Выявлен ряд устойчивых паттернов: преобладание эмпирической терапии АБП широкого спектра (до 68% случаев); чрезмерное использование цефалоспоринов III поколения и фторхинолонов вне показаний (в 53% случаев); недостаточная этиотропная терапия АБП при документированной инфекции (в 14% случаев); полипрагмазия у 23% пациентов; низкая доля ведения документации по МНН (в 41% случаев указаны только торговые названия); нарушение принципов оценки эффективности терапии АБП. В результате чрезмерное или недостаточное назначение АБП приводит к увеличению частоты побочных явлений (до 18%) и росту микробной резистентности; 2) полипрагмазия повышает риск токсических реакций, лекарственных взаимодействий; 3) отсутствие унификации по МНН препятствует контролю фармакотерапии; 4) только в 27% случаев дозы корректировались с учетом лабораторных данных функций почек/печени; 5) в каждом восьмом случае не учитывались потенциально опасные сочетания; 6) невнимание к микробной резистентности – отсутствие локальных протоколов деэскалации АБП. Оптимизация и рационализация фармакотерапии через 6 мес. подтверждена снижением осложнений на 22% при одновременном замедлении роста антимикробной резистентности.
Выводы. *Необходима разработка региональных персонализированных протоколов лечения АБП, создание регистра микробиологического мониторинга; внедрение компьютерных систем поддержки принятия решений для улучшения безопасности и эффективности терапии при постоянном взаимодействии с клиническим фармакологом.*

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ PCSK9-ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ЛП(А) В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПО ДАННЫМ ФИЦ ФТМ

Митюхин И.И.[1], Ложкина Н.Г.[1], Артеменко С.Н.[2], Воевода М.И.[2]
[1] Федеральное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», г. Новосибирск, Россия
[2] ФГБНУ ФИЦ ФТМ, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Липопротеин(а) (ЛП(а)) – независимый генетически детерминированный фактор сердечно-сосудистого риска (ССР), резистентный к статинам и эзетимибу. Международные исследования подтверждают способность PCSK9-таргетной терапии снижать уровень ЛП(а), однако данные о реальной клинической практике в РФ ограничены. Изучение возможности коррекции уровня ЛП(а) у пациентов очень высокого и экстремального риска актуально для оптимизации терапевтических подходов в отечественной кардиологии.
Цель. Оценить динамику уровня липопротеина(а) у пациентов очень высокого и экстремального сердечно-сосудистого риска на фоне 12-месячной PCSK9-таргетной терапии в условиях реальной клинической практики.
Материал и методы. В анализ включены 33 пациента основной группы ранее опубликованного одноцентрового проспективного исследования (Митюхин И.И. и соавт., 2026), получавших PCSK9-таргетную терапию (алирокумаб, эволокумаб или инклисиран) в течение 12 мес. Уровень ЛП(а) определялся в плазме крови иммунотурбидиметрическим методом исходно и через 12 мес. наблюдения. На данный момент проанализированы данные 13 пациентов, в связи с чем результаты носят промежуточный характер, отражая реальную клиническую практику.
Результаты. Исходный уровень ЛП(а) у 13 пациентов составил 49,8 нмоль/л. Через 12 мес. PCSK9-таргетной терапии зафиксировано снижение уровня ЛП(а) до 38,7 нмоль/л (снижение на 22,3%), что сопоставимо с данными масштабного метаанализа Xie S. и соавт. (2025), включившего результаты многочисленных рандомизированных исследований, где терапия ингибиторами PCSK9 обеспечивает снижение уровня ЛП(а) в среднем на 20–30% от исходного. У пациентов с исходным уровнем ЛП(а) выше 50 нмоль/л (n=6) редукция составила 28,1%, тогда как у пациентов с исходным уровнем <50 нмоль/л (n=7) – 15,6%.
Выводы. *Промежуточные данные подтверждают значимое снижение уровня ЛП(а) на фоне PCSK9-таргетной терапии у пациентов очень высокого и экстремального ССР, что соответствует международным данным. Эффект более выражен при исходно повышенном ЛП(а). Окончательные выводы после завершения анализа полной выборки.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И СУБКЛИНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Михайлина В.И., Мешков А.Н., Блохина А.В., Киселева А.В., Жарикова А.А., Драпкина О.М.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) – это наследственное заболевание, обусловленное наличием причинных вариантов в генах LDLR, APOB, PCSK9, характеризующееся выраженным повышением уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) с рождения и раннем развитием коронарного и периферического атеросклероза.
Описание случая. Пациент, 45 лет, обратился в липидную клинику ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в июне 2024 г. в связи с повышением уровня ХС ЛНП максимально до 8,47 ммоль/л без приема гиполипидемической терапии (ГЛТ). Жалоб не предъявлял. В мае 2024 г. на фоне приема розувастатина 10 мг уровень ХС ЛНП составил 4,84 ммоль/л, триглицеридов – 0,89 ммоль/л, липопротеина (а) – 2,07 г/л. Вторичные причины выраженной гиперхолестеринемии отсутствовали. При осмотре ксантом сухожилий, липоидной дуги роговицы не обнаружено. Индекс массы тела составил 24 кг/м^2. Пациент прекратил курение год назад, имел высокий уровень физической активности, придерживался гиполипидемической диеты. Известно, что отец пациента страдал ишемической болезнью сердца с 48 лет. По данным дуплексного исследования артерий в 2024 г., у пациента был выявлен стеноз 25% общих бедренных артерий с обеих сторон и 20% стеноз правой общей сонной артерии. Согласно Голландским диагностическим критериям установлен вероятный диагноз гетерозиготной СГХС (6 баллов). Учитывая наличие СГХС, гиперлипопротеинемии (а), факт курения в прошлом, рекомендовано проведение компьютерной томографии коронарных артерий с контрастированием. Выявлена окклюзия проксимального сегмента правой коронарной артерии и среднего сегмента огибающей ветви. В плановом порядке проведена транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика со стентированием пораженных сегментов. Для подтверждения диагноза СГХС проведено генетическое тестирование, в результате которого выявлен патогенный нонсенс-вариант в гене LDLR, приводящий к образованию преждевременного стоп–кодона во 2-м экзоне. В марте 2026 г. на фоне приема розувастатина – 40 мг, эзетимиба – 10 мг, эволокумаба – 140 мг 2 раза в месяц, ХС ЛНП – 1,68 ммоль/л, в связи с чем к терапии добавлена бемпедоевая кислота 180 мг.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения раннего инструментального скрининга субклинического коронарного атеросклероза у пациентов с СГХС. Своевременная интенсификация ГЛТ необходима для достижения целевого уровня ХС ЛНП с целью улучшения долгосрочного прогноза.*

ОПЫТ РАБОТЫ «ПОЕЗДОВ ЗДОРОВЬЯ» В РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Михайлова Т.В., Бабицын С.Н., Джанбаева О.Р., Тиунова Е.В., Коротких Е.А.
ОГБУЗ «Областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Белгород, Россия

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья населения – приоритетное направление государственной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации. В решение задачи повышения доступности медицинской помощи населению, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации прежде всего для жителей отдаленных сельских поселений и маломобильных граждан, приоритетная роль отводится использованию передвижных медицинских комплексов и мобильных медицинских бригад.
Цель. Изучение эффективности использования передвижных медицинских комплексов, для увеличения охвата населения Белгородской области, в том числе жителей сельских территорий, профилактическими мероприятиями, повышения их качества.
Материал и методы. Использовались 6 передвижных медицинских комплексов на базе автомобиля КАМАЗ-4308, содержащих кабинеты рентгенодиагностические подвижные «КПР–ТАНДЕМ» и мобильные лечебно-профилактические комплексы МЛПК «Диагностика». Комплекс представляет собой передвижной маммограф и флюорограф, а также прицеп с кабинетами, оснащенными диагностическим оборудованием: кабинет функциональной диагностики (ЭКГ, спирография), УЗИ-кабинет, лабораторный кабинет, смотровой кабинет. В работе использовались социологический (интервью) и статистический методы.
Результаты. В рамках данного проекта были заключены соглашения с главами администраций муниципальных образований региона о взаимодействии, разработаны Положения о деятельности «Поезда здоровья», алгоритмы взаимодействия медицинских организаций и органов муниципальной власти, стандартные операционные карты (СОК) для медицинских работников, проведены обучающие семинары, разработаны и утверждены графики и планы маршрутизации. За период работы передвижных медицинских комплексов с 2022 по 2026 г. были осуществлены выезды в 729 населенных пунктов. За медицинской помощью обратилось 286 466 человек. Комплексное обследование прошли 85 105 человек, 661 из которых маломобильные. У 6,8% обследованных выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы (n=5798), у 0,87% – подозрение на наличие онкологическое заболевание (n=721), в 84% случаев диагноз подтвердился (n=606), подозрение на сахарный диабет установлено у 2,7% пациентов (n=2367). Неотложная медицинская помощь была оказана 1314 пациентам, 71 из которых были госпитализированы по экстренным показаниям. Средние показатели работы медицинских комплексов: 6 дней в неделю, 200 дней в году. Ежедневное комплексное обследование – 30 человек.
Выводы. *Использование передвижных медицинских комплексов для раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития является эффективным и перспективным направлением системы осуществления профилактических мероприятий и выявления визуальных форм рака.*

СВЯЗЬ ФЕНОТИПА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С БАССЕЙНОМ ПОРАЖЕННОЙ АРТЕРИИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Михалева М.М.[1], Платова Ю.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного», Россия
[2] ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Ишемические инсульты (ИИ) создают значительную нагрузку на систему здравоохранения из-за высокой госпитальной летальности, а у выживших – часто тяжелой инвалидизации и потере трудоспособности. По механизму развития выделяют атеротромботический, кардиоэмболический и лакунарный фенотипы ИИ, возникновение которых обусловлено коморбидным фоном пациента. Изучение связи фенотипа и локализации ИИ актуально для врачей различного профиля.
Цель. Оценить связь различных фенотипов ИИ с бассейном пораженной артерии.
Материал и методы. На базе стационара реабилитации ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного» проведено исследование, включившее 86 пациентов после перенесенных ИИ. Средний возраст 64,9±5,3 года, 60,5% – мужчины. ИИ в исследуемой группе: атеротромботический (63,9%), кардиоэмболический (27,9%) и лакунарный (8,1%). Пораженные бассейны мозговых артерий – вертебробазиллярный (ВББ) – 29,1%, левая средняя мозговая артерия (ЛСМА) – 36%, правая средняя мозговая артерия (ПСМА) – 12,8%, левая задняя мозговая артерия (ЛЗМА) – 8,1%, правая задняя мозговая артерия (ПЗМА) – 8,1%, передняя мозговая артерия (ПМА) – 5,8%. Проведена оценка частоты развития каждого фенотипа инсульта в зависимости от бассейна пораженной артерии. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.
Результаты. Обнаружена статистически значимая связь между фенотипом инсульта и локализацией ($\chi^2=29,887$, $df=10$, $p < 0,001$). В исследуемой когорте пациентов атеротромботический инсульт преимущественно наблюдался в ЛСМА (40%) и ВББ (31%), кардиоэмболический инсульт чаще в ЛСМА (37,5%) и ПСМА (29,2%), не встречался в ПЗМА/ПМА. Лакунарный инсульт встречался преимущественно в ВББ (71,4%).
Выводы. *Выявленные значимые различия в локализации поражения в зависимости от фенотипа инсульта подтверждают разнообразие патофизиологических механизмов. Полученные данные применимы для разработки прогностических моделей у коморбидных пациентов с ИИ, определения лечебной тактики и улучшения исходов.*

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗА ДВА ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Моисеева С.А.М.А.А.Л.И. кызы, Кокорин В.А.
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

Актуальность. Острый перикардит (ОП) остается актуальной проблемой кардиологии с ежегодной заболеваемостью 0,2–0,5% в популяции. В последние десятилетия произошла существенная эволюция терапевтических подходов, связанная с внедрением колхицина в стандартную схему лечения и пересмотром роли глюкокортикостероидов (ГКС). Однако трансформация реальной клинической практики и ее связь с госпитальными исходами изучены недостаточно, особенно в российской популяции.
Цель. Провести сравнительную оценку терапевтических подходов у пациентов с острым перикардитом, госпитализированных в стационар в 2006–2015 и 2016–2025 гг., и определить факторы, ассоциированные с неблагоприятным течением заболевания.
Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование пациентов, госпитализированных с диагнозом «острый перикардит» в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ в 2006–2025 гг. Критерии включения: возраст 18 лет и старше, верифицированный диагноз ОП различной этиологии. Критерии невключения: тяжелая сопутствующая патология, ограничивающая продолжительность жизни (включая злокачественные новообразования). Скринированы 239 пациентов, в окончательный анализ включены 183 пациента: 89 в 2006–2015 гг. (когорта 1) и 94 в 2016–2025 гг. (когорта 2). Мужчин – 125 (68,3%), женщин – 58 (31,7%), средний возраст 51,7±11,5 года. Сравнивали схемы терапии и исходы. За неблагоприятное течение ОП принимали случаи тампонады сердца, рецидива заболевания, ЭхоКГ – признаки констрикции и/или летальный исход.
Результаты. В когорте 1 монотерапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) применялась у 48 пациентов (53,9%), комбинация НПВП с глюкокортикостероидами (ГКС) – у 28 пациентов (31,5%), ГКС без колхицина получали 9 пациентов (10,1%). Колхицин с НПВП были назначены лишь 4 пациентам (4,5%). Суммарная доля пациентов, получавших ГКС составила 41,6%. В когорте 2 доля пациентов, получавших колхицин с НПВП, возросла с 4,5 до 54,3% ($p < 0,001$). Монотерапия НПВП применялась у 35 пациентов (37,2%). Назначение НПВП с ГКС сократилось до 5 случаев (5,3%), ГКС без колхицина получали 3 пациента (3,2%). Показания к ГКС: посткардиотомный синдром с тампонадой, обострение подагрического артрита, тяжелая почечная недостаточность. Доля пациентов, получавших ГКС снизилась с 41,6 до 8,5% ($p < 0,001$). Факторы неблагоприятного течения: неназначение колхицина (ОШ 3,16; 95% ДИ 1,39–7,18; $p=0,006$), использование ГКС (ОШ 3,01; 95% ДИ 1,31–6,92; $p=0,009$), женский пол (ОШ 2,57; 95% ДИ 1,19–5,55; $p=0,016$), лихорадка >38 °C (ОШ 2,86; 95% ДИ 1,38–5,95; $p=0,005$), ранние ЭхоКГ-признаки констриктивного ремоделирования (ОШ 2,26; 95% ДИ 1,15–4,44; $p=0,018$).
Выводы. *За двадцатилетний период в реальной клинической практике многопрофильного стационара в терапии острого перикардита отмечено значимое расширение применения колхицина и существенное ограничение использования глюкокортикостероидов.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕБЮТА МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Молоствова А.Ф., Салимова Л.М.
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Россия

Введение. Миелодиспластические синдромы (МДС) представляют собой гетерогенную группу клональных заболеваний системы крови, характеризующихся цитопенией, признаками дисмиелопоэза и высоким риском трансформации в гемобластоз. Заболеваемость МДС в мире составляет около 4 случаев на 100 000 населения, при этом 80% пациентов с МДС старше 60 лет. Однако зачастую дебют заболевания приходится на более молодой.
Описание случая. В декабре 2025 г. пациентка Т., 2004 г.р., обратилась к гематологу с жалобами на выраженную слабость, головокружение, снижение толерантности к нагрузкам. По данным анамнеза и предоставленных исследований был выставлено предварительный диагноз «нормохромная, нормоцитарная анемия тяжелой степени, тромбоцитопения тяжелой степени». В связи с тяжестью гематологических изменений пациентку госпитализируют в отделение гематологии многопрофильного стационара. Проведены гемотрансфузии. Отмечается повышение уровня гемоглобина, тромбоцитов. Заключение миелограммы от мая 2026 г. Костный мозг нормоклеточный, ближе к гиперклеточному. Миелоидный, гранулоцитарный росток с резко выраженными признаками дисэритропоэза, эритроидный росток нормобластический с выраженными признаками дисэритропоэза. Мегакариоциты в достаточном количестве. Кариотип костного мозга от мая 2026 г.: 46, XX (ср20) – нарушений не обнаружено. Трепанобиопсия от мая 2026 г.: гипоклеточный костный мозг (30–45% площади лакун). На протяжении 1/3 биоптата – лакуны выполнены жировым костным мозгом. Резко выраженное сужение гранулоцитарного ростка с нарушением созревания. Крупные очаги нормобластического эритропоэза, с остановкой созревания на уровне полихроматофильных нормобластов, очаги мегалобластического эритропоэза с остановкой созревания на уровне эритробластов. Ограничение мегакариоцитарного ростка, диспластические изменения мегакариоцитов. На основании данных лабораторно-инструментальных методов исследования был выставлен диагноз «миелодиспластический синдром с мультилинейной дисплазией».
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *В приведенном нами клиническом наблюдении следует подчеркнуть, что именно данные трепанобиопсии позволяют поставить окончательный диагноз МДС. Несмотря на то что МДС характерен для лиц пожилого возраста, не стоит забывать о возможном дебюте и у молодых пациентов.*

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК И ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ИНДЕКСЫ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ТЕРАПИИ

Морозова К.П.
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая ревматологическая больница № 25» имени В.А. Насоновой, г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Коморбидная нагрузка при ревматоидном артрите (РА) традиционно оценивается по отдельным нозологиям, что не отражает суммарного влияния сопутствующей патологии и сердечно-сосудистого риска на прогноз пациента. Общепопуляционная шкала SCORE2 не учитывает прием глюкокортикоидов (ГК) и наличие системного воспалительного заболевания, тогда как QRISK3 включает эти факторы, что делает сопоставление обеих шкал у пациентов с РА клинически значимой задачей.
Цель. Сопоставить 10-летний сердечно-сосудистый риск по шкалам SCORE2 и QRISK3, а также значения индексов RDCI, CCI и MMI у пациентов с РА трех терапевтических групп.
Материал и методы. В проспективное исследование включены 186 пациентов с РА. Пациенты 1-й группы получали терапию олокизумабом, метотрексатом и ГК (n=74), 2-й группы – олокизумабом и метотрексатом (n=57), 3-й группы – метотрексатом и ГК (n=55). Рассчитаны 10-летний сердечно-сосудистый риск по шкалам SCORE2 и QRISK3, а также индексы коморбидности: специфичный для ревматических заболеваний индекс RDCI (Rheumatic Disease Comorbidity Index), индекс Чарлсона CCI (Charlson Comorbidity Index) и адаптированный индекс мультиморбидности MMI (Multimorbidity Index). Проведены межгрупповое сравнение и корреляционный анализ шкал риска с числом коморбидных заболеваний.
Результаты. Значения всех индексов коморбидности (RDCI, CCI, MMI) были статистически значимо выше в 1-й группе пациентов, получавших терапию олокизумабом, метотрексатом и ГК, по сравнению со 2-й группой (олокизумаб + метотрексат) и 3-й группой (метотрексат + ГК) ($p < 0{,}001$ для всех сравнений). Медиана RDCI составила 2,0 балла в 1-й группе против 0,0 балла во 2-й и 3-й группах, медиана CCI – 2,0 против 1,0 и 1,0 балла соответственно и медиана MMI – 6,0 балла против 3,0 и 4,0 балла соответственно. Полученные различия указывают на более выраженную коморбидную нагрузку у пациентов, дополнительно получающих ГК на фоне комбинированной терапии олокизумабом и метотрексатом. При анализе шкал сердечно-сосудистого риска шкала QRISK3 продемонстрировала более высокую корреляцию с числом коморбидных заболеваний по сравнению со SCORE2 ($\rho=0{,}67$ против $\rho=0{,}62$). QRISK3 статистически значимо разграничивала все три группы пациентов между собой, тогда как SCORE2 такой разграничивающей способностью не обладала. Это согласуется с особенностями алгоритма SCORE2, который не учитывает наличие РА и прием ГК как самостоятельные факторы кардиоваскулярного риска, в отличие от QRISK3.
Выводы. *Пациенты, получающие терапию олокизумабом, метотрексатом и ГК, характеризуются наиболее высокой коморбидной нагрузкой по всем использованным индексам. Шкала QRISK3 обладает большей дискриминационной способностью в отношении схемы терапии и коморбидного статуса у пациентов с РА по сравнению со SCORE2.*

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НЕДОСТАТОЧНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Морозова К.П.
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая ревматологическая больница № 25» имени В.А. Насоновой, Россия

Актуальность. Контролируемая отмена глюкокортикоидов (ГК) при ревматоидном артрите (РА) сопряжена с риском недостаточного восстановления кортизола и развития вторичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина при этом малоспецифична, а факторы, ограничивающие функциональный резерв надпочечников при снижении дозы ГК, изучены недостаточно, что затрудняет раннее выделение пациентов, нуждающихся в более медленном темпе отмены терапии.
Цель. Выявить клинико-демографические факторы, ассоциированные с недостаточным приростом уровня кортизола на фоне контролируемого снижения дозы глюкокортикоидов у пациентов с ревматоидным артритом.
Материал и методы. У 129 пациентов с РА и низкой степенью активности по индексу DAS28 ≤3,2, получавших ГК, проводилось поэтапное снижение дозы перорального преднизолона под контролем клинического состояния и стероидного профиля методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с повторной оценкой через 4 мес. и заключительным обследованием к 7-му месяцу наблюдения. Анализировалась связь динамики уровня кортизола с клинико-демографическими и серологическими характеристиками пациентов.
Результаты. Недостаточное увеличение уровня кортизола на фоне снижения дозы ГК статистически значимо ассоциировалось с наличием артериальной гипертензии (p=0,010), АЦЦП-позитивностью (p=0,018), более старшим возрастом пациентов (p=0,024) и клинической стадией заболевания (p=0,030). Указанные факторы отражают совокупность возрастных, метаболических и иммунологических характеристик, ограничивающих функциональный резерв коры надпочечников при снижении экзогенной глюкокортикоидной нагрузки.
Выводы. *Наличие артериальной гипертензии, АЦЦП, старшего возраста и более выраженной клинической стадии РА следует рассматривать как факторы риска замедленного восстановления функции надпочечников, что требует более осторожной и медленной тактики снижения дозы ГК у данной категории пациентов.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕРОИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Морозова К.П.
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Подавление функции коры надпочечников на фоне длительного приема системных глюкокортикоидов (ГК) при ревматоидном артрите (РА) обычно оценивается по неспецифичным клиническим признакам. Существующие методы оценки функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы не всегда позволяют прогнозировать исход отмены ГК, а применение высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) для количественной оценки полного стероидного профиля у больных РА остается малоизученным направлением.
Цель. Оценить функциональное состояние надпочечников у пациентов с РА, получающих различные схемы терапии с применением ГК, методом ВЭЖХ и установить независимые клинические предикторы развития стероидозависимости.
Материал и методы. В открытое сравнительное одноцентровое проспективное исследование включены 186 пациентов с серопозитивным РА, с низкой активностью заболевания по DAS28 ≤3,2, получавших терапию ≥12 нед.: олокизумаб+метотрексат+ГК (n=74), олокизумаб+метотрексат без ГК (n=57) и метотрексат+ГК (n=55). Методом ВЭЖХ определены уровни кортизола, кортизона, кортикостерона, 11–дегидрокортикостерона, 11–дезоксикортизола, 11–дезоксикортикостерона и 18–гидроксикортикостерона. Вклад клинических факторов оценен методом многофакторной логистической регрессии.
Результаты. У пациентов, получавших ГК в составе комплексной терапии, установлено статистически значимое снижение уровней кортизола, кортизона, кортикостерона и 11–дегидрокортикостерона по сравнению с группой, не получавшей ГК, что свидетельствует о дозозависимом угнетении эндогенного стероидогенеза на фоне экзогенной глюкокортикоидной нагрузки. Наиболее выраженное снижение было в группе пациентов, получавших метотрексат+ГК. Независимыми предикторами развития стероидозависимости по результатам многофакторного анализа явились большая длительность терапии ГК (p=0,006) и более высокая стартовая доза ГК (p=0,024), что согласуется с представлением о кумулятивном характере супрессии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Мужской пол, напротив, ассоциировался со статистически значимо сниженным риском данного исхода (ОШ 0,20; 95% ДИ 0,05–0,77), что может отражать особенности стероидного метаболизма и требует дальнейшего изучения в более крупных выборках.
Выводы. *Определение полного стероидного профиля в сочетании с учетом клинических предикторов позволяет на раннем этапе выделять больных группы риска стероидозависимости и обоснованно планировать дальнейшую тактику ведения, включая темп возможного снижения дозы ГК.*

СИСТЕМНЫЙ МАСТОЦИТОЗ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Москаленко А.С., Чеснокова О.В.
ГБУЗ ПККБ № 1, г. Владивосток, Россия

Введение. Мастоцитоз – гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся чрезмерной пролиферацией и накоплением аномальных тучных клеток (ТК) и симптомами, связанными с медиаторами. ТК (мастоциты) представлены в различных органах и тканях. Клинические проявления мастоцитоза обусловлены дегрануляцией ТК и выбросом биологически активных веществ в кровоток. Системный мастоцитоз (СМ) с поражением ЖКТ в примерах.
Описание случая. Пример 1. Пациентка М., 1967 г.р. С юности диарея, крапивница. В 2017 г. эозинофилия 17%. С 2018 г. боль в животе и диарея с кровью. При колоноскопии (КС) 2019 г: в восходящей кишке язвы до 8 мм. При морфологическом исследовании: выраженная эозинофильная инфильтрация. Выставлен диагноз «язвенный колит» (ЯК). Терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5АСК) и топическими ГКС (тГКС) сопровождалась клиническим ответом. Диагностически значимым стал пересмотр биопсийного материала в 2022 г.: на фоне инфильтрации эозинофилов обнаружены скопления ТК с экспрессией CD117+++. После выявлены повышение уровня триптазы >200 мкг/л и мутация KIT D816V. В 2023 г. установлен диагноз СМ с поражением кожи, костного мозга и ЖКТ. Пример 2. Пациентка М., 1949 г.р. В анамнезе эпизоды крапивницы. С 2018 г. отмечала кровь в кале, в 2022 г. при КС – множественные эрозии слизистой оболочки толстой кишки. При гистологическом исследовании: выраженная эозинофильная инфильтрация. Фекальный кальпротектин 1145 мкг/г (N 0–50). Выставлен диагноз ЯК, назначена терапия 5–АСК и системными ГКС, с клиническим эффектом. После отмены преднизолона – рецидив диареи. В 2023 г. КС: слизистая оболочка толстой кишки – множественные скелетированные рубцы, единичные афты. В прямой кишке: выраженная отечность, яркая гиперемия, множественные язвы до 1 см. Гистологическое заключение: обилие эозинофилов. Это требовало исключения СМ. Проведен ИГХ анализ, выявлена экспрессия CD117++. Исследована триптаза 29,1 мкг/л (N 0–11,4), при биопсии участка кожи – множественные тучные клетки, все в комплексе позволило диагностировать СМ с поражением кожи, ЖКТ, индолентная форма. На фоне базисной терапии (тГКС 9 мг через день+ 5АСК 2,4 г/сут.) с 2024 г. клиническая ремиссия. В 2025 г. при КС – эндоскопическая ремиссия.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Сложность диагностики СМ в представленных примерах связана со схожей клинической картиной, данными лабораторных и инструментальных методов исследования при ВЗК (ЯК). Клинические проявления СМ многогранны, что требует от врачей знаний об этой нозологии и клинической настороженности.*

НЕИНСУЛИНОВЫЕ ИНДЕКСЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Московкина Е.И.
Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) – наиболее частое метаболическое осложнение беременности, а избыточная масса тела и ожирение – главный модифицируемый фактор риска. Глюкоза натощак в III триместре малоинформативна, а инсулиновые индексы (HOMA–IR) трудоемки и дороги. Неинсулиновые индексы инсулинорезистентности рассчитываются по рутинным показателям и могут стать доступным инструментом раннего скрининга.
Цель. Оценить диагностическую ценность неинсулиновых индексов инсулинорезистентности для прогнозирования ГСД у беременных с различным ИМТ до беременности.
Материал и методы. Обследованы 173 беременные в III триместре: группа 1 – нормальный вес (n=92), группа 2 – избыточный вес (n=45), группа 3 – ожирение (n=36). Оценены углеводный и липидный обмен, рассчитаны индекс триглицериды–глюкоза (TyG), индекс триглицериды–глюкоза с учетом ИМТ (TyG–BMI), соотношение триглицеридов к липопротеинам высокой плотности (ТГ/ЛПВП), метаболический балл инсулинорезистентности (METS–IR). Статистический анализ: применены критерий Краскела–Уоллиса, χ^2 Пирсона, корреляция Спирмена, логистическая регрессия, факторный анализ, кластерный анализ и ROC-анализ, тест тренда Кокрана–Армитиджа.
Результаты. Частота ГСД нарастала с увеличением ИМТ: 30,8, 57,8 и 72,2% (χ^2=20,93; p <0,0001), с достоверным линейным трендом «доза–эффект» (z=4,52; p <0,0001). Неинсулиновые индексы значимо различались между группами (p <0,0001), но глюкоза натощак различий не имела (p=0,063). Наибольшую связью с ГСД имели METS–IR (r=0,33) и TyG–BMI (r=0,32; p <0,0001). В логистической регрессии METS–IR независимо повышал шансы ГСД в 1,79 раза на каждое стандартное отклонение (ОШ 1,79; 95% ДИ 1,23–2,62; p=0,002; AUC модели 0,73). ROC-анализ: METS–IR показал наилучшую прогностическую ценность (AUC 0,69; 95% ДИ 0,61–0,77) при пороге >32,6 (чувствительность 73,8%, специфичность 64,1%). Кластерный анализ выявил фенотип «метаболически неблагополучного ожирения»: при одинаковом ИМТ (~29) подгруппа с гиперинсулинемией имела частоту ГСД 80,6 против 58,2% (p <0,0001).
Выводы. *Риск ГСД растет по градиенту ИМТ. METS–IR – лучший неинсулиновый предиктор ГСД, превосходящий глюкозу натощак и изолированный инсулин; порог >32,6 пригоден для скрининга. Деление только по ИМТ недостаточно: метаболический фенотип выявляет группу максимального риска, требующую ключевого наблюдения.*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО РУТИННЫМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Мостовая В.В.
ФГАОУ ВО «Дальневосточный федеральный университет», г. Владивосток, Россия

Актуальность. Ограниченная диагностическая результативность плановой инвазивной коронарографии у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца определяет необходимость совершенствования оценки предтестовой вероятности обструктивного поражения коронарных артерий. Комплексная оценка рутинных клинико-лабораторных показателей, отражающих воспалительный ответ, липидный обмен и состояние гемостаза, может повысить точность стратификации риска и обоснованность направления на инвазивное обследование.
Цель. Разработать интерпретируемую модель оценки вероятности обструктивного поражения коронарных артерий (ОПКА) у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца на основе рутинных клинико-лабораторных показателей.
Материал и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное когортное исследование 1005 пациентов (687 мужчин; медиана возраста 65,2 [60; 72] года), которым выполнена плановая инвазивная коронарография. ОПКА определяли как сужение просвета эпикардиальной коронарной артерии более 50%. Проанализированы 53 демографических, клинических и лабораторных признака. Пороговые значения потенциальных предикторов определяли по максимальному значению площади под ROC-кривой в однофакторных логистических моделях. Многофакторные логистические модели строили с учетом мультиколлинеарности; обучение и стратифицированную кросс-валидацию методом Монте–Карло проводили на 70% выборки, итоговую оценку – на независимой тестовой выборке, составившей 30%.
Результаты. ОПКА выявлено у 774 (77,0%) пациентов, необструктивное поражение – у 231 (23,0%). Наиболее сильная ассоциация с ОПКА установлена для отношения нейтрофилов к холестерину липопротеидов высокой плотности более 2,38 (отношение шансов [ОШ] 3,20; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,90–5,32; p <0,001), доли эозинофилов 0,85–2,50% (ОШ 2,80; 95% ДИ 1,95–4,02; p <0,001), отношения фибриногена к международному нормализованному отношению более 3,63 (ОШ 2,44; 95% ДИ 1,42–4,21; p=0,001) и протромбинового времени менее 13,1 с (ОШ 2,36; 95% ДИ 1,60–3,49; p <0,001). Итоговая модель включала мужской пол, возраст 40–67 лет, долю эозинофилов 0,85–2,50%, долю нейтрофилов более 53%, число лейкоцитов более $6{,}23\times10^9$/л, фибриноген более 3,52 г/л, холестерин липопротеидов высокой плотности менее 1,33 ммоль/л и протромбиновое время менее 13,1 с. На отложенной тестовой выборке площадь под ROC-кривой составила 0,778 (95% ДИ 0,749–0,807), чувствительность – 72,1%, специфичность – 72,8%.
Выводы. *Модель из восьми рутинных клинико-лабораторных признаков продемонстрировала приемлемую дискриминационную способность в отношении ОПКА. После внешней проспективной валидации она может использоваться для дополнительной оценки предтестовой вероятности, но не как самостоятельное основание для КАГ.*

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Мохамед А.В.Х.[1], Губанова А.В.[1], Зенкина А.Н.[1], Виноградова Э.С.[1], Абызов А.С.[2], Поскакалова А.Е.[1], Паукова Е.А.[1]

[1] ООО «Инновационная медицина» (СберЗдоровье), г. Москва, Россия

[2] ФГБОУ ВО ЧГУ им.И.Н.Ульянова, ООО «Инновационная медицина» (СберЗдоровье), г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска сердечно-сосудистых событий. Снижение систолического артериального давления (АД) на 10 мм рт. ст. пропорционально уменьшает риск больших сосудистых осложнений на 20%. Несмотря на доступность терапии, целевых уровней АД достигают лишь 23% пациентов. Дистанционный мониторинг АД позволяет оптимизировать титрацию антигипертензивных препаратов.

Цель. Оценить эффективность дистанционного мониторинга АД и влияние приверженности пациентов к самоконтролю на достижение целевых значений АД.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 5100 пациентов с АГ (медиана возраста 59 [50; 67] лет, 37,8% мужчин), использующих платформу дистанционного наблюдения. Критерии включения: возраст ≥18 лет, среднее АД за первую неделю ≥140/90 мм рт. ст., наличие не менее 10 измерений АД в разные дни с автоматической передачей данных в течение периода наблюдения. Оценивалась динамика АД и частота достижения целевых уровней (<140/90 и <130/80 мм рт. ст.) через 30, 90 и 180 дней. Пациенты были стратифицированы на группы с высокой и низкой приверженностью к дистанционному мониторингу на основе регулярности передачи данных в платформу. Все пациенты предоставили информированное добровольное согласие.

Результаты. Исходно медианное систолическое АД (САД) составило 139,5 [133,1; 146,7] мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – 83,3 [77,0; 89,4] мм рт. ст. Через 180 дней зафиксировано достоверное снижение САД до 133,4 [126,7; 140,6] мм рт. ст. и ДАД до 79,4 [72,9; 85,8] мм рт. ст. ($p < 0,05$). Целевых значений <140/90 мм рт. ст. через 6 мес. достигли 73,0% пациентов, <130/80 мм рт. ст. – 32,0% ($p < 0,001$). Выявлена значимая зависимость контроля АД от приверженности: в группе с высокой приверженностью к дистанционному мониторингу целевого уровня <140/90 мм рт. ст. достигли 50,8% пациентов, тогда как в группе с низкой приверженностью лишь 16,2% ($p < 0,05$). Аналогичная динамика отмечена для целевых значений <130/80 мм рт. ст. (34,1 против 15,5%; $p < 0,05$).

Выводы. *Дистанционный мониторинг АД обеспечивает достижение целевых уровней у большинства пациентов с АГ. Эффективность метода зависит от приверженности самоконтролю, что обосновывает его внедрение в рутинную практику для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.*

РАННИЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ АФРИКАНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Мохаммед Х.Х.А.[1], Курникова И.А.[2], Данилина Н.О.[1], Абдельхафиз М.В.Э.[3]
[1] Аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, гематологии *и клинической лабораторной диагностики Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва, Россия*
[2] Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, г. Москва, Россия
[3] Врача-терапевт г. Пушкино, г. Москва, Россия

Актуальность. Ожирение – пандемическая медико-социальная проблема, с тревожным ростом среди молодежи из-за урбанизации, гиподинамии и пищевых изменений.
В Африке показатели высоки: в Камеруне избыточный вес у 38,1% взрослых, ожирение – у 23,8%, в сельских районах ЮАР среди молодых – до 35%. Снижение вариабельности сердечного ритма (ВСР) отражает усиление симпатического тонуса и служит независимым предиктором сердечно-сосудистых рисков.
Цель. Изучить особенности вегетативной регуляции сердца по показателям вариабельности сердечного ритма у молодых пациентов африканского происхождения с ожирением.
Материал и методы. В исследование включены 24 молодых пациента (средний возраст 24,4±1,32 года), разделены на две группы по 12 человек: с ожирением (ИМТ 34,3±4,0; 6 мужчин и 6 женщин) и здоровые с нормальным весом (ИМТ 21,1±1,7; 6/6). Проведены сбор анамнеза, физикальный осмотр с оценкой ИМТ, окружностей талии и бедер, их соотношения и индекса висцерального ожирения, лабораторные тесты и суточное мониторирование ЭКГ (аппарат Валента 8) с оценкой временных и частотных показателей ВСР (SDNN, PNN50, LF).
Результаты. При анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с ожирением было выявлено статистически значимое повышение общих показателей ВСР: SDNN (155,8±42,3 против 148,3±38,27 мс в контрольной группе; $p < 0,02$) и pNN50 (16,9±10,5 против 15,3±9,8%; $p < 0,01$). Выявленные изменения свидетельствуют о снижении вагосимпатического баланса и могут отражать тенденцию к гиперсимпатикотонии. Кроме того, в данной группе пациентов зарегистрировано достоверное увеличение относительной мощности низкочастотного компонента спектра ВСР (LF% – 11,5±5,3 против 10,8±4,9% в контрольной группе; $p < 0,003$). Полученные данные указывают на повышенную симпатическую активность, что, вероятно, связано с перенапряжением центральных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы, характерным для состояния гиперсимпатикотонии.
Выводы. *У молодых африканцев с ожирением выявлены достоверные изменения ВСР с преобладанием симпатического тонуса, что указывает на ранние центральные нарушения регуляции и служит неблагоприятным прогностическим признаком. Данные обосновывают раннюю диагностику вегетативных дисфункций и профилактику.*

ЭКТОПИЧЕСКИЕ РАСТВОРИМЫЕ РЕЦЕПТОРЫ TAS2R31 И TAS2R38 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Муркина Р.Г.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной терапии с курсом аллергологии и иммунологии имени академика М.В. Черноруцкого с клиникой, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. С учетом трудностей в достижении контроля над бронхиальной астмой (БА) интерес представляют рецепторы Tas2R, обнаруженные на гладкомышечных клетках бронхов и лейкоцитах. Предполагаемые Tas2R-опосредованные бронходилатирующий и противовоспалительный эффекты определяют актуальность изучения их сывороточного пула при бронхиальной астме.
Цель. Провести сравнительный анализ уровней эктопических растворимых рецепторов Tas2R31 и Tas2R38 у пациентов с различными клинико-функциональными характеристиками бронхиальной астмы.
Материал и методы. Обследованы 34 практически здоровых лица, 76 больных с аллергической бронхиальной астмой (АБА) и 42 больных с неаллергической бронхиальной астмой (НАБА). Проводили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее общеклинические методы, цитологический и бактериологический анализы мокроты, а также аллергологическое исследование и исследование функции внешнего дыхания. Уровни рецепторов Tas2R31 и Tas2R38 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом согласно инструкции к тест-системе фирмы Cloud–Clone Corp. (США) в парных образцах при спектрофотометрии с длиной волны 450 нм и построением калибровочной кривой «от точки к точке».
Результаты. Выявлено, что уровни рецепторов Tas2R31 и Tas2R38 в сыворотке крови при различных вариантах бронхиальной астмы существенно различаются. При НАБА этот уровень достоверно выше, чем при АБА для обоих субтипов рецепторов.
Выявлена значимая положительная корреляционная связь уровня рецептора Tas2R31 и тяжести течения бронхиальной астмы. При этом зафиксирован значимый негативный характер связи уровня экспрессии рецептора Tas2R31 с такими функциональными показателями бронхиальной проходимости, как ОФВ1, МОС50, МОС75, СОС25–75, индекс Тиффно. Также установлена достоверная положительная связь уровня рецептора Tas2R31 с лекарственной ($r=0,456$, $p=0,033$, $n=22$) и микотической ($r=0,606$, $p=0,004$, $n=21$) сенсибилизацией.
Обнаружены значимые связи уровней рецептора Tas2R38 с процентными показателями форменных элементов крови в лейкограмме: с моноцитами ($r=0,413$, $p=0,0102$, $n=38$) и нейтрофилами ($r=–0,468$, $p=0,018$, $n=38$).
Выводы. *Полученные данные соответствуют концепции растворимых рецепторов Tas2R, согласно которой им отводят роль «белков–ловушек», блокирующих клеточные функции мембранных форм Tas2R.*

ПРОСПЕКТИВНАЯ ВАЛИДАЦИЯ ШКАЛЫ MEZO ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ 12-МЕСЯЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Муса Х.Х.Д., Селиванов Г.А., Кокорин В.А.
ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность. Ранее нами на основании ретроспективного исследования была предложена шкала Mezo, включавшая три независимых предиктора 12-месячной летальности у пациентов, выписанных из стационара после перенесенной ТЭЛА: уровень гемоглобина (Hb), расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) и фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Модель продемонстрировала высокую дискриминационную способность в обучающей выборке (AUC 0,906; 95% ДИ 0,852–0,960).
Цель. Провести проспективную валидацию шкалы Mezo для прогнозирования 12-месячной летальности у пациентов, выписанных из стационара после перенесенной ТЭЛА.
Материал и методы. В проспективное исследование включены 103 пациента, выписанных из стационара после эпизода ТЭЛА. Всем пациентам на госпитальном этапе определяли уровень гемоглобина, рСКФ и ФВ ЛЖ. Конечная точка – смерть от любой причины в течение 12 мес. после выписки. Дискриминационную способность шкалы оценивали с помощью ROC-анализа. Валидационная выборка была сопоставима с исходной ретроспективной когортой по основным демографическим и клиническим характеристикам: возрасту (64,0 [52,0;72,0] против 64,0 [57,0;71,0] года; p=0,897), частоте летальных исходов (10,7 против 13,3%; p=0,532), распространенности анемии (45,8 против 42,7%; p=0,629).
Результаты. За период 12-месячного наблюдения летальный исход наступил у 11 (10,7%) пациентов. При проспективной валидации шкалы Mezo площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,848 (95% ДИ 0,752–0,944; p <0,001), что подтверждает хорошую дискриминационную способность модели. Отмечено закономерное незначительное снижение AUC при внешней валидации по сравнению с обучающей выборкой (0,906 vs 0,848). Калибровка модели оценена с помощью теста Хосмера–Лемешоу: χ^2=1,679, df=8, p=0,989. При пороговом значении p=0,08, установленном на этапе разработки, чувствительность модели составила 90,9%, специфичность – 69,6%.
Выводы. *Проспективная валидация подтвердила высокую прогностическую точность шкалы Mezo (AUC 0,848) для оценки 12-месячной летальности после ТЭЛА. Для подтверждения клинической применимости необходимо многоцентровое исследование.*

ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНОТИПА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 45–69 ЛЕТ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Мустафина С.В., Шишакина Ю.А., Щербакова Л.В., Рябиков А.Н., Рымар О.Д.
НИИ терапии и профилактической медицины – филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. В последние годы растет интерес к изучению хронотипа как фактора, влияющего на метаболическое здоровье. Нарушения циркадных ритмов связывают с инсулинорезистентностью, ожирением и дислипидемией. Однако остается неясным, является ли сам хронотип независимым фактором развития сахарного диабета 2-го типа у лиц без этого заболевания в анамнезе. Результаты могут стать основой для персонализированных рекомендаций по профилактике.
Цель. Оценить хронотип у мужчин и женщин с впервые возникшим сахарным диабетом 2-го типа.
Материал и методы. Исследование выполнено на основе базы данных международного проекта HAPIEE. Хронотип определяли по Мюнхенскому опроснику (MCQT). Проанализирован показатель медианы сна (MSF_sc) с коррекцией на пол и возраст. Опрошены 887 человек. Исключены: неспонтанное пробуждение (56), неполный опросник (2), ночная работа (114). В анализ вошли 502 человека без сахарного диабета 2-го типа (СД2) в анамнезе (из 715 исключили 112 с СД2). Период наблюдения – 2008–2025 гг. Диагноз СД2 ставили по критериям американской диабетической ассоциации (2013): глюкоза натощак ≥7,0 ммоль/л однократно после 8-часового голодания, либо при лечении или регистрации в регистре СД. Статистика – SPSS 13.0.
Результаты. За период наблюдения к 2025 г. из 715 обследуемых выявлены 112 новых случаев СД2, из них 24 (21%) у мужчин и 88 (79%) женщин. У мужчин с вновь возникшим СД2 показатели хронотипа составили 3,03±0,14 ч, в группе без возникшего СД2 составили 3,53±0,95 ч, $p < 0,037$, что показывает связь более раннего хронотипа с новыми случаями СД2. У женщин с впервые выявленным СД2 показатель хронотипа составил 3,49±0,83 ч и не имел достоверных отличий от средних значений хронотипа в группе, у которой не развился СД2 3,49±0,05 ч, $p > 0,938$.
Выводы. *В ходе исследования выявлены половые отличия в развитии новых случаев СД2. У мужчин, в отличие от женщин, новые случаи СД2 ассоциированы с более ранними показателями хронотипа.*

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

Мыльникова Е.С.[1], Уфимцева М.А.[2], Попов А.А.[3], Бочкарев Ю.М.[1]
[1] ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации, Свердловский областной кожно-венерологический диспансер, г. Екатеринбург, Россия
[2] Свердловский областной кожно-венерологический диспансер, г. Екатеринбург, Россия,
[3] МАУ Городская детская поликлиника № 13, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Псориаз характеризуется высокой коморбидностью, а выявление критериев метаболического синдрома (МС) ассоциировано с тяжестью течения дерматоза. Возможные изменения метаболизма витамина D при наличии МС могут оказывать влияние на клинические особенности псориаза.
Цель. Оценка ассоциации компонентов МС с обеспеченностью витамином D и клиническими особенностями течения псориаза.
Материал и методы. В одномоментное исследование включены 136 пациентов (69 женщин, 67 мужчин), медиана возраста женщин 39 лет (34,0÷47,0), мужчин – 37 лет (29,0÷49,5) со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза. Проведена оценка антропометрических данных, индекса PASI, лабораторных и клинических критериев МС, липидного спектра и уровня 25(OH)-холекальциферола сыворотки.
Результаты. Более тяжелое течение псориаза ассоциировано со значимо бóльшим числом компонентов МС: абдоминальное ожирение (p=0,015 у мужчин; p=0,007 у женщин), гипертриглицеридемия у мужчин (p=0,038), артериальная гипертензия и нарушенная толерантность к глюкозе у женщин (p=0,027 и p=0,018 соответственно). У пациентов с тяжелым течением псориаза чаще встречался выраженный дефицит витамина D в сравнении с пациентами с псориазом средней степени тяжести (p <0,05). Уровень 25(OH)D сыворотки обратно коррелировал со степенью тяжести дерматоза (p=0,011 у мужчин и p <0,001 у женщин) и был наиболее тяжелым при наличии абдоминального ожирения (p=0,043 у мужчин; p=0,003 у женщин), гипертриглицеридемия (p=0,028 у мужчин; p=0,008 у женщин), а у женщин и артериальной гипертензии (p=0,022).
Выводы. *Увеличение числа компонентов метаболического синдрома значимо ассоциировано с худшей обеспеченностью холекальциферолом и более тяжелым течением псориаза у мужчин и женщин трудоспособного возраста.*

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САРКОПЕНИЕЙ

Мязин Р.Г., Стаценко М.Е., Развaляева О.В., Устинова М.Н.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Наличие саркопении у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) может снижать качество и продолжительность их жизни, что требует детального исследования указанной коморбидной патологии.
Цель. Проанализировать коморбидность саркопении при НАЖБП.
Материал и методы. Нами проведено комплексное обследование 1840 пациентов 45–90 лет с НАЖБП. У 415 больных (22,5%) обнаружена коморбидность НАЖБП с саркопенией на основании снижения их мышечной силы (<27 кг у мужчин; <16 кг у женщин), измеренной кистевыми динамометрами (группа 1). Контрольная группа 2, включающая 63 пациентов с НАЖБП без саркопении, была сравнима с группой 1 по основным клинико-демографическим показателям. В группах оценивались индекс массы тела, окружность голени, соотношение объема талии/бедер; структура паренхимы печени ультразвуковым методом; содержание висцерального жира методом биоэлектрического импеданса, измерение мышечной силы кистевым динамометром, краткая батарея тестов физической активности, уровень аммиака капиллярной крови.
Результаты. Полученные результаты далее подвергались статистическому анализу (Microsoft Excel; Statistica 10.0). Методом кистевой динамометрии в группе 1 выявлено достоверное снижение мышечной силы на 52,3% (13,6 кг) при сравнении с группой 2 (28,6 кг). В группе 1 выявлено существенное и достоверное повышение уровня аммиака капиллярной крови на 30,7% (130,6 мкмоль/л – средняя гипераммониемия) при сравнении с группой 2 (99,7 мкмоль/л – легкая гипераммониемия). В обеих группах выявлен высокий риск стеатоза печени по индексу Fatty Liver Index (FLI) ≥60, который был на 18,7% выше в группе 2. В обеих группах достоверно и значимо выявлены признаки фиброза по индексу Fibrosis–4 index (FIB–4), при этом вероятность развития фиброза в группе 2 (1,82) была на 24,4% выше, чем в группе 1 (1,46). По индексу фиброза Nonalcoholic fatty liver disease Fibrosis Score (NFS) обе группы находились в серой зоне, в группе 1 индекс NFS составил 0,027, в группе 2 индекс NFS составил – 1,213.
Выводы. *У пациентов группы 1 с коморбидностью НАЖБП и саркопении отмечено достоверное снижение мышечной силы и достоверное повышение уровня аммиака крови, что может указывать на воспалительный процесс в печени и мышцах. В обеих группах выявлено достоверное повышение индексов стеатоза и фиброза печени.*

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Набойченко М.Д.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Качество жизни (КЖ) больных – важный интегральный и независимый критерий для оценки тяжести и эффективности лечения при различных заболеваниях, особенно сердечно-сосудистых. Все больше внимания уделяется КЖ у кардиологических пациентов с сопутствующей патологией. Доказано, что ни толерантность к нагрузке, ни сократимость миокарда, ни выраженность стеноза коронарных артерий сами по себе не дают исчерпывающей информации о состоянии пациента.
Цель. Оценить влияние сахарного диабета 2-го типа (СД 2) на показатели КЖ больных артериальной гипертензией (АГ) в пожилом возрасте.
Материал и методы. Качество жизни (КЖ) определяли с помощью опросника SF–36 у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) – 34 пациента, и без СД2 – 40 пациентов. Вторичные АГ исключались. Опросник заполнялся самостоятельно. Результаты выражали в баллах от 0 до 100, где больше баллов выше КЖ. Оценивали физический и психологический статус по 8 шкалам: физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность боли, общее состояние здоровья (физический компонент); жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем, психическое здоровье (психологический компонент). На основе этих шкал вычисляли итоговые оценки компонентов здоровья.
Результаты. У пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) оценивалось качество жизни (КЖ) по SF–36 в зависимости от наличия СД2. Анализ показал снижение КЖ по всем восьми шкалам у больных с сочетанной патологией. В физическом компоненте у пациентов с СД2 достоверно ниже баллы по шкалам боли (BP), общего здоровья (GH) и ролевого физического функционирования (RP) по сравнению с группой без СД2 ($p < 0,05$). Итоговый физический компонент (PH) также снижен в обеих группах, но у больных с СД2 он значимо меньше: 40,5 против 48,9 балла ($p = 0,05$).
В психологическом компоненте различия выявлены по шкалам социального функционирования (SF) и эмоционально-ролевого функционирования (RE) – ниже при наличии СД2 ($p < 0,05$). Однако итоговый психологический компонент (MH) достоверно не различался между группами ($p > 0,05$), что говорит о сходном влиянии АГ на психический статус вне зависимости от сопутствующего диабета.
Выводы. *У пожилых пациентов с АГ и СД2 КЖ ухудшается преимущественно за счет физического компонента, тогда как психологический компонент страдает меньше.*
В клинической практике целесообразно определять КЖ с использованием опросника MOS SF–36 для оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Нахратова О.В., Баздырев Е.Д., Цыганкова Д.П., Артамонова Г.В.
НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Кардиометаболические факторы риска развития сердечно-сосудистых событий имеют важное значение, особенно среди лиц с сахарным диабетом.
Цель. Провести анализ распространенности кардиометаболических факторов риска, в зависимости от наличия сахарного диабета 2-го типа среди населения крупного региона Сибири.
Материал и методы. Программа исследования сформирована из группы жителей Кемеровской области в возрасте 25–64 лет (n=1626 (64,5% женщин и 35,4% мужчин)) в ходе многоцентрового эпидемиологического исследования. Всем участникам проводился скрининг на наличие кардиометаболических факторов риска: гипергликемии, артериальной гипертензии, ожирения, оцененного по разным критериям, дислипидемии, повышенного уровня мочевой кислоты, данные анамнеза. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Statistica 6.0. Средний возраст составил 55 (49;60) лет. Все участники были разделены на лиц с наличием сахарного диабета и без него.
Результаты. Ожирение, оцененное по индексу массы тела, встречалось более чем у половины респондентов с диабетом (59,4 против 30,1%, p=0,001) а объем талии (ОТ) был больше на 7 см (110 против 103 см) в отличие от лиц без СД. Лица без СД были моложе (46,5 против 55 лет, p=0,05), лиц без него. Избыточная масса тела в виде ожирения встречалась чаще среди лиц с нарушением углеводного обмена (59,4 против 30,1%, p=0,001), величина индекса массы тела была выше (32,1 против 26,8 кг/м^2, p=0,001), а ОТ (110 против 103 см, p=0,05) при СД, в отличие от другой группы респондентов. Высокий процент гипертензии наблюдался как среди лиц без СД 53,6%, так и лиц с СД 81% (p=0,001), и, как следствие, ишемическая болезнь сердца (17,8 против 6,9%, p=0,001) и перенесенный инфаркт миокарда ранее (4,0 против 1,2%, p=0,004) встречались значительно чаще среди диабетиков. Показатели липидного спектра в виде повышения средних значений холестерина (5,31против 5,03 ммоль, p=0,01), а также процент превышения мочевой кислоты (21,1 против 14,2%, p=0,003) были значительно выше у лиц сахарным диабетом в отличие от лиц без диабета.
Выводы. *Данная работа продемонстрировала высокую распространенность кардиометаболических факторов риска среди лиц с сахарным диабетом, в отличие от лиц без нарушения углеводного обмена.*

ЭКТОПИЧЕСКИЕ МЕМБРАННЫЕ РЕЦЕПТОРЫ TAS2R10 И TAS2R14 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Нема М.А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на успехи в терапии бронхиальной астмы (БА), достижение полного контроля над заболеванием остается нерешенной проблемой. Обнаружение Tas2R-рецепторов вне их канонической локализации, в том числе на гладкомышечных клетках бронхов и циркулирующих лейкоцитах, расширяет представление о патогенезе БА. Предполагаемые Tas2R-опосредованные бронходилатирующий и противовоспалительный эффекты обусловливают перспективность их использования в качестве новых терапевтических мишеней.
Цель. Провести сравнительный анализ уровней эктопических мембранных рецепторов Tas2R10 и Tas2R14 в лизатах лейкоцитов крови у пациентов с различными клинико-функциональными характеристиками бронхиальной астмы (БА).
Материал и методы. Обследовано 15 практически здоровых лиц, 10 больных аллергической бронхиальной астмой (АБА) и 8 больных неаллергической бронхиальной астмой (НАБА). Проводили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее общеклинические методы, цитологический и бактериологический анализы мокроты, а также аллергологическое обследование и исследование функции внешнего дыхания. Уровни рецепторов Tas2R10 и Tas2R14 в лизатах лейкоцитов крови определяли иммуноферментным методом согласно инструкции к тест-системе фирмы Cloud–Clone Corp. (США) в парных образцах при спектрофотометрии с длиной волны 450 нм и построением калибровочной кривой «от точки к точке».
Результаты. По результатам исследования статистически значимых различий в уровнях экспрессии мембранных рецепторов Tas2R10 и Tas2R14 у пациентов с АБА, НАБА и лиц контрольной группы не выявлено. Зафиксирована значимая отрицательная корреляционная связь уровня экспрессии рецептора Tas2R10 и ПОСвд. (r=–0,496, p=0,036, n=18), измеренной после бронходилатационной пробы. Также установлена значимая негативная характеристика связи уровня Tas2R14 с такими функциональными показателями бронхиальной проходимости, как ОФВ1, МОС50, МОС75, СОС25–75, ПОСвыд., индекс Тиффно.
Обнаружена значимая отрицательная связь уровня рецептора Tas2R10 с абсолютными показателями эозинофилов (r=–0,491, p=0,009, n=27) периферической крови.
Выводы. *Выявленное увеличение уровня экспрессии Tas2R10 и Tas2R14 на лейкоцитах крови при нарастании бронхиальной обструкции, предположительно, может иметь компенсаторный характер: повышенная продукция и интеграция в мембрану Tas2R10 и Tas2R14 опосредованно угнетают пролиферацию эозинофилов.*

ВЛИЯНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нефедочкина Ю.В.[1], Бернс С.А.[2]
[1] ГБУЗ КО Калужская областная клиническая больница, г. Калуга, Россия
[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Приверженность пациентов к медикаментозной терапии является ключевым фактором, влияющим на эффективность как консервативного, так и хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС), однако объективная оценка приверженности в клинической практике затруднена из-за отсутствия стандартизированных подходов.
Цель. Оценить влияние фактической приверженности к медикаментозной терапии на непосредственные результаты плановой реваскуляризации миокарда у пациентов со стабильной ИБС.
Материал и методы. Дизайн и участники. В проспективное когортное исследование включены 300 пациентов (70% мужчин, средний возраст 65,4±9,1 года), госпитализированных для плановой реваскуляризации: 64,3% – для чрескожного коронарного вмешательства, 35,7% – для коронарного шунтирования. Метод оценки приверженности. Приверженность оценивали с помощью опросника Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ), разделяя потенциальную (оценка врача) и фактическую (общую и к конкретным лекарственным препаратам) приверженность. Пациенты разделены на группы высокой (n=152) и низкой (n=148) фактической приверженности.
Результаты. Пациенты с высокой фактической приверженностью (n=152) получали значимо более высокие суточные дозы аторвастатина (38,5 против 24,1 мг, p <0,001), бисопролола (4,2 против 2,5 мг, p=0,002) и периндоприла (6,1 против 3,8 мг, p=0,005). Выявлена умеренная корреляция приверженности с дозами статинов (ρ=0,45) и длительностью их приема (ρ=0,52). Частота ранних послеоперационных осложнений была в 3,1 раза ниже у пациентов с высокой фактической приверженностью к лечению (5,1 против 15,8%, p=0,03). В группе высокой приверженности отмечены значимо более низкие уровни тропонина Т (в 2,5 раза), креатинкиназы-МВ (в 1,7 раза) и С-реактивного белка (в 2,4 раза) по сравнению с группой низкой приверженности (p <0,05 для всех показателей). Выявлена умеренная корреляция фактической приверженности с динамикой уровня N-концевого пропептида натрийуретического гормона В-типа (NT-proBNP): ρ=0,35–0,38 (p <0,01). Потенциальная приверженность (оценка лечащего врача) не показала значимой связи с объективными исходами, что обосновывает необходимость использования стандартизированных опросников помимо клинического суждения.
Выводы. *Высокая фактическая приверженность к медикаментозной терапии достоверно улучшает непосредственные результаты реваскуляризации миокарда: снижает частоту осложнений, уменьшает выраженность маркеров повреждения миокарда и воспаления, способствует лучшей динамике уровня NT-proBNP.*

ОТ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ЛЕЙКОЗА К ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ПОЗДНЕМ ДЕБЮТЕ

Никитина А.О.[1], Везикова Н.Н.[1], Марусенко И.М.[1], Авдеева Я.А.[2], Мошнина С.М.[2]
[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Петрозаводский государственный университет», Россия
[2]ГБУЗ РК Республиканская больница им. В.А. Баранова, г. Петрозаводск, Россия

Введение. Клинический случай демонстрирует острый дебют системной красной волчанки(СКВ) высокой активности у пациентки, 59 лет. Возраст пациентки, начало заболевания с жизнеугрожающего геморрагического синдрома и подозрения на субарахноидальное кровоизлияние, отягощенный онкологический анамнез, отсутствие типичных симптомов СКВ затруднили дифференциально-диагностический поиск.
Описание случая. Женщина, 59 лет, без вредных привычек, индекс массы тела: 19,8 кг/м^2. В 2013 г. рак левой молочной железы, с 2014 г. ремиссия. Последнее время частые респираторные инфекции, лихорадка. Три дня – отек и боль в голеностопном суставе, геморрагическая сыпь. Утром 09.07.2026 пресинкопальное состояние. Гемодинамика стабильна, дыхательной недостаточности нет. Компьютерная томография – не исключалось субарахноидальное кровоизлияние, с учетом онкоанамнеза предположен канцероматоз оболочек. Тромбоциты 180×10^9/л, лейкоциты 1,4×10^9/л, гемоглобин 89 г/л. Гипокалиемия, гипонатриемия, повышение лактатдегидрогеназы (566,4 ед./л), протеинурия 1,0 г/л, микрогематурия. Госпитализирована с подозрением на острый лейкоз. По результатам обследования (пункция костного мозга, цитогенетическое исследование, анализ мутаций DNMT3A) данных за острый лейкоз, метастатическое поражение не получено. Прямая и непрямая реакции Кумбса отрицательные. Сохранялась критическая тромбоцитопения, резистентная к трансфузии тромбоконцентрата. Антибактериальная терапия не привела к нормализации температуры. В дальнейшем выявлены антинуклеарный фактор 1:2560, гомогенный тип свечения, антитела к двухспиральной ДНК 45,3 ед./мл, С3 компонент комплемента 0,88 г/л, С4 – 0,12 г/л, антитела к β-2 – гликопротеину 41,97 Ед./мл. По результатам обследования у пациентки диагностирована СКВ, острое начало, с поражением суставов, серозных оболочек, почек, гематологическими и иммунологическими нарушениями, высокая активность.
С 22.07.2026 проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг внутривенно в течение 3 дней. 24.07: лейкоциты – 8,1, гемоглобин – 117 г/л, тромбоциты – 82. Продолжена терапия преднизолоном 45 мг/сут. Удлинение интервала QT определило противопоказания к гидроксихлорохину. Выписана в удовлетворительном состоянии.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай интересен вследствие острого позднего дебюта, высокой активности и мультисистемного поражения, имитировавших онкогематологическое заболевание. Иммунологическое обследование позволило подтвердить диагноз. Терапия глюкокортикоидами обеспечила быструю клинико-гематологическую стабилизацию.*

АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНЫЙ ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Николаев Н.В., Печерских М.В.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение. Аутосомно-доминантный поликистоз почек – одна из наиболее распространенных наследственных нефропатий. Заболевание обусловлено мутациями в генах PKD1 или PKD2. Это приводит к нарушению синтеза белка полицистина, пролиферации эпителия канальцев и образованию множественных кист. В семьях с отягощенным анамнезом планирование беременности сопряжено с высоким риском (50%) передачи мутации потомству.
Описание случая. Пациентка И., 33 года, с 9 лет наблюдается по поводу поликистоза почек и печени. Наследственность: поликистоз почек у матери, бабушки, брата. В 2021 г. связи с планированием беременности проведено генетическое обследование. По данным панельного секвенирования нового поколения (NGS), выявлены 2 дефектных гена PKD1 – предикторы тяжелого течения заболевания. Рекомендована программа ЭКО с обязательным проведением ПГТ–М (преимплантационное генетическое тестирование на моногенные заболевания). Произведен забор крови у пациентки, супруга и родственников для построения гаплотипов, выбран «здоровый» гаплотип для эмбрионов. После оплодотворении *in vitro* получено 6 эмбрионов, на 5-й день выполнена биопсия трофэктодермы, криоконсервация биоптатов и транспортировка в Медико-генетический научный центр им. Н.П. Бочкова (Москва). Генетический анализ выявил 2 эмбриона без мутаций PKD1. Процедура ЭКО + ПГТ–М выполнена впервые в Удмуртии. Беременность протекала с ранним гестозом и преэклампсией. На 37 нед. родилась девочка (2790 г, 52 см) 9/9 баллов по шкале Апгар. Она не является носителем мутаций PKD1 и не имеет риск развития данного заболевания. В июне 2026 г. – госпитализация в нефрологическое отделение. Жалобы на никтурию, боли в поясничной области, пастозность голеней. Общее состояние удовлетворительное, почки пальпируются увеличенными, бугристыми, в проекции левой почки гладкое, тугоэластичное образование (5 см), АД – 110/70 мм рт. ст. Лабораторные исследования: СКФ=92 мл/мин./1,73 м^2, ПАМ: 1007, Лей – 1–3 в п/зр, ПУ 190 мг/л. УЗИ: размеры почек увеличены – правая 13,6×6,1 см, левая – 17,1×7,5 см, паренхима замещена множественными кистами до 5,3 см.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Клинический случай демонстрирует успешное применение ПГТ–М в рамках программы ЭКО у пациентки с аутосомно-доминантным поликистозом почек, ассоциированным с двумя мутациями в гене PKD1. Проведение данной процедуры обеспечило рождение здорового ребенка, полностью свободного от генетической патологии.*

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА У БЕРЕМЕННЫХ: ОТ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОДЪЕМА АД К РАННЕМУ СИСТЕМНОМУ ПОРАЖЕНИЮ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Николенко Е.С.[1,2], Чулков В.С.[1], Сюндюкова Е.Г.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия белого халата (АГБХ) при беременности традиционно рассматривается как доброкачественный фенотип, не требующий вмешательства. Однако данные о влиянии АГБХ на раннее ремоделирование органов-мишеней (ОМ) и метаболический профиль противоречивы, что требует пересмотра тактики ведения таких пациенток.
Цель. Изучить особенности кардиометаболического профиля и раннего субклинического ремоделирования органов-мишеней у беременных с АГБХ на сроке до 20 нед. гестации для оптимизации стратификации риска.
Материал и методы. В поперечное исследование включены 88 беременных (сроком до 20 нед.): 44 с АГБХ и 44 с нормальным АД. Проведено СМАД, ЭхоКГ, УЗДГ брахиоцефальных артерий, оценка сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) и альбумин/креатининового отношения (АКО) в моче. Оценен кардиометаболический профиль.
Результаты. АГБХ ассоциирована не только с абдоминальным ожирением (90,9 vs 47,7%), но и со специфическим метаболическим сдвигом: гиперурикемией и повышением Хс–ЛПНП. СМАД выявило признаки симпатической гиперактивации: у женщин с АГБХ достоверно выше средняя дневная ЧСС, скорость утреннего подъема САД и ДАД (в 2 раза), вариабельность САД днем и частота профиля «нон-диппер». Впервые показано, что АГБХ сопровождается ранним субклиническим поражением ОМ: утолщением комплекса интима-медиа сонных артерий, увеличением массы миокарда ЛЖ и повышением артериальной жесткости (CAVI). Ключевым маркером эндотелиальной дисфункции выступило САК: значения >10 мг/г обладали высокой диагностической ценностью (чувствительность 81,8%, специфичность 72,1%). Логистическая регрессия подтвердила, что CAVI, САК, ИМТ и дневная ЧСС являются независимыми предикторами АГБХ.
Выводы. *АГБХ у беременных – это не изолированный стресс-ответ, а системное состояние, характеризующееся симпатической гиперактивацией, метаболическими сдвигами и ранним обратимым поражением сосудов, сердца и почек. Оценка CAVI и АКО до 20 нед. беременности необходима для стратификации риска.*

СКРЫТЫЕ ФЕНОТИПЫ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И ПОЧЕЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ КАК ОСНОВА ПРЕДИКТИВНОЙ МОДЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕЛОГО ХАЛАТА У БЕРЕМЕННЫХ

Николенко Е.С.[1,2], Чулков В.С.[1], Сюндюкова Е.Г.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Диагностика гипертензии белого халата (АГБХ) базируется на средних значениях СМАД, однако они не в полной мере отражают риск трансформации фенотипа в гестационную гипертензию или преэклампсию. Поиск новых неинвазивных предикторов, отражающих скрытую гемодинамическую и почечную дисфункцию, является актуальной задачей акушерства.
Цель. Изучить прогностическую значимость скрытых фенотипов суточного мониторирования АД и маркеров ранней почечной дисфункции у беременных
до 20 нед. гестации для формирования многофакторной модели прогнозирования АГБХ.
Материал и методы. Проспективное исследование 88 беременных (до 20 нед. гестации), разделенных на группы с АГБХ (n=44) и нормотензией (n=44). Помимо стандартных параметров СМАД, впервые в данном контексте оценены параметры вариабельности, утреннего подъема АД, суточных кривых (дипперы/нон-дипперы) в сочетании с уровнем мочевой кислоты и альбумина в моче.
Результаты. Установлено, что классические средние значения АД при АГБХ остаются в пределах высоких нормальных значений, однако ключевыми дифференциальными маркерами выступают «скрытые» параметры СМАД: укорочение времени ночного dipping (профиль нон-диппер по САД и ДАД встречался в 29,5 и 22,7% случаев соответственно) и ускоренная скорость утреннего подъема АД. Показано, что АГБХ тесно связана с нарушением уратного и почечного клиренса: уровень мочевой кислоты и альбумин/креатининовое отношение (АКО) в утренней порции мочи были достоверно выше. Построена многофакторная модель, где АКО >10 мг/г и скорость утреннего подъема САД вошли в число ведущих предикторов АГБХ наряду с ИМТ и абдоминальным ожирением. Интеграция этих параметров позволяет выявить группу риска по развитию поздней преэклампсии, что коррелирует с данными литературы о прогностической ценности ангиогенных факторов (PlGF) при данном фенотипе.
Выводы. *Фенотип АГБХ у беременных характеризуется нарушением циркадного ритма (нон–диппинг), гиперреактивностью на утреннюю активацию и ранней почечной дисфункцией (микроальбуминурия). Комбинация параметров утреннего подъема АД по СМАД и АКО в моче может быть использована для создания моделей прогнозирования развития осложнений беременности.*

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Новичкова Н.В.[1], Балахонова Т.В.[2], Ершова А.И.[3], Быков А.Н.[1], Кочмашева В.В.[1], Завалина Д.Е.[1], Горева Е.М.[1], Некрасова К.В.[1], Куценко В.А.[4]

[1] ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, г. Москва, Россия
[3] ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия
[4] ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (АБА) – жизнеугрожающая патология с высокой летальностью при разрыве. Ранняя диагностика позволяет управлять течением заболевания и выполнить плановое лечение с меньшим риском. Оценка ассоциации АБА с факторами риска (ФР) необходима для оптимизации стратегий скрининга в РФ.
Цель. Оценить ассоциации АБА с описанными в литературе факторами риска в когорте больных мужского пола многопрофильного лечебно-профилактического учреждения РФ.
Материал и методы. Включены 2448 мужчин (>50 лет, медиана 66 лет), находившихся на лечении в отделениях стационара и поликлиники ГАУЗ СО «СОКБ № 1» г. Екатеринбурга в 2025–2026 гг., направляемых в рутинной практике на ультразвуковые исследования органов брюшной полости, сонных артерий или сосудов нижних конечностей. У всех пациентов оценивали диаметр брюшной аорты, ультразвуковые маркеры атеросклероза в аорте, сонных и бедренных артериях, а также по данным историй болезни и опроса клинико-демографические параметры и ФР. Применяли линейную и логистическую регрессию с поправкой на пол и возраст.
Результаты. Частота АБА составила – 7,8% (n=192; 95% ДИ 6,8–9,0%) с ростом от 1,4% в группе 50–54 лет до 6,2% в 60–64 года, 7,8% в 65–69 лет и 11,8% в 70–74 года. Выявлены значимые ассоциации наличия АБА с курением (OR 2,81, ДИ 95%), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (OR 2,14, ДИ 95%), ишемической болезнью сердца (ИБС) (OR 1,68, ДИ 95%), с наличием аневризм других локализаций (OR 8,5, ДИ 95%) и семейным анамнезом аневризм (OR 5,66, ДИ 95%) (p <0,001). АБА ассоциирована с атеросклерозом брюшной аорты (OR 4,55; ДИ 95%, p <0,001), но не с атеросклерозом сонных и бедренных артерий (p >0,05). Отсутствовала связь АБА с артериальной гипертонией и сахарным диабетом.
Выводы. *Наше исследование выявило высокую распространенность АБА, ее рост с возрастом и значимую связь с курением, ХОБЛ, ИБС и наследственностью, что может быть важным для скрининга АБА у мужчин в популяции реальной клинической практики.*

СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ И ОТЛОЖЕННЫЙ ДИАГНОЗ AL-АМИЛОИДОЗА

Носова Е.А.[1], Шахнова Е.А.[2], Георгинова О.А.[2], Краснова Т.Н.[2]
[1] Университетская клиника МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия
[2] Университетская клиника МГУ им. М.В. Ломоносов, г. Москва, Россия

Введение. AL-амилоидоз – системное заболевание с внеклеточным отложением фибриллярных белков, продуцируемых моноклональными плазматическими клетками. При этом часто поражаются почки. Диагностика сложна из-за редкости и коморбидного фона. При семейной гиперхолестеринемии протеинурия и отеки ошибочно трактуются как атеросклероз или нефротоксичность статинов, затягивая диагноз. Решающую роль играет биопсия почки.
Описание случая. Пациентка О., 54 года. Анамнез: гипотиреоз, бронхиальная астма, АГ с 13 лет. С 20 лет гиперхолестеринемия (Хс 14,86 ммоль/л, ЛПНП 11,75). Наследственность отягощена (ИБС, инфаркты, ТЭЛА у родственников). В 2024 г. назначены Аторвастатин 80 мг и эзетимиб 10 мг. Генетическое исследование на СГХС мутаций не выявило.
С апреля 2024 г. – пенистая моча, миалгии, протеинурия 1 г/л без изменений осадка. Креатинин 75–81 мкмоль/л, КФК в норме. В январе 2025 г. статины отменены из-за миалгии, на фоне отмены Хс 11,24 (ЛПНП 8,39), поэтому возобновлены в меньшей дозе. По УЗИ-атеросклероз аорты и почечных артерий до 50%. С августа – боли в ягодице, блокады без эффекта. В сентябре 2025 г. консультирована гематологом: мутация фактора XIII и др., умеренная гипокоагуляция, гиперфибриногенемия. Динамика (06–10.2025): креатинин 94,76, альбумин 37,25, протеинурия 1,939, ЛПНП 5,42. В ОАМ от 06.11.2025 – протеинурия 1 г/л, белок Бенс–Джонса не обнаружен, бета-2-микроглобулин отр. Иммунология (АТ к кардиолипину, ДНК, ANCA, ANA) – отрицательно, парапротеинемии нет. В конце ноября госпитализирована с нефритическим синдромом для биопсии. Жалобы на пенистую мочу, боли в пояснице. Объективно: без отеков, АД 140/70, ЧСС 81. Протеинурия до 5,2 г/сут. без нефротического синдрома, альбумин 38,6, креатинин 117, фосфор 1,6, СОЭ 86, Hb 126. Препятствием для биопсии стала коагулопатия: АЧТВ 45,5 с, фибриноген 7,4, МНО 1,78, ПТИ 39%. От биопсии воздержались до дообследования.
КТ почек без особенностей. Повторные иммунохимические исследования (включая НМИЦ гематологии) моноклональной секреции не выявили. На рентгенографии костей деструкций нет. Консультация гематолога: изменения коагулограммы – артефакты, риск биопсии приемлем. 09.12.2025 выполнена чрескожная биопсия почки. Морфологически выявлен амилоидоз почки (AL/kappa).
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *AL-амилоидоз может дебютировать изолированным поражением почек без парапротеина в крови и моче, что не исключает диагноз. Биопсия с окраской Конго красным остается «золотым стандартом» даже при негативных скринингах. Случай демонстрирует ценность междисциплинарного подхода для верификации диагноза.*

МОДЕЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О НАЛИЧИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ-АССОЦИИРОВАННОГО ОСТЕОАРТРИТА В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Нуриева А.Р.[1], Синеглазова А.В.[1], Нурмиева Л.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, г. Казань, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики;
ООО «КДЦ Авиастроительного района», г. Казань, Россия

Актуальность. Современные представления о патогенезе остеоартрита (ОА) демонстрируют необходимость комплексной оценки факторов риска (ФР) метаболического профиля пациента. Однако, исследования о вкладе данных факторов в вероятность развития ОА у лиц трудоспособного возраста имеются в ограниченном количестве.
Цель. Разработка прогностической модели вероятности наличия ОА на основании метаболических ФР у лиц молодого и среднего возраста.
Материал и методы. Обследованы 274 пациента в возрасте 37,0 [32,0–42,5] года без сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Оценены индекс массы тела (ИМТ), абдоминальное ожирение (АО), артериальное давление (АД), липидный профиль, предиабет, высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ). Рассчитан индекс атерогенности (ИА). ОА установлен по клинико-рентгенологическим критериям (American College of Rheumatology, 1990 года; J Kellgren–Lawrence; 1957). Данные обработаны при помощи IBM–SPSS–Statistics–26.
Результаты. ОА диагностирован в 20,1% случаев (n=55), АО – в 58,8% (n=161), ИА >3 (↑ИА) – в 39,8% (n=109), вчСРБ >2 мг/л (↑вчСРБ) – в 36,1% (n=99), систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. (↑САД) – 30,3% (n=83), предиабет – в 22,3% (n=61). Средние значения ИМТ составили 26,8 [24,0–31,2] кг/м^2, систолического АД − 121 [113–131] мм рт. ст., триглицеридов (ТГ) − 1,0 [0,7–1,5] ммоль/л, вчСРБ − 1,4 [0,7–3,2] мг/л. Методом бинарной логистической регрессии составлена прогностическая модель наличия ОА с учетом метаболических ФР: вероятность ОА = 1,685 ↑САД (0 – нет, 1 – да) – 0,07 систолическое АД (мм рт. ст.) + 0,848 ТГ (ммоль/л) + 0,833 предиабет (0 – нет, 1 – да) + 0,174 вчСРБ (мг/л) – 1,039 ↑вчСРБ (0 – нет, 1 – да) + 0,124 ИМТ (кг/м^2) + 0,112 возраст (лет) – 1,165 ↑ИА (0 – нет, 1 – да) – 1,09 АО (0 – нет, 1 – да) – 2,01. Полученная модель статистически значима (p=0,000). Чувствительность модели составила 35,3%, специфичность – 93,9%. Модель учитывает 34,0% факторов, определяющих вероятность наличия ОА.
Выводы. *Полученные данные свидетельствуют о независимой связи дисметаболических процессов (повышенное САД, уровень ТГ, предиабет, уровень вчСРБ, ИМТ) с наличием ОА в молодом и среднем возрасте. Отрицательные коэффициенты при ИА и АО связаны с мультиколлинеарностью, перекрывающей их самостоятельный вклад.*

МАССИВНАЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ С ПОЛИОРГАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА: СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Озеров Д.С.[1], Каракозов А.Г.[2], Шумилин А.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» МО РФ, г. Москва, Россия

Введение. Массивная деструктивная пневмония (МДП) – тяжелое воспаление легких с некрозами, полостями и системным ответом, при инфекциях MRSA, Klebsiella pneumoniae или анаэробами. Клиника: лихорадка, кашель с гнойной мокротой, гемоптиз, дыхательная недостаточность. Диагностика: КТ и микробиология. Лечение: эмпирическая антибиотикотерапия, при осложнениях – хирургия. Летальность 25–30%, у пожилых до 50%.
Описание случая. Пациент Ф., 20 лет, госпитализирован 23.02.2025 в ОРИТ со слабостью, кашлем со слизисто-гнойной мокротой. Заболел 20.02.2025 с повышения температуры до 38 °С, принимал парацетамол; с 22.02.2025 – ухудшение: выраженная общая слабость, отказ от еды, SpO_2 88%, АД 80/60 мм рт. ст. При поступлении: t 38,3° С, ЧДД 17, SpO_2 98–99%, в легких жесткое дыхание, ослабленное в базальных отделах с обеих сторон, разнокалиберные хрипы слева. Терапия: НИВЛ, меропенем 3,0 г/сут. + линезолид 1,2 г/сут. ПЦР мокроты – Human adenovirus. К лечению рибавирин 600 мг в сутки. Лабораторно: лейкоциты 3,97→17,27×10^9/л, нейтрофилез, лимфопения, СОЭ 49 мм/ч, АСТ 51, мочевина 17,4, креатинин 166,8, пресепсин 1036 пг/мл, ИЛ–6 295,6→74,8, ПКТ 0,11; посев: S. viridans 1,0E+06 и P. aeruginosa 1,0E+03 КОЕ/мл. КТ 23.02: двусторонняя пневмония с ателектазом слева. КТ 28.02: отрицательная динамика – полости деструкции слева, ателектаз верхней доли, гидроторакс. При ангиопульмонографии – подозрение на гангрену верхней доли справа. От лобэктомии воздержались, смена антибактериальной терапии на полимиксин 100 мг/сут.+тигециклин 100 мг/сут., дренирование осумкования справа. КТ 26.03: положительная динамика, полость 49×64×42 мм, удалена трахеостома, перевод в отделение. КТ 16.06: полость 30×40 мм, плевральные полости свободны. Диагноз: аденовирусная инфекция, внебольничная двусторонняя пневмония (S. pneumoniae, P. aeruginosa, S. viridans), осложненная гангреной верхней доли слева, ателектазом нижней доли слева с деструкцией, сепсисом (SOFA 7), ДН 2–3 ст., гидротораксом, ОПП 2 ст., дискинезией трахеи. Лечение: меропенем+линезолид (3 сут.), затем полимиксин+тигециклин (21 сут.), бронхолитики, антикоагулянты, ИПП, ферменты, препараты железа, массаж, ЛФК. Стационар – 80 сут. (ОРИТ 16).
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *МДП требует быстрой диагностики (КТ, ПЦР), ранней эмпирической антибиотикотерапии с коррекцией, мониторинга биомаркеров и мультидисциплинарного подхода. Случай показывает возможность благоприятного исхода при тяжелой МДП с гангреной и сепсисом у молодого пациента благодаря интенсивной терапии.*

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ НА МИОКАРДИАЛЬНУЮ РАБОТУ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Олейников В.Э., Бабкина И.А., Салямова Л.И.
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

Актуальность. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа произвели революцию в лечении сердечной недостаточности независимо от уровня фракции выброса левого желудочка и наличия сахарного диабета 2-го типа. В последнее время активно изучается возможность применения указанной группы препаратов при инфаркте миокарда (ИМ).
Цель. Оценить влияние 24-недельной терапии дапаглифлозином на показатели миокардиальной работы по данным спекл-трекинг эхокардиографии у пациентов с ИМ.
Материал и методы. Обследованы 119 больных ИМ в возрасте 58 (52; 62) лет, которых разделили на группы: 1-я – 40 человек принимали стандартную терапию в сочетании с дапаглифлозином 10 мг и антагонистом альдостерона после выписки из стационара; 2-я – 37 пациентам к стандартному лечению добавляли антагонист альдостерона; 3-я – 42 больным назначена только стандартная терапия в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. На 7–10-е сутки и через 24 нед. проводили спекл-трекинг эхокардиографию на аппарате Vivid E95 (GE HealthCare, США). Анализировали показатели миокардиальной работы: индекс глобальной работы (GWI), эффективность глобальной работы (GWE), глобальную полезную работу (GCW), глобальную потерянную работу (GWW).
Результаты. Через 24 нед. наблюдения в 1-й группе GWE увеличился с 93 (90; 95) до 94,5 (90; 97)% (+1,6%; p=0,003); GWI – с 1255,7±412,7 до 1421,3±351,1 мм рт. ст., %, (+13,2%; p=0,011); GCW – с 1443,1±423,8 до 1595,7±381,6 мм рт. ст., % (+10,6%; p=0,014). В других группах данные показатели не изменились. Во 2-й группе GWE исходно составил 93 (87; 95)%, повторно – 93 (85; 96)%; GWI – 1317,9±514,2 и 1381,9±373,9 мм рт. ст., %; GCW – 1531,1±533,8 и 1540,9±408,9 мм рт. ст., % соответственно (p >0,05). У лиц, получавших только стандартную терапию, уровень GWE на 7–10-е сутки оказался равен 94 (87; 95)%, через 24 нед. – 95 (91; 97)%; GWI – 1349±432,1 и 1439,6±386,5 мм рт. ст., %; GCW – 1538,8±483,8 и 1644,1±400,8 мм рт. ст., % соответственно (p >0,05). При анализе GWW наиболее выраженный регресс отмечен в 1-й группе: с 87 (59; 147) до 66,5 (43; 129) мм рт. ст., % (–23,6%; %, p=0,006). Во 2-й группе выявлена более скромная динамика: с 85 (57; 166) до 79 (50; 154) мм рт. ст., % (–7,1%; p=0,009). В 3-й группе показатель не изменился: исходно –85 (57; 122) мм рт. ст., %, повторно –71 (43;112) мм рт. ст., % (p >0,05).
Выводы. *Только терапия дапаглифлозином на протяжении 24 нед. после ИМ сопровождалась максимально выраженным кардиопротективным эффектом, связанным с улучшением всех показателей миокардиальной работы (по данным спекл-трекинг эхокардиографии).*

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ШЕГРЕНА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗРАСТ ДЕБЮТА, СИМПТОМАТИКА, ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Олифиренко И.С., Урванцова К.Р., Чепелев А.С., Тимофеев Е.В.
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Синдром Шегрена (СШ) – хроническое системное аутоиммунное заболевание неясной этиологии, характеризующееся сухостью глаз, полости рта и других слизистых оболочек вследствие лимфоцитарной инфильтрации экзокринных желез, ведущей к нарушению их функции. Возникает СШ преимущественно у женщин зрелого и пожилого возраста. У детей встречается крайне редко, часто диагностируется с большим запозданием, может существенно отличаться по течению, дебют часто бывает малозаметным, стертым и неспецифическим.
Цель. Выявление клинико-анамнестических особенностей дебюта и течения СШ у детей для оптимизации ранней диагностики и сокращения времени постановки верного диагноза в педиатрической практике.
Материал и методы. Проанализированы данные анамнеза и обследования 20 детей (девочек – 15), госпитализированных в клинику СПбГПМУ, с диагнозом СШ. Средний возраст на момент постановки диагноза составил 13 лет, начала соответствующих жалоб –11 лет. Диагнозами направления были ювенильный ревматоидный артрит (n=5), системная красная волчанка (n=5), системные поражения соединительной ткани неуточненные (n=5), некротизирующая васкулопатия неуточненная (n=2), рецидивирующий сиалоаденит (n=1), шейная лимфаденопатия (n=1), реактивная артропатия неуточненная (n=1). Всем был проведен осмотр офтальмолога на наличие синдрома сухого глаза (диагностирован у 13 больных) и УЗИ слюнных желез (у большинства (n=15) УЗ-картина соответствовала диффузным изменениям по типу СШ).
Результаты. 15 человек в дебюте заболевания имели суставной синдром, вовлекались суставы кистей (n=6) и стоп (n=6), коленные (n=6), голеностопные (n=4), локтевые (n=2), височно-нижнечелюстные (n=2) и др. Артралгии отмечались в 13 случаях, скованность – в 6, отек – в 6, контрактуры обнаружились у 3 больных, в 2 случаях выявлялись плотные периартикулярные узелки. Жалобы на сухость слизистых предъявляли лишь 7 детей, при этом субъективная ксерофтальмия присутствовала у 6, а ксеростомия – у 5 человек, в одном случае это послужило причиной кариозного поражения зубов, в другом – их откалываний. Различные элементы сыпи выявлялись у 8 детей, чаще всего эритема на лице, полиморфная сыпь по всему телу, телеангиэктазии. 6 детей беспокоили немотивированные подъемы температуры (от полугода до 8 лет). У 4 детей в дебюте имел место рецидивирующий стоматит, рецидивирующие сиалоадениты отмечались в анамнезе у 3 (в одном случае с 2 лет). Нечасто присутствовали признаки шейной лимфаденопатии (n=2). У одной девочки 11 лет в дебюте развилась изолированная первичная легочная гипертензия. У мальчика 13 лет заболевание верифицировано на фоне индолентной В-клеточной CD-20 позитивной лимфомы шейных лимфоузлов.
Выводы. *Диагноз СШ верифицируется по специальным критериям поражения глаз, рта, слюнных желез с учетом наличия специфических аутоантител, в ряде случаев результатов гистологического исследования, но следует помнить, что у детей часто присутствуют экстрагландулярные и неспецифические проявления.*

ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СЕМАГЛУТИДОМ

Орлова Д.А., Столярова В.В.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. Ожирение является фактором риска различных коморбидных состояний. Наличие ожирения ассоциировано с риском развития различных нарушений сердечного ритма вследствие инфильтрации миокарда дисфункциональной жировой тканью. Процессы воспаления и фиброза вызывают электрическое ремоделирование миокарда, что увеличивает риск внезапной сердечной смерти у людей с ожирением.
Цель. Оценить влияние семаглутида на поздние потенциалы желудочков (ППЖ) у пациентов с ожирением.
Материал и методы. В исследование были включены 16 пациентов (3 мужчин и 13 женщин) с диагнозом «ожирение 3 степени» в возрасте 18–65 лет (средний возраст 44,18±2,60 года). Пациенты применяли в течение 6 мес. семаглутид. Регистрация суточного мониторирования ЭКГ с определением ППЖ осуществлялась до и после лечения через 6 мес. с использованием Инкарт КР – 07–3/12Р. Оценивались следующие показатели ППЖ: RMS40 средняя квадратичная амплитуда последних 40 мс в комплексе QRS < 25 мкВ; TotQRS – продолжительность фильтрованного комплекса QRS > 120 мс; LAS40 – продолжительность низкоамплитудных (<40 мкВ) сигналов в конце комплекса QRS > 39 мс. При наличии не менее двух критериев из перечисленных выше можно регистрировать факт ППЖ.
Результаты. Средние значения веса пациентов до начала лечения составляли 124,9±5,5 кг, ИМТ – 44±0,7. На фоне лечения семаглутидом у всех пациентов было зарегистрировано достоверное снижение массы тела (средние значения веса пациентов –113,4±5,6 кг, ИМТ –39,9±0,9, Р <0,0008). До лечения средние значения TotQRS составили 87,3±2,5 мс, RMS40 –16,4±1,9 мкВ, LAS40 –46,2±3,1 мс. Через 6 мес. были зарегистрированы следующие значения: средние значения TotQRS – 86±2,1 мс, RMS40 –17,5±2,07 мкВ, LAS40 –41,6±2,7 мс. Данные показатели достоверно не различались. Исходно у всех пациентов исследуемой группы регистрировались ППЖ в 100% записи (62,25±9,86). Через 6 мес. применения семаглутида ППЖ выявлены в 87,5% случаев (57,18±9,86). У двух пациентов через 6 мес. после лечения ППЖ не регистрировались. Через 6 мес. после применения семаглутида снижение частоты выявления ППЖ зарегистрировано у 9 пациентов (56%, Р <0,0004) и увеличение у 4 пациентов (25%, Р <0,03).
Выводы. *У пациентов с ожирением на фоне терапии семаглутидом регистрируется снижение частоты выявления поздних потенциалов желудочков.*

ОТ ЛЕГКИХ К СУСТАВАМ: РЕДКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ САРКОИДОЗА

Османова Г.Я.[1], Спицина С.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ГУЗ ГКБ СМП № 25, г. Волгоград, Россия
[2] ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ФГБНУ НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского, г. Волгоград, Россия

Введение. Саркоидоз – системные гранулематозное заболевание с преимущественным вовлечением легких и внутригрудных лимфоузлов. Поражение опорно-двигательного аппарата встречается по данным различных авторов в 1–10% случаев. Из-за отсутствия специфических признаков костно-суставная форма имитирует остеомиелит, псориатический артрит, туберкулез костей, подагру.
Описание случая. Пациент Н., 2003 г.р., поступил в 2026 г. в ревматологическое отделение с жалобами на отек и изменения ногтевых лож 1-го и 4-го пальцев правой кисти, 1-го и 2-го пальцев левой кисти, возникшие за 3 мес. до госпитализации. Из анамнеза: в 2024 г. появилось образование в области шеи, была выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) и обнаружено увеличение подмышечных лимфоузлов и средостения. Проведена экстирпация лимфоузла шеи, выявлены эпителиоидноклеточные гранулемы с клетками Пирогова–Лангханса (саркоидного типа); выставлен диагноз «саркоидоз». На фоне терапии пентоксифиллином и токоферолом по КТ ОГК в 2025 г. уменьшились размеры лимфоузлов. Данные осмотра: кожные покровы 4-го пальца правой кисти и 1-го пальца левой кисти синюшно-красного цвета, отек мягких тканей левой кисти; дыхание жесткое, без хрипов; по остальным органам и системам – без особенностей. Выполнялись лабораторные, инструментальные методы диагностики.
В общем и биохимическом анализах крови все показатели, включая мочевую кислоту, были в референтных пределах, АЦЦП – отрицательным. Проведена КТ кистей: признаки лизиса дистальной фаланги 4-го пальца правой кисти и дистальной фаланги 1-го пальца левой кисти. При ультразвуковом исследовании правой кисти выявлен теносиновит сухожилий сгибателей 2-го и 4-го пальцев, отек мягких тканей 2-го и 4-го пальцев. С целью контроля течения саркоидоза выполнена КТ ОГК: наличие свежего воспалительного процесса не выявлено. Отмечена положительная КТ-картина лимфоузлов в сравнении с 2025 г. На основании данных обследования поставлен диагноз «саркоидоз с поражением бронхолегочной системы (активность 0, дыхательная недостаточность 0), костно-суставной системы (остеолиз дистальной фаланги 4-го пальца правой кисти и 1-го пальца левой кисти)».
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, на фоне ранее верифицированного саркоидоза развились дактилитоподобные изменения пальцев кистей с теносиновитом и остеолизом. Поэтому даже при отсутствии признаков активности бронхолегочного процесса, необходимо соблюдать настороженность в отношении редких костно-суставных проявлений.*

ДЕРМАТОМИОЗИТ И РАБДОМИОЛИЗ В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Павар Н.Д.[1,2], Гасанов М.З.[1], Гасанова А.В.[1], Крюкова П.А.[1]
[1]ФГБОУ ВО НовГУ имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия
[2]ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница», г. Великий Новгород, Россия

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) характеризуется полиморфизмом проявлений. Тяжелая воспалительная миопатия с рабдомиолизом встречается редко. Сочетание проксимальной слабости, резкого повышения активности мышечных ферментов и характерных кожных изменений может имитировать дерматомиозит и затруднять раннюю диагностику СКВ.
Описание случая. Пациент 43 лет, остро заболел в конце декабря 2025 г. После фебрильной лихорадки и симптомов респираторной инфекции появились интенсивные миалгии и быстро прогрессирующая слабость проксимальных мышц плечевого и тазового пояса. Из-за утраты способности самостоятельно передвигаться госпитализирован 11.01.2026 с предварительным диагнозом ОРВИ-индуцированного рабдомиолиза. Мышечная сила в дистальных отделах конечностей составляла 5 баллов, в проксимальных – 3 балла; отмечались мышечная гипотония и болезненность, легкая дизартрия и неустойчивая походка. Активность креатинкиназы достигала 35 053 Ед./л, ЛДГ – 1605,9 Ед./л, концентрация миоглобина – 6419,63 нг/мл; выявлена миоглобинурия. Функция почек оставалась сохранной: креатинин 71,2 мкмоль/л, расчетная СКФ 111 мл/мин./1,73 м². В динамике появились периорбитальная лиловая окраска кожи и папулы Готтрона. В панели миозит-ассоциированных антител были слабоположительными антитела к Ku и PL–7. Биопсия четырехглавой мышцы бедра выявила дистрофию мышечных волокон, поражение мелких сосудов, периваскулярный фиброз и лимфоцитарную инфильтрацию. Был диагностирован дерматомиозит острого течения высокой активности с поражением кожи и мышц, проксимальным тетрапарезом и легкими бульбарными нарушениями. Проведена пульс-терапия метилпреднизолоном по 500 мг внутривенно 3 дня с переходом на преднизолон 60 мг/сут. Активность КФК снизилась до 13 057 и затем до 387,1 Ед./л, миоглобин – до 1891,6 и 95,25 нг/мл; уменьшились миалгии и слабость, регрессировали кожные изменения. Однако после выписки из стационара к клинической картине заболевания добавилась макулопапулезная скуловая сыпь и симметричный артрит мелких суставов кистей, лучезапястных, локтевых и плечевых суставов. В январе 2026 г. пациент обратился в КРБ № 25 (Санкт-Петербург), где у него были выявлены в крови положительные титры ANA и anti-dsDNA, что позволило уточнить диагноз в пользу СКВ с дерматомиозитоподобным дебютом и подобрать специфическую терапию.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Особенность случая заключается в дебюте СКВ с картиной высокоактивного дерматомиозита и рабдомиолиза, предшествовавшей появлению характерных кожно-суставных и иммунологических признаков. При воспалительной миопатии и рабдомиолизе неясной этиологии необходимы динамическое наблюдение и расширенный иммунологический поиск для выявления системного заболевания соединительной ткани.*

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Павлова В.Ю., Неверова Е.А., Яранский В.С.
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Актуальность. В настоящее время среди любых групп населения и у пациентов с различной патологией имеет место большая частота встречаемости различных вариантов нарушения психосоматического статуса, которые в значительной степени обусловливают развитие и течение патологического процесса. Одной из частых жалоб при наличии психосоматической патологии являются различные проявления со стороны дыхательной системы. Часто встает вопрос, что в большей степени обуславливает клинические проявления.
Цель. Выявить распространенность различных форм тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ.
Материал и методы. Проведено анкетирование 39 пациентов с ХОБЛ, находящихся на стационарном этапе лечения. Данную группу составили 36 (92,3%) пациентов мужского пола и 3 (7,7%) пациенты женского пола. Для оценки психологического состояния использовались шкала госпитальной тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).
Результаты. В обследуемой группе преобладали лица, имеющие среднее профессиональное образование – 21 (53,8%) человек, у 12 (30,8%) человек имели только среднее общее и 6 (15,4%) человек имели высшее образование. Большинство пациентов, 28 (71,8%) человек, не работает в силу возраста и наличия инвалидности, работающие составили 11 (28,2%) пациентов. Из числа работающих в большинстве случаев (71,8%) профессиональная деятельность связана с длительно воздействующими стресс-факторами (шахтеры, взрывники, главные инженеры, руководители предприятий и т. д.). По данным шкалы HADS были выявлены все варианта нарушений психосоматического статуса. Нарушения тревожного типа были выявлены у 15 (38,5%) пациентов. Субклинически выраженная тревога была выявлена у 6 (15,4%) человек, клинически выраженная тревога – у 9 (23%) человек. Различные варианты тревожных нарушений были выявлены 18 (42,2%) пациентов, субклинически выраженная депрессия – у 7 (17,9%) человек, клинически выраженная депрессия – у 11 (28%) человек. В большинстве из приведенных случаев (78,2%) данные результаты были у больных, работающих на нагруженных стресс-факторами должностях (шахтеры, взрывники, руководители и главные инженеры шахт).
Выводы. Различные варианты нарушений психосоматического статуса выявлены *у 33 (84,6%) пациентов. Данные нарушения могут сопровождаться в том числе и различными респираторными симптомами. В таких случаях необходимо оценить эффективность терапии и при необходимости скорректировать тактику лечения.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Павлова В.Ю.
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) имеет высокую распространенность среди взрослого населения и клиническую значимость, так как влияет на многие функциональные системы организма. Он приводит к снижению работоспособности, ухудшению когнитивных функций, хронической усталости и снижению качества жизни. Своевременное выявление и коррекция ЛДЖ являются важнейшей задачей, поскольку позволяют предотвратить развитие тяжелых форм анемии и снизить экономические затраты системы здравоохранения.
Цель. Выявить распространенность латентного дефицита железа среди взрослого населения, не имевших ранее каких-либо заболеваний системы кроветворения.
Материал и методы. Проведено обследование 30 человек женского пола, соматически здоровых, не имевших каких-либо заболеваний системы кроветворения. Не имеющих каких-либо косвенных признаков дефицита железа. При условии отсутствия нормального распределения показателей, количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и интерквантильного размаха (Q1; Q3). Средний возраст пациентов составил 22 [21; 23] года. У всех обследованных все показатели ОАК были в пределах нормы. Было проведено обследование показателей железистого комплекса, с акцентом на уровень ферритина, так как именно уровень ферритина является, как ведущий критерий диагноза, так и критерий выздоровления. Критерий дефицита железа устанавливался при уровне ферритина менее 30 мкг/л.
Результаты. На момент забора крови у обследованных не было выявлено каких-либо источников кровопотери, учитывая, что в 100% в данной группе были студентки высших учебных заведений, при активном опросе не было получено данных о наличии аномальных маточных кровотечений. При активном опросе не было выявлено возможных признаков клинических проявлений дефицита железа (нарушения в состоянии кожных покровов и ее придатков (ногтей, волос), снижения трудоспособности). Ранее исследования показателей обмена железа в данной группе никогда не проводилось. Обследованные вели обычный образ жизни. Наличие срытого дефицита железо было выявлено у большинства обследованных, в частности у 18 (60%) человек. По данным биохимического исследования крови: уровень сывороточного железа составил – 3 [2; 7] мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом составил – 9 [6; 12]%, латентная (ненасыщенная) железосвязывающая способность сыворотки крови 79 [65; 86] мкмоль/л, уровень ферритина составил – 8 [5; 12] мкг/л. По данным проведенного исследование было выявлено значительное распространение латентного дефицита железа, которое не имело никаких клинических проявлений, но имеет неблагоприятный прогноз.
Выводы. *Полученные данные нельзя переносить на общую популяцию. Они обосновывают проведение более широкого исследования распространенности ЛДЖ среди взрослого населения и оценку целесообразности включения его выявления в программы диспансеризации.*

ТАЛАССЕМИЯ: ЭТАПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

Павлова В.Ю.[1], Анешина И.И.[2], Затеева Т.Н.[2]
[1] ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия
[2] ГАУЗ Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия

Введение. Анемический синдром широко распространен в практической деятельности специалиста любого профиля. Наибольшую распространенность в большинстве популяций имеет железодефицитная анемия (ЖДА). Морфологической особенностью данного варианта анемии является гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Такой же вариант анемии может регистрироваться при талассемии.
Описание случая. Пациентка М., 56 лет, обратилась к гематологу в январе 2022 г. для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения анемии, так как ранее проводимая терапия по месту жительства не давала никакого эффекта. По данным анамнеза, у пациентки анемический синдром легкой степени тяжести около 20 лет. По месту жительства был выставлен диагноз ЖДА легкой степени тяжести, проводились различные варианты ферротерапии, включающие пероральные и парентеральные формы железа (в/м и неоднократная терапия в/в формами). На фоне терапии показатели уровня гемоглобина не менялись. По данным ОАК от 01.09.2024: уровень гемоглобина – 114 г/л, эритроциты – $3,9\times10^{12}$/л, анемия гипохромная, микроцитарная, уровень тромбоцитов – 399×10^{9}/л, лейкоцитов – $6,16\times10^{9}$/л, все показатели лейкоцитарной формулы в пределах нормы. Проведены исследования для исключения других заболеваний системы кроветворения. По данным миелограммы, цитогенетического исследования костного мозга, оценка состояния селезенки, биохимического анализа крови – патологии не выявлено. По данным обмена железа все показатели в пределах нормы: уровень сывороточного железа – 21,8 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки крови – 38,5 мкмоль/л, уровень ферритина – 72 мкг/л. В дальнейшем было проведено генетическое исследование на наличие патологических форм гемоглобина. Было выявлено гетерозиготное носительство патогенного варианта в гене HBB, которое ассоциируется с бета-талассемией или гемоглобинопатиями и, как правило, ведет к развитию легких форм анемии. Пациентке был выставлен диагноз малая форма b-талассемии, которая может регистрироваться в различных регионах мира. Данный вариант анемии не требует какой-либо коррекции.
В динамике уровень гемоглобина сохраняется примерно на одном и том же уровне.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Анемический синдром имеет различные этиологические варианты и требует проведения диагностического поиска, в том числе и редких патогенетических вариантов. В данном случае ошибочный диагноз и неадекватная терапия препаратами железа могли привести к развитию ятрогенного гемохроматоза.*

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ: ОТ СИМПТОМА К ДИАГНОЗУ

Павлова В.Ю.
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Тромбоцитопения один из частых лабораторных показателей по поводу которого проводится диагностический поиск. В большинстве случаев данное состояние является вторичным и не более чем в 15% случаев является первичным заболеванием, где требуется участие гематологов. Одной из самых частых причин развития тромбоцитопении является лабораторный феномен – ЭДТА-индуцированная тромбоцитопения (ЭДТА-зависимая псевдотромбоцитопения), которую возможно диагностировать в любом ЛПУ.
Цель. Определить количество ЭДТА-индуцированной тромбоцитопении среди всей когорты пациентов с впервые выявленной тромбоцитопенией.
Материал и методы. Проведено повторное обследование 37 взрослых пациентов. На момент осмотра у пациента были исключены наличие сопутствующих заболеваний и прием лекарственных препаратов, которые могли быть причиной развития тромбоцитопении.
При условии отсутствия нормального распределения показателей в изучаемой совокупности количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и интерквантильного размаха (Q1; Q3). Средний возраст пациентов составил 47 [41; 59] лет. Соотношение женщин и мужчин составило 29/8 (78,4/21,6%). В полученных результатах исследования не было данных о наличии агрегатов тромбоцитов. При выявлении тромбоцитопении проводилось повторное исследование общего анализа крови с использованием 3,8% цитрат натрия.
Результаты. Проведено повторное обследование взрослых пациентов, обратившихся на прием к гематологу для уточнения генеза развития тромбоцитопении. На амбулаторном этапе диагностический поиск причины развития тромбоцитопении не проводился. По результатам обследования средний уровень тромбоцитов составил 38×10^9/л [11; 61]. Во всей группе пациентов отсутствовало наличие проявлений геморрагического синдрома. Наличие тромбоцитопении было выявлено случайно, при обследовании у различных специалистов. При повторном исследовании образцов крови с 3,8% раствором цитрата натрия, был получен нормальный уровень тромбоцитов ($\geq150\times10^9$/л) у 21 (56,8%) пациентов. Лабораторный феномен ЭДТА-зависимая псевдотромбоцитопения был выявлен у каждого второго пациента с тромбоцитопенией. Исходя из небольшой выборки пациентов невозможно переносить полученные данные на общую популяцию пациентов с выявляемой тромбоцитопенией в клинической практике. В группе пациентов с уровнем тромбоцитов менее 150×10^9/л был продолжен диагностический поиск.
Выводы. *ЭДТА-зависимая псевдотромбоцитопения имеет широкое распространение в популяции. Одна из ошибок в ведении таких пациентов – направление к гематологу без предварительного исключения псевдотромбоцитопении. Проверку этого механизма можно выполнить на первичном этапе обследования.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНИН-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОНОТЕРАПИИ ЛЕРКАНИДИПИНОМ У ПАЦИЕНТКИ С НОРМОРЕНИНОВОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕГРЕССОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Павлова В.А.[1], Павлова А.А.[2], Вебер В.Р.[2], Жмайлова С.В.[2]
[1] ФГБОУ ВО Псковский государственный университет Институт медицины и экспериментальной биологии, Россия
[2] ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Введение. Персонализированный выбор антигипертензивной терапии остается актуальной задачей кардиологии. Традиционный эмпирический подход нередко приводит к полипрагмазии. Определение ренина плазмы крови позволяет выделить ведущее патогенетическое звено артериальной гипертензии (АГ) и обоснованно подобрать препарат.
Описание случая. Пациентка, 58 лет, длительность АГ 3 года. Ввиду отсутствия симптомов антигипертензивную терапию не получала. При обследовании ренин плазмы 21,06 пг/мл (норморенинoвый тип АГ). По данным эхокардиографии выявлена эксцентрическая гипертрофия левого желудочка: относительная толщина стенки левого желудочка 0,41, индекс массы миокарда левого желудочка 114 г/м^2. Согласно запатентованному нами способу прогнозирования эффективности применения антигипертензивных препаратов (патент на изобретение № 2860627) препаратом выбора является блокатор кальциевых каналов. Назначен лерканидипин 10 мг/сут. Целевой уровень артериального давления достигнут через 5 дней. Контрольное обследование через 12 мес. подтвердило эффективность монотерапии: отмечена нормализации геометрии левого желудочка: индекс массы миокарда левого желудочка 94 г/м^2, относительная толщина стенки левого желудочка 0,39.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Применение подхода, основанного на оценке типа АГ, позволило установить, что гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) не являлась ведущим звеном патогенеза, следовательно, назначение блокаторов РААС на первом этапе не было бы патогенетически обоснованным.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Падалка Э.А., Лелявина Т.А., Корнюшин О.В., Сонин Д.Л., Галагудза М.М.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несимптоматическая артериальная гипертония (АГ) – распространенный сердечно-сосудистый синдром с быстро прогрессирующим течением. Базовый подход к лечению АГ 1–2 степени – антигипертензивные препараты, но раннее их назначение вызывает побочные эффекты, снижающие качество жизни. Поэтому обоснованы немедикаментозные методы, способствующие укреплению мышц шеи и улучшению гемодинамики, что приводит к нормализации артериального давления.
Цель. Оценить эффективность немедикаментозных методов лечения артериальной гипертонии 1–2 степени у пациентов с ожирением и избыточной массой тела.
Материал и методы. Одноцентровое открытое рандомизированное исследование, в котором участвовало 67 пациентов с АГ 1–2 степени с избыточным весом и ожирением. Больных распределили в 3 группы: группа 1– 37 больных ежедневно выполняли комплекс упражнений лечебной гимнастики с коррекцией рациона питания. Группа 2 – 17 больным корректировали рацион питания. Группа 3 – 13 больным назначали медикаментозную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями. Исходно и через 9 мес. производили оценку динамики АД, ИМТ, толерантности к физической нагрузке (VO2peak)), а также корреляцию динамики снижения потребления NaCl и систолического артериального давления (САД). Всем пациентам было выполнено мануально-мышечное тестирование мышц шеи и плечевого пояса.
Результаты. Объем выборки составил 67 больных АГ, из них женщин – 57 (85%); возраст в среднем – 39 [22; 55] лет, ИМТ – 34 [27; 41] кг/м^2, ОТ 90 [81; 94] см. По результатам мануально-мышечного тестирования у всех больных установлен гипертонус мышц шеи и плечевого пояса различной степени выраженности. У большинства больных наблюдалось общее повышение суточной калорийности, потребления поваренной соли и углеводов, снижение потребления белков и жиров. Через 9 мес. в группах 1 и 2 выявили снижение САД на 14% ($p<0,05$) и 3% ($p<0,05$) соответственно; повышение VO2peak на 13% ($p<0,05$) и 9% ($p<0,05$) соответственно. В группе 3 спустя 9 мес. САД снизилось на 3% ($p<0,05$); повышение VO2peak на 4% ($p<0,05$). Выявлена корреляция ($r=0,6874$, $p=0,02$) между снижением потребления NaCl и снижением САД.
Выводы. *Коррекция рациона питания отдельно или в сочетании с лечебной гимнастикой снижает САД, которое прямо зависит от снижения суточного NaCl, у больных с АГ с избыточной массой тела и ожирением. Устранение мышечно-тонических нарушений шейного отдела – эффективная этиотропная терапия при АГ 1–2 степени.*

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Пайкова А.С.[1], Александров М.В.[1], Ушакова С.Е.[1], Зимина Т.Ю.[1], Будникова Н.[2]
[1] ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, г. Иваново, Россия
[2] ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново, г. Иваново, Россия

Актуальность. В структуре населения России постоянно растет доля лиц пожилого и старческого возраста. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в этом возрасте является артериальная гипертония (АГ). Согласно Российским и международным клиническим рекомендациям, лечение АГ у пациентов данной возрастной группы имеет существенные особенности.
Цель. Провести анализ фармакотерапии пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих АГ, с учетом сопутствующей патологии.
Материал и методы. Была проведена оценка фармакотерапии 90 пациентов, страдающих АГ, из них 77 женщин (85,6%), в возрасте от 65 до 92 лет (средний возраст 79+3,7 года), проходивших лечение в гериатрическом отделении ОБУЗ ИКБ им. Куваевых. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, включающее комплекс лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями с учетом выявленной сопутствующей патологии и комплексной гериатрической оценки (КГО).
Результаты. Практически у всех пациентов диагностировался гериатрический синдром полиморбидности. Наиболее часто в качестве сопутствующих заболеваний отмечались хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) – у 82,2%, хроническая сердечная недостаточность – у 76,7%, стабильная стенокардия – у 34,4%, остеоартроз суставов нижних конечностей и дегенеративные заболевания позвоночника – 81,1% пациентов. Синдром старческой астении был диагностирован у 54 пациентов (60%), преастения – у 12 человек (13,3%). Структура назначения лекарственных препаратов выглядит следующим образом. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы ангиотензиновых рецепторов были назначены 55 пациентам (61,1%), бета-адреноблокаторы – 58 (64,4%), диуретики – 45 (60%), антагонисты кальция – 43 (47,8%), гипотензивные препараты центрального действия – 7 (7,8%). С учетом риска развития осложнений и сопутствующей патологии дезагреганты получали 23 пациента (25,6%), статины или эзетимиб – 48 больных (53,3%). В среднем каждый пациент получал от 4 до 7 лекарственных средств.
Выводы. *1. Фармакотерапия пациентов старших возрастов, страдающих АГ и коморбидной патологией, проводится в соответствии с клиническим рекомендациям.*
2. В ряде случаев не удается избежать полипрагмазии, что нежелательно у пациентов, страдающих старческой астенией и ХИГМ.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН

Пальцев А.И.
Новосибирский государственный медицинский университет, Областной клинический госпиталь ветеранов войн, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. У ветеранов локальных войн течение язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки имеет существенное отличие. В патогенезе большое значение приобретает боевой стресс и посттравматическое стрессовое расстройство. В терапии этих пациентов необходимо сочетание гастропротекторных схем с психотерапевтической коррекцией.
Цель. Изучение клинико-патогенетических особенностей язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки, принципов терапии у ветеранов локальных войн.
Материал и методы. Наблюдались 57 пациентов – участников локальных войн в возрасте от 44 до 59 лет, мужчин – 54 и женщин – 3. У 13 человек или 22,4% диагностирована ЯБЖ, которая определялась в юношеском и молодом возрасте, или так называемая старая язва, у 34 человек или 59,5% патология определена в позднем периоде – поздний тип язвы и у 10 пациентов диагностирована острая язва. У 7 человек язва была малых размеров, у 34 – средних и у 16 – больших; у 14 человек – язва желудка и у 43 – двенадцатиперстной кишки. Группа сравнения составила 27 человек. Диагностические методы включали ЭГДС, рентгенографию, тесты на инфекцию *Helicobacter pylori*, общий и биохимический анализ крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь и обязательную оценку психоэмоционального статуса.
Результаты. В клинике выделяли болевой, диспепсический, астеновегетативный синдромы. Боли при язве желудка и двенадцатиперстной кишки имели существенные отличия. В развитии течения ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки имелись отличия от больных, не участвовавших в боевых действиях, а именно патология протекала на фоне психоэмоционального стресса, выраженных гастроэндокринных сдвигов, сосудистых и метаболических нарушений. Болевой синдром носил атипичный характер – смазанный, сезонность, а также четкую связь с приемом пищи. Боли в животе часто уходили на второй план, нередко патология носила бессимптомный характер. В клинике регистрировались вегетативные кризы. Лечение участников локальных войн также имело отличия – обязательно проводится с участием психотерапевта, назначением не только терапевтических фармпрепаратов, но и седативных средств, бензодиазепинов, анксиолитиков и антидепрессантов.
Выводы. *Клиника, патогенез, лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у участников локальных войн имеют существенные отличия и требуют комплексного, дифференцированного подхода.*

ХРОНИЧЕСКИЙ ОПИСТОРХОЗ КАК СИСТЕМНАЯ ПАТОЛОГИЯ. ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КОМОРБИДНОСТИ, ПАТОМОРФОЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Пальцев А.И.
Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Проблема заболеваемости описторхозом, лечения актуальна не только для Обь–Иртышского бассейна, но в целом Европы и стран Восточного региона.
Цель. Изучить эпидемиологию, клинику, системность поражения описторхозом органов и систем человека, определить значение ведущих синдромов, нового в клинической диагностике, разработать способы лечения.
Материал и методы. Обследованы 750 человек, больных хроническим описторхозом, проживающих в гиперэндемическом очаге описторхоза – Обь–Иртышском бассейне, в возрасте от 16 до 67 лет, из них мужчин – 326, женщин – 424. Проводились исследования клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, гистологические.
Результаты. Сопоставление основных патогенетических механизмов, поражаемых органов и систем при хроническом описторхозе позволило сделать вывод о нем, как системной патологии. Были выделены основные синдромы, играющие важную диагностическую роль: аллергический, гастроинтестинальных проявлений, холангиохолецистита, дисбиоза, вегетососудистых проявлений, панкреатопатии. Одновременно автором определена триада симптомов: конъюнктивальные, тремор языка и неплотно сомкнутых век, трещины языка, что позволяет своевременно заподозрить наличие патологии и назначить лабораторные исследования. Автором впервые дано определение патоморфоза при хроническом описторхозе, коморбидности. Нами описана трехэтапная система лечения хронического описторхоза, в том числе щадящая специфическая.
Выводы. *Определение системности поражения, выделение ведущих синдромов, впервые описание триады симптомов при хроническом описторхозе позволили существенно улучшить диагностику данной патологии, совершенствовать лечебную тактику.*

ГИПЕРАММОНИЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И НАЖБП: ОТ ДИАГНОСТИКИ К ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Пан А.А., Алексеенко С.А., Зайкова–Хелимская И.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Хабаровск, Россия

Актуальность. НАЖБП признана важным внесердечным фактором риска развития фибрилляции предсердий (ФП). Сочетание НАЖБП и ФП встречается все чаще. Взаимное отягощение этих патологий патогенетически реализуется через висцеральное ожирение, субклиническое системное воспаление, а также нарушение метаболизма липидов, углеводов и азотистых соединений. При этом триггерное влияние нарушений азотистого обмена, в частности гипераммониемии (ГА), на течение ФП ранее детально не изучалось.
Цель. Изучить распространенность гипераммониемии у пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с НАЖБП и оценить эффективность включения гипоаммониемической терапии в комплексное лечение данной категории больных.
Материал и методы. В открытое проспективное исследование вошли 204 пациента. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я (n=34) – пароксизмальная ФП; 2-я (n=129) – постоянная ФП; 3-я (n=41) – ИБС и синусовым ритмом. У всех больных диагностирована НАЖБП. Из 2-й группы были выделены пациенты с клинически значимой гипераммониемией (превышение нормы на 30–50%) и разделены на две подгруппы: получавшие стандартное лечение по фибрилляции предсердий (n=39) и получавшие дополнительно для коррекции гипераммониемии препарат L-орнитин-L-аспартат (n=24).
Результаты. Гипераммониемия выявлена у 75% пациентов с ФП и достоверно реже у 50% с ИБС, синусовым ритмом. Максимальный уровень аммиака зафиксирован при пароксизмальной ФП (148,67±15,54 мкг/дл, при норме до 75 мкг/дл), минимальный при ИБС (90,24 ±9,1 мкг/дл). После медикаментозной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной ФП уровень аммониемии достоверно снижался. Добавление L-орнитина-L-аспартата привело к снижению ГА со 171,54±14,31 до 135,08±14,2 мкг/дл, p=0,044, улучшению качества жизни, активного внимания и уменьшению усталости, в отличие от стандартной терапии ФП.
Выводы. *ГА часто встречается при ФП на фоне НАЖБП. После медикаментозной кардиоверсии при пароксизме ФП аммониемия достоверно снижается. Добавление гипоаммониемического препарата у пациентов с постоянной ФП и НАЖБП с ГА достоверно снижает уровень аммиака, улучшает качество жизни, когнитивные показатели.*

ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Панкова Е.Д.[1], Чулков В.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия
[2] Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Развитие неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) тесно связано с метаболическим синдромом (МС) и хронической болезнью почек (ХБП). Остается дискутабельной взаимосвязь НАЖБП с МС и ХБП в зависимости от факторов кардиометаболического риска.
Цель. Выделить метаболические фенотипы у лиц молодого возраста с НАЖБП и разработать прогностические модели развития МС и ХБП.
Материал и методы. В обсервационное исследование по типу «случай–контроль» включены 100 лиц молодого возраста (18–44 года): 50 с НАЖБП и 50 без НАЖБП. Оценивали факторы кардиометаболического риска, композиционный состав тела (биоимпедансометрия Inbody 370), уровень адипокинов, липопротеина (а) и эластометрию печени. Проведен кластерный анализ методом K–means (K=3) по 22 стандартизированным метаболическим показателям. Для прогнозирования МС и ХБП построены модели бинарной логистической регрессии с расчетом площади под ROC-кривой (AUC).
Результаты. Кластерный анализ выделил три фенотипа: кластер 0 – преимущественно женщины с ожирением, висцеральным жиром 16,7±7,1 кг, высоким HOMA–IR и частотой МС 48,3 %; кластер 1 – мужчины с умеренным метаболическим риском (МС 48,0%, ХБП 4,0%); кластер 2 – женщины с нормальной массой тела и низким метаболическим риском, но высокой частотой ХБП (43,5%), ассоциированной с низкой скоростью клубочковой фильтрации. Модель прогноза МС включала мочевую кислоту (ОШ 1,01; 95% ДИ 1,00–1,02; p=0,028) и характеризовалась AUC 0,82. Модель прогноза ХБП демонстрировала AUC 0,80; независимыми предикторами выступили возраст (ОШ 1,10; 95% ДИ 1,00–1,22; p=0,049) и женский пол (ОШ 0,03; 95% ДИ 0,00–0,31; p=0,003). Комбинированная модель (МС или ХБП) имела AUC 0,76; систолическое артериальное давление повышало риск (ОШ 1,06; 95% ДИ 1,00–1,11; p=0,033).
Выводы. *У лиц молодого возраста с НАЖБП выделены три метаболических фенотипа с дифференциальным риском МС и ХБП. Разработанные прогностические модели позволяют стратифицировать пациентов для раннего выявления кардиоренальных осложнений и коррекции факторов риска.*

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАССЫ ТЕЛА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МЕТОДОМ ROC-АНАЛИЗА

Пензова В.В.[1], Евсевьева М.Е.[2]
[1] ГБУЗ Центральная поликлиника г. Южно-Сахалинска, Россия
[2] СтГМУ, г. Ставрополь, Россия

Актуальность. Превентивные мероприятия среди молодежи позволят индивидуализировать профилактические программы, нацеленные на торможение прогрессирования АГ на самых ранних этапах ее развития у обсуждаемого контингента.
Цель. Оценить взаимосвязь уровня артериального давления (АД) и массы тела (МТ), а также выявить роль массы тела в предикции риска развития прегипертензии (ПГ) и артериальной гипертензии (АГ) среди молодых парней.
Материал и методы. На базе отделения профилактике ГБУЗ Центральной поликлиники было проведено обследование 96 юношей в возрасте 19–25 лет. Всем исследуемым измеряли АД, проводили антропометрию с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Статистический анализ осуществляли с использованием программы StatTech v. 4.0.4 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Направление и теснота корреляционной связи оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Построение прогностической модели вероятности определенного исхода выполнялось при помощи метода логистической регрессии, применялся метод анализа ROC-кривых.
Результаты. При изучении взаимосвязи МТ и АД у молодых людей выявлена положительная корреляция с систолическим АД (p=0,012) и диастолическим АД (p=0,036). При этом показатели АД соответствовали оптимальным значениям у 65,2%, нормальный уровень АД зарегистрирован у 24,6%, а ПГ и АГ зафиксирована у 13,3% юношей. Разработана прогностическая модель для определения вероятности наличия ПГ и АГ среди молодых парней в зависимости от МТ: P =1/(1 +e^–z)×100%, где z=–6,189 + 0,188×ИМТ. Полученная регрессионная модель является статистически значимой (p=0,010). При увеличении ИМТ на 1 кг/м^2 риск ПГ и АГ увеличивался в 1,206 раза. Полученная модель зависимости вероятности повышения АД от значения логистической функции P, выполненная с помощью ROC-анализа, оказалась статистически значимой (p=0,037). Пороговое значение логистической функции P в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 0,125. ПГ и АГ прогнозировались при значении логистической функции P выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность модели составили 61,5 и 73,1% соответственно.
Выводы. *Полученная прогностическая модель, позволяющая оценить риск развития ПГ и АГ у парней при повышении их МТ, может быть использована в процессе проведения превентивных мероприятий среди мужской половины молодежи, что позволит индивидуализировать профилактические программы.*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF–36

Перельман Н.Л., Шелудько Е.Г.
Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Пневмония остается одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Многочисленные исследования показывают, что даже после клинического выздоровления у значительной части пациентов сохраняются различные симптомы, включая одышку, слабость, снижение толерантности к физической нагрузке и психоэмоциональные нарушения, что может существенно влиять на качество жизни.
Цель. Оценить показатели качества жизни у пациентов, перенесших внебольничную пневмонию, и выявить их взаимосвязи с функциональными параметрами дыхательной системы.
Материал и методы. Проведено одномоментное исследование с участием 65 человек: 43 пациента после завершения стационарного этапа лечения внебольничной пневмонии, направленных на реабилитацию, и 22 здоровых добровольца (группа сравнения). Качество жизни оценивалось с помощью 8 шкал вопросника SF–36: физическая активность (ФА), ролевое функционирование (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальная активность (СА), роль эмоций (РЭ), психическое здоровье (ПЗ). Проведен корреляционный анализ между показателями SF–36 и клинико-функциональными параметрами: индекс массы тела, сатурация кислородом (SO^2), частота дыхания, объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1), пиковая (ПОС) и максимальная объемная скорость выдоха на уровне 75% ФЖЕЛ (МОС75).
Результаты. У пациентов после внебольничной пневмонии выявлено статистически значимое снижение показателей по большинству шкал SF–36: физическая активность (68,71±2,30 vs 89,0±2,87 балла; $p < 0,0001$), ролевое функционирование (70,05±3,20 vs 84,59±4,96 балла; $p < 0,05$), боль (56,95±4,78 vs 86,68±4,84 балла; $p < 0,0001$), жизнеспособность (41,83±2,36 vs 66,50±3,58 балла; $p < 0,0001$), роль эмоций (50,60±2,81 vs 68,82±7,51 балла; $p < 0,001$), психическое здоровье (60,19±2,33 vs 68,91±3,74 балла; $p < 0,05$). По шкалам «общее здоровье» и «социальная активность» статистически значимых различий не получено ($p > 0,05$). Корреляционный анализ выявил умеренные обратные связи между показателями функции внешнего дыхания (ОФВ1, ПОС, МОС75) и шкалами РФ, СА, РЭ (r от –0,30 до –0,40; $p < 0,05$), а также прямую корреляцию между SO2 и психическим здоровьем ($r=0,32$; $p < 0,05$). Индекс массы тела отрицательно коррелировал с ФА ($r=–0,37$; $p < 0,01$), РФ ($r=–0,33$; $p < 0,05$) и СА ($r=–0,44$; $p < 0,001$).
Выводы. *Перенесенная внебольничная пневмония ассоциирована со значительным снижением качества жизни, наиболее выраженным в физических и эмоциональных доменах. Выявленные корреляции указывают на взаимосвязь качества жизни с функциональным состоянием дыхательной системы и индексом массы тела.*

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ МЕТАГОНИМОЗА В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Перминов А.А., Гордиенко Е.Н.
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. В настоящее время на Дальнем Востоке России, в Юго-Восточной Азии и многих странах Европы наблюдается рост кишечных трематодозов, в том числе вызываемых японским сосальщиком. Истинные показатели заболеваемости не ясны, поскольку патология нередко протекает в стертой форме или под маской хронических заболеваний кишечника, что объясняет целесообразность ее изучения при объединении усилий клиницистов, эпидемиологов, биологов, ветеринаров, специалистов по нозогеографии.
Цель. Обосновать актуальность поставленной проблемы, имеющей тенденцию к прогрессированию, обозначить пути ее разрешения.
Материал и методы. Исследованы гистологические препараты дополнительных хозяев японского сосальщика – пресноводных моллюсков Semisulcospira cancellata и горчака обыкновенного, собранных в водоемах бассейна реки Амур в 2022–2025 гг. Изучена зараженность домашних кошек на данных территориях. Проведено анкетирование местных жителей об особенностях их пищевого поведения.
Результаты. Заражение промежуточных хозяев паразита метагонимозом в бассейне реки Амур по результатам исследования в разных районах составляет от 15 до 75%. Ареал обитания указанных моллюсков постоянно расширяется в результате неумышленного расселения их человеком, при подтоплениях территорий во время участившихся наводнений. Обнаруживаются личинки сосальщика у рыб, которые раньше не были источниками инвазии человека, зарегистрирован высокий удельный вес зараженных кошек (до 29%), которые выделяют яйца паразита в водоемы, и люди заражаются через воду. Анкетирование показало, что для местного населения характерно употребление в пищу сырой или недостаточно обработанной термически, плохо просоленной (тала, строганина) пресноводной рыбы. В кишечнике человека личинки превращаются в зрелые особи и при тяжелых инвазиях откладывают яйца между ворсинками на всем протяжении тонкой кишки, вызывая воспалительные и атрофические изменения, формирование эрозий и некрозов. Нарушается пристеночное пищеварение, описано злокачественное перерождение эпителия. Инфекционная этиология изменений не всегда выявляется сразу, поэтому необходима большая информированность врачей о нозологии уже на этапе медицинского вуза.
Выводы. *Распространенность метагонимоза и его последствия для здоровья человека требуют активного внедрения отечественных методик его диагностики, своевременного этиотропного лечения, совершенствования профилактики и продолжения эпидемиологических исследований при интеграции ученых на международном уровне.*

ИСХОДНЫЙ КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ МУЛЬТИМОРБИДНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ФАРМИСС

Пестова Н.В., Калайджян Е.П., Марцевич С.Ю.
Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, г. Москва, Россия

Актуальность. Мультиморбидность, полипрагмазия и низкая приверженность к лекарственной терапии являются актуальными и трудноразрешимыми проблемами клинической практики. Оценка реально принимаемых лекарств у амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходима для выявления проблем, связанных с приемом лекарств, выявления потенциально опасных лекарственных взаимодействий и повышения безопасности фармакотерапии у мультиморбидных пациентов.
Цель. Охарактеризовать структуру сопутствующих заболеваний, лекарственную нагрузку и проявления нарушений приверженности к лекарственной терапии у первых участников амбулаторного регистра ФАРМИСС.
Материал и методы. Выполнен одномоментный описательный анализ данных исходного визита 36 пациентов, включенных в проспективный регистр ФАРМИСС с 25.02 по 20.06.2026 на базе амбулаторной клиники ООО «Аллоро» (Фрязино, Московская область). Критериями включения служили возраст не менее 18 лет, наличие сердечно-сосудистого заболевания и не менее двух хронических неинфекционных несердечно-сосудистых заболеваний, требующих лекарственной терапии. Каждое действующее вещество учитывали отдельно, в том числе в составе фиксированных комбинаций. Приверженность оценивали с помощью шкалы Национального общества доказательной фармакотерапии (НОДФ). Использовали методы описательной статистики: M±SD, Me [Q1; Q3], n (%).
Результаты. Средний возраст составил 60,50±15,38 года; женщины составили 23/36 (63,9%). Медиана индекса массы тела составила 29,0 [27,0; 32,0] кг/м². Артериальная гипертензия зарегистрирована у всех пациентов, дислипидемия у 30 (83,3%), нарушения ритма у 13 (36,1%), хроническая сердечная недостаточность у 8 (22,2%), ишемическая болезнь сердца у 6 (16,7%). Среди несердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто встречались заболевания нервной системы у 31 (86,1%), эндокринной системы у 26 (72,2%), желудочно-кишечного тракта у 25 (69,4%) и костно-мышечной системы у 18 (50,0%) пациентов. Медиана числа принимаемых действующих веществ составила 5 [3,75; 8,25]. 5 и более препаратов принимали 23 (63,9%) пациента, 10 и более – 6 (16,7%). Блокаторы рецепторов ангиотензина II принимал 21 (58,3%) пациент, бета-адреноблокаторы и статины по 19 (52,8%), нестероидные противовоспалительные препараты 11 (30,6%). О пропусках приема вследствие забывчивости сообщили 22 (61,1%) пациента, о прекращении приема назначенных препаратов 17 (47,2%), о самостоятельном изменении терапии 15 (41,7%). Перерывы в лечении отмечали 8 (22,2%) пациентов. Ответы могли сочетаться у одного пациента.
Выводы. *Предварительные данные по 36 участникам регистра ФАРМИСС отражают высокую частоту полипрагмазии и нарушения приверженности к лекарственной терапии. Данные подчеркивают необходимость контролировать фактический прием препаратов и проявления неприверженности у мультиморбидных амбулаторных пациентов.*

ПОЧЕМУ МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТ НЕ ЛЕЧИТСЯ: СДВГ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК БАРЬЕРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Пестова Н.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Введение. Низкая приверженность к длительной фармакотерапии является одной из причин недостаточного контроля хронических заболеваний. У молодых пациентов нарушения режима лечения могут быть связаны не только с недостаточной информированностью, но и с психическими расстройствами, сопровождающимися нарушением внимания, планирования и самоконтроля.
Описание случая. Мужчина, 35 лет, с артериальной гипертензией, аллергической бронхиальной астмой, ожирением и другими хроническими заболеваниями наблюдался с 2023 г. Пациент нерегулярно принимал лозартан, отказывался от постоянной базисной терапии астмы, самостоятельно изменял лечение, часто принимал НПВС и миорелаксанты по поводу обострений дорсопатии. Регистрировались нецелевые значения артериального давления, частые обострения астмы и высокая потребность в короткодействующих бронходилататорах. С детства отмечались трудности концентрации внимания и импульсивность, пациент сообщает о наличии вредных привычек с раннего возраста. После перенесенного ДТП с тяжелыми травмами в 2007 г. появилась выраженная тревожность. Терапевтом в 2025 г. направлен на консультацию к психиатру. На основании жалоб, осмотра, данных анамнеза психиатром диагностированы синдром дефицита внимания и гиперактивности взрослых, тревожно-депрессивное, обсессивно-компульсивное и посттравматическое стрессовое расстройства. Назначены психофармакотерапия и регулярная когнитивно-поведенческая психотерапия. По шкале НОДФ от 01.02.2026 выявлена полная первичная неприверженность при потенциальной частичной приверженности. При повторной оценке 20.08.2026 определялась частичная неприверженность при потенциальной приверженности. На фоне комплексного ведения пациент стал регулярно принимать постоянную терапию. Артериальное давление стабилизировалось в пределах 120–130/80–85 мм рт. ст.; в течение трех месяцев отсутствовали ночные симптомы астмы и потребность в короткодействующих бронходилататорах, ACQ–5 составил 0,6 балла. Сохранялись редкие пропуски лозартана и самостоятельный прием НПВС. Пациент отмечает улучшение самочувствия, настроения и работоспособности, уменьшилась тревога и импульсивность.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай демонстрирует, что низкая приверженность к лекарственной терапии у молодого мультиморбидного пациента может быть связана с психическими расстройствами. Случай подчеркивает необходимость выявления причин неприверженности и междисциплинарного взаимодействия у таких пациентов.*

ЛИПОПРОТЕИН(А) В КОМБИНИРОВАННОЙ ОЦЕНКЕ РИСКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Петрова Е.А., Малев Э.Г.
СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Липопротеин(а) признан независимым фактором риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, однако универсальное клинически значимое пороговое значение Лп(а) не установлено. Согласно консенсусным документам, ассоциированный с Лп(а) сердечно-сосудистый риск возрастает непрерывно с увеличением его концентрации, поэтому применяемые в клинической практике уровни следует рассматривать как условные ориентиры для стратификации риска, а не как строгие биологические границы нормы и патологии.
Цель. Оценить значение Лп(а) как непрерывного маркера субклинического атеросклероза и его сочетание с традиционными факторами риска у членов экипажей судов дальнего плавания.
Материал и методы. В исследование включены 114 мужчин 35–69 лет, членов экипажей судов дальнего плавания, без установленного атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания и без приема гиполипидемической терапии. Определяли Лп(а), липидный профиль, аполипопротеин В и вчСРБ; выполняли ультразвуковое исследование брахиоцефальных и бедренных артерий. Конечной точкой считали наличие атеросклеротической бляшки (АТБ) любой локализации.
Результаты. Медиана возраста составила 49 [42; 56] лет, Лп(а) – 12,5 [6,58; 42,73] нмоль/л. Курение выявлено у 36,8%, наследственная отягощенность по ИБС – у 28,1%, АТБ любой локализации – у 44,7% обследованных. Уровень Лп(а) не различался у лиц без АТБ и с АТБ: 12,4 [6,35; 57,0] против 12,6 [6,8; 38,35] нмоль/л; p=0,743. В многофакторной модели отношение шансов (ОШ) АТБ на каждое удвоение Лп(а) составило 0,99 (95% ДИ 0,81–1,20; p=0,902). Вместе с тем в сочетании с курением и/или наследственностью выявлен отчетливый градиент риска: при Лп(а) ≥11,0 нмоль/л частота АТБ брахиоцефальных и/или бедренных артерий составила 65,9% (27/41) против 32,9% (24/73), скорректированное по возрасту ОШ 4,36 (95% ДИ 1,89–10,04; p=0,0006). При более высоких значениях Лп(а) градиент становился еще более выраженным: при Лп(а) ≥69,2 нмоль/л и наличии как 75,0% (18/24) против 36,7% (33/90), скорректированное ОШ 5,44 (95% ДИ 1,94–15,23; p=0,0013.
Выводы. *В исследуемой когорте уровень Лп(а) как изолированная непрерывная переменная не был связан с наличием АТБ. Вместе с тем комбинированный профиль, включавший Лп(а), курение и наследственность по ИБС, ассоциировался с увеличением шансов субклинического атеросклероза в 4–5 раз.*

НЕОЧЕВИДНАЯ КАРТИНА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Печерский Д.А., Пикунова И.Н.
Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, г. Химки, Россия

Введение. Введение: рак молочной железы – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ. Своевременная диагностика и лечение на ранних стадиях заболевания с последующим диспансерным наблюдением являются ключом к достижению ремиссии.
Описание случая. Пациентка П., 39 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, увеличение живота в объеме на фоне токсического воздействия на печень алиментарного генеза. В анамнезе рак левой молочной железы cT1N1M0 IIA. Курсы химиотерапии, оперативное лечение, лучевая терапия. Лечение окончено в сентябре 2022 г. В дальнейшем онкологом по месту жительства не наблюдалась. Проходила комплексное ультразвуковое обследование 1 раз в 6 мес. На момент госпитализации 4 года стабилизации онкопроцесса. При поступлении лабораторные признаки печеночно-клеточной недостаточности с повышением АЛТ до 190 (Мед./л), АСТ 252 (Мед./л), ГГТП 733 (Мед./л), ЩФ 316 (Мед./л). УЗИ-признаки гепатомегалии, выраженных цирротических изменений с наличием узлов регенерации, асцит, портальная гипертензия. ЭГДС картина варикозного расширения вен пищевода 2 ст. Данные эластометрии подтвердили F4 стадию фиброза по шкале METAVIR. С учетом отягощенного онкоанамнеза выполнено МРТ печени с гепатотропным контрастом, выявлена картина множественных сливных узловых цирротических изменений печени без достоверных данных за метастатическое поражение. ПЭТ–КТ без убедительных данных за рецидив рака молочной железы. Диагностирован цирроз печени алиментарно-токсического генеза. Класс В по Чайлд–Пью (7 баллов). Портальная гипертензия 1 ст. Варикозное расширение вен пищевода 2 ст. Лабораторно исключен аутоиммунный генез поражения печени, уровень церулоплазмина в норме. Для оценки степени фиброза и характера узлов регенерации, так же в рамках онконастороженности выполнена биопсия печени. По результатам получена картина метастаза карциномы молочной железы. Проведен онкологический консилиум – пациентке начата первая линия химиотерапии.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Клинический пример показывает важность диспансерного наблюдения пациентов с онкологическим заболеванием с прохождением обследования согласно срокам, указанным в клинических рекомендациях, а также необходимость онконастороженности врача-клинициста в повседневной практике.*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Пилипенко В.Е.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) является заболеванием, который вносит значительный вклад в структуру смертности и заболеваемости населения. Гиподинамия является одним из основных модифицируемых факторов риска возникновения АГ, однако ее влияние на течение развившегося заболевания, а также взаимосвязь с психоэмоциональными нарушениями изучена недостаточно.
Цель. Для разработки профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения у больных АГ целесообразно оценить выраженность психоэмоциональных расстройств, структуру факторов риска и уровень физической активности (ФА).
Материал и методы. Опросники IPAQ, HADS; расчет индекса массы тела (ИМТ); определение уровня общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы плазмы крови.
Результаты. Обследовано 149 больных АГ II стадии. Обследованные были разделены: 1-я группа с нормальной физической активностью (n=75), 2-я – с гиподинамией (n=74).
В 1-й группе возраст составил 59,9 (95% ДИ 56,9 –62,96) лет; уровень ФА – 23,9 (95% ДИ 22,39–25,34) балла; ИМТ – 30,3 (95% ДИ 29,05–31,62) кг/м^2; САД – 139,7 (95% ДИ 135,69–143,64); ДАД – 83,7 (95% ДИ 80,81–86,62) мм рт. ст.; уровень глюкозы крови – 5,8 (95% ДИ 5,36 –6,35); ОХ – 5,4 (95% ДИ 5,07–5,65); ЛПНП – 2,9 (95% ДИ 2,67–3,17) ммоль/л. У 15 (20,4%) имелась субклинически, у 7 (7,4%) – клинически выраженная тревога; у 22 (29,6%) – субклинически, 3 (3,7%) – клинически выраженная депрессия.
Во 2-й группе возраст составил 54,1 (95% ДИ 50,51 –57,65, p=0,01); ФА – 8,3 (95% ДИ 7,54–9,0, p <0,01); ИМТ – 31,8 (95% ДИ 30,26–33,4; p=0,14); САД – 140,4 (95% ДИ 135,86–144,9; p=0,8); ДАД – 87,9 (95% ДИ 85,41–90,54 p=0,03); глюкозы крови – 5,7 (95% ДИ 5,38 –5,97; p=0,62); ОХ – 5,7 (95% ДИ 5,38–5,97; p=0,12) ; ЛПНП – 3,3 (95% ДИ 2,98–3,55; p=0,07).
У 21 (35,3%) пациента отмечалась субклинически, у 9 (9,8%) – клинически выраженная тревога; у 15 (25,5%) – регистрировалась субклинически, у 5 (3,9%) – клинически выраженная депрессия.
Выводы. *У больных АГ с гиподинамией, в отличие от лиц с нормальной ФА, был выше уровень ДАД, ИМТ, ЛПНП, чаще встречаются тревожные расстройства, что необходимо учитывать при проведении комплекса профилактических мероприятий в рамках диспансерного наблюдения.*

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КОНДУКТ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК СУРРОГАТНЫЙ МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ

Пимонов А.А.
ФБГОУ АГМУ, г. Барнаул, Россия

Актуальность. Гипертензивная церебральная микроангиопатия – ведущая причина когнитивных нарушений и инвалидизации, однако ее ранний визуализационный скрининг (МРТ) ограничен из-за высокой стоимости и доступности. Поиск доступных периферических маркеров органных поражений жизненно необходим для своевременной оценки цереброваскулярного риска. Сердце и мозг выступают синхронными мишенями пульсовой баротравмы (концепция кардиоцеребрального кондукта).
Цель. Получить математическое подтверждение концепции кардиоцеребрального кондукта при артериальной гипертензии путем комплексной оценки сопряженности структурно-функционального ремоделирования сердца с интегральным индексом цереброваскулярной агрессии.
Материал и методы. В ретроспективное исследование включены 153 пациента с верифицированной артериальной гипертензией II–III стадии и/или хроническим нарушением мозгового кровообращения. В зависимости от диагностических задач общая когорта была разделена на 5 функциональных подвыборок. Оценивались параметры ЭхоКГ (индекс массы миокарда левого желудочка – ИММЛЖ, тип ремоделирования), СКФ по формуле CKD–EPI и данные МРТ головного мозга с расчетом авторского интегрального индекса цереброваскулярной агрессии (ИЦВА). Для статистической обработки использовались корреляционный анализ (Пирсона и Спирмена) и линейная регрессия.
Результаты. Установлена статистически значимая прямая корреляционная связь между ИММЛЖ и тяжестью поражения головного мозга в таргетной группе одновременного обследования (r(s)=0,65; p=0,013). Построенная регрессионная модель описывает 42,3% дисперсии индекса цереброваскулярной агрессии (R2=0,423). Связь между функцией почек (СКФ) и церебральными нарушениями оказалась умеренной (R2=0,191), а кардиоренальная сопряженность (СКФ – ИММЛЖ) признана статистически незначимой (p=0,333). Показано, что хронологический возраст пациентов объясняет лишь 13,5% изменений на МРТ и 31,4% вариабельности массы миокарда.
Выводы. *Между ИММЛЖ и интегральным индексом цереброваскулярной агрессии установлена сильная, статистически высокозначимая прямая ранговая корреляционная связь Спирмена (r(s)=0,65; p=0,013). Построенная модель парной линейной регрессии рангов показала высокую прогностическую силу (R2=0,4231).*

НЕКОМПАКТНЫЙ МИОКАРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРИЧИНА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Плотникова Е.С., Летаева М.В., Пирогова О.А.
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия

Введение. Некомпактный миокард левого желудочка (НКМЛЖ) – вид кардиомиопатии с выраженной трабекулярностью и межтрабекулярными синусоидами с истончением компактного слоя. Актуальность данного клинического случая обусловлена комплексом практических трудностей в сочетании НКМЛЖ и хронического гепатита С (ХГС), что создает сложности проведения противовирусной терапии (ПВТ) в посттрансплантационном периоде.
Описание случая. Пациент Ф., 37 лет, обратился в поликлинику с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке (ФН), ортопноэ. Дебют заболевания с сентября 2025 г. в виде субфебрильной лихорадки, по МСКТ верифицирована внебольничная пневмония. На фоне регресса пневмонии возникла одышка, ночные приступы удушья. При дообследовании: электрокардиография (ЭКГ) – гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), эхокардиография (ЭхоКГ) – дилатация ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ 13%, легочная гипертензия, заподозрен неактивный инфекционный эндокардит (ИЭ). С 29.10 по 05.11.2025 был госпитализирован в кардиологическое отделение, выполнена коронарография – поражений нет. Впервые выявлен ХГС. МРТ сердца: картина НКМЛЖ, ФВ ЛЖ 15%. До уточнения статуса инфекции в качестве реципиента сердца рассматриваться не может. Осмотрен инфекционистом: рекомендована ступенчатая ПВТ после стабилизации кардиального статуса. 01.12 – ухудшение состояния в виде усиление одышки в покое, непереносимость горизонтального положения, экстренно госпитализирован в терапевтического отделение с диагнозом: дилатационная кардиомиопатия, хроническая сердечная недостаточность с низкой ФВ (13%) ЛЖ. В анамнезе: ХГС, внутривенное употребление психоактивных веществ 10 лет назад. При поступлении лабораторно: без клинически значимых отклонений. Инструментально: ЭхоКГ–ФВ ЛЖ 13%. 03.12 – отрицательная динамика: гипотензия, брадикардия. Острый коронарный синдром и ИЭ исключены. 04.12 проведен консилиум, пациент переводится в кардиологический диспансер для имплантации кардиовертера-дефибриллятора и дальнейшего решения вопроса о трансплантации сердца (ТС). 23.01.2026 успешно выполнена ортотопическая ТС, контрольная ЭхоКГ: ФВ ЛЖ 69%. На фоне иммуносупрессии ПВТ ХГС оказалась не эффективна, что требует коррекции.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, клинический случай демонстрирует сложный путь пациента от первых симптомов сердечной недостаточности до успешной ортотопической трансплантации сердца, на фоне течения ХГС, а также подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода, определяющего благоприятный исход.*

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Победенная Г.П.[1], Чайка Н.В.[1], Вагина Ю.И.[2], Котова И.С.[1], Дорошенко Т.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия
[2] ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки Минздрава России, ГБУЗ ЛГКМБ № 1 ЛНР, г. Луганск, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) и субклинический гипотиреоз (СГ) достаточно распространены, однако особенности клиники и лабораторных показателей, определяющих более тяжелое течение ВП у лиц с СГ, недостаточно изучены.
Цель. Проанализировать клиническое течение ВП у больных с СГ.
Материал и методы. Наблюдали 132 больных с ВП, в том числе 64 больных ВП с СГ (основная группа) и 68 больных с ВП без СГ (группа сравнения) в среднем возрасте 37,2±3,1 года. Исследовали клинические и биохимические показатели: индекс инсулинорезистентности (HOMA–IR), С-реактивного белка (СРБ), ферритина, липидного спектра, количества «средних молекул» (СМ), функциональное состояние эритроцитов по сорбционной способности их мембран (ССМЭ), а также уровни тревожности и депрессии. Контрольную группу составили 34 здоровых донора такого же возраста и пола.
Результаты. У всех больных (100%) были выявлены респираторный и общеинтоксикационный синдромы, астенический синдром больных из основной группы беспокоил в 1,3 раза ($p < 0,05$) чаще, чем в группе сравнения. В основной группе в 20,3% отмечался кожный синдром и увеличение массы тела в течение последнего года на 5,3±0,7 кг у 17,1% пациентов. Уровень глюкозы крови натощак в основной группе был в 1,5 раза выше, чем в группе сравнения, а индекс HOMA–IR в 1,3 раза ($p < 0,05$) превышал контрольный и в группе сравнения. Уровень СРБ в основной группе был выше контрольного в 9,6 раза ($p < 0,001$) и группы сравнения – в 1,3 раза ($p < 0,05$). Показатель ферритина в основной группе был выше, чем контрольный, в 2,9 раза ($p < 0,001$) и чем в группе сравнения – в 1,5 раза ($p < 0,01$). В липидограмме в основной группе отмечалась проатерогенная дислипидемия. В основной группе концентрация в сыворотке крови СМ превышала условную норму в 2,7 раза ($p < 0,01$), таковую в группе сравнения в 1,4 раза ($p < 0,01$). Величина ССМЭ основной группы была выше контрольной в 1,4 раза на 12,2% ($p < 0,05$) – в группе сравнения, что характеризует высокий уровень эндогенной метаболической интоксикации (ЭМИ).
Выводы. *При ВП, сочетанной с СГ, имеет место синдром взаимоотягощения: наряду с респираторным и интоксикационным синдромами чаще встречаются астенический и кожный синдромы, проатерогенная дислипидемия, инсулинорезистентность, повышенная личностная и реактивная тревожность, депрессия, а также высокий уровень ЭМИ.*

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЙКОЗАНОИДОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Победенная Г.П., Скиба Т.А., Ярцева С.В.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Целью лечения бронхиальной астмы (БА) является достижение контроля над заболеванием. Изучение динамики концентрации метаболитов арахидоновой кислоты – эйкозаноидов для их коррекции у больных БА будет способствовать эффективному лечению.
Цель. Изучить состояние эйкозаноидов лейкотриена В4 (LTB4) и тромбоксана (Тх)А2 в сыворотке крови пациентов с обострением БА под влиянием лечения базисными препаратами.
Материал и методы. Под наблюдением находились 67 больных со среднетяжелым обострением среднетяжелой БА в возрасте 34,5±3,2 лет, в том числе мужчин было 28 (42%), женщин – 39 (58%). Диагноз БА, степень тяжести заболевания и тяжесть обострения, объем лечения устанавливались в соответствии с клиническими рекомендациями. Кроме общепринятого клинико-лабораторного и инструментального обследования, больным в сыворотке крови и моче определяли содержание LTB4 и ТхА2 по значению его стабильного метаболита ТхВ2 с помощью реагентов производства ELISA kit (Enzo Life Sciences, USA). Для выработки референтной нормы были обследованы 36 практически здоровых лиц в таком же возрастном и гендерном диапазоне.
Результаты. У пациентов с обострением БА уровень LTB4 сыворотки крови был в 8,8 раз достоверно выше, чем у практически здоровых лиц. На фоне общепринятого базисного лечения обострения БА в сыворотке крови у пациентов было достигнуто снижение уровня LTB4, который остался выше нормы в 8 раз ($p < 0,001$). Содержание LTB4 в моче больных БА в 2,7 раза ($p < 0,01$) превышало аналогичное у здоровых лиц. После проведения терапии обострения БА базисными средствами концентрация LTB4 в моче больных перед выпиской повысилась в среднем в 1,7 раза и стала выше нормы в 3,5 раза ($p < 0,001$). Содержание ТхВ2 в сыворотке крови больных с обострением БА до лечения достоверно превышало аналогичное у здоровых лиц в 10,3 раза, а после проведения лечения только базисными препаратами снизилось в 1,3 раза, но продолжило достоверно превышать референтную норму в 7,7 раза ($p < 0,001$). Концентрация ТхВ2 в моче пациентов с обострением БА перед выпиской повысилась в 1,7 раза от исходной и стала больше, чем в норме, в 3,5 раза ($p < 0,01$).
Выводы. *Таким образом, у пациентов с обострением БА уровни LTB4 и ТхВ2 в сыворотке крови отмечаются достоверно повышенными и существенно не снижаются при проведении традиционной базисной терапии, что снижает вероятность достижения астма-контроля и требует поиска эффективных методов их коррекции.*

НАРУШЕНИЯ МОРФОЛОГИИ И ФУНКЦИИ КЛЕТОК КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Победенный А.А.
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького, г. Донецк, Россия

Актуальность. Ожирение осложняет течение беременности и родов, учащает акушерские осложнения в 2–3 раза, такие как плацентарная дисфункция, риски тромбообразования, маточные кровотечения, по сравнению с женщинами, имеющими нормальный индекс массы тела (ИМТ).
Цель. Изучить показатели морфологии и функции клеток крови у беременных с ожирением как составляющих микроциркуляции.
Материал и методы. Исследовали 167 беременных женщин, в том числе у 104 с нормальным ИМТ в прегравидарном периоде (I группа) и 63 женщины с ожирением I–II степени (II группа) в сроке беременности 30–32 нед. Определяли спонтанную и АДФ-индуцированную агрегационную способность тромбоцитов (АСТр), количественное и морфофункциональное состояние эритроцитов и тромбоцитов (Тр) включало учет тромбоцитарных индексов: MPV (mean platelet volume) – средний объем Тр, PDW (platelet size distribution width) – ширина распределения Тр по объему и P–LCR (platelet large cell ratio) – отношение количества крупных Тр к общему количеству (коэффициент больших Тр).
Результаты. Исходное количество тромбоцитов в периферической крови в обеих группах пациенток было близко к значениям контрольной группы. Начальный показатель MPV в I группе, PDW и величина P–LCR у беременных I группы не отличались от контрольных значений, но имели тенденцию к повышению. Исходные значения MPV, PDW и величина P–LCR во II группе были выше аналогичных в I группе и контрольных значений 1,2 раза ($p < 0,05$). Все изученные показатели спонтанной и АДФ-индуцированной АСТр в I группе не отличались от контрольных с тенденцией к повышению. Во II группе отмечалось выраженное увеличение показателей спонтанной и АДФ-индуцированной АСТр по сравнению с контрольными и беременных I группы. Величина MCV в I группе была незначительно ниже, чем контрольная. Во II группе MCV не отличался от контрольного и у пациенток I группы. В I группе ССМЭ равнялась контрольной, во II группе ССМЭ в 1,2 раза ($p < 0,05$) превышала контрольную и I группы.
Выводы. *Таким образом, у беременных с ожирением отмечается повышение морфологических характеристик тромбоцитов и их агрегационной способности как фактор риска гиперагрегации, что, наряду с увеличением ССМЭ как фактора нарушения их деформируемости, может приводить к микро- и макроциркуляторным нарушениям.*

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ3)

Погодина М.А., Карамнова Н.С., Ржавцева Т.С., Кротов М.Д., Швабская О.Б., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Евстифеева С.Е., Капустина А.В., Котова М.Б., Максимов С.А., Муромцева Г.А., Шальнова С.А., Драпкина О.М.
НМИЦ ТПМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Характер питания лиц с ИБС имеет свои особенности в зависимости от коморбидного статуса. Детальная оценка характера питания позволяет персонализировать рацион в зависимости от сопутствующего состояния.
Цель. Изучить характер питания лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС).
Материал и методы. Анализ выполнен на выборке исследования ЭССЕ–РФ3 (13 483 мужчины и 15 235 женщин 35–74 лет из 15 регионов). Наличие ИБС, инфаркта миокарда (ИМ) оценивали по анамнезу. Сахарный диабет (СД) – по анамнезу/приему средств. Избыточное потребление (ИзбП) соли: ежедневное потребление мясоколбасных изделий/солений и/или досаливание; характер питания оценивался по частоте потребления основных категорий продуктов. ИзбП сахара: ежедневное потребление сладостей или сахара >5 ч.л./день. Данные представлены в виде отношения шансов (ОШ), 95% доверительного интервала (ДИ) с поправкой на возраст и регион; $p < 0,05$.
Результаты. Распространенность ИБС составила 12,5% (среди мужчин – 13,6%, среди женщин – 11,5%). У 27,5% лиц с ИБС зафиксирован перенесенный ИМ, а сопутствующий СД – у 20,8%. Лица с ИБС и СД (vs ИБС без СД) реже ежедневно потребляли хлебобулочные изделия (ОШ=0,79, 95% ДИ [0,67; 0,94] p=0,008), пшеничный хлеб (0,53 [0,44; 0,63], $p < 0,001$), готовые соусы (0,57 [0,38; 0,86], p=0,007) и реже имели в рационе ИзбП сахара (0,5 [0,41; 0,61], $p < 0,001$) за счет более низкого потребления сладостей (0,47 [0,37; 0,60], $p < 0,001$). При этом они чаще потребляли молочные продукты пониженной жирности (1,22 [1,02; 1,46], p=0,03), овощи/фрукты (1,36 [1,12; 1,66], p=0,002) и цельнозерновой хлеб (1,76 [1,48; 2,10], $p < 0,001$). Лица с ИБС и ИМ (ИБС vs без ИМ) реже потребляли сладости (0,8 [0,66; 0,97], p=0,02), сыр (0,73 [0,60; 0,88], p=0,001), творог (0,77 [0,60; 0,99], p=0,04), яйца (0,79 [0,64; 0,97], p=0,03), фрукты/овощи (0,78 [0,67; 0,91], p=0,002) и молочные продукты высокой жирности (0,82 [0,70; 0,97], p=0,02). Недостаточное потребление рыбы реже регистрировалось среди лиц с ИБС и ИМ (0,76 [0,65; 0,89], $p < 0,001$). Привычка досаливания готовой пищи чаще встречалась в группе лиц с ИБС и ИМ (1,20 [1,02; 1,42], p=0,03).
Выводы. *Лица с ИБС и СД контролируют углеводный и жировой компоненты рациона, а лица с ИБС и ИМ – только жировой и не уделяют внимания потреблению соли. У лиц с ИБС и ИМ, лиц с ИБС и СД отмечены отдельные протективные привычки питания, но комплексная коррекция рациона отсутствует.*

ОЦЕНКА ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСА В ЭРИТРОЦИТАХ И ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Позднякова Е.А., Смирнова О.В.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», обособленное подразделение Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Россия

Актуальность. При метаболическом синдроме (МС) и фибрилляции предсердий (ФП) отмечен дисбаланс про- и антиоксидантных систем. Сведения о раздельной оценке этого дисбаланса в эритроцитах и плазме крови при сочетании МС и ФП ограничены.
Цель. Оценить состояние про- и антиоксидантного баланса в эритроцитах и плазме крови у пациентов с МС без ФП и с МС в сочетании с ФП с использованием расчетных показателей – индекса окислительного стресса (ИОС) и коэффициента окислительного стресса (КОС).
Материал и методы. В одномоментное сравнительное исследование включены 196 человек в возрасте 50–75 лет. Сформированы три группы: контрольная (n=50), МС без ФП (n=50), МС с ФП (n=96). В эритроцитах и плазме методом спектрофотометрии определяли содержание ТБК-реактивных продуктов (ТБК–РП), отражающих уровень малонового диальдегида, активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), глутатионпероксидазы, глутатио-S-трансферазы, восстановленного глутатиона (GSH) и церулоплазмина (ЦП).
ИОС рассчитывали как отношение ТБК–РП к сумме активностей ключевых антиоксидантов: для эритроцитов – ТБК–РП/(СОД+КАТ+GSH), для плазмы – ТБК–РП/(СОД+КАТ+ЦП).
КОС вычисляли как произведение отношений показателей к их медианам в контрольной группе: КОС = (ТБК–РП / ТБК–РПк) / (СОД / СОДк).
Результаты. В плазме крови ИОС был повышен в обеих группах пациентов по сравнению с контролем ($p < 0{,}001$), при этом между группами МС и МС с ФП различий не выявлено ($p = 0{,}579$). КОС плазмы также был повышен в группах МС и МС с ФП относительно контроля ($p < 0{,}001$) без значимых различий между группами пациентов ($p = 0{,}559$).
В эритроцитах ИОС был умеренно повышен в группе МС ($p = 0{,}005$) и МС с ФП ($p = 0{,}011$) по сравнению с контролем, но значимых различий между двумя группами пациентов не обнаружено ($p = 0{,}513$). КОС эритроцитов не различался между тремя группами ($p = 0{,}258$).
Выводы. *При МС окислительный стресс регистрируется преимущественно в плазме крови, тогда как в эритроцитах сохраняется компенсаторный баланс про- и антиоксидантных систем. Присоединение ФП не приводит к значимому усилению окислительного стресса ни в плазме, ни в эритроцитах.*

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ: СВЯЗЬ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТЬЮ

Полетаева Н.Б., Пичурин А.Д., Гришина И.Ф., Баженова О.В.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, ул. Репина д. 3, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Рост случаев ишемического инсульта (ИИ) у молодых лиц с метаболическим синдромом (МС) определяет необходимость поиска доклинических предикторов данных событий.
Цель. Проанализировать показатели диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у молодых лиц с МС, перенесших ИИ, в связи с показателями артериальной жесткости.
Материал и методы. 20 пациентов с МС 18–45 лет, перенесших ИИ, сравнили с 20 лицами с МС и здоровыми добровольцами, сопоставимыми по полу и возрасту, по скорости раннедиастолического (Е), позднедиастолического наполнения (А) левого желудочка (ЛЖ), соотношения Е/А, скорости движения митрального кольца в раннюю диастолу (е`), соотношения Е/е`, времени замедления пика Е (DT) и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), измеренной методом объемной сфигмографии.
Результаты. При оценке соотношения Е/А минимальные значения определялись в группе МС в сравнении с группой ИИ и контролем (0,96 [0,86; 1,14] против 1,20 [1,13; 1,34] и 1,24 [1,12; 1,60] соответственно, p <0,001). Статистически значимое увеличение пика Е было отмечено в группе инсульта в сравнении с МС (0,79 (0,11) м/с против 0,70 (0,14) м/с, p=0,019). Тогда как в группе МС был отмечен вклад предсердий в диастолу ЛЖ в виде рост пика А в сравнении с контролем (0,69 (0,15) м/с и 0,59 (0,12) м/с, p=0,021). У лиц с ИИ пик А составил 0,67 (0,13) м/с, но достоверно не отличался от других групп. Пик е` в группах достоверно не отличался, тогда как соотношение Е/е` статистически значимо было повышено в группе ИИ – 8,45 (1,95) в сравнении с МС – 7,24 (1,45) (p=0,026) и в сравнении с контролем – 6,90 (0,84), p=0,004. Значения DT в группах не различались. СРПВ наибольшее значение имела в группе инсульта – 8,40 (0,83) м/с, в группе МС составила 7,77 (0,59) м/с и наименьшее в группе контроля – 7,32 (0,40) м/с (p <0,001), что свидетельствовало о достоверном увеличении артериальной жесткости в группах с МС. СРПВ положительно коррелировала со значениями Е/Е` в группе лиц, перенесших ИИ (r=0,44, p=0,035).
Выводы. *У молодых лиц с МС, перенесших ИИ, определяются доклинические изменения диастолической функции ЛЖ наравне с ростом артериальной жесткости, отличные от таковых при МС без осложнений. Предиктивная роль данных показателей у молодых лиц с МС в отношении развития ИИ требует изучения.*

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЭЛАСТОГРАММЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Полозова А.И.[1], Рыжов А.В.[1], Тягушева Е.Н.[2], Власова Т.И.[1]
[1] ФГБОУ ВО НИ МГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск, Россия
[2] НМИЦ им. В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Ожирение – проблема здравоохранения, с годами приобретающая все большую значимость. Повышенная тромбоцитарная активность и оксидативный стресс, хроническое воспаление и эндотелиальная дисфункция, а также непосредственно липотоксичность влекут за собой развитие тромбозов и тромбоэмболий у лиц с избыточной массой тела.
Цель. Оценить особенности состояния системы гемостаза у мужчин и женщин с избыточной массой тела и/или ожирением I степени методом тромбоэластографии (ТЭГ).
Материал и методы. Аналитическая выборка проспективного исследования составила 167 участников, разделенных на группы. Группа 1 (n=60) – ИМТ 18,50–24,99 кг/м^2, нормальный уровень АД. Группа 2 (n=60) – ИМТ 25,00–34,99 кг/м², нормальный уровень АД. Группа 3 (n=47) – ИМТ 25,00–34,99 кг/м², артериальная гипертензия. ТЭГ проводилась дважды для каждого пациента. После забора крови из кубитальной вены на плечо надевалась манжета и на 5 мин. нагнеталось давление до 220 мм рт. ст. Повторно кровь забиралась в момент снятия окклюзии.
Результаты. До окклюзионной пробы были выявлены следующие межгрупповые отличия ($p<0,05$): укорочение R(min) и K(min) в группе ИМТ/ожирение относительно группы контроля на 33,1 и 26,4% соответственно. Angle(deg) в группе ИМТ/ожирение превысил угол группы контроля на 18,9%. CI (mm) в группе ИМТ/ожирение превысил таковой в группе контроля в 125 раз при $p <0,01$. CLT (min) в группе АГ+ИМТ/ожирение превысило этот показатель в группе контроля на 4,3%. После окклюзионной пробы Angle(deg) в группе АГ + ИМТ/ожирение превысил угол группы ИМТ/ожирение на 14,1%. CI (mm) в группе АГ+ИМТ/ожирение превысил таковой в группе ИМТ/ожирение на 55,3%. Проведен анализ разницы исходного значения и после окклюзионной пробы по всем показателям. Выявленное нарастание Angle(deg) в группе АГ + ИМТ/ожирение после окклюзии превысило данный параметр на 168 и 114% в группах ИМТ/ожирение и контроля соответственно при $p <0,05$. Анализ показал уменьшение LTE(min) в группе АГ + ИМТ/ожирение относительно группы ИМТ/ожирение на 96,4% при $p <0,05$. Описанные изменения свидетельствуют о значимости АГ в усилении коагуляции у лиц с избыточной массой тела.
Выводы. *Выявлено усиление коагуляции и снижение фибринолитической активности крови у лиц с ИМТ/ожирением без функциональных проб. АГ способствует большему нарастанию коагуляции и истощению резервов системы фибринолиза в постокклюзионном состоянии у лиц с ИМТ/ожирением, чем у лиц с нормальной массой тела.*

ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5Д СТАДИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Понкрашова Д.А.[1], Гасанов М.[1]
[1]ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», г. Великий Новгород, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) при ХБП 5Д стадии повышает риск нутритивных нарушений, маскируемых сохраненным или повышенным индексом массы тела (ИМТ).
Цель. Оценить возрастные и половые особенности нутритивного статуса у пациентов с ХБП 5Д стадии и СД.
Материал и методы. Обследованы 56 пациентов с ХБП 5Д стадии и СД на программном гемодиализе: 30 мужчин и 26 женщин, средний возраст 56,9±11,9 года. Белково-энергетическую недостаточность (БЭН) диагностировали по модифицированным критериям G.L. Bilbrey и T.L. Cohen. Оценивали ИМТ, альбумин, общий белок, абсолютное число лимфоцитов, С-реактивный белок, толщину кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖС), индекс окружности мышц плеча (ИОМП) и состав тела методом биоимпедансометрии. Показатели сравнивали среди мужчин и женщин, а также у пациентов младше 60 лет (n=34) и старше 60 лет (n=22). Применяли критерий Манна–Уитни, точный критерий Фишера и корреляционный анализ Спирмена; $p < 0,05$.
Результаты. БЭН была выявлена у 45 (80,4%) пациентов: I стадия – у 30 (53,6%), II – у 12 (21,4%), III – у 3 (5,4%). Избыточную массу тела или ожирение имел 41 (73,2%) пациент. Частота БЭН у мужчин и женщин не различалась (86,7 и 73,1%; p=0,313), однако распределение по стадиям имело половые особенности (p=0,029): II–III стадии выявлены у 38,5% женщин и 16,7% мужчин, III стадия – только у женщин. У женщин были ниже медианы скелетно-мышечной массы (21,7 и 29,4 кг; $p < 0,001$), альбумина (37,9 и 40,0 г/л; p=0,025), общего белка (66,0 и 69,0 г/л; p=0,008) и ИОМП (23,2 и 25,8; p=0,031). В то же время частота снижения мышечной массы не различалась (15,4 и 20,0%; p=0,737), как и ИМТ, число лимфоцитов, ТКЖС и СРБ. Частота БЭН в возрастных группах была сопоставима (79,4 и 81,8%; p=1,000). Возраст прямо коррелировал с ИМТ (r=0,30; p=0,024) и жировой массой (r=0,32; p=0,015), но не со стадией БЭН (r=-0,02; p=0,865).
Выводы. *Таким образом, у пациентов с ХБП 5Д стадии и СД была выявлена высокая распространенность БЭН, которая не имела достоверной связи с полом и возрастом. В то же время структура стадий БЭН и показатели нутритивного статуса имели половые особенности. Комплексная оценка нутритивного статуса позволяет выявлять БЭН при сохраненном или повышенном ИМТ и учитывать этот фактор для последующей стратификации риска.*

ВЫЯВЛЕНИЕ ФЕНОТИПА ХОБЛ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕЛКИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: РОЛЬ ПОРОГОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНОЙ КАПНОГРАФИИ

Пономарева И.Б.[1], Гудкова В.В.[1], Черенкова А.С.[1], Бельских Э.С.[1], Гольдина Е.М.[2]
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. доцент, Россия
[2] ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) функционально гетерогенна и может сочетать бронхиальную обструкцию, дисфункцию мелких дыхательных путей, вентиляционно-перфузионную неоднородность. Спирометрия подтверждает наличие персистирующего ограничения воздушного потока, но недостаточно раскрывает лежащий в его основе механизм. Объемная капнография – неинвазивный метод, отражающий вымывание CO_2 за выдох, потенциально пригодный для функционального фенотипирования.
Цель. Оценить связь показателей объемной капнографии со спирометрическими маркерами тяжести обструкции, симптомами и с бодиплетизмографическими показателями функционального фенотипа ХОБЛ.
Материал и методы. Одноцентровый обсервационный ретроспективный анализ первичной базы 193 пациентов с установленной ХОБЛ (аналитическая капнографическая когорта – 124 пациента, подвыборка бодиплетизмографии – 37). Условный спирометрический индекс расхождения ЖЕЛ и ФЖЕЛ рассчитывали как (ЖЕЛ−ФЖЕЛ)/ЖЕЛ >10% по значениям в процентах от должных. Применяли Shapiro–Wilk, корреляции Спирмена с поправкой Benjamini–Hochberg (FDR), критерии Манна–Уитни/Уэлча, эксплоративный ROC-анализ, к Коэна, регрессию и эксплоративный кластерный анализ (Уорд + k-средних).
Результаты. Капнографические показатели наклона фазы III и вентиляционной неоднородности умеренно коррелировали с тяжестью обструкции и одышкой (после FDR): Alpha s2s3 с ОФВ1/ФЖЕЛ ρ=−0,53 и с ОФВ1 ρ=−0,40; dMM/dV3 с ОФВ1/ФЖЕЛ ρ=−0,46 и с ОФВ1 ρ=−0,44; (dMM/dV3)/VT с ОФВ1 ρ=−0,44 и с mMRC ρ=+0,43. Относительно условного дихотомического индекса (ЖЕЛ−ФЖЕЛ)/ЖЕЛ капнографические показатели разделяли пациентов лишь слабо (AUC 0,53–0,63), несмотря на более выраженные связи с непрерывными показателями обструкции. Эксплоративный кластерный анализ выделил два капнографически-вентиляционных паттерна, различавшихся преимущественно дыхательным объемом, частотой дыхания и объемом мертвого пространства (силуэт ≈0,28).
Выводы. *В рамках эксплоративного обсервационного анализа объемная капнография демонстрирует потенциал как дополнительный неинвазивный метод функционального фенотипирования пациентов с установленной ХОБЛ; наиболее информативны показатели фазы III и вентиляционной неоднородности.*

ЦЕЛИАКИЯ ПОД МАСКОЙ СПОНДИЛОАРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КИШЕЧНИКА

Попов А.А.[1], Гончаренко О.В.[2], Палабугина П.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия
[2] ГБУЗ Свердловской области ЦГКБ № 6, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Целиакия – хроническое Т-клеточно-опосредованное заболевание, поражающее тонкую кишку – развивается при употреблении глютенсодержащей пищи у генетически предрасположенных лиц с генотипом HLA–DQ2 или HLA–DQ8. Целиакия может иметь широкий спектр клинических симптомов и обусловливает появление внекишечных осложнений, в том числе воспалительных заболеваний суставов.
Описание случая. Пациентка, 20 лет, поступила с жалобами на диарею до 10 раз/сут., слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, снижение массы тела на 15 кг за последний год, на боли и утреннюю скованность в грудном и поясничном отделах позвоночника, голеностопных и коленных суставах. С детства получала терапию пероральными препаратами железа по поводу анемии с недостаточным эффектом, отмечалась склонность к диарее, которая усиливалась после эрадикации *H. Pylori* и приема нестероидных противовоспалительных препаратов.
При осмотре: рост 152 см, масса тела 37 кг, ИМТ 16,01 кг/м^2. Кожа бледная, сухая, заеды, заусеницы. Сила и тонус мышц снижены. Небольшой S-образный сколиоз грудного отдела. Пальпация и перкуссия позвоночника безболезненны. Голеностопные суставы болезненны, отечны, объем активных и пассивных движений полный. Подвижность позвоночника во всех отделах сохранена, экскурсия грудной клетки 5 см. Тесты Кушелевского, FABER отрицательны. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС 88/мин., SpO2 98%. АД 105/58 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Выражен кариес зубов, множественные клиновидные дефекты эмали. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки на всем протяжении от слепой до сигмовидной. Печень (0) 8×6×6 см, селезенка (0) 6×4 см. Гемоглобин 118 г/л. Лейкоциты 6,8×109/л, СОЭ 2 мм/ч. В сыворотке витамин B_{12} 389 пг/мл, ферритин 28,8 мкг/л. СРП 4,3 мг/л, общий белок 50 г/л, Альбумины 43 г/л, атрофия степени Marsh III ретробульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. МРТ признаков спондилита и сакроилиита не выявлено. Через 7 дней безглютеновой диеты полностью исчезли боли, скованность, припухлость суставов, метеоризм и боли в животе, улучшился аппетит, прибавка массы тела составила 2 кг. Стул кашицеобразный 2 раза/сут.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Исключение целиакии должно входить в перечень дифференциальной диагностики при воспалительной боли в спине и суставах. При отсутствии возможности выявления генетических или иммунологических маркеров назначение безглютеновой диеты является безопасным и эффективным вмешательством.*

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ КАРДИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИООНКОЛОГИИ

Поповкина О.Е.
МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, г. Обнинск, Россия

Актуальность. Кардиотоксические эффекты противоопухолевой терапии встречаются до 57% и чаще всего проявляются в виде сердечной недостаточности (ХСН). Ни один из существующих в настоящий момент методов лечения ХСН не позволяет восстановить утраченные кардиомиоциты и уменьшить фиброз в миокарде, что важно для увеличения сократимости и уменьшения прогрессирования ХСН.
Цель. Уменьшить явления кардиотоксичности противоопухолевой терапии, улучшить перфузию миокарда после кардиотоксичной ХТ.
Материал и методы. 10 больным, медиана возраста 63,5 года, с первично-множественным опухолевым процессом, внутривенно вводился фотосенсибилизатор хлоринового ряда 1,0–1,2 мг/кг с одновременным внутривенным лазерным облучением крови на аппарате «Латус 0,4» (662 нм), мощность 20 мВт, время облучения 50 мин. 46 пациентам с опухолями различных локализаций, медиана 62,0 г при возникновении кардиотоксичности химиотерапии проводилась трансплантация аллогенной культуры кардиомиобластов (2×108 клеток), полученных из стромальных мезенхимальных клеток костного мозга здоровых доноров, путем однократной внутривенной инфузии. Контролировались ЭхоКГ, сцинтиграфия миокарда, цитокиновый профиль, кардиомаркеры (тропонин I, СРБ высокочувствительный, КФК–МВ, NT-proBNP, ST–2).
Результаты. После проведения двух сеансов фотодинамической терапии отмечено снижение кардиомаркеров сердечной недостаточности: NTproBNP у 58,3% пациентов, ST2 у 83,3% пациентов. По данным сцинтиграфии выявлена прямая зависимость усиления кровоснабжения миокарда в ответ на трансплантацию кардиомиобластов при клинически выраженной сердечной недостаточности. По данным ЭхоКГ сократимость постепенно увеличивалась ($p < 0,05$).
Выводы. *Системная ФДТ у больных с распространенными стадиями злокачественных новообразований оказывает выраженное корректирующее действие на иммунологические показатели и кардиомаркеры. Трансплантация культуры кардиомиобластов улучшает перфузию и сократительную функцию миокарда.*

АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И ОБЪЕКТЫ ТЕРАПИИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ ИБС В СОЧЕТАНИИ С АГ И ЧАСТЫМИ ФЕНОТИПАМИ ХОБЛ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Прибылов В.С.[1], Гаврилюк Е.В.[1], Прибылова Н.Н.[1], Леонидова К.О.[1], Прибылов С.А.[2]
[1] Курский государственный медицинский университет, Россия
[2] Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Актуальность. Актуальным является использование комбинированной антигипертензивной терапии для лечения артериальной ригидности, легочной гипертензии, которые являются прогностическими маркерами и объектами терапии пациентов ИБС в сочетании с АГ и частыми фенотипами ХОБЛ (эмфизематозный и бронхитический) после реваскуляризации.
Цель. Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии фиксированными дозами, назначенной после реваскуляризации (коронарное стентирование и аортокоронарное шунтирование) на артериальную жесткость (АР) и легочную гипертензию (ЛГ) при ИБС в сочетании с АГ и частыми фенотипами ХОБЛ (эмфизематозный и бронхитический) после реваскуляризации.
Материал и методы. Включены 130 пациентов ИБС с АГ, перенесших коронарное стентирование (n=105) и АКШ (n=25), сопутствующими фенотипами ХОБЛ: эмфизематозный (n=70) и бронхитический фенотипы (n=60). В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась терапия ИБС и ХОБЛ и комбинированная антигипертензивная терапия (КАГТ): 52 пациента получили двойную терапию (амлодипин и периндоприл), 78, не достигших целевого уровня АД, переведены на тройную терапию (амлодипин + индапамид + периндоприл) с подбором индивидуальных доз. До начала терапии и через три месяца после реваскуляризации проводилась комплексная оценка АР методом объемной сфигмографии на аппарате VS–1500 (Fukuda Denshi, Япония).
Результаты. Через 3 мес. терапии выявили зависимость изучаемых параметров от фенотипа ХОБЛ: у пациентов с фенотипом Э СДЛА снизилось с 44 ±2,4 мм рт. ст. до 38 ±1,8, при фенотипе Б с 32±1,5 мм рт. ст до 24,2±0,8 (p <0,001). ФВ была снижена у пациентов ФБ до 32 мл, возросла до 53 мл (p <0,001). КС и АКШ у больных проявились достоверным снижением артериальной жесткости СРПВ с 13,3±0,6 до 9,7±0,4 м/с при ФБ. цСАД с 155±12,0 до 120±8 мм рт. ст. CAVI с 18 до 14% (p <0,001). При ФЭ СРПВ снизилась с 14,2±0,3 до 8,4±0,5 мм рт. ст., цСАД со 164,5 до 120 мм рт. ст., CAVI с 19 до 17%, при сопоставлении с группой сравнения больных без реваскуляризации (n=33), где достоверных результатов не получено.
Выводы. *Ранний перевод после хирургической реваскуляризации коморбидных больных на трехкомпонентную антигипертензивную терапию способствовал достижению целевого уровня АД со снижением ЛГ.*

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОГОРТЕ МОЛОДЫХ ЛИЦ 18–39 ЛЕТ

Присеко Л.Г., Дежемесова Т.С., Джаббарова Д.Д.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия

Актуальность. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), главным образом кардиоваскулярные, остаются ведущей причиной смертности во всем мире, внося огромный вклад в потерю трудоспособности населения. Эпидемиологические исследования демонстрируют высокую распространенность факторов риска ХНИЗ среди взрослого населения. По данным исследований, у лиц от 18 до 24 лет фиксируется наличие до 1–2 факторов риска, тогда как к 30–39 годам стремительно растет доля лиц с 3 и более факторами риска.
Цель. Оценить распространенность факторов риска ХНИЗ среди молодого населения в возрасте 18–39 лет, проживающих на территории Приморского края.
Материал и методы. Использованы данные выборки условно здоровых жителей Приморского края исследования ЭССЕ–РФ. Проведен анализ анкетных, антропометрических и биохимических данных, цифр артериального давления, данных 12-канальной ЭКГ в покое. Также проведен статистический анализ базы данных. Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Включены 653 респондента, соотношение по полу было практически равнозначным – 303 мужчины (46,4%), средний возраст 31 [27; 35] год; 350 женщин (53,6%), средний возраст 32 [28; 36] года.
Результаты. У трети молодых респондентов общей группы имеется избыточная масса тела, а у 14% ожирение. Среди 15,8% исследуемых зафиксированы цифры АД, соответствующие I степени артериальной гипертензии (АГ). Среди молодых лиц с АГ установлено достоверное повышение уровня ОХС, ЛПНП, триглицеридов, глюкозы, мочевой кислоты, всч-СРБ, NT-proBNP в отличие от респондентов с нормальным артериальным давлением. Проведена оценка данных ЭКГ, согласно Миннесотскому коду. Изменения на ЭКГ встречались практически в 78% случаев в общей группе. Наше внимание привлекло наличие у 82 исследуемых синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Была обнаружена связь между статусом курения и наличием данного ЭКГ-феномена. Среди курящих шансы выявления СРРЖ были практически в 1,7 раза выше по сравнению с некурящими – различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,037–2,769). Обнаружено достоверное изменение биохимических маркеров в зависимости от наличия СРРЖ – отмечено повышение креатинина, мочевой кислоты и NT-proBNP.
Выводы. *Выявлена высокая степень распространенности различных факторов риска ХНИЗ, среди которых курение, избыточная масса тела и ожирение, АГ, повышение ЛПНП и ТГ. Выявлены случаи изменений на ЭКГ, требующие дополнительного анализа и наблюдения.*

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ И РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Приходько О.Б.[1], Романцова Е.Б.[2], Кострова И.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия
[2] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия

Актуальность. Хроническая никотиновая интоксикация у женщин репродуктивного возраста – актуальная междисциплинарная проблема глобального здравоохранения. Сочетание табакокурения с хронической бронхолегочной патологией (бронхиальной астмой, хроническим бронхитом) при беременности ассоциировано с повышением риска неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода.
Цель. Оценить влияние курения на течение бронхиальной астмы и хронического бронхита у пациенток в динамике гестационного процесса, а также на частоту гестационных осложнений, состояние плода и новорожденного.
Материал и методы. Изучены клинико-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у 68 беременных с бронхиальной астмой (БА) (легкой и средней степени тяжести, преимущественно с неконтролируемым течением, с обострениями во время беременности), имеющих хроническую никотиновую интоксикацию и 95 больных с хроническим бронхитом (ХБ) (необструктивным). Среди пациенток с ХБ I группу составили 56 беременных с хронической никотиновой интоксикацией, II группу – 39 некурящих беременных. Следует отметить, что 53,6% беременных продолжали курить на протяжении всей беременности, 32,1% прекратили курение в I триместре.
Результаты. Структура выявленных заболеваний новорожденных от курящих матерей с БА: церебральная ишемия – в 35 (51,5%) случаях, внутриутробное инфицирование (ВУИ) – у 27 (39,7%), нарушение периода адаптации – у 28 (41,2%), задержка внутриутробного развития плода – у 16 (23,5%), синдром дыхательных расстройств – у 15 (22,1%), синдром двигательных нарушений – у 20 (29,4%). В структуре заболеваний новорожденных от матерей с ХБ отмечены церебральная ишемия – у 59 (62,1%), из них в I группе – у 43 (72,9%), во II – у 16 (27,1%), ВУИ – у 50 (52,6%): в I группе – у 40 (80,0%), во II – у 10 (20,0%), нарушение периода адаптации – у 62 (65,3%), при этом в I группе – у 54 (87,1%), во II – у 8 (12,1%), задержка внутриутробного развития плода – у 26 (27,4%): в I группе – у 18 (69,2%), во II – у 8 (30,8%), синдром дыхательных расстройств – у 14 (14,7%): в I группе – у 12 (85,7%), во II – у 2 (14,3%), синдром двигательных нарушений – у 31 (32,6%): в I группе – у 21 (67,7%), во II – у 10 (32,3%).
Выводы. *Выявленная высокая заболеваемость новорожденных, ассоциированная с курением и наличием хронической бронхолегочной патологии у матерей, обусловливает необходимость междисциплинарного подхода к ведению данной категории пациенток.*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРУПП СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Приходько О.Б.[1], Романцова Е.Б.[1], Ситникова В.В.[2], Саядян М.М.[2], Приходько К.С.[2]
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия
[2] ФГБОУ ВО Амурский государственный университет, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия

Актуальность. Детская поликлиника – ключевое звено системы здравоохранения, отвечающее не только за лечение, но и за профилактику, а также социальное сопровождение пациентов. Медико-социальная помощь направлена на раннее выявление факторов риска, формирование здорового образа жизни и подготовку подростков к переходу во взрослую сеть.
Цель. Изучить организацию медико-социальной помощи несовершеннолетним из групп социального риска, подходы к медико-социальному сопровождению: патронаж, межведомственное взаимодействие, разработка индивидуальных программ реабилитации (ИПР).
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ работы медико-социального отделения (МСО) детской поликлиники № 3 г. Благовещенска за 2022–2026 гг. Число наблюдаемых семей оставалось стабильным (856–952), количество детей в них увеличилось с 1700 в 2022 г. до 2317 в 2026 г. При этом число многодетных семей выросло втрое, а детей в них – в 3,5 раза (с 312 до 1096). Группа малообеспеченных семей не изменилась (452 семьи), что указывает на устойчивость этого риска. В то же время количество семей, где родители злоупотребляют алкоголем, сократилось вдвое. Однако проблема наркозависимости сохраняется: под наблюдением находится две семьи с родителями-наркоманами и пять детей, контактирующих с наркозависимыми.
Результаты. Число женщин фертильного возраста из групп риска (безработные, без жилья, из неполных/малообеспеченных семей) выросло в 7 раз, тогда как число несовершеннолетних беременных почти не изменилось. Количество междисциплинарных визитов (социальный работник с психологом, юристом или педиатром) выросло втрое к 2026 г. Поводы для составления актов (проверка жилищных условий) встречались в 1,8 раза реже, отказы от лечения – в 1,6 раза реже. Патронаж семей с детьми–инвалидами и опекаемыми детьми увеличился вдвое. Сократилось число актов на лишение родительских прав в соцзащиту и опеку. В план межведомственного взаимодействия включены специалисты социальной защиты, комиссии по делам несовершеннолетних, образования, здравоохранения, службы занятости. В 2025 г. по ИПР проведено 50 рейдов, 350 посещений, 10 актов обследования, 30 семьям оказана материальная помощь. Налажено сотрудничество с наркодиспансером для лечения родителей с зависимостью и их сопровождения.
Выводы. *МСО играет стратегическую роль в профилактике, раннем выявлении рисков и координации ведомств. Приоритетами развития являются: укрепление межведомственных связей, единые электронные базы данных семей группы риска, расширение реабилитационных программ – психологическая помощь, социальное сопровождение.*

НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия

Актуальность. Значительное распространение бронхиальной астмы (БА) среди женщин репродуктивного возраста определяет необходимость пристального внимания к исходам беременности у данных пациенток. При этом решающее прогностическое значение для здоровья новорожденного имеют два фактора: исходная тяжесть заболевания и уровень его контроля в период гестации. Изучение комбинированного влияния этих параметров является актуальным направлением, позволяющим стратифицировать группы риска и совершенствовать помощь.
Цель. Оценить состояние новорожденных у женщин с тяжелой БА в гестационном периоде, включая случаи применения системных глюкокортикостероидов (СГКС).
Материал и методы. В исследование вошли 58 беременных с тяжелой БА (I группа) и их новорожденные. Контрольную группу (II группа) составили 30 детей, чьи матери не имели хронической бронхолегочной патологии. У большинства пациенток (47 человек, 81%) контроль над астмой во время беременности отсутствовал, при этом течение заболевания утяжелялось. В одном случае отмечена антенатальная гибель плода при сроке беременности 22 нед. у пациентки с тяжелым обострением БА.
Результаты. Дети, чьи матери получали СГКС, имели более низкие массо-ростовые характеристики: средний вес составил 2285±120 г (3532±112 г во II группе, $p < 0,05$), а длина – 50,8±1,2 см (во II группе – 52,3±0,7 см). Отмечено большее количество патологических состояний, среди которых чаще наблюдалась недоношенность по сравнению со всеми детьми соответственно 16 (27,6%) в I группе и 10% – во II, кесарево сечение –39 (67,2%) при БА, тогда как во II группе – 36,7%, более тяжелое состояние при рождении, в связи с чем реанимационные мероприятия проведены 28 (48,3%) новорожденным в I группе. Дисгармоничное развитие в 1,5 раза чаще отмечалось у новорожденных, матери которых получали СГКС (преднизолон). При приеме ингаляционных глюкокортикостероидов во время беременности такой закономерности не отмечалось. У детей I группы преобладали церебральная ишемия – у 49 (84,5%) (во II группе – 28,6%), внутриутробная инфекция – 39 (67,2%) (во II группе – 43,3%), частая задержка внутриутробного развития плода – 35 (60,3%) (во II группе 10%). Более чем половина новорожденных I группы 37 (63,8%) переведена из роддома на дальнейшую реабилитацию в детскую больницу.
Выводы. *Обеспечение полного контроля над симптомами БА в период беременности является ключевым направлением терапии и позволяет существенно снизить риски для здоровья будущего ребенка.*

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОТОМСТВА ПРИ ДЕБЮТЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Приходько О.Б.[1], Романцова Е.Б.[2], Кострова И.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия
[2] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия

Актуальность. Вопрос взаимного отягощения бронхолегочных заболеваний, и в первую очередь бронхиальной астмы (БА), и гестационного процесса сохраняет свою актуальность. Сложность данной проблемы требует комплексного междисциплинарного подхода как к ее научному изучению, так и к клиническому решению.
Цель. Изучить клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы, дебютировавшей во время беременности, в том числе на фоне внелегочных проявлений аллергии, определить частоту осложнений беременности, родов и состояние новорожденных.
Материал и методы. Изучены клинико-анамнестические данные течения беременности у 58 больных с дебютом БА в различные сроки гестации. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям отмечена в 17 (29,3%) случаях. Внелегочные проявления аллергии до наступления беременности были у 40 (68,9%) пациенток, из них крапивница – у 11 (27,5%), атопический дерматит – у 6 (15%), аллергический ринит – у 9 (22,5%), анафилактический шок – у 2 (5%). Аллергическая форма БА выявлена у 39 (67,2%) больных, неаллергическая – у 7 (12,1%), смешанная – у 12 (20,7%).
Результаты. У 48,3% больных симптомы БА появились в I триместре, у 44,8% – во II и у 6,9% – в III триместре. У 30 больных с легкой БА (БАЛТ) приступы удушья впервые появились после ОРВИ и контакта с аллергеном. Дебют у 18 больных был в I триместре беременности, чаще при сроке 5–6 нед., у 12 – во II триместре, при сроке беременности 16–20 нед. У 25 больных БА среднетяжелого течения (БАСТ) диагностирована при сроках гестации 6–12, 20–29 нед., после ОРВИ. У 3 пациенток приступы тяжелой БА (БАТТ) появились при сроке 10–14 и 21 нед. на фоне ОРВИ. При этом БАЛТ наблюдалась у 51,7%, БАСТ – у 43,1%, БАТТ – у 5,2%. Из неспецифических триггеров преобладали ОРВИ – 68,9%, психоэмоциональное напряжение – у 58,6%, влияние метеоусловий – у 60,3%, физической нагрузки – у 39,6%. В структуре заболеваний новорожденных ведущие места занимали церебральная ишемия – в 21 (36,2%) случаях, внутриутробное инфицирование (инфекционные заболевания кожи и слизистых оболочек) – у 17 (29,3%), нарушение периода адаптации – у 17 (29,3%), задержка внутриутробного развития плода – у 8 (13,8%), синдром дыхательных расстройств – у 10 (17,2%), синдром двигательных нарушений – у 16 (27,6%).
Выводы. *Таким образом, необходим мультидисциплинарный подход к наблюдению пациенток с дебютом БА во время беременности для достижения и поддержания контроля с целью минимизации рисков для беременной и новорожденного.*

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И ЭОЗИНОФИЛОВ В РЕАКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ХОЛОДОВУЮ БРОНХОПРОВОКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАВШИХ ДЛИТЕЛЬНУЮ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Приходько А.Г., Пирогов А.Б., Наумов Д.Е.
Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Холодовой стимул часто провоцирует обострения астмы, усиливая бронхоспазм и гиперреактивность дыхательных путей. Интерлейкин-8 (ИЛ-8) и эозинофильное воспаление играют важную роль в реакции дыхательных путей на холод. Имеющиеся данные по динамике ИЛ-8 в конденсате выдыхаемого воздуха и эозинофилов в индуцированной мокроте при холодовой бронхопровокации на фоне длительной контролирующей терапии ограничены. Понимание этих изменений имеет важное значение для персонализации терапии.
Цель. Оценить динамику уровней ИЛ-8 в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) и количества эозинофилов в индуцированной мокроте (ИМ) после холодовой бронхопровокации у пациентов с бронхиальной астмой на фоне длительной контролирующей терапии.
Материал и методы. Проведено проспективное наблюдение у 51 пациента с бронхиальной астмой до и через 6 мес. контролирующего лечения будесонидом/формотеролом (160/4,5 мкг, дважды в сутки). Контроль над астмой оценивали с помощью вопросника АСТ, холодовую реактивность дыхательных путей измеряли по степени падения ОФВ1 (ΔОФВ1, %) при проведении бронхопровокационного теста с 3-минутной изокапнической гипервентиляцией холодным воздухом (–20 °С). До и после теста измеряли уровень ИЛ-8 в КВВ (пг/мл), подсчитывали количество эозинофилов (%) в ИМ. Повторное исследование проведено через 6 мес.
Результаты. Уровень АСТ вырос с 16,2±1,0 до 19,6±1,2 балла (p=0,019) после 6 мес. контролирующей терапии. ΔFEV1 после холодовой бронхопровокации составил 8,6±1,48% до лечения и –7,5±1,46% после лечения (p=0,33). Концентрация ИЛ–8 в КВВ при проведении пробы до лечения достоверно не изменялась: 134,9±11,2 и 139,8±22,8 пг/мл соответственно (p >0,05). После курса лечения ИЛ-8 в КВВ в ходе холодовой бронхопровокационной пробы достоверно снижался с 111,8±11,8 до 78,8±7,3 пг/мл (p=0,012). Эозинофилы в ИМ после лечения снизились с 5,8 [1,7; 17,7] до 2,0 [0,9; 3,0]%, (p=0,039). После холодовой пробы их доля исходно увеличивалась до 7,4 [4,6; 26,4]%, (p=0,045); после лечения до 2,4 [1,2; 8,8]%, (p=0,026).
Выводы. *Под воздействием холодового стимула у пациентов с бронхиальной астмой наблюдается увеличение числа эозинофилов, даже после 6-месячной противовоспалительной терапии ингаляционными стероидами, при этом достоверно меняется их роль в экспрессии ИЛ-8.*

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Приходько О.Б.[1], Романцова Е.Б.[2], Кострова И.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия
[2] ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск (Амурская обл.), Россия

Актуальность. Интерес к проблеме диагностики и терапии аллергических заболеваний неуклонно растет, при этом особую значимость приобретает изучение коморбидных связей между респираторными и внелегочными формами аллергии.
Цель. Выявить особенности внелегочных аллергических проявлений у беременных с бронхиальной астмой (БА) и проанализировать их влияние на состояние здоровья новорожденных.
Материал и методы. Изучены клинико-функциональные особенности течения БА у 326 (300) пациенток в динамике беременности. У 208 (63,8%) больных была БА легкого течения (I группа), у 94 (28,8%) – средней степени тяжести (II группа), у 24 (7,4%) – тяжелая (III группа). У 208 (63,8%) больных была аллергическая БА, у 31 (9,5%) – неаллергическая, у 87 (26,3%) – смешанная. Обострение БА во время беременности было выявлено у 242 пациенток (74,2 %). В I группе – у 141 (67,8 %) больных, во II группе – у 77 (81,9%), в III группе – у 24 (100%).
Результаты. Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям прослежена у 135 (41,4%) больных, при этом по БА – у 118 (36,2%), из них по материнской линии – у 72 (61%). У 19 пациенток БА была в трех поколениях, из них по линии матери – у 16 (84,2%), по линии отца – у 3 (15,8%). Определена структура аллергических заболеваний у беременных с БА в зависимости тяжести течения заболевания. Внелегочные заболевания атопического круга наблюдались у 145 (69,7%) больных I группы, у 75 (79,8%) – II группы, у 21 (87,5%) – III группы. Аллергический ринит (АР) отмечен у 170 больных (52,1%), поллиноз – у 143 (43,9%), крапивница – у 65 (19,9%) и атопический дерматит – у 36 (11%). Сочетание атопической БА и АР отмечено у 171 (52,5%) больных, причем у 74 (43,3%) из них АР предшествовал БА, у 97 (56,7%) анифестировал практически одновременно с дебютом БА. АР достоверно чаще встречался у пациенток III группы, чем II и I группы ($p < 0,001$). На первом году жизни у 179 (54,9%) детей имелись признаки атопического дерматита, у 102 (31,3%) детей на фоне ОРВИ появился синдром бронхиальной обструкции.
Выводы. *У детей, рожденных матерями с БА, уже на первом году жизни регистрируются такие проявления аллергии, как атопический дерматит и синдром бронхиальной обструкции. Выявленные закономерности обосновывают необходимость раннего диспансерного наблюдения за данной группой детей.*

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВЕРСИЯ АМИОДАРОНОМ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ И ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

Пронин А.Г.
Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Московский медицинский университет «Реавиз», г. Москва, Россия

Актуальность. Амиодарон является одним из основных препаратов для купирования пароксизмов фибрилляции и трепетания предсердий, однако эффективность его применения при разных формах аритмии требует уточнения.
Цель. Оценить эффективность и безопасность применения амиодарона для восстановления синусового ритма у пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий и их сочетанием.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 242 пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2022 по 2025 г. по поводу фибрилляции предсердий – 152 (94 мужчины, 58 женщин, медианный возраст 63 (55;74) года) пациента; трепетания предсердий – 41 больной (33 мужчины, 8 женщин, медианный возраст 62 (53;71) года), сочетания фибрилляции и трепетания предсердий – 49 пациентов (37 мужчин, 12 женщин, медианный возраст 62 (53;71) года). Всем больным для медикаментозной кардиоверсии ритма применялся амиодарон с последующей оценкой эффективности и безопасности его применения путем сравнительного и корреляционного анализа.
Результаты. У больных фибрилляцией предсердий восстановление синусового ритма при применении амиодарона было, что статистически не значимо выше, чем при сочетании фибрилляции и трепетания предсердий, 71,1 против 65,3% соответственно, $p=0,44$.
При этом у больных этих групп достоверно чаще отмечалась конверсия ритма сердца, чем у пациентов с трепетанием предсердий, у которых она составляла 26,8% ($p<0,01$). Установлена статистически значимая зависимость между восстановлением синусового ритма и видом аритмии: значимая при фибрилляции предсердий ($r=0,79$; $p=0,04$) и фибрилляции в сочетании с трепетанием предсердий ($r=0,70$; $p=0,04$), не значимая с трепетанием предсердий ($r=0,46$; $p=0,11$). Ни в одной из групп не регистрировалось жизнеугрожающих нарушений ритма сердца в рамках проаритмогенного эффекта. В группах больных с изолированной фибрилляцией предсердий и ее сочетания с трепетанием снижение частоты сердечных сокращений от 40 до 60 уд./мин. было статистически достоверно чаще, чем у больных только с трепетанием предсердий: 36,8% ($p<0,01$) и 28,6% ($p=0,03$) соответственно против 9,8%.
Выводы. *Медикаментозная конверсия ритма сердца амиодароном наиболее эффективна при наличии у больного фибрилляции предсердий или ее сочетания с трепетанием и малоэффективна при изолированном трепетании предсердий.*

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО БЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ВЗРОСЛОГО

Протасова М.В.
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Введение. Случаи тетрады Фалло у взрослых пациентов без хирургической коррекции встречаются крайне редко.
Описание случая. Пациент К., 1985 г.р., поступил в стационар 22.09.2025 с жалобами на постоянную смешанную одышку, резко усиливающуюся при минимальной нагрузке, и кашель с отделением скудной гнойной мокроты. Из анамнеза: тетрада Фалло и гипоплазия левого легкого диагностированы неонатально, решением консилиума в хирургической коррекции отказано. В 1995 г. верифицирован туберкулез легких, в 1999 г. снят с диспансерного учета. С 2006 г. установлен диагноз ХОБЛ, базисная терапия нерегулярно. В апреле 2025 г. выявлена аневризма восходящего отдела аорты. Ухудшение состояния с 20.09.2025 после переохлаждения. Объективно: рост 155 см, вес 48 кг, ИМТ 19 кг/м^2. Общее состояние средней степени тяжести: диффузный цианоз, частота дыхания –24/мин.; SpO_2 – 80%, на фоне инсуффляции кислорода 10 л/мин. – 93%. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме, перкуторно над ней тимпанический звук, дыхание не выслушивается. Над правым легким коробочный звук, жесткое дыхание, полифонические сухие хрипы. Тоны сердца очень глухие, в точке Боткина систолический шум. ЭКГ: ритм синусовый, 98/мин., гипертрофия и перегрузка правых предсердия и желудочка. ЭХО-КГ: тетрада Фалло; ФВ ЛЖ 62%. Рентгенография ОГК: слева отсутствие легочной ткани, воздушные полости в верхнем поле, смещение средостения влево; справа фиброзные изменения, кальцинаты, корень не дифференцируется. МСКТ: левое легкое: воздушная полость, уплотнение с бронхоэктазами, гипоплазия легочного ствола, вероятная аплазия левой легочной артерии; правое легкое: фиброз, множественные тракционные бронхоэктазы в верхней доле; средостение смещено влево. ФВД: ОФВ1: 0,6 л (16,7% от должной); индекс Тиффно: 42,9% (исходно), 46,4% (сальбутамол 400 мкг); проба с сальбутамолом отрицательная.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный клинический случай демонстрирует редкое сочетание тяжелой коморбидной патологии. Пациент относится к группе крайне высокого риска по неблагоприятному прогнозу. Ключевые детерминанты ухудшения исхода – гипоксемия, рецидивирующие респираторные инфекции.*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС КАК ФАКТОР, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ШЕЕ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Протасова М.В., Протасова Т.В.
КемГМУ, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Боль в шее, плече и руках часто встречается, снижает работоспособность и качество жизни. Многочисленные попытки создать общепризнанную классификацию этих болевых синдромов пока не дали результата. В 2004 г. голландскими экспертами был предложен консенсусный подход с объединением нетравматических жалоб под термином CANS. Наряду с физическими факторами, на формирование миофасциальной боли влияют тревога и депрессия, поэтому их выявление важно для эффективного лечения.
Цель. Оценить частоту встречаемости тревоги и депрессии у пациентов с болями в шее, плече и верхних конечностях (CANS).
Материал и методы. В работу включены 48 пациентов с неспецифическими рефлекторными болями шейной локализации. Женщин – 73% (35 человек), мужчин – 27% (13 человек). Средний возраст составил 36,5±2,4 года. Интенсивность боли измеряли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ). Выраженность мышечного тонуса оценивали по индексу мышечного синдрома (ИМС). Тревогу и депрессию выявляли с помощью госпитальной шкалы HADS.
Результаты. Хроническая цервикалгия отмечена у всех пациентов, средняя длительность боли – 4,6±2,2 года. Изолированная цервикалгия выявлена у 68%, цервикобрахиалгия – у 26%, цервикокраниалгия – у 6%. Средний балл по ЦРШ составил 7,2±1,15, что соответствует интенсивной боли, причем у женщин она была сильнее ($p < 0,001$). Средний ИМС – 8,72±1,2 (средняя степень мышечного напряжения). По шкале HADS: средний балл тревоги – 8,33±3,44 (отсутствие – 36%, субклиническая – 30%, клиническая – 34%); средний балл депрессии – 5,84±3,5 (отсутствие – 72%, субклиническая – 20%, клиническая – 8%). У женщин оба показателя были выше. У пациентов с более высоким ИМС регистрировались более высокие баллы тревоги и депрессии, гендерных различий не выявлено.
Выводы. *Хроническая цервикалгия сочетается с эмоциональными нарушениями: тревога у 64%, депрессия у 28% (тревога достоверно чаще). Чем сильнее боль и мышечное напряжение, тем выше уровень психических расстройств. Необходима оценка психоэмоционального статуса и коррекция тревожности в комплексной терапии.*

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В 2025 И 2026 ГОДАХ

Прохоров Д.Ю.
Медицинский институт ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула, Россия

Актуальность. Высокая учебная нагрузка студентов выпускного курса медицинского вуза может влиять на их психологическое состояние, что определяет необходимость его оценки и профилактики неблагоприятных состояний.
Цель. Изучить особенности психологического статуса студентов выпускного курса медицинского вуза в 2025 и 2026 гг.
Материал и методы. Весной 2025 и 2026 гг. проведено анкетирование 184 студентов 6 курса медицинского вуза (129 девушек и 55 юношей). Для оценки психологического статуса использовали методику Г. Айзенка «Самооценка психических состояний», включающую оценку уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности.
При интерпретации результатов наличие выраженного состояния по каждой из шкал учитывали при суммарном значении показателя ≥8 баллов. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета анализа Microsoft Excel 21.0 и программного обеспечения Statistica 12.0. Для оценки различий качественных признаков применяли критерий χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.
Результаты. В общей группе студентов как в 2025, так и в 2026 г. наиболее часто отмечались проявления ригидности. При этом в 2026 г. данный показатель был достоверно выше по сравнению с 2025 г. (75 и 59% соответственно; $p < 0,05$). В целом показатели психологического статуса студентов в 2026 г. были менее благоприятными: достоверно чаще выявлялись признаки фрустрации (47%), агрессивности (67%) и ригидности (75%) по сравнению с 2025 г. (26, 50 и 59% соответственно; $p < 0,05$). При анализе показателей с учетом пола установлено, что в 2025 г. у юношей наиболее выраженным состоянием являлась тревожность, тогда как у девушек преобладали проявления ригидности.
В 2026 г. у представителей обоих полов ведущим показателем являлась ригидность. У девушек в 2026 г. достоверно чаще выявлялись фрустрация и ригидность по сравнению с 2025 г. (52 и 80% против 27 и 66% соответственно; $p < 0,05$).
Выводы. *В 2026 г. у студентов выпускного курса медицинского вуза выявлено ухудшение ряда показателей психологического статуса по сравнению с 2025 г. Наиболее значимые изменения отмечены среди студенток, у которых достоверно чаще выявлялись признаки фрустрации и ригидности.*

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАДИОИНДУЦИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Пышкина Ю.С., Суровцев Е.Н.
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Введение. Радиоиндуцированное поражение мелких сосудов (РПМС) объединяет два вида осложнений лучевой терапии (ЛТ): радиоиндуцированные кавернозные мальформации и петехиальные кровоизлияния. Последние морфологически проявляются фокальным отложением гемосидерина. Данные литературы свидетельствуют о возникновении кавернозных мальформации у пациентов после лучевой терапии по поводу опухолей головного мозга (ГМ).
Описание случая. Цель. Продемонстрировать развитие РПМС головного мозга после лучевой терапии и показать значение выбора технологии МРТ для их выявления.
Материалы и методы. Пациент О., 13 лет, с апреля 2004 г. предъявлял жалобы на жажду, двоение в глазах, сходящееся косоглазие, сонливость, головные боли и рвоту. На МРТ ГМ обнаружена опухоль пинеальной области, сопровождающаяся гидроцефалией. Выполнены удаление опухоли, устранение гидроцефалии, но сформировалась гематома в области III желудочка. Проведены 4 цикла полихимиотерапии (ПХТ) и ЛТ. В 2006 г. признаков рецидива опухоли и метастазирования при МРТ не обнаруживалось. С апреля 2006 г. состояние ребенка ухудшилось: нарастала слабость, появилась атаксия. При контрастной МРТ ГМ при отсутствии рецидива роста в пинеальной области обнаружены метастазы. Выполнены 4 цикла ПХТ. Пациент с 2007 по 2014 г. ежегодно проходил МРТ ГМ и шейного отдела позвоночника, определялись постоперационные изменения, признаки пострадиационной лейкоэнцефалопатии, последствия шунтирующей операции и участки отложения гемосидерина в области дистальных отделов шунта, без признаков рецидива опухоли и наличия метастазов. После 2014 г. МРТ не проводилась. В 2018 г. обнаружено появление единичных зон гипоинтенсивного МР-сигнала на Т2-ВИ в левой височной доле и в правой половине таламуса. На SWI характерный для гемосидерина эффект «выцветания» МР-сигнала.
Результаты. Применение протокола SWI позволило обнаружить фокусы отложения гемосидерина, не визуализируемые на Т2–ВИ, Т1–ВИ и FLAIR. Установлено появление новых зон отложения гемосидерина при отсутствии изменений клинического состояния пациента.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Выбор протокола МРТ имеет решающее значение для распознавания церебральных микрокровоизлияний. Пациентам, перенесшим облучение головного мозга в детском возрасте, необходим мониторинг с применением протоколов, взвешенных по магнитной неоднородности (SWI или T2GRE).*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ IL-6 И JAK ПРИ COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ С ФОКУСОМ НА ПОЧЕЧНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Ракитина К.А.[1], Бычкова Л.В.[1], Игамбердиев Ш.В. угли[1], Политидис Р.Р.[1], Тришина В.В.[2], Родоман М.Г.[2]
[1] РУДН, г. Москва, Россия
[2] РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

Актуальность. Поражение почек при COVID-19 – от протеинурии до острого повреждения – встречается у трети госпитализированных и служит независимым фактором неблагоприятного прогноза. Ингибиторы IL-6 и JAK широко применяются для купирования цитокинового шторма, но их влияние на почечные исходы изучено недостаточно: большинство работ сфокусированы на респираторных конечных точках. Оценка ренального эффекта таргетной терапии на реальной когорте актуальна для оптимизации лечения пациентов с нефрологическим фоном.
Цель. Сравнить клинические исходы COVID-19-ассоциированной пневмонии с фокусом на почечную патологию у пациентов, получавших комплексную терапию с включением ингибиторов I-6 и JAK, и у пациентов без таргетной терапии.
Материал и методы. Проведен ретроспективный когортный анализ 500 пациентов с верифицированной COVID-19-пневмонией, госпитализированных в ГКБ им. С.С. Юдина в 2020–2022 гг. Основная группа (n=250) получала ингибиторы IL-6 (левилимаб, олокизумаб, тоцилизумаб) и/или JAK (барицитиниб, тофацитиниб) на фоне стандартной терапии; группа сравнения (n=250) – только стандартную терапию. Оценивали рСКФ (CKD–EPI), протеинурию, гематурию, лейкоцитурию и длительность госпитализации. Использовали множественную линейную и логистическую регрессию с поправкой на исходную рСКФ, возраст, пол, ХБП, сахарный диабет и объем поражения легких по КТ.
Результаты. В многофакторной линейной регрессии таргетная терапия не показала статистически значимой связи с уровнем рСКФ при выписке (коэффициент −1,19; 95% ДИ −3,93–1,56; p=0,396). При этом в бинарной логистической модели шансы протеинурии 0,15 г/л и выше при выписке были на 78% ниже в основной группе (OR=0,22; 95% ДИ 0,13–0,36; p <0,001). В порядковой модели шансы полного отсутствия протеинурии по сравнению с легкой степенью были в 4,45 раза выше (OR=4,45; p <0,001), тогда как различий между легкой и умеренной/тяжелой протеинурией не выявлено (OR=1,03; p=0,972). Сильнейшим предиктором сохранения протеинурии стала ее исходная выраженность (OR=6,09; p <0,001).
Выводы. *Таргетная терапия (ингибиторы IL-6 и JAK) при COVID-19-пневмонии значимо снижает протеинурию к выписке (OR=0,22; p <0,001), не влияя на рСКФ (p=0,396). Эффект связан с восстановлением барьерной функции клубочков. Требуется подтверждение в проспективных исследованиях.*

ВЛИЯНИЕ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ДВУХЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19

Раковская Ю С., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю.
ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) существенно увеличивает смертность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) в отдаленном периоде. Одним из потенциальных механизмов снижения этого риска является углубленная диспансеризация (УД), позволяющая своевременно выявлять и контролировать жизнеугрожающие состояния. Однако до настоящего времени отсутствовали прямые сравнительные данные о влиянии УД на двухлетнюю смертность в популяциях, сопоставимых по возрасту и полу.
Цель. Оценить ассоциацию между прохождением углубленной диспансеризации (УД) с последующим диспансерным наблюдением и снижением смертности у пациентов в течение 1 и 2 лет после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в зависимости от коморбидности.
Материал и методы. Проведен анализ смертности в двух группах пациентов, стандартизированных по полу и возрасту: основная когорта (прошедшие УД, n=13751) и группа контроля (без УД, n=1834). Оценивалась летальность через 1 и 2 года после постановки диагноза COVID-19, а также структура причин смерти (на 1000 пациентов) в разрезе групп приоритета (1-я группа – коморбидные пациенты, 2-я группа – остальные.
Результаты. Через 1 год смертность в основной когорте составила 1,0 против 4,5% в группе контроля (в 4,5 раза ниже), через 2 года – 1,6 против 5,4% (в 3,4 раза ниже). На первый год пришлось 59,2% летальных исходов в группе с УД и 83% – в группе без УД. Наиболее выраженный протективный эффект УД наблюдался у коморбидных пациентов (1-я группа): смертность за 1 год составила 1,1% (против 10,9% в контроле), за 2 года –1,6% (против 12,9%). Основной причиной смерти в обеих группах были болезни системы кровообращения (БСК), однако их частота в группе без УД была в 3,5 раза выше в первый год. В группе без УД также значительно чаще регистрировались случаи смерти от злокачественных новообразований (в 7 раз) и болезней органов пищеварения (в 7,5 раза). Структура смертности в группе с УД во второй год смещалась в сторону хронической патологии, тогда как в группе контроля сохранялся накопительный эффект острых состояний.
Выводы. *Прохождение УД с последующим ДН ассоциировано с достоверным снижением двухлетней смертности пациентов после COVID-19, особенно в когорте коморбидных пациентов, снижая повышенный риск, связанный с ХНИЗ.*

АНАЛИЗ СООТНОШЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИН-18/ИНТЕРЛЕЙКИН-1В ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Рахмонова Ш.М.[1], Калайджян Е.П.[1], Тимофеев Ю.С.[1], Джиоева О.Н.[2]
[1] ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, г. Москва, Россия
[2] ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России; ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) является актуальной проблемой в современной кардиологии, что обусловлено сложностью ее диагностики и увеличением заболеваемости. Значимую роль в патогенезе СНсФВ играет неспецифическое хроническое воспаление и инфламмасомная активность. Активация инфламмасомы NLRP3 сопровождается продукцией зрелых форм эффекторных цитокинов – интерлейкина-18 (ИЛ-18) и интерлейкина-1β (ИЛ-1β). Изолированная оценка данных молекул не всегда в полной мере отражает воспалительный профиль пациента. Существование аритмогенного субстрата фибрилляции предсердий (ФП) может быть сопряжено с истощением пула одних цитокинов на фоне гиперпродукции других, что позволяет рассматривать отношения интерлейкинов в качестве маркера воспаления, отражающего процессы ремоделирования миокарда при СНсФВ.
Цель. Оценить ассоциацию отношения ИЛ-18/ИЛ-1β с наличием пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с СНсФВ.
Материал и методы. В исследование были включены 150 пациентов с верифицированным диагнозом СНсФВ без признаков декомпенсации в возрасте от 60 до 80 лет (68,73 ± 5,51 года). В зависимости от клинического статуса ФП в исследуемой выборке были выделены 3 группы пациентов: без ФП в анамнезе (n=45), с пароксизмальной формой ФП вне пароксизма (n=38) и с пароксизмом ФП давностью <48 ч (n=67). Анализ концентрации ИЛ-18 и ИЛ-1β проводился в сыворотке крови с помощью стандартизированных наборов для иммуноферментного анализа интерлейкин-18-ИФА-ЕСТ (Interleukin-18-EIA-BEST) и Интерлейкин-1 бета-ИФА-БЕСТ (Interleukin-1 beta-EIA-BEST) на микропланшетном анализаторе Multiscan FC (Thermo, США).
Результаты. Выявлены статистически значимые более высокие медианы отношения ИЛ-18/ИЛ-1β в группе пациентов с пароксизмальной формой ФП вне пароксизма 69,65 [42,37; 109,70] по сравнению с группой без ФП 32,33 [22,06; 54,22] (p <0,001) и с пароксизмом ФП давностью <48 ч 50,80 [30,66; 82,68] (p <0,038). По данным многофакторного логистического регрессионного анализа, увеличение отношения ИЛ-18/ИЛ-1β в сторону ИЛ-18-зависимого воспаления на 1 условную единицу сопровождалось увеличением отношения шансов выявления пароксизмальной формы ФП (объединение группы ФП вне пароксизма и с пароксизмом давностью <48 ч) на 3,0% (ОШ=1,03; 95% ДИ: 1,01–1,05; p=0,013). Согласно результатам ROC-анализа, пороговое значение индекса ИЛ-18/ИЛ-1β ≥33,36 обладает чувствительностью 75,0% и специфичностью 55,5% для верификации наличия пароксизмальной формы ФП (AUC=0,688; p <0,001).
Выводы. *Соотношение ИЛ-18/ИЛ-1β ассоциировано с наличием пароксизмальной формы ФП у пациентов с СНсФВ. Полученные данные обосновывают дальнейшее изучение соотношения ИЛ-18/ИЛ-1β как потенциального клинического ориентира, требующего валидации в независимых когортах.*

АССОЦИАЦИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО БЕЛКА NLRP3 С КЛИНИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Рахмонова Ш.М.
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) является актуальной проблемой в современной кардиологии, что обусловлено сложностью ее диагностики, и увеличением частоты заболеваемости. Значимую роль в патогенезе СНсФВ играет неспецифическое хроническое воспаление, одним из механизмов которого является процесс пироптоза, реализующийся посредством активации инфламмасомы NLRP3.
Цель. Изучить связь концентрации сывороточного белка NLRP3 с различными клиническими вариантами фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ).
Материал и методы. В одномоментное исследование включены 150 пациентов с верифицированным диагнозом СНсФВ без признаков декомпенсации в возрасте от 60 до 80 лет (68,73±5,51 года). В зависимости от наличия и клинического статуса ФП в исследуемой выборке были выделены 3 группы пациентов: без ФП в анамнезе (n=45), с пароксизмальной формой ФП вне пароксизма (n=38) и с пароксизмом ФП давностью <48 ч (n=67). До начала лечения у пациентов проводилось взятие крови и получение сыворотки (центрифугирование 2000G в течение 10 мин.) с ее последующим хранением при –80 °С. Исследование белка NLRP3 проводилось с помощью стандартизированного набора для иммуноферментного анализа ELISA Kit for NLR Family, Pyrin Domain Containing Protein 3 (NLRP3) на микропланшетном анализаторе.
Результаты. Максимальные уровни сывороточного белка NLRP3 зарегистрированы при пароксизме ФП давностью <48 ч: медиана 0,22 [0,03; 0,28] нг/мл, что статистически значимо превышало уровни как в группе без ФП, так и в группе с ФП вне пароксизма (p <0,001). Между группами без ФП и с ФП вне пароксизма различий по уровню NLRP3 не обнаружено (p=1,000). Определяемый уровень NLRP3 (≥0,125 нг/мл) выявлен у 74,6% пациентов с пароксизмом ФП давностью <48 ч против 40,0% без ФП и 36,8% с ФП вне пароксизма (p <0,001). По данным многофакторного логистического регрессионного анализа наличие пароксизма ФП давностью <48 ч являлось единственным независимым фактором, ассоциированным с концентрацией сывороточного белка NLRP3 выше аналитического порога чувствительности тест–системы (ОШ=4,16; 95% ДИ: 1,75–9,87; p=0,001), тогда как наличие пароксизмальной ФП вне пароксизма не продемонстрировало значимой связи (p=0,945).
Выводы. *Более высокий сывороточный уровень белка NLRP3 ассоциирован с пароксизмом ФП давностью <48 ч у пациентов с СНсФВ. Полученные данные могут свидетельствовать об острофазовом характере высвобождения белка NLRP3 в системный кровоток.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ребров Б.А., Князева А.К., Пахомов Н.А., Фетисов И.С.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) часто приводит к развитию патологических изменений в гастродуоденальной зоне (ГДЗ), которые отличаются отсутствием воспалительной реакции с нечеткой клинической картиной и именуются НПВП-гастропатией (ГП). Данные о локализации поражений гастродуоденальной зоны при ГП разноречивы. Чаще описывается поражение тела желудка и дна желудка, в то время как поражение пилороантрального отдела желудка считается не характерным для ГП.
Цель. Установить особенности локализации эндоскопических проявлений ГП у больных РА.
Материал и методы. Обследованы 97 больных с РА. Всем пациентам была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).
Результаты. ГП при ЭГДС была подтверждена в 80,4% случаев (78 из 97 пациентов). 72,2% больных с ГП имели от 1 до 10 эрозий, единичные геморрагии обнаружены у 15,5% больных, 1–2 эрозии имели 26,8% пациентов, 3–10 эрозий найдены у 29,9%, а более 10 эрозий было обнаружено у 8,2% больных. При рассмотрении локализация выявленных эрозивных поражений ГДЗ оказалось, что они обнаруживались в области дна желудка у 2 (2,6%) больных, дна и тела желудка у 2 (2,6%), тела желудка и антрального отдела у 4 (5,1%), антрального отдела и пилорического канала, без двенадцатиперстной кишки у 57 (73,1%) и антрального отдела, пилорического канала и без двенадцатиперстной кишки у 7 (8,9%) больных. Таким образом, у большинства больных РА с проявлениями НПВП-гастропатии, при первичной эндоскопии, выявлялись эрозии в антральном и пилорическом отделах желудка (73,1%) и в антральном отделе у 87,1%. Реже эрозии встречались в дне, а также сочетано в дне и теле желудка.
Выводы. *1. ГП встречается у большинства больных РА, получающих НПВП. 2. Основной локализацией поражения желудка является пилороантральный отдел.*

РОЛЬ ТЕРАПЕВТА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТКИ С ФП, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ревкова Д.С., Марцевич С.Ю., Калайджян Е.П.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Повторные ишемические инсульты – ведущая причина смертности и инвалидизации. У пациентов с ФП и АГ риск рецидива высок даже на фоне антикоагулянтов. Эффективность профилактики снижают низкая приверженность лечению, нестабильность АД и когнитивные нарушения, что требует комплексного подхода.
Описание случая. Пациентка, 68 лет, с ФП (пароксизмы с 2006 г., верифицирована в 2021 г.), АГ (с 2017 г., АД до 200/120 мм рт. ст., терапию не принимала). В декабре 2021 г. первый ишемический инсульт (левосторонний гемипарез) на фоне тахиаритмии, инициирован апиксабан 5 мг 2 раза в сутки. В июле 2022 г. повторный инсульт из-за перерывов в приеме антикоагулянта (до нескольких дней); сформировались множественные постишемические кисты, стойкий парез, II группа инвалидности. В феврале 2025 г. выполнена РЧА по поводу предсердной тахикардии; продолжен апиксабан. При обследовании: СМАД – высокие колебания АД (ср. 138/82 мм рт. ст., утром до 165/95, ночью до 88/58, over-dipping); ХМ–ЭКГ:3 пароксизма НЖТ до 170 уд./мин.; ЛПНП 2,4 ммоль/л (цель <1,4) на розувастатин+эзетимиб; СКФ 58 мл/мин /1,73 м² (ХБП 3А); МоСА 22 балла, MMSE 24 – умеренные когнитивные нарушения; HADS: тревога 11, депрессия 8; ISI 15 – умеренная инсомния. Ключевые проблемы: низкая приверженность к антикоагулянтам (перерывы = рецидив), статинам (опасения), нестабильное АД с гипотонией, недостижение целевого ЛПНП, коморбидность (ХБП, когнитивно-эмоциональные нарушения), что требует комплексного подхода к вторичной профилактике.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *У пациентки с ФП, АГ и когнитивными нарушениями вторичная профилактика требует комплексного подхода: контроль гемодинамики, персонализированная терапия (CHA2DS2–VASc/HAS–BLED) и мотивационная поддержка с учетом когнитивного статуса. Только так можно предотвратить рецидив инсульта.*

РОЛЬ ТРАДИЦИОННЫХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ДЛЯ ЖЕНЩИН ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Реева С.В., Глотко В.Е., Тимофеев Е.В.
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Россия

Введение. Принято считать, что женщины до менопаузы имеют значительно меньшие риски сердечно-сосудистых событий, нежели мужчины такого же возраста. При этом не учитывается ряд параметров, потенциально имеющих прогностическое значение, в частности акушерско-гинекологический анамнез.
Описание случая. Пациентка, 49 лет, поступила в стационар с диагнозом «острый инфаркт миокарда» в области нижней стенки, подтвержденным ЭКГ и виражом тропонина до 27230 нг/л. Выполнена коронарография: выявлено диффузное поражение коронарных артерий, стеноз LMCA (50% в дистальном сегменте), RCA-окклюзия в среднем сегменте, по результатам чего принято решение о необходимости выполнения аортокоронарного шунтирования. С целью оценки факторов риска ИБС выполнен анализ данных истории болезни и повторный прицельный расспрос пациентки. В анамнезе: с 39 лет гипертоническая болезнь (ГБ), артериальная гипертензия 3 степени; курение с 18 до 38 лет; у отца ГБ с молодости, смерть в 60 лет от инфаркта миокарда. В настоящее время ожирение 1 степени (ИМТ=32,4); общий холестерин 6,67 ммоль/л. По шкале SCORE риск составил 1%. Расширенный гинекологический анамнез: пациентка принимала гормональные контрацептивы с 25 до 38 лет на фоне курения; страдает эндометриозом, миомой матки, оперирована по поводу кисты яичника, беременность в результате ЭКО в 39 лет, завершилась рождением недоношенных близнецов, менопауза с 47 лет.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Учет только традиционных ФССР у женщин среднего возраста может привести к недооценке ССР. Оценка специфичных для женщин факторов ФССР, в том числе гинекологического анамнеза, прием оральных контрацептивов, проведение ЭКО, позволит выделить группы особого риска.*

ОЦЕНКА ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ИНГИБИТОРОМ PCSK9 В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резниченко К.А.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Генно-инженерная терапия гиперхолестеринемии получает широкое распространение в клинической практике. Результаты клинических наблюдений демонстрируют отличные от рандомизированных исследований данные по эффективности терапии. Авторами предлагаются алгоритмы оценки ответа на PCSK9-таргетную терапию, что требует изучения этого вопроса в реальной клинической практике.
Цель. Оценить ответ на терапию ингибитором PCSK9 у пациентов с гиперхолестеринемией и проанализировать клинические паттерны снижения эффективности терапии.
Материал и методы. В исследование включены 70 пациентов с первичной гиперхолестеринемией, получающих терапию ингибитором PCSK9 (Алирокумаб). Срок наблюдения составил от 5 до 23 мес. Средний возраст пациентов 64 года [40–81]; мужчины – 48,6%. Инъекции препарата проводились медицинским персоналом. Оценка принимаемой гиполипидемической терапии, характера питания и физической активности осуществлялась с помощью анкетирования.
Результаты. Средний процент снижения ЛПНП составил 55%; 65,7% пациентов достигли целевого значения ЛПНП. Устойчивое снижение ЛПНП ≥30% с первой инъекции препарата, характеризуемое как типичный ответ на терапию, отмечалось у 85,7% пациентов. Среди нетипичных вариантов ответа на терапию чаще регистрировалась потеря ответа (снижения ЛПНП ≥30%) после третьей дозы препарата – 4 пациента (5,7%). Отсроченный ответ на терапию (снижение ЛПНП ≥30% только после третьей дозы) продемонстрировали 3 пациента (4,3%). Недостаточный ответ на терапию (снижение ЛПНП <30%) отмечался у 2 пациентов (2,9%). 1 пациент не ответил на терапию ингибитором PCSK9. В группе нетипичного ответа на терапию ингибитором PCSK9 чаще регистрировалась произвольная коррекция пациентом пероральной гиполипидемической терапии: 30 против 15% в группе типичного ответа. Несоблюдение рекомендаций по питанию отмечалось в обоих группах без значимого различия (20 и 23,3%). Рекомендаций по физической активности придерживались 70% пациентов среди группы нетипичного ответа и 65% в группе типичного ответа. Пропуски инъекций отмечались среди пациентов с нетипичным ответом с частотой 20%, в группе типичного ответа – 15%.
Выводы. *Распространенность нетипичного ответа на терапию ингибитором PCSK9 превышает данные рандомизированных исследований. Самым частым нетипичным ответом на терапию является потеря эффективности после третьей дозы. При нетипичном ответе отмечается более низкая приверженность к пероральной терапии.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ PCSK9 У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резниченко К.А., Тимофеев Е.В.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на распространение генно-инженерной терапии гиперхолестеринемии особенности применения данной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста не изучены. В клинической практике лечение этой группы пациентов сопряжено с опасениями снижения эффективности терапии и повышению частоты нежелательных реакций.
Цель. Оценить эффективность и безопасность терапии ингибитором PCSK9 у пациентов с гиперхолестеринемией пожилого и старческого возраста.
Материал и методы. В одноцентровое ретроспективное исследование включены 49 пациентов с первичной гиперхолестеринемией старше 60 лет, получающих терапию ингибитором PCSK9 (Алирокумаб) в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Срок наблюдения составил от 5 до 23 мес. Возраст пациентов от 60 до 81 года, средний 69 лет; мужчины – 40,8%. Инъекции препарата проводились медицинским персоналом. Лабораторный контроль проводился в унифицированной лаборатории каждые 4 нед.
Результаты. 73,5% пациентов ранее перенесли атеросклеротическое сердечно-сосудистое событие. Большинство пациентов (57,1%) имели очень высокий сердечно-сосудистый риск, 42,8% – экстремальный. Среднее значение ЛПНП до применения Алирокумаба – 3,1 ммоль/л [1,4–8,7]. В среднем необходимо было снижение ЛПНП на 51%. На фоне терапии ингибитором PCSK9 целевого ЛПНП удалось достигнуть 63,3% пациентов (N=31) с средним снижением ЛПНП на 54,8%. Недостаточный ответ на терапию (снижение ЛПНП <30%) отмечался у 4 пациентов (8,2%). У пациентов старческого возраста (N=6) среднее снижение ЛПНП было сопоставимо с группой пациентов пожилого возраста (58,3 и 54,3%). Среди пациентов с сопутствующей гипертриглицеридемией (15 пациентов) у каждого третьего на фоне терапии ингибитором PCSK9 (без коррекции пероральной терапии) отмечалось достижение целевого значения триглицеридов (<1,7 ммоль/л). Неблагоприятные сердечно-сосудистые события (повторные стентирования коронарных артерий) за период лечения [18–23 мес.] развились у 3 пациентов (6,1%). У 2 пациенток зарегистрированы нежелательные реакции (местные) транзиторного характера (в первые 2 инъекции), купировавшиеся самостоятельно и не потребовавшие коррекции терапии.
Выводы. *У пациентов пожилого и старческого возраста применение ингибитора PCSK9 показало снижение ЛПНП, сопоставимое с данными клинических наблюдений, включающих пациентов до 60 лет. Большинство пациентов достигли целевого значения ЛПНП. Терапия не сопровождалась развитием значимых нежелательных реакций.*

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Решетникова Л.К., Сулима М.В.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Изучение иммунопатогенеза язвенной болезни (ЯБ) доказало участие иммунных механизмов в сохранении целостности слизистой и подслизистой оболочек, а также в формировании язвенного дефекта.
Цель. Оценить эффективность азоксимера бромида в отношении заживления язвенного дефекта и эрадикации *Helicobacter pylori* (Hp).
Материал и методы. Изучалось течение заболевания у 40 больных с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте до 56 лет (24 мужчины и 6 женщин). Все больные были разделены на 2 группы, по 20 пациентов в каждой группе. Диагноз был верифицирован на основании анамнеза заболевания, определения Hp быстрым уреазным тестом и данных ФГДС. Гуморальный иммунитет оценивали по концентрациям IgA, IgM и IgG, а также секреторного IgA (sIgA) в слюне. В обеих группах больным проводились стандартные эрадикационная и репаративная терапия, но во 2-й группе к лечению был подключен азоксимера бромид 0,012 1 раз в день в течение 10 дней.
Результаты. При проведении контрольной ФГДС после проведения лечения начало рубцевания язвенного дефекта отмечено во второй группе наблюдения у 19 пациентов, а в 1-й группе у 11 пациентов. Эрадикация Hp во 2-й группе, где использовался азоксимера бромид, достигнута в 96,3% случаев по сравнению с 81% наблюдений в 1-й группе, где азоксимера бромид не применялся. В обеих группах наблюдения в подавляющем большинстве случаев отмечено снижение уровня IgM, IgA ($p < 0,05$) и недостоверное снижение IgG ($p > 0,05$). Значимое снижение секреторного sIgA зарегистрировано в единичных случаях. После лечения в первой группе наблюдения показатели гуморального иммунитета менялись с недостоверной тенденцией к увеличению ($p > 0,05$), sIgA оставался ниже нормальных показателей.
А во 2-й группе, где к лечению подключался азоксимера бромид, отмечалось достоверное повышение IgA, IgM, IgG и sIgA. При повторной контрольной ФГДС рубцевание язвенного дефекта зарегистрировано в 1-й группе у 18 больных, а во 2-й группе у всех пациентов (20).
Выводы. *Включение азоксимера бромида в стандартную комплексную терапию ЯБ достоверно повышает эрадикацию Hp на 15,4%, а также влияет на повышение гуморального иммунитета и способствует рубцеванию язвенного дефекта.*

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА ПО ОЦЕНКЕ И КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВОГО СЕРВИСА

Ржавцева Т.С.[1], Карамнова Н.С.[1], Швабская О.Б.[1], Иванова Е.С.[1], Аслямов О.Р.[2], Никулин В.Н.[2], Беленькая В.А.[3], Савицкая Н.Н.[4], Фомичева М.Л.[5], Драпкина О.М.[1]

[1] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

[2] ГБУЗ Оренбургский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики, Россия

[3] ГАУЗ ТО Городская поликлиника № 5, г. Тюмень, Россия

[4] ГБУЗ НО Нижегородский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики, г. Нижний Новгород, Россия

[5] ГКУЗ Новосибирской области Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики, Россия

Актуальность. Медицинским специалистам требуется цифровой инструмент для проведения консультирования по здоровому питанию.

Цель. Оценить характер питания лиц с артериальной гипертонией (АГ) с помощью цифрового сервиса.

Материал и методы. В период с апреля по июнь 2026 г. в рамках пилотного проекта по использованию цифрового сервиса «Персональная Пирамида питания» (свидетельство № 2025682883 от 18.07.2025) в 5 регионах (Калининградской, Нижегородской, Новосибирской, Оренбургской и Тюменской областях) обследованы 2290 лиц (436 мужчин и 1854 женщин). Выделены 687 лиц с АГ (171 мужчина и 516 женщин) для оценки и коррекции рациона. Результаты в процентах.

Результаты. АГ выявлено у 30% обследованных, из них у 25% при осмотре определено повышенное систолическое и у 23% диастолическое АД. Среди лиц с АГ имели гипертонию в анамнезе 91%, а 76% принимали антигипертензивные препараты. При оценке характера питания лиц с АГ отмечен дисбаланс в рационе: 73% имели недостаточное потребление овощей и 74% – фруктов, 64,5% – овощей и фруктов источников витамина А, 76,5% – бобовых и 51% – цельнозерновых. Также отмечено: у 26,5% чрезмерное потребление красного мяса, недостаточное потребление рыбы у 38%. Потребление низкожировых молочных продуктов отмечено лишь у 28,6% лиц с АГ. Регулярно в рационе лиц с АГ присутствовали мясоколбасные изделия у 53%, соления, готовые соусы и соленые закуски у 47%, а также 36,5% досаливали готовую пищу. Сформированные Программой рекомендации и алгоритм по оздоровлению рациона были понятны 99% лиц с АГ, 89% изъявили желание следовать рекомендациям.

Выводы. *У лиц с АГ выявлена высокая частота нарушения характера питания. Отмечено, что Программа «Персональная Пирамида питания» эффективна в проведении профилактического консультирования по здоровому питанию. Рекомендации по оздоровлению рациона понятны пациенту и не требуют дополнительной коррекции врача.*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Романов Д.С., Беспалова И.Д., Денисова О.А., Канев А.Ф.
ФГБОУ ВО СибГМУ, г. Томск, Россия

Актуальность. Коморбидность саркоидоза и артериальной гипертензии (АГ) ассоциирована с повышенным сердечно-сосудистым риском, однако данные о метаболических нарушениях при этом сочетании фрагментарны и гетерогенны. Это обусловливает необходимость целенаправленных исследований для стратификации рисков и разработки патогенетически обоснованных терапевтических алгоритмов.
Цель. Установить особенности метаболического статуса у пациентов с саркоидозом и артериальной гипертензией.
Материал и методы. В исследование включены 300 больных саркоидозом легких, средний возраст составил 42,62±12,26 года. Пациенты разделены на две группы. В основную группу исследования были включены 119 пациентов с АГ. Группу сравнения составил 181 пациент без АГ. Оценка метаболического статуса включала выявление компонентов метаболического синдрома (МС): гипергликемия и/или сахарный диабет: на основании критериев ВОЗ/ ADA, избыточная масса тела и ожирение: по значению индекса массы тела, дислипидемия: на основании лабораторных показателей. Статистическую обработку данных проводили с применением пакета Statistica 13.3. Для сравнения качественных показателей между группами использовали критерий χ^2 Пирсона; уровень статистической значимости принимали при $p < 0,05$.
Результаты. Учитывая, что АГ является компонентом МС, проведен сравнительный анализ метаболического статуса в группах. Анализ показал, что АГ у пациентов с саркоидозом тесно связана с комплексом метаболических расстройств. Нарушение углеводного обмена обнаружено у 21,2% пациентов с АГ и у 4,9% в группе без АГ ($\chi^2=18,63$, $p=0,00002$). Избыточная масса тела и ожирение выявлены у 54,2 % больных с АГ и у 22,7 % без АГ ($\chi^2=31,27$, $p < 0,0001$). Дислипидемия отмечалась у 89% пациентов основной группы и у 36% группы сравнения ($\chi^2=82,01$, $p=0,0001$).
Выводы. *Выявленные статистически значимые различия метаболического статуса у пациентов с саркоидозом и АГ обусловливают целесообразность применения комплексной диагностико-терапевтической стратегии, направленной на минимизацию сердечно-сосудистого риска и оптимизацию долгосрочных исходов.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ EGDR И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Романова А.А., Парве С.Д.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Инсулинорезистентность является одним из ключевых механизмов ремоделирования миокарда при сахарном диабете (СД) 2-го типа. eGDR (estimated glucose disposal rate) широко используется как суррогатный маркер инсулинорезистентности, однако сопоставимость его антропометрических модификаций изучена недостаточно.
Цель. Сравнить три варианта eGDR (eGDR–BMI, eGDR–WC, eGDR–WHR) и оценить их взаимосвязь с углеводным обменом и структурными параметрами сердца при СД 2-го типа.
Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 50 пациентов с СД 2-го типа (60% женщин, n=30; 40% мужчин, n=20; медиана длительности СД 3 [2–4] года), наблюдавшихся в ГАУЗ «ГП № 10» г. Казани. Оценивались антропометрические показатели (окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и их соотношение (ОТ/ОБ), индекс массы тела (ИМТ)), уровень HbA1c и эхокардиографические параметры: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), относительная толщина стенок (ОТС), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки (ТЗСЛЖ). eGDR рассчитывался по трем формулам (ИМТ (eGDR–BMI), ОТ (eGDR–WC), ОТ/ОБ (eGDR–WHR)). Статистический анализ выполнен в SPSS 23.0. Уровень достоверности установлен при $p \leq 0,05$.
Результаты. Медианы eGDR–WHR, eGDR–WC и eGDR–BMI составили 5,72, 5,48 и 4,71 мг/кг/мин. соответственно. Между вариантами индекса выявлены сильные взаимные корреляции (от 0,879 до 0,939; $p < 0,001$). Все три показателя отрицательно коррелировали с HbA1c (от −0,505 до −0,527; $p < 0,001$), что ожидаемо, поскольку HbA1c входит в саму формулу расчета eGDR. Связь с глюкозой натощак была значимой для eGDR–BMI ($r = -0,365$; $p = 0,009$) и eGDR–WC ($r = -0,311$; $p = 0,028$), но не для eGDR–WHR ($r = -0,260$; $p = 0,068$). Наиболее тесные ассоциации со структурными параметрами сердца установлены для eGDR–WHR: с ММЛЖ $r = -0,452$, с ОТС $r = -0,507$, с ТМЖП $r = -0,446$, с ТЗСЛЖ $r = -0,562$ ($p \leq 0,001$ для всех). Для eGDR–WC коэффициенты составили −0,348, −0,397, −0,380 и −0,484, для eGDR–BMI: −0,295, −0,341, −0,384 и −0,428; сила связи последовательно убывала в ряду eGDR–WHR, eGDR–WC, eGDR–BMI.
Выводы. *Варианты eGDR коррелируют между собой, но различаются по силе ассоциаций с ремоделированием сердца. eGDR–WHR показал наиболее сильные связи со структурными параметрами левого желудочка, что делает его наиболее информативным индексом инсулинорезистентности для оценки ремоделирования при СД 2-го типа.*

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ И УРОВЕНЬ ИХ САМОСОЗНАНИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Ромащенко О.В.[1], Федорова С.П.[2], Мужчиль Д.А.[3]
[1] Ярославский государственный медицинский университет, Белгородский государственный национальный исследовательский университет (медицинский институт), г. Ярославль, Россия
[2] Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия
[3] Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена тем, что профессиональное выгорание студентов-медиков рассматривается как результат хронического учебного и эмоционального стресса, однако его связь с уровнем самосознания личности – способностью к рефлексии, адекватной самооценке и пониманию собственных эмоциональных реакций – изучена недостаточно и представляет интерес для разработки программ профилактики выгорания.
Цель. Оценить взаимосвязь показателей профессионального выгорания с уровнем самосознания у студентов 3 курса медицинского вуза.
Материал и методы. Обследованы 40 студентов 3 курса Ярославского государственного медицинского университета, у которых оценивали эмоциональное истощение (ЭИ), деперсонализацию (ДП), редукцию профессиональных достижений (РПД), системный индекс синдрома перегорания (СИСП) по методике К. Маслач и интегральный показатель самосознания личности (процент и уровень: от низкого до высокого, Свидетельство программы для ЭВМ № 2026682417). Применяли корреляционный анализ Спирмена и сравнение групп с низким и высоким уровнем самосознания (медианное разделение) по U-критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$).
Результаты. Выявлена обратная корреляционная связь показателя самосознания с деперсонализацией ($r = –0,30$; $p = 0,060$) и менее выраженная с эмоциональным истощением ($r = –0,24$; $p = 0,143$). При сравнении групп студентов с низким (медиана и ниже, $n = 20$) и высоким (выше медианы, $n = 20$) уровнем самосознания деперсонализация была значимо выше в группе с низким самосознанием: 11,6±5,7 против 7,2±4,6 балла ($p = 0,016$). Эмоциональное истощение также было выше в группе с низким самосознанием (26,5±8,1 против 21,3±12,4 балла), однако различие не достигло статистической значимости ($p = 0,155$). Показатели РПД и СИСП значимых различий между группами не показали.
Выводы. *Низкий уровень самосознания у студентов-медиков ассоциирован с более выраженной деперсонализацией – одним из ключевых компонентов синдрома профессионального выгорания. Развитие навыков рефлексии и самопознания может рассматриваться как перспективное направление профилактики выгорания у студентов.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИФРОНТОВОГО И ТЫЛОВОГО ВУЗОВ РОССИИ

Ромащенко О.В.[1], Якунченко Т.И.[2], Золотухин Д.И.[2], Золотарева М.С.[2], Федорова С.П.[3]
[1] Ярославский государственный медицинский университет, Белгородский государственный национальный исследовательский университет (медицинский институт), г. Ярославль, Белгород, Россия
[2] Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия
[3] Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена возросшей психоэмоциональной нагрузкой на студентов медицинских вузов, обучающихся в регионах с разной геополитической обстановкой; в приграничных (прифронтовых) регионах дополнительным стрессовым фактором выступает угроза обстрелов и тревога за безопасность, что может усиливать риск профессионального выгорания уже на этапе обучения.
Цель. Провести сравнительный анализ показателей профессионального выгорания у студентов 3 курса медицинского вуза прифронтового региона (Белгородская область) и медицинского вуза тылового региона (Ярославская область).
Материал и методы. Обследованы 155 студентов 3 курса: 102 студента Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета (прифронтовой вуз) и 53 студента Ярославского государственного медицинского университета (тыловой вуз). Использовали опросник профессионального выгорания К. Маслач с оценкой эмоционального истощения (ЭИ), деперсонализации (ДП), редукции профессиональных достижений (РПД) и системного индекса синдрома перегорания (СИСП). Статистическую обработку проводили с помощью U-критерия Манна–Уитни ($p < 0,05$).
Результаты. Средний уровень ЭИ у белгородских студентов составил 17,5±9,4 балла, у ярославских – 24,9±10,3 балла ($p < 0,001$); высокий уровень ЭИ выявлен у 21,6 и 53,1% студентов соответственно. Показатель ДП также был выше у студентов тылового вуза: 9,4±5,2 против 7,3±5,1 балла ($p=0,017$), высокая ДП – у 42,9 против 24,5% студентов. РПД оказалась выше (более благоприятной) у белгородских студентов –32,6±7,1 против 29,2±9,1 балла ($p=0,053$). СИСП значимо выше у ярославских студентов: 0,42±0,12 против 0,32±0,13 ($p < 0,001$).
Выводы. *Студенты медицинского вуза тылового региона демонстрируют более выраженные признаки профессионального выгорания по сравнению со студентами прифронтового вуза, что может отражать роль адаптационных психологических механизмов, формирующихся в условиях хронического стресса.*

ЗАВИСИМОСТЬ ЦИТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ТРИМЕТАЗИДИНА ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ромащенко О.В.
Ярославский государственный медицинский университет, Белгородский государственный национальный исследовательский университет (медицинский институт), г. Ярославль, Белгород, Россия

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена неоднозначной эффективностью метаболических корректоров в реальной клинической практике, что требует изучения факторов, влияющих на проявление индивидуальной цитопротекторной активности последних с целью возможного влияния на них.
Цель. Оценить зависимость индивидуальной цитопротекторной активности триметазидина от приверженности к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в реальной клинической практике.
Материал и методы. Проводили исследование 100 пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения, находившихся на стационарном лечении в БОКБ Святителя Иоасафа г. Белгорода. Пациентам выполняли комплексное обследование согласно современным клиническим рекомендациям. Исключали острую патологию. Цитопротекторную активность триметазидина оценивали с помощью разработанной нами программы для ЭВМ (Свидетельство № 2025668427 «Система поддержки принятия врачебных решений «Прогностика», 2025) путем суммирования прогностических коэффициентов персональных клинических данных каждого пациента. Приверженность к лечению оценивали по комплексу показателей выполнения пациентом рекомендаций врача с расчетом коэффициента комплаентности в процентах. Проводили корреляционный анализ.
Результаты. Обнаружили прямую сильную корреляционную взаимосвязь между прогностическим коэффициентом, отражающим силу индивидуальной цитопротекторной активности триметазидина по непосредственному влиянию на клетки больного, и коэффициентом комплаентности: коэффициент корреляции между факторами (r) составил 0,96 (достоверность взаимосвязи $p < 0,01$). Последнее свидетельствует о высокой значимости приверженности к лечению пациента и эффективностью достижения результата – цитопротекции при применении триметазидина в комплексном лечении ИБС.
Выводы. *Обнаружена сильная прямая зависимость индивидуальной цитопротекторной активности триметазидина от приверженности к лечению пациента с ИБС. Ответственное отношение больного к рекомендациям врача является залогом успешного лечения.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Руф Р.Р., Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Современные средства оценки сердечно-сосудистого здоровья на индивидуальном и популяционном уровне затрагивают все большее количество аспектов. Так, в шкале Life's Crucial 9 в дополнение к учитываемым в Life's Essential 8 компонентам добавлены параметры, связанные с психическим здоровьем. В связи с этим важны результаты применения нового инструмента в популяции трудоспособного населения.
Цель. Оценить взаимосвязь показателей психического здоровья и сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Crucial 9 с наличием сердечно-сосудистых событий в анамнезе.
Материал и методы. В рамках общероссийского эпидемиологического исследования ЭССЕ–РФ нами сформирована случайная репрезентативная выборка из 1603 жителей города Красноярска и Березовского района Красноярского края в возрасте 25–64 лет.
По протоколу ЭССЕ–РФ проведены антропометрия, измерение артериального давления, биохимическое исследование крови. Путем анкетирования установлено наличие в анамнезе инфаркта миокарда и инсульта. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) подтверждена анкетированием и электрокардиографией с кодированием по Миннесотскому коду. Психическое здоровье оценено по уровням стресса по шкале PSS, тревожности и депрессии по шкале HADS. Полученные данные позволили рассчитать показатель сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Crucial 9.
Результаты. Низкий показатель психического здоровья (одновременное повышение уровней стресса, тревожности и депрессии) был у 0,5% обследованных. Высокий (низкие уровни стресса, тревожности и депрессии) и средний (высокие уровни по одному или двум из трех оцениваемых параметров) показатели психического здоровья отмечены соответственно в 50,6 и 48,9% наблюдений. Низкое (ниже 50 баллов по шкале Life's Crucial 9) сердечно-сосудистое здоровье было у 5,9%, среднее (50–79 баллов) у 79,2% и высокое (80 баллов и выше) у 14,9% обследованных. При наличии ИБС статистически значимо ($p < 0{,}001$) увеличивалась доля лиц со средним и уменьшалась с высоким показателем психического здоровья. Однако распределение этого показателя значимо не менялось при инфаркте ($p = 0{,}196$) и инсульте ($p = 0{,}438$). Аналогично вело себя распределение уровня сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Crucial 9 при ИБС ($p < 0{,}001$) и инсульте ($p = 0{,}003$), но не при инфаркте ($p = 0{,}060$).
Выводы. *Психическое здоровье значимо ассоциировалось с развитием ишемической болезни сердца, что следует учитывать в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.*

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Руф Р.Р., Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. В контексте оценки сердечно-сосудистого здоровья на индивидуальном и популяционном уровне продолжительность сна рассматривается как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, что нашло отражение в шкалах Life's Essential 8 и Life's Crucial 9.
Цель. Оценить взаимосвязь продолжительности сна с наличием значимых сердечно-сосудистых событий в анамнезе и показателем сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8.
Материал и методы. В рамках общероссийского эпидемиологического исследования ЭССЕ–РФ нами сформирована случайная репрезентативная выборка из 1603 жителей города Красноярска и Березовского района Красноярского края в возрасте 25–64 лет. Анкетирование по протоколу исследования позволило установить продолжительность сна в часах, наличие в анамнезе инфаркта миокарда и инсульта. Для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) наряду с анкетированием использовалась электрокардиография с кодированием по Миннесотскому коду. Также в рамках протокола ЭССЕ–РФ выполнялись антропометрия, измерение артериального давления и биохимическое исследование крови, что позволило рассчитать параметры, необходимые для оценки сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8.
Результаты. Медиана, первый и третий квартили продолжительности сна равнялись соответственно 7, 6 и 8 ч. Распределение продолжительности сна статистически значимо не отличалось у лиц, имевших в анамнезе инфаркт миокарда ($p=0,114$), инсульт ($p=0,787$) и ИБС ($p=0,188$). В то же время баллы продолжительности сна по шкале Life's Essential 8 оказали значимое влияние на оценку сердечно-сосудистого здоровья в целом. При длительности сна менее 6 и более 10 ч, что соответствует низкой оценке по Life's Essential 8, доля лиц с низким сердечно-сосудистым здоровьем составила 24,6 против 10,6% при средней оценке (6–7 ч), 7,2% при высокой оценке (7–10 ч) и 10,0% по всей выборке при $p <0,001$ для всех сравнений.
Выводы. *Хотя при одномоментном наблюдении не выявлено статистически значимых различий продолжительности сна у лиц с сердечно-сосудистыми событиями в анамнезе, этот показатель имеет существенное значение в прогностической оценке сердечно-сосудистого здоровья по шкале Life's Essential 8.*

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Рыбин Е.В.
СПБ ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» (СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»), г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Наличие сахарного диабета (СД) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) ухудшает течение и прогноз заболевания, а также влияет на толерантность к физической нагрузке (ТФН).
Цель. По результатам нагрузочных проб выявить различия в уровне ТФН при окончании стационарного этапа лечения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с наличием и отсутствием СД после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда.
Материал и методы. Обследованы 192 пациента. 113 пациентов (Q–ОИМ), 79 пациентов (не Q–ОИМ). Средний возраст – 57,4±9,5 года. Пациентам была выполнена ангиопластика и стентирование коронарных артерий. 148 (77,1%) пациентов без СД, 44 (22,9 %) пациента с диагностированным ранее или выявленным впервые СД 2-го типа. Перед окончанием стационарного этапа лечения проводили отбор пациентов для проведения нагрузочных проб (симптом-лимитированной велоэргометрии и теста шестиминутной ходьбы с оценкой субъективной интенсивности физической нагрузки и выраженности одышки по Боргу (Borg CR10). По результатам нагрузочных проб в группах пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации с отсутствием или наличием СД выполнена стратификация по уровню ТФН.
Результаты. Выявлены различия результатов нагрузочных проб у пациентов с ОИМ и сопутствующим СД в сравнении с изолированной ИБС. При этом отмечалась значимые ($p=0,002$) межгрупповые различия по распределению уровня толерантности к физической нагрузке. Две трети – 96 (64,9%) пациентов с ИБС при отсутствии СД имели высокую и среднюю ТФН, тогда как в группе пациентов с СД толерантность характеризовалась как низкая больше, чем у половины пациентов – 24 (54,5%).
Выводы. *Сахарный диабет у пациентов с ОИМ после эндоваскулярной реваскуляризации является отдельным предиктором ТФН. В связи с этим пациенты требуют персонализированных подходов к формированию программ кардиореабилитации и усиления вторичной профилактики ИБС на всех этапах оказания медицинской помощи.*

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Рыжов А.В., Мякушин С.С., Бикбаева А.А., Власова Т.И.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. В последние десятилетия отмечается устойчивый рост артериального давления у лиц 18–44 лет, при этом гипертензия в молодом возрасте выявляется преимущественно случайно – на профилактических осмотрах. Существующие способы прогнозирования либо инвазивны и дороги (биохимические и генетические маркеры), либо требуют суточного мониторирования и нагрузочных проб с широким перечнем противопоказаний. Это ограничивает их применение как скрининговых и делает востребованным доступный неинвазивный метод.
Цель. Разработать неинвазивный способ прогнозирования гипертензивных нарушений у молодых мужчин по данным анализа вариабельности ритма сердца (ВРС).
Материал и методы. Обследованы 82 мужчины 19–23 лет (средний возраст 20,3±0,14 года), распределенные по индексу массы тела и уровню артериального давления (АД) на контрольную группу (n=30), группу с избыточной массой тела и ожирением I степени при нормальном АД (n=30) и группу с их сочетанием с артериальной гипертензией (n=22). Анализ ВРС выполняли по пятиминутной записи электрокардиограммы в покое и при пробе с гипервентиляцией. Прогностическую модель строили методом бинарной логистической регрессии, дискриминационную способность оценивали ROC-анализом с расчетом площади под кривой (AUC); порог отсечения выбран по максимуму индекса Юдена. Обработка – StatTech v. 4.14.2; различия считали достоверными при $p < 0,05$.
Результаты. В модель вошли четыре показателя ВРС: RRNN, RMSSD, pNN20 и разница амплитуды моды в покое и при дыхательной пробе (AMoP). Индекс предикции гипертензивных нарушений (ИПГ) рассчитывается по формуле: ИПГ=13,173×RRNN –356,840×RMSSD + 31,853×pNN20 –0,07×AMoP – 16,8. Модель статистически значима ($p < 0,04$), связь с уровнем систолического АД высокая (rxy=0,76), доля объясненной дисперсии 65,9%. AUC составила 0,650±0,072 (95% ДИ 0,508–0,792; p=0,044). При пороговом значении ИПГ – 2,757 чувствительность составила 79,2%, специфичность – 51,2%, прогностическая ценность положительного результата – 48,7%, отрицательного – 80,8%. Значения ИПГ выше порога соответствовали повышенному риску гипертензивных нарушений. Способ защищен патентом РФ на изобретение № 2849405.
Выводы. *Способ позволяет прогнозировать гипертензивные нарушения у молодых мужчин по пятиминутной записи ЭКГ с дыхательной пробой. Высокая чувствительность и ценность отрицательного результата определяют его нишу как скрининга первого этапа; положительный результат требует подтверждения.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Рыжов А.В., Мякушин С.С., Дергачева Е.С., Власова Т.И.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия у молодых выявляется преимущественно случайно – при профилактических осмотрах, поступлении в вуз или военной комиссии, тогда как ее распространенность среди молодых мужчин достигает 22 против 4,5% у женщин. Избыточная масса тела рассматривается не как антропометрический признак, а как проявление дисфункции жировой ткани, запускающей гемодинамические и метаболические сдвиги. Выделение доступных на первичном приеме маркеров риска остается нерешенной задачей.
Цель. Установить особенности профиля факторов риска артериальной гипертензии (АГ) у молодых мужчин с избыточной массой тела и ожирением I степени.
Материал и методы. В проспективное обсервационное исследование включены 82 мужчины 19–23 лет (20,3±0,14 года). Рандомизацией по индексу массы тела (ИМТ) и уровню артериального давления (АД) сформированы группы: контрольная – 30 мужчин с нормальной массой тела и нормальным АД; первая основная – 30 мужчин с избыточной массой тела и ожирением I степени при нормальном АД; вторая основная – 22 мужчины с теми же значениями ИМТ в сочетании с АГ. Оценивались антропометрические и поведенческие факторы риска, адаптационный потенциал по Баевскому Р.М. (АП), общий и биохимический анализ крови. Обработка – StatTech v. 4.14.2, критерий Краскела–Уоллиса и критерий Данна с поправкой Холма; различия достоверны при $p < 0,05$.
Результаты. Окружность талии у мужчин первой основной группы была выше на 17,0%, второй основной группы – на 21,1%, чем у мужчин контрольной группы ($p < 0,001$); медиана систолического АД в выборке составила 132,00 [124,00; 138,00] мм рт. ст. АП последовательно возрастал: в первой основной группе на 7,5%, во второй – на 31,0% по сравнению с контролем ($p < 0,001$), что отражает напряжение механизмов адаптации. Оценка гемограммы выявила увеличение фракции лейкоцитов гранулоцитарного ряда (MID) на 30,0 и 40,0% соответственно ($p=0,028$), а также повышение тромбокрита во второй основной группе на 19,0% ($p=0,016$). Эритроцитарные индексы, напротив, снижались: среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) – на 10,6 и 6,3% ($p < 0,001$), средний объем эритроцита (MCV) – на 3,8% в обеих основных группах ($p < 0,001$).
Выводы. *Повышение АД у молодых мужчин с избыточной массой тела ассоциировано не с величиной ИМТ, а с абдоминальным ожирением и истощением адаптационного резерва на фоне изменений гемограммы. При оценке риска в дополнение к окружности талии и АП целесообразно оценивать MID и тромбокрит.*

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭГИДА–МОСКВА

Савельева А.Н.[1], Карамнова Н.С.[1], Швабская О. .[1], Кротов М.Д.[1], Баланова Ю.А.[1], Имаева А.Э.[1], Евстифеева С.Е.[1], Капустина А.В.[1], Шальнова С.А.[2], Драпкина О.М.[1]
[1] ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Для совершенствования программ профилактики требуется актуализация данных о характере питания.
Цель. Изучить характер питания взрослого населения г. Москвы.
Материал и методы. Проанализированы данные исследования ЭГИДА–Москва: 4063 участника старше 18 лет (2401 женщина и 1662 мужчины). Оценка характера питания выполнена частотным методом. Статистический анализ включает M±ST, OR, 95% DI с коррекцией на возраст, p <0,05.
Результаты. Выявлен дисбаланс в характере питания москвичей. Ежедневно овощи потребляют лишь 36,3%, фрукты – 31,1%, среднее потребление составило 428,7±309,4 г/сут., однако, адекватное потребление отмечено лишь у 56,8%. Ежедневно крупы в рационе присутствуют только у 35,3%, регулярное потребление бобовых еще ниже – 31,6%. Растительные масла в приготовлении пище используют лишь 81,6%. Источником животного белка чаще является птица 24,8%, реже – красное мясо (14,4%). Регулярное потребление рыбы выявлено лишь у 40,7%. Женщины чаще, чем мужчины, включают ежедневно в рацион: овощи (ОШ=1,45 [1,24; 1,70]), йогурт (1,94 [1,55; 2,43]), кефир (1,4 4[1,18; 1,75], творог (1,7 [1,37; 2,10]), p <0,001, а мужчины чаще – хлеб (0,68 [0,58; 0,78]), макаронные изделия (0,68 [0,56; 0,83]), красное мясо (0,52 [0,42; 0,64]) и мясоколбасные изделия (0,49 [0,41; 0,59]), p <0,001. Избыточное потребление соли чаще у мужчин (50,5 vs 35%) (0,53 [0,45; 0,62]), ввиду более высокой частоты досаливания пищи (32,8 vs 22,8%) (0,61 [0,51; 0,72]) и потребления мясоколбасных изделий (25,8 vs 14,3%), (0,49 [0,41; 0,59], p <0,001. Отказ от алкоголя чаще у женщин (2,6 [2,14; 3,17], p <0,001).
Выводы. *Выявлены приоритетные нарушения в характере питания москвичей для актуализации профилактических программ по оздоровлению рациона.*

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА, ГАЛЕКТИНА-3 И ТЕНАСЦИНА С В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Савич М.Б., Демко И.В., Собко Е.А., Ищенко О.П.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск, Россия

Актуальность. За последнее десятилетие заболеваемость хронической сердечной недостаточностью в Российской Федерации выросла с 6,1 до 8,2%. Ввиду чего остро стоит вопрос ранней диагностики ХСН. На сегодняшний день «золотым стандартом» лабораторной диагностики является мозговой натрийуретический пептид (NTproBNP), однако его концентрация может изменяться под влиянием множества патологий. Это актуализирует необходимость поиска дополнительных лабораторных маркеров, способных повысить точность ранней диагностики.
Цель. Оценка значимости галектина 3 и тенасцина С в качестве предикторов прогрессирования ХСН.
Материал и методы. Общая выборка включала 90 пациентов, у 60 из них был установлен диагноз ХСН, 30 пациентов составили группу контроля. Пациенты были распределены по группам: 1-я группа – пациенты с ХСН, 2-я группа – контроль, медиана возраста составила 47,0 [46,0; 59,0] лет. Пациенты 1-й группы были разделены согласно функциональной классификации ХСН. В 1-ю подгруппу вошли 35 пациентов со II ФК ХСН, медиана возраста 56,0 [46,0; 64,0] года; во 2-ю подгруппу – 25 больных с III ФК ХСН, медиана возраста 67,0 [61; 74] года. Проведен сравнительный анализ уровня биохимических маркеров (NTproBNP, галектина 3 и тенасцина с) в плазме крови, а также их взаимосвязь с функциональным классом ХСН.
Результаты. Выявлено значимое повышение уровня NTproBNP в плазме крови больных ХСН в сравнении с пациентами, группы контроля (P1–2 <0,05). Тенасцин С, показал статистически значимое повышение у пациентов с ХСН в сравнении с пациентами группы контроля (P1–2 <0,05), галектин 3 также показал значимость при сравнении пациентов группы ХСН с группой контроля (P1–2=0,04). В зависимости от ФК выявлено статистически значимое увеличение NTproBNP у пациентов со II ФК (P1–3 <0,05) и III ФК (P2–3 <0,05), в сравнении с пациентами группы контроля. Кроме того, у пациентов с III ФК доказано статистически значимое увеличение показателя NTproBNP, в сравнении с пациентами, имеющими II ФК (P1–2 <0,007). Было выявлено статистически значимое повышение уровня галектина 3 у пациентов с установленным диагнозом ХСН III ФК в сравнении с пациентами ХСН II ФК (P1–2 <0,05), группой контроля (P1–2 <0,05).
При исследовании галектина 3 в зависимости от ФК ХСН было выявлено статистически значимое повышение уровня галектина 3 у пациентов с ХСН в сравнении с пациентами группы контроля (P1–3=0,04), а также у пациентов ХСН III ФК в сравнении с пациентами ХСН II ФК (P1–2=0,05).
Выводы. *Полученные данные подтверждают перспективность дальнейшего исследования и включения галектина–3, тенасцина С в алгоритм обследования пациентов с подозрением на ХСН. Дальнейшие исследования требуются для определения референсных значений и оценки клинико-лабораторных взаимосвязей.*

ОЖИРЕНИЕ КАК ПРЕДИКТОР НЕДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО ХС ЛПНП ПРИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ЭСКАЛАЦИИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Савищева А.А.[1], Маль Г.С.[2], Леонидова К.О.[2]
[1] ГУЗ «Тульская областная клиническая больница», г. Тула, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается ведущей причиной сердечно-сосудистой смертности. У больных ИБС с артериальной гипертензией (АГ) обязателен целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) <1,4 ммоль/л. На монотерапии статинами цель часто не достигается, требуется последовательная эскалация терапии. Коморбидные состояния (ожирение, сахарный диабет 2-го типа, хроническая болезнь почек) усугубляют прогноз и могут модифицировать липидснижающий ответ.
Цель. Оценить эффективность и безопасность последовательной эскалации гиполипидемической терапии у больных ИБС с АГ и определить особенности достижения целевого уровня ХС ЛПНП с учетом ведущего коморбидного фенотипа.
Материал и методы. Проведено проспективное открытое контролируемое нерандомизированное исследование. Из 287 скринированных пациентов с ИБС/хроническим коронарным синдромом, АГ и дислипидемией в основной этап включены 200 больных 40–70 лет, не достигших ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л после 4-недельной терапии аторвастатином 40 мг/сут. Сформированы четыре группы по 50 человек: контрольная, хроническая болезнь почек (ХБП) 2–3 стадии, сахарный диабет 2-го типа (СД2) и ожирение II степени. Протокол включал аторвастатин 40 мг/сут. и эзетимиб 10 мг/сут., при сохранении ХС ЛПНП ≥1,4 ммоль/л добавляли ингибитор пропротеиновой конвертазы субтилизин/кексинового типа 9 (PCSK9). Наблюдение – 24 нед.
Результаты. Через 24 нед. ХС ЛПНП <1,4 ммоль/л достигли 78,5% пациентов. Тройная терапия потребовалась 106 больным (53,0): 44% в контроле, 48% при ХБП, 52% при СД2 и 68% при ожирении. Частота достижения цели была максимальной в контроле (86%) и минимальной при ожирении (70%). Финальный уровень ХС ЛПНП составил 0,98±0,27; 1,04±0,31; 1,07±0,29 и 1,15±0,33 ммоль/л соответственно (p=0,021). Ожирение II степени независимо предсказывало недостижение цели (отношение шансов (ОШ) 2,45; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,12–5,34; p=0,024). Серьезных нежелательных явлений не зарегистрировано.
Выводы. *Последовательная эскалация гиполипидемической терапии эффективна и безопасна у больных ИБС с различными коморбидными фенотипами. Ожирение II степени ассоциировалось с менее благоприятным липидснижающим ответом и большей потребностью в ингибиторах PCSK9.*

МАСКИРОВАННЫЙ ATTR–АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА

Садырин Р.В.[1], Мельниченко О.В.[1], Скворцов И.Н.[2], Руина О.В.[3], Герман В.В.[1]
[1] ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Россия
[2] ГБУЗ НО ГП № 21 Нижегородского района, г. Нижний Новгород, Россия
[3] Научно-исследовательский институт клинической онкологии Нижегородский областной клинический онкологический диспансер, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Амилоидоз сердца, имея низкую выявляемость в Российской Федерации, часто остается незамеченным на ранних стадиях. Клинических рекомендаций нет. В мировой практике существуют «красные флаги амилоидоза». Классический «красный флаг» – гипертрофия миокарда стенки левого желудочка (ЛЖ). Однако не всегда гипертрофия ЛЖ основной ориентир диагностического поиска.
Описание случая. 71-летняя пациентка стала отмечать нарастание одышки, приступы сердцебиений. При обращении на ЭКГ: впервые выявленная фибрилляции предсердий (ФП). Экстренно госпитализирована с диагнозом ОКС. Проведена коронароангиография – гемодинамически значимых стенозов нет. По данным ЭХОКГ: ФВ ЛЖ=57%, СДЛА= 41 мм рт. ст. в плевральных полостях по 250 мл жидкости, гипертрофии ЛЖ нет. Проведена медикаментозная кардиоверсия. Определен NTproBNP=915,4 пг/мл. Базовая терапия ФП и ХСНсФВ ЛЖ – ИАПФ, бета-блокатор, аторвастатин, ривароксабан и диуретик. В связи с тенденцией к гипотонии отмена ИАПФ врачом по месту жительства. Не было клинического и ЭХОКГ эффекта спустя год после назначения лечения SGLT2, АМКР с последующей эскалацией терапии АРНИ. Консультирована в кардиодиспансере. Рекомендована сцинтиграфии миокарда и анализ на легкие цепи иммуноглобулинов. Сцинтиграфия: накопление радиофармпрепарата характерно для ATTR амилоидоза, визуальное увеличение размеров сердца. При иммунотипирования сыворотки крови и мочи – без изменений. Свободные каппа–цепи 5.42 мкг/мл. Свободные лямбда–цепи 11,74 мкг/мл, индекс каппа/лямбда 0,4615. ЭХОКГ со спекл-трекингом в 2026 г.: концентрическое ремоделирование ЛЖ. Систолическая дисфункция ЛЖ: снижение продольной сократительной функции при сохраненной ФВ ЛЖ: GLS=14,6%, ФВ=52%. Продольная деформация базальных сегментов=12,7%. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ. Легочная гипертензия 1, расчетное СДЛА=35 мм рт. ст. Уплотнение стенок аорты, клапанов сердца. Предположен ATTR-амилоидоз сердца. Госпитализирована в Российский геронтологический научно-клинический центр. Подтвержден диагноз транстиретинового амилоидоза. Рекомендован прием тафамидиса.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный случай подчеркивает важность повышенного внимания медицинских специалистов к диагностике амилоидной кардиомиопатии. Особенно это актуально для пациентов с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ, у которых наблюдаются трудности в достижении компенсации.*

СИНДРОМ ХАКИМА-АДАМСА У ПАЦИЕНТА 74 ЛЕТ: КОГДА ДЕМЕНЦИЯ ОБРАТИМА

Сазонова А.Д., Ширшов А.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Когнитивные нарушения у пожилых пациентов традиционно рассматриваются в рамках сосудистой деменции или болезни Альцгеймера. Однако существует потенциально обратимая причина – нормотензивная гидроцефалия (НТГ), или синдром Хакима-Адамса, проявляющаяся классической триадой: нарушение походки, когнитивное снижение и нарушения мочеиспускания. Проблема заключается в том, что НТГ часто маскируется под «возрастные» изменения и сопутствующую сосудистую патологию, что приводит к поздней диагностике и необратимому ухудшению состояния.
Описание случая. Мужчина, 74 года, поступил с жалобами на снижение памяти и концентрации внимания, сложности в изложении мыслей, нарушение походки (шаркающая, неуверенная), периодическое недержание мочи при сохранном императивном позыве. Симптомы прогрессировали с осени 2025 г. В анамнезе: ТУР предстательной железы по поводу гиперплазии, однако мочевая симптоматика сохранялась и носила центральный характер. При осмотре: самостоятельная шаркающая, «магнитная» походка, стопы не отрывает от пола, отклонение при поворотах (стато-локомоторная атаксия), легкая дисметрия и интенция при пальценосовой пробе. Нейропсихологическое тестирование выявило умеренные додементные нарушения с признаками начальной деменции, диспраксию, нарушения фонового (нейродинамического) аспекта психической деятельности. Лабораторные анализы – без патологии. По данным СМАД – артериальная гипертензия. Дуплексное сканирование БЦА: стенозы 30–45% без значимых гемодинамических нарушений. Осмотр глазного дна: застойных дисков зрительных нервов нет, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки. МРТ головного мозга: умеренное расширение желудочков, выраженное расширение III желудочка, единичные очаги микроангиопатии, умеренные атрофические изменения коры. Индекс Эванса 0,34–0,36. Назначен ацетазоламид 250 мг утром: отмечено значительное улучшение походки, нормализация сна, улучшение когнитивных функций. Пациент направлен к нейрохирургу для решения вопроса о шунтировании; рекомендованы МРТ в режиме FIESTA и tap-тест.
Заключение. *НТГ – потенциально обратимая причина когнитивных и двигательных нарушений. Терапевт должен сохранять настороженность при сочетании нарушений походки, памяти и мочеиспускания у пожилых пациентов, особенно когда выраженность симптомов не соответствует степени сосудистого поражения. Ранняя диагностика и направление к нейрохирургу могут предотвратить необратимую деменцию и вернуть пациента к активной жизни.*

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДЕКСА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

Саламатина А.А., Писарюк А.С., Мерай И.А., Казахмедов Э.Р., Лапшина Е.А., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУВО «Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия

Актуальность. Гипертонический криз сопровождается выраженной гемодинамической нагрузкой и риском острого поражения органов-мишеней, включая почки. Острое повреждение почек выявляют у 18–55% госпитализированных пациентов. Индекс резистентности (RI), определяемый при допплеровском исследовании почек, отражает внутрипочечное сосудистое сопротивление и может служить маркером субклинического поражения почек и кардиоренального риска.
Цель. Оценить особенности индекса резистентности почечных артерий у пациентов, госпитализированных с гипертоническим кризом, и определить его взаимосвязь с клиническими, гемодинамическими, лабораторными и инструментальными параметрами.
Материал и методы. В исследование включены 62 пациента с гипертоническим кризом, ассоциированным с острым поражением органов-мишеней. Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование почек с цветовым и спектральным допплеровским картированием для оценки индекса резистентности внутрипочечных артерий. Дополнительно анализировали возраст, пол, уровни систолического, диастолического и пульсового артериального давления, уровень креатинина, СКФ, фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), концентрацию NT-proBNP, толщину паренхимы обеих почек. Гемодинамический фенотип и степень задержки жидкости определяли методом неинвазивной оценки системной гемодинамики NiCaS. Повышенным считали RI более 0,70.
Результаты. Средний RI составил 0,67±0,07 (0,56–0,82) и возрастал с возрастом: 0,59±0,03 у пациентов <60 лет, 0,66±0,04 – в 60–70 лет и 0,73±0,05 – >70 лет. RI повышался при снижении сократительной способности левого желудочка: при ФВЛЖ <40% RI достигал 0,74, при 40–50% – 0,68, при >50% – 0,63. RI >0,70 выявлен у 52,2% пациентов и ассоциировался с большей частотой ИБС (100 против 45,5%), ХСН (91,7 против 54,5%) и ГЛЖ (100 против 54,5%), более высоким креатинином (128,6 против 81,7 мкмоль/л) и меньшей ФВЛЖ (46,9 против 50,6%). Пациенты с RI >0,70 реже достигали целевого АД за первые 6 ч: 16,7 против 63,6% (p <0,05); ОШ быстрого контроля АД составило 0,11 (95% ДИ 0,02–0,68; p=0,018). RI положительно коррелировал с возрастом, САД, ДАД, пульсовым АД, креатинином, ИММЛЖ и NT-proBNP, отрицательно – с ФВЛЖ и толщиной почечной паренхимы. Наибольший RI отмечен при вазоконстриктивном фенотипе – 0,73±0,06, несколько ниже при смешанном фенотипе, 0,70±0,07, минимальные при гипердинамическом фенотипе, 0,62±0,05 (p <0,001). RI также повышался при нарастании гипергидратации (p <0,001).
Выводы. *Повышенный RI при гипертоническом кризе отражает возрастное и кардиоренальное поражение, не связан с полом, ЧСС, СКФ и диабетом.*
RI >0,70 ассоциирован с ИБС, ХСН, ГЛЖ и замедленным контролем АД.
RI – доступный неинвазивный маркер тяжести ПОМ и прогноза.

ВАЗОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ ЛИПИДОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Салямова Л.И.[1], Квасова О.Г.[1], Вострикова М.С.[2], Трофименко Е.А.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Россия
[2] ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер», г. Пенза, Россия

Актуальность. Несомненна связь между успешным лечением статинами и улучшением прогноза у больных очень высокого сердечно-сосудистого риска, однако роль комбинированной липидснижающей терапии изучена недостаточно.
Цель. Изучить вазопротективное действие моно- и комбинированной липидоснижающей терапии в зависимости от достижения целевого уровня (ЦУ) холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).
Материал и методы. Обследованы 217 пациентов в возрасте 56 (50; 61) лет. В первые сутки от госпитализации больным назначали аторвастатин 80–40 мг или розувастатин 40–20 мг. На 7–10-е сутки, через 5–6, 12, 24 нед. определяли ХС ЛНП. При недостижении его ЦУ (≤1,4 ммоль/л и снижение >50%) на промежуточных визитах добавляли эзетимиб 10 мг. На 7–10-е сутки и через 24 нед. проводили ультразвуковое исследование общих сонных артерий технологией RF (MyLab Esaote, Италия). Определяли толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ), индексы жесткости α и β.
Результаты. Больных разделили на группы: 1-я (n=31) – достигли ЦУ ХС ЛНП на фоне статинотерапии; 2-я (n=64) – достигли ЦУ ХС ЛНП при приеме комбинации статина и эзетимиба; 3-я (n=36) – не достигли ЦУ ХС ЛНП на фоне статинотерапии; 4-я (n=86) – не достигли ЦУ ХС ЛНП при приеме комбинации статина и эзетимиба. Исходно превышение возрастных нормативов ТКИМ в 1-й группе отмечено в 58,1% случаев, на повторном визите – в 35,5% (p 0–24=0,055). Во 2-й группе частота патологической ТКИМ снизилась с 67,2 до 46,9% (p=0,020), в 3-й – с 69,4 до 41,7% (p=0,018), в 4-й – с 72,1 до 55,8% (p=0,026). Во 2-й группе дополнительно уменьшились индексы α (с 4,6 (3,6; 6,1) до 4,3 (3,2; 5,9); p=0,041) и β (с 9,5 (7,4; 12,4) до 8,7 (6,5; 12,1); p=0,042). В других группах показатели не изменились. Исходно индекс α в 1-й группе составил 5 (4,2; 6,4), повторно –4,8 (3,9; 5,4) (p=0,116), в 3-й группе – 5 (4,3; 6,2) и 4,7 (3,7; 5,6) (p=0,151), в 4-й –4,9 (3,9; 5,9) и 4,5 (3,5; 6,1) (p=0,245). Исходно индекс β в 1-й группе оказался равен 10,1 (8,2; 13), повторно –9,8 (8; 10,9) (p=0,141), в 3-й группе – 10,2 (8,7; 12,6) и 9,6 (7,6; 11,3) (p=0,149), в 4-й –9,9 (8; 11,9) и 9,2 (7,1; 12,3) (p=0,251).
Выводы. *Только комбинация статина и эзетимиба с достигнутым ЦУ ХС ЛНП характеризовалась наиболее выраженным вазопротективным действием, связанным с улучшением состояния общих сонных артерий.*

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ФЕНОТИПОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ: РОЛЬ БИОМАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

Самедов М.Г.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Цирроз печени (ЦП) является системным заболеванием, при котором поражение сердца (цирротическая кардиомиопатия) сочетается с высокой распространенностью традиционных факторов сердечно-сосудистого риска. Это определяет гетерогенность хронической сердечной недостаточности (ХСН), требующую дифференцированного терапевтического подхода.
Цель. Изучить клинико-лабораторные детерминанты гетерогенности фенотипов ХСН у пациентов с ЦП и разработать модель прогнозирования неблагоприятного («ишемического») фенотипа.
Материал и методы. В одноцентровое проспективно-ретроспективное исследование включены 130 пациентов с верифицированным ЦП (72 мужчины, средний возраст 58 [53; 66] лет). Выполнялись эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, оценка тяжести ЦП (Child–Pugh, MELD), определение уровня N-концевого промозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), расчет интегральных индексов воспаления (NLR, PLR, SII, SIRI). Использовались критерий Краскела–Уоллиса, корреляционный анализ по Спирмену, логистическая регрессия, ROC-анализ.
Результаты. По величине фракции выброса (ФВ) левого желудочка пациенты были разделены на группы: ХСНсФВ (ФВ ≥50%, n=99), ХСНпФВ (ФВ 40–49%, n=17), ХСНнФВ (ФВ <40%, n=14). «Печеночный» фенотип (ХСНсФВ) был независимо ассоциирован с декомпенсацией ЦП: в многофакторной модели наличие ХСНсФВ увеличивало шансы выявления класса С по Чайлд–Пью в 8,3 раза (p=0,004). Индексы SII и SIRI коррелировали с тяжестью цирроза (Child–Pugh: r_s=0,52 и 0,48; MELD: r_s=0,45 и 0,42; p <0,001), но не с NT-proBNP (r_s=0,21) и ФВ левого желудочка (r_s=–0,25). Для «ишемического» фенотипа (ХСНнФВ/пФВ) характерно более частая встречаемость ишемической болезни сердца (57,1 против 10,1%, p <0,001), мужского пола (78,6%) и высокий уровень NT-proBNP. ROC-анализ показал, что комбинация «NT-proBNP+ИБС» обладает высокой прогностической ценностью для выявления систолической дисфункции как при неалкогольной (AUC=0,868), так и при алкогольной (AUC=0,912) этиологии ЦП.
Выводы. *1. Фенотипирование ХСН при ЦП позволяет выделить два патогенетических пути: «печеночный» (ассоциированный с декомпенсацией ЦП) и «ишемический» (связанный с ИБС). 2. Интегральные индексы SII и SIRI являются суррогатными маркерами тяжести печеночной недостаточности, а не систолической дисфункции ЛЖ.*

ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

Саможенова П.С.[1], Фомина Е.И.[1], Саморукова Е.И.[1], Горулева Е.И.[2]
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
[2] Московский медицинский университет «Реавиз», г. Москва, Россия

Введение. Согласно современным данным, пациенты пожилого возраста нуждаются в оперативном лечении в 4 раза чаще, чем молодое население. Паспортный возраст не является абсолютным противопоказанием к хирургическому вмешательству. Однако для допуска к оперативному вмешательству необходимо проведение комплексной оценки функционального состояния организма.
Описание случая. Пациентка Х., 62 года, жалобы на наличие лишнего веса. Анамнез: курение более 25 лет, по 20 сигарет в день. Объективно: рост 162 см, вес 161 кг, ИМТ 61,3 кг/м^2, акроцианоз носогубного треугольника, отеки голеней и стоп, ЧДД 22/мин., SpO_2 92%, ЧСС 116 уд./мин., АД 100/60 мм рт. ст., болезненность при пальпации коленных суставов. Для решения вопроса о проведении бариатрической операции была выполнена комплексная оценка периоперационных рисков. Анализ крови: эритроциты 5,36 млн/мкл. глюкоза 6,1 ммоль/л, HbA1c 6,1%, мочевая кислота 390 мкмоль/л, триглицериды 1,89 ммоль/л, холестерин 4,23 ммоль/л, ЛПВП 0,96 ммоль/л, ЛПНП 2,41 ммоль/л, СРБ 17,4 мг/л, NT-proBNP – 91 пг/мл. Эхо-КГ: ЛП 4,2 см, объем 80 мл, МЖП 1,4 см, ЗСЛЖ 1,4 см, ФВ 48,4%, ПЖ 3,8 см, объем ПП 66 мл, кальциноз клапанного аппарата. Эхопризнаки атеросклероза аорты. Спирометрия: рестриктивная форма кривой «поток–объем», обструктивные нарушения средней тяжести (ОФВ1=1,21 л), без воздушной ловушки (0,75), со снижением ЖЕЛ (ЖЕЛ=1,60 л). Высокие риски со стороны легочной системы. Компьютерная сонография: индекс апноэ/гипопноэ 115,6 событий в час (тяжелое апноэ сна). Тест 6-минутной ходьбы: пройдено 12,5 м за 42 сек. maxЧСС 140 уд./мин., minSpO_2 90%. Исследование прекращено из-за боли в коленных суставах. Класс ASA IV. Основной диагноз. Экзогенно-конституциональное ожирение 3 степени, 2 стадии. ХОБЛ, среднетяжелого течения (GOLD 2), mMRC 3, CAT более 10, редкие обострения. Гипертоническая болезнь 3 стадии, контролируемая АГ, риск ССО 4. Осложнения. Синдром ожирения – гиповентиляции. Синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени. ДН–2 ст. ХСН с умеренно сниженной ФВ (48,1%), 1 стадия, ФК III. Двусторонний деформирующий гонартроз. Болевой синдром, ФНС–3. Гиперурикемия. Дислипидемия 2б.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *По результатам оценки клинического состояния пациентки было решено отложить проведение бариатрической операции. Хирургическое лечение ожирения возможно только после коррекции апноэ и снижения веса на 10% на фоне фармакотерапии ожирения с последующим расчетом функциональных резервов организма.*

АССОЦИАЦИИ НАЖБП С БИОМАРКЕРАМИ У ЛИЦ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ССЗ

Самохина Ю.Ю.
ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) тесно связана с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
Цель. Оценить ассоциации уровня С-реактивного белка (СРБ) и печеночных ферментов с НАЖБП, определяемой по индексу FL I≥60, у пациентов трудоспособного возраста с атеросклеротическими ССЗ.
Материал и методы. Для анализа использовались результаты одномоментного этапа исследования ЭССЕ–РФ2, проведенного в 2017–2018 гг. В исследование включены данные 701 участника (47% мужчин, 53% женщин) в возрасте 25–64 лет с установленными по эпидемиологическим критериям ССЗ (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения). Биохимические показатели определяли на автоанализаторе Architect c8000 (Abbott). В качестве повышенных значений биохимических маркеров использовали: для СРБ –≥3 мг/л; для аспартатаминотрансферазы (АСТ) ≥34 Ед./л; для аланинаминотрансферазы (АЛТ) ≥55 Ед./л; для общего билирубина ≥20,5 мкмоль/л.
Результаты. У участников с ССЗ и НАЖБП (FLI ≥60) достоверно чаще регистрировались повышенные уровни СРБ по сравнению с лицами с ССЗ без НАЖБП (49,3 против 25,6%, p <0,001). У мужчин с ССЗ и НАЖБП статистически значимо чаще встречались повышенные уровни СРБ по сравнению с мужчинами с ССЗ без НАЖБП (39,9 против 25,0%, p=0,009). Частота повышенного СРБ у женщин с ССЗ и НАЖБП была значимо выше, чем у женщин с ССЗ без НАЖБП (58,2 против 26,0%, p <0,001). Также у женщин с ССЗ и НАЖБП достоверно чаще регистрировалось повышение АСТ по сравнению с женщинами с ССЗ без НАЖБП (7,7 против 1,4%, p=0,009). При этом частота билирубинемии у женщин с ССЗ и НАЖБП, напротив, была ниже, чем у женщин с ССЗ без НАЖБП (2,7 против 9,6%, p=0,015). У лиц с ССЗ выявлены достоверные ассоциации НАЖБП с повышенными значениями АЛТ (ОШ=1,07; 95% ДИ:1,04–1,09) и СРБ (ОШ=1,05; 95% ДИ:1,02–1,09). При стратификации по полу у мужчин значимыми остались только ассоциации с АЛТ (ОШ=1,05; 95% ДИ:1,02–1,08), а у женщин – дополнительно с СРБ (ОШ=1,09; 95% ДИ:1,03–1,18) и билирубином (ОШ=0,94; 95% ДИ:0,89–0,98).
Выводы. *Таким образом, у лиц с атеросклеротическими ССЗ наличие НАЖБП ассоциировано с более высокими уровнями СРБ и АЛТ и более низким уровнем общего билирубина.*

ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-PROBNP КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Самуйловская С.А., Бояринова М.А., Ротарь О.П., Могучая Е.В., Колесова Е.П., Васильева Е.Ю., Виллевальде С.В., Конради А.О., Бабенко А.Ю., Шляхто Е.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт–Петербург, Россия

Актуальность. Сердечная недостаточность (СН) остается одной из ведущих причин сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В связи с этим особое значение приобретает выявление лиц с предстадией СН до появления клинических симптомов.
NT-proBNP является важным биомаркером для выявления лиц с повышенным риском развития СН и сердечно-сосудистых осложнений, однако его распространенность и долгосрочная прогностическая значимость в общей популяции без сердечно-сосудистых заболеваний изучены недостаточно.
Цель. Оценить прогностическую значимость повышения уровня N-концевого пропептида натрийуретического гормона (NT-proBNP) в отношении развития сердечно-сосудистых событий в популяционной выборке жителей Санкт-Петербурга 25–64 лет.
Материал и методы. В рамках ЭССЕ–РФ в 2012–2013 гг. обследованы 1600 жителей Санкт-Петербурга 25–64 лет. Исключены 57 участников: 43 с инфарктом миокарда (ИМ) и/или острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), 2 с фибрилляцией предсердий (ФП), 4 с NT-proBNP >1000 пг/мл, 2 с гипотиреозом и 6 без данных NT-proBNP. В анализ вошли 1543 участника (35,1% мужчин; медиана возраста 48 [37; 56] лет); ожирение выявлено у 26,2%, артериальная гипертензия (АГ) – у 38,3%. NT-proBNP оценивали по критерию >125 пг/мл; «сердечный стресс» >75 пг/мл до 50 лет и >150 пг/мл в 50–74 года. За 10 лет оценивали фатальный/нефатальный ИМ и реваскуляризацию. События оценивали методом Каплана–Мейера и регрессией Кокса с расчетом отношения рисков (ОР) и 95% ДИ.
Результаты. Повышение NT-proBNP >125 пг/мл исходно выявлено у 129 (8,4%) участников: у 98 (9,8%) женщин и 31 (5,7%) мужчины (p=0,005). «Сердечный стресс» выявлен у 183 (11,9%) участников и встречался чаще у женщин, чем у мужчин (14,4 против 7,2%; p <0,001). При 10-летнем наблюдении фатальный или нефатальный ИМ зарегистрирован у 3% участников с NT-proBNP >125 пг/мл и у 1% с NT-proBNP ≤125 пг/мл; повышение NT-proBNP >125 пг/мл ассоциировалось с увеличением риска ИМ в 2,77 раза (ОР 2,77; 95% ДИ 1,11–6,94; p=0,023). Реваскуляризация миокарда выполнена у 13% участников с NT-proBNP >125 пг/мл и у 4% с NT-proBNP ≤125 пг/мл; риск реваскуляризации был выше в 2,63 раза (ОР 2,63; 95% ДИ 1,23–5,63; p=0,010). При наличии «сердечного стресса» фатальный или нефатальный ИМ развился у 3% участников против 1% без «сердечного стресса» (ОР 2,61; 95% ДИ 1,01–6,74; p=0,040), а реваскуляризация миокарда была выполнена у 13 против 5% соответственно (ОР 2,64; 95% ДИ 1,21–5,75; p=0,011). Выявленные ассоциации сохранялись после учета традиционных факторов риска.
Выводы. *Повышение NT-proBNP >125 пг/мл и «сердечный стресс» являются значимыми предикторами фатального/нефатального ИМ и коронарной реваскуляризации у жителей Санкт-Петербурга 25–64 лет и ассоциируются примерно с 2-кратным повышением риска этих событий при 10-летнем наблюдении.*

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И УРОВЕНЬ ФЕРРИТИНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В.
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия

Актуальность. Современные научные исследования уделяют особое внимание роли провоспалительных цитокинов и их влиянию на широкий круг заболеваний. Их избыточная продукция вызывает каскад реакций, усиливающих воспаление и способствующих хронизации патологического процесса. Особую роль при воспалении играет повышение уровня сывороточного ферритина (СФ), являющегося важным показателем активности воспаления и тканевого повреждения.
Цель. Изучить взаимосвязи между изменениями уровней ИЛ-6, ИЛ-18 и СФ у больных ревматоидным артритом (РА) с антифосфолипидным синдромом (АФС).
Материал и методы. Обследовано 120 пациентов в возрасте от 22 до 65 лет с установленным диагнозом РА. Диагноз АФС верифицирован на основании классификационных критериев АФС, 2023 ACR/EULAR. У 32 (26,7%) человек выявлен АФС: 28 (87,5%) женщин и 4 (12,5%) мужчины.
Результаты. Повышенные значения уровня ИЛ-6 были у 17(53,1%) человек с РА и АФС – 14,79 [12,0; 43,75] пг/мл (max – 1808 пг/мл); и у 28 (31,8%) без АФС – 12,05 [10,0; 18,2] пг/мл (max – 41,376 пг/мл). У 13 (40,63%) больных РА и АФС значения ИЛ-18 были выше 370 пг/мл – 482,038 [404,063; 820,85] пг/мл, из них у 8 (61,5%) значения ИЛ-18 превышали 650 пг/мл (max – 4157,12 пг/мл). В группе без АФС у 25 (28,4%) человек значения ИЛ-18 были выше 370 пг/мл – 433,15 [384,34; 635,39] пг/мл, из них у 11 (44%) значения ИЛ-18 превышали 650 пг/мл (max – 1741,62 пг/мл). Среди пациентов с РА и АФС уровень СФ (M±σ) составил 110,81±84,12 нг/мл (max – 545,77 нг/мл); в группе пациентов без АФС – 88,69±51,79 нг/мл (max – 388,9 нг/мл). Повышение уровня СФ выше нормы наблюдалось у 9 (28%) больных РА с АФС, (M±σ) 441,684±159,7 нг/мл; и у 14 (15,9%) без АФС, (M±σ) 244,31±78,12 нг/мл. Значения СФ выше среднего уровня было у 18 (56,2%) человек с РА и АФС и у 26 (29,5%) без АФС. Корреляционный анализ выявил положительную связь между уровнем ИЛ-6 и концентрацией СФ: при РА с АФС ($r=0,47$; $p<0,01$); без АФС ($r=0,221$; $p<0,05$); а также ИЛ-18 и СФ: при РА с АФС ($r=0,149$; $p<0,05$); без АФС ($r=0,123$; $p<0,05$).
Выводы. *Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи между ИЛ-6, ИЛ-18 и уровнем СФ, что является значимым в оценке активности воспалительных изменений при РА, особенно в сочетании с АФС и прогнозировании течения данного заболевания.*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Сафроненко В.А., Чесникова А.И., Таютина Т.В.
ФГБОУ ВО РОСТГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и синдрома старческой астении (ССА) у пациентов старческого возраста существенно ухудшает прогноз и повышает вероятность повторных госпитализаций по причине декомпенсации сердечной недостаточности и сердечно-сосудистой смерти. Разработка и валидация новой модели прогнозирования неблагоприятных исходов, интегрирующей наличие старческой астении, представляет собой высокозначимую клиническую задачу, позволяющую персонализировать лечебную тактику.
Цель. Разработать и валидировать комплексную модель прогнозирования развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (сердечно-сосудистая смерть или госпитализация по причине СН) у пациентов с ХСН в зависимости от наличия ССА.
Материал и методы. В исследование включен 161 пациент ≥80 лет с АГ и ХСН. По наличию ССА выделены две группы: 84 с ССА и 77 без. ССА диагностировали по опроснику «Возраст не помеха», батарее физических тестов и комплексной гериатрической оценке. Всем выполняли ИФА крови (NT-proBNP, sST2), трансторакальную допплер-эхокардиографию, суточный мониторинг артериального давления с вычислением показателей ригидности сосудистой стенки и величин центрального аортального давления. Первичная конечная точка – комбинация сердечно-сосудистой смерти или госпитализации по причине СН в течение 12 мес.
Для построения прогностических моделей применена пошаговая логистическая регрессия, качество моделей оценивали с помощью ROC-анализа, для обработки данных – пакет Statistica12.
Результаты. В группе пациентов с ССА в окончательную модель прогнозирования вошли 6 предикторов: наличие фибрилляции предсердий, sST2, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), соотношение пиковой скорости раннего диастолического наполнения (E/e’), скорость пульсовой волны в аорте (PWVao), ночная вариабельность систолического артериального давления. В группе без ССА модель прогнозирования включала 4 предиктора: наличие хронической болезни почек, sST2, ФВ ЛЖ и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Статистическая значимость моделей подтверждена критерием χ^2 (38,04 и 44,99 соответственно; $p < 0{,}001$ для обеих групп). ROC-анализ определил пороговые значения прогностического критерия K: 0,32 для 1-й группы (чувствительность 93,12%, специфичность 90,09%) и 0,28 для 2-й группы (чувствительность 87,76%, специфичность 81,24%).
Выводы. *Наличие ССА у пациентов с ХСН в возрасте ≥80 лет является ключевым фактором, определяющим структуру предикторов неблагоприятного прогноза. Разработанная прогностическая модель позволяет с высокой точностью стратифицировать риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий с учетом наличия ССА.*

ГЕМОХРОМАТОЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИИ

Седякина Ю.В.
ФГБОУ ВО Российский университет медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Цель работы. Представить клинический случай пациента с признаками перегрузки железом и МАЖБП, демонстрирующий диагностические трудности при интерпретации гиперферритинемии. Материалы и методы. Выполнен анализ жалоб, анамнеза, физикальных данных, лабораторных показателей, ЭГДС, ультразвукового исследования, МСКТ, фиброэластометрии и результатов HFE-генотипирования у мужчины 46 лет.
Описание случая. Результаты. У пациента с длительным гастроэнтерологическим анамнезом выявлена стойкая гиперферритинемия: ферритин 308,9 нг/мл в 2025 г. и 372,6 нг/мл 09.04.2026, при насыщении трансферрина 24,3% и сывороточном железе 19,51 мкмоль/л. Генетическое исследование интерпретировано как HFE-ассоциированный гемохроматоз; определен генотип C/C A/A G/G. Одновременно зарегистрированы гепатомегалия и метаболически ассоциированная жировая болезнь печени: по данным фиброэластометрии стеатоз соответствовал S2 при отсутствии фиброза F0. Метаболический профиль характеризовался триглицеридами 2,71 ммоль/л, общим холестерином 7,96 ммоль/л и ЛПНП 5,59 ммоль/л. Таким образом, клиническая картина определялась сочетанием признаков перегрузки железом и МАЖБП, что требовало дифференцированной оценки вклада каждого из состояний в формирование гиперферритинемии и печеночного фенотипа. На фоне терапии и снижения массы тела на 6 кг отмечена положительная клиническая динамика.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Выводы. Сочетание гиперферритинемии, стеатоза S2 и дислипидемии требует рассмотрения гемохроматоза и МАЖБП как взаимосвязанных компонентов единого клинического фенотипа.*

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА РИВАРОКСАБАНА И ЕГО ДЖЕНЕРИКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Селиванов Г.А., Муса Х.Х.Д., Кокорин В.А.
Кафедра госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гематологии и клинической лабораторной диагностики федерального Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность. В Российской Федерации за последние годы зарегистрировано значительное количество дженериков ривароксабана. Однако их клиническая эффективность и безопасность в сравнении с оригинальным препаратом остаются недостаточно изученными в условиях реальной клинической практики у пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА).
Цель. Сравнить риск общей смертности, рецидивов венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), больших кровотечений и комбинированной конечной точки между оригинальным и воспроизведенным препаратами ривароксабана среди пациентов, перенесших ТЭЛА.
Материал и методы. В проспективное рандомизированное исследование включены 103 пациента, выписанные из стационара после перенесенной ТЭЛА, получавшие терапию либо оригинальным препаратом ривароксабана (n=48), либо воспроизведенным препаратом ривароксабана (n=55). Первичная комбинированная конечная точка включала смерть от любой причины, рецидив ВТЭО и большое клинически значимое кровотечение. Для коррекции исходных различий между группами использовали многофакторный логистический регрессионный анализ. В модель включали переменные со стандартизированной разностью средних (SMD) >0,1. Для каждого исхода рассчитывалось скорректированное отношение шансов (aOR) с 95% доверительным интервалом (ДИ).
Результаты. Финальная модель была ограничена переменными с самым большим дисбалансом (наличие в анамнезе цереброваскулярных событий (SMD=0,48), инфаркта миокарда (SMD=0,42), гиперлипидемии (SMD=0,37), хронической сердечной недостаточности (SMD=0,34)) для сохранения статистической мощности (с учетом числа событий). После многофакторной коррекции статистически значимых различий между группами по риску комбинированной конечной точки не выявлено (aOR 0,884; 95% ДИ 0,302–2,587; p=0,822). Также не получено значимых различий по общей смертности (aOR 0,799; 95% ДИ 0,194–3,286; p=0,756), большим кровотечениям (aOR 0,482; 95% ДИ 0,108–2,160; p=0,341) и рецидивам ВТЭО (aOR 1,659; 95% ДИ 0,330–8,338; p=0,539). Единственным статистически значимым предиктором комбинированной конечной точки явилась гиперлипидемия (aOR 5,047; 95% ДИ 1,476–17,257; p=0,010).
Выводы. *В данной когорте не выявлено значимых различий между дженериком и оригинальным препаратом. Результаты свидетельствуют о сопоставимой эффективности и безопасности. Однако небольшой объем выборки не позволяет подтвердить их полную эквивалентность, что требует дальнейших рандомизированных исследований.*

ОСТРАЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ОТРЫВА ХОРД ПРИ МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Семенова О.Н., Литвинова В.Н.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Россия

Введение. Отрыв хорд при миксоматозной дегенерации митрального клапана (МДМК) клинически маскируется под острый коронарный синдром (ОКС), что требует настороженности и своевременной эхокардиографии (Эхо-КГ) для выбора правильной тактики ведения.
Описание случая. Пациент, 75 лет, поступил с жалобами на резкую одышку в покое, ортопноэ, кашель с розовой пенистой мокротой, сердцебиение, выраженную слабость. Из анамнеза: длительная артериальная гипертензия (АГ), персистирующая фибрилляция предсердий (ФП), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). Ранее патология митрального клапана (МК) не диагностировалась. При осмотре: ЧДД 25 в минуту, дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, влажные хрипы над всеми полями легких, притупление перкуторного звука. ЭКГ: ФП с ЧЖС 140 уд./мин., патологический Q, элевация ST в III, aVF, депрессия ST в V2–V6, частая желудочковая экстрасистолия. Первоначально заподозрен ОКС. Маркеры некроза: тропонин Т <0,05 нг/мл, креатинкиназа – МВ 21,31 Ед/л (отрицательные). Коронарография не подтвердила острую окклюзию. Эхо-КГ: пролабирование задней створки МК до 12 мм, частичный отрыв хорд миксоматозно измененного клапана с выраженной митральной регургитацией; признаки старого трансмурального ИМ в бассейне правой коронарной артерии с плоской аневризмой; легочная гипертензия (85 мм рт. ст.), дилатация правых отделов, жидкость в плевральных полостях. Истинная причина острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) – отрыв хорд при ранее не диагностированной МДМК. Аускультативные признаки митральной регургитации нивелировались на фоне тотального отека легких.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Клинический случай демонстрирует ОЛЖН вследствие отрыва хорд при МДМК, маскирующуюся под ОКС. Ключевое значение имеет своевременная Эхо-КГ при отрицательных маркерах некроза и отсутствии острой окклюзии при коронарографии.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ АКТИВНОМ И ПАССИВНОМ КУРЕНИИ

Семенова О.Н., Романова К.Д., Филимонова А.М.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Россия

Актуальность. Активное курение является доказанным фактором риска артериальной гипертензии (АГ), тогда как роль пассивного курения изучена недостаточно. Сравнительная оценка риска АГ при активном и пассивном курении имеет высокую научную и практическую значимость.
Цель. Провести сравнительный анализ риска АГ у лиц с активным и пассивным курением с оценкой дозозависимых эффектов и коморбидных факторов.
Материал и методы. Одномоментное описательное исследование (n=112). Выделены три группы: активные курильщики (n=45), пассивные (n=27) и контрольная (n=21), курильщики в прошлом исключены. Использованы критерий Хи-квадрат Пирсона, корреляционный анализ, многофакторная логистическая регрессия.
Результаты. Распространенность АГ составила 42,9%. Среди активных курильщиков она была в 1,5 раза выше, чем у некурящих (51,1 против 33,3%, p=0,03). Выявлена дозозависимость: при стаже курения до 5 лет – 35%, 6–10 лет – 44,4%, >10 лет – 68,8% (p=0,02); при потреблении <5 сигарет/день – 36,4%, 5–10 – 41,7%, ≥пачки – 63,2% (p=0,03). У бросивших >5 лет назад АГ снижалась до 33,3 против 54,5% у бросивших <5 лет (p=0,04). Среди некурящих частота АГ повышалась с ростом пассивного воздействия: редкое – 18,8%, эпизодическое – 28,6%, регулярное – 50% (p=0,01). Сочетание курения и ожирения повышало риск АГ в 8 раз (ОШ=8,0), превышая аддитивный эффект изолированных факторов (ОШ=3,4 и 3,2). Наиболее сильную связь с АГ имели возраст (r=0,41) и ИМТ (r=0,38). Многофакторный анализ выявил независимые предикторы: возраст ≥60 лет (ОШ=4,82), ожирение (ОШ=3,89) и сахарный диабет (ОШ=3,52); активное курение сохранило значимость (ОШ=2,18; p=0,03). Пассивное курение после коррекции не является независимым предиктором (p=0,34). Приверженность терапии составила 62,5% без различий между группами.
Выводы. *Активное курение – независимый дозозависимый фактор риска АГ. Пассивное курение повышает риск, но не является независимым предиктором после коррекции по возрасту и ИМТ; выявлен синергизм курения и ожирения. Низкая приверженность терапии диктует необходимость универсальных программ для всех групп.*

ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Семенова О. Н.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Россия

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) широко распространена и снижает качество жизни. Студенты подвержены стрессу, нарушениям питания и вредным привычкам, однако роль этих факторов в формировании рефлюкс-симптомов изучена недостаточно.
Цель. Установить связь между поведенческими факторами риска и выраженностью симптомов ГЭРБ у студентов-медиков для обоснования профилактических мероприятий.
Материал и методы. В онлайн-опросе участвовали 173 студента медицинского вуза (50,9% мужчин). Использовались опросник GerdQ для скрининга симптомов ГЭРБ, шкала оценки стресса (адаптированный вариант), блоки о характере питания и вредных привычках. Статистический анализ: критерий Манна–Уитни, Хи-квадрат Пирсона, корреляция Спирмена, логистическая регрессия.
Результаты. Установлено, что каждый третий студент регулярно испытывает изжогу (36,9%) или регургитацию (37,4%), причем у 8,2% ночные симптомы возникают еженедельно. Средний балл GerdQ значимо выше у курящих (2,32 против 1,70; p=0,018), лиц с высоким уровнем стресса (2,35 против 1,62; p=0,020) и практикующих поздние ужины (2,24 против 1,73; p=0,048). Корреляционный анализ подтвердил связь между стрессом и нарушением режима питания: чем выше стресс, тем чаще студенты переедают (r=0,178; p=0,019) и едят поздно вечером (r=0,221; p=0,003). Логистическая регрессия показала, что поздние приемы пищи увеличивают риск умеренных и выраженных симптомов ГЭРБ почти в 5 раз (ОШ=4,85; p=0,015), а курение – в 4 раза (ОШ=3,94; p=0,041). Сессионный период провоцирует усиление жалоб у 41,7% студентов, при этом данная группа чаще злоупотребляет кофеином (31,6 против 18,3%), переедает (15,8 против 6,9%) и практикует поздние ужины (39,5 против 25,2%). Обращает на себя внимание низкая медицинская активность: 53,2% студентов с симптомами не обращались к врачу.
Выводы. *Поведенческие паттерны – позднее питание, курение, стресс-индуцированные нарушения режима – вносят существенный вклад в формирование симптомов ГЭРБ у студентов-медиков. Выявленные факторы являются модифицируемыми, что определяет необходимость профилактических интервенций, особенно в периоды сессии.*

ЭКОЛОГИЧЕСКИ-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Семенова О.Н., Багдасарян А.Г., Манвелян А.А.
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Россия

Актуальность. Рост респираторной патологии в промышленных центрах требует оценки вклада экологических факторов в структуру заболеваемости для оптимизации терапевтической тактики с учетом условий проживания пациента.
Цель. Оценить вклад промышленных выбросов в формирование бронхолегочной патологии и выявить предикторы, значимые для ранней диагностики и выбора терапевтической тактики у жителей крупного промышленного города.
Материал и методы. Ретроспективное исследование выполнено на основе данных официальной статистики заболеваемости (бронхиальная астма – J45, ХОБЛ – J44, рак легкого – C34) и мониторинга загрязнения атмосферы (формальдегид, бенз(а)пирен, диоксид азота, взвешенные вещества) в г. Балаково за 2007–2023 гг. Сравнительный анализ проведен с выделением пяти временных срезов. Использованы методы описательной статистики, оценка динамических изменений (темпы прироста), расчет относительного риска (RR) и отношения шансов (ОШ) с 95% ДИ, бинарная логистическая регрессия, анализ временных лагов.
Результаты. За 16 лет общая заболеваемость болезней органов дыханий выросла в 2,6 раза (с 647 до 1675). Наибольший рост – для астмы (в 4,1 раза; RR=4,43), ХОБЛ – в 1,94 (RR=2,10), рака – в 1,66 (RR=1,81). При анализе структуры факторов риска обнаружено статистически значимое перераспределение при астме за счет увеличения доли психоэмоционального стресса с 17,8 до 32,2% ($p < 0,001$). Для рака легкого доля экологического компонента сохранялась на уровне 16–20% ($p < 0,05$). По данным логистической регрессии, курение остается ведущим модифицируемым фактором для рака (ОШ=18,42) и ХОБЛ (ОШ=10,43). Однако экологический фактор также продемонстрировал высокую прогностическую значимость: для рака легкого ОШ=8,46 (95% ДИ 2,10–34,15; $p=0,003$), для ХОБЛ – ОШ=13,03 (95% ДИ 2,78–61,13; $p=0,001$). Стресс ассоциирован с астмой с ОШ=4,82 (95% ДИ 1,86–12,50; $p=0,001$). Мужской пол повышал риск всех трех заболеваний (ОШ 2,13–2,49). Временной анализ подтвердил наличие латентных периодов: для бенз(а) пирена – 5–10 лет (выбросы 2007–2012 гг. – рост рака в 2015–2023 гг.); для диоксида азота и твердых частиц – 3–5 лет (выбросы 2009–2012 гг. – рост ХОБЛ с 2015 г.); хроническое совпадение формальдегида с астмой.
Выводы. *Экологический фактор – предиктор патологии органов дыхания, сопоставимый с курением, с латентными периодами 3–10 лет, что требует сбора экологического анамнеза и формирования групп риска для ранней профилактики.*

РОЛЬ ОФИСНОГО, АМБУЛАТОРНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПРЕДСТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Семерьянова Е.К.[1], Антропова О.Н.[1], Перевозчикова Т.В.[2], Дронов А.В.[2], Журавлева А.Г.[2]
[1] ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Барнаул, Россия
[2] ЧУЗ «Клиническая больница РЖД–Медицина города Барнаул», Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска в развитии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) – показателя предстадии хронической сердечной недостаточности (ХСН). В современных рекомендациях контроль артериального давления (АД) проводят по целевым показателям офисных измерений, однако ГЛЖ может быть связана с амбулаторными или центральными параметрами АД.
Цель. Выявить связь между офисным, амбулаторным и центральным АД и ГЛЖ у пациентов с АГ на постоянной медикаментозной терапии.
Материал и методы. В исследование включены 227 пациентов в возрасте старше 18 лет, средний возраст составил 56,96 ± 12,91 года. Первую стадию АГ имел 71 пациент (35%), вторую стадию 122 (54,7%), третью стадию 30 (13,4%). Обследование проведено согласно текущим клиническим рекомендациям, оно включало суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с определением аортального давления устройством BPLab, измерение офисного АД, лабораторное обследование, эхокардиографическое обследование с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительной толщины стенок, индексированного объема левого предсердия, фракции выброса. Статистическая обработка проведена в программе RStudio версии 4.5.2.
Результаты. Из 227 больных предстадия ХСН выявлена у 93 пациентов (45,3%).
В качестве скринингового метода оценки связи между ГЛЖ и параметрами АД построена матрица корреляций Спирмана. Все параметры, за исключением офисного АД, имели статистически значимую корреляцию с ИММЛЖ (p-value >0,05 после поправки на множественные сравнения Бенджамини–Хохберга). Затем были построены модели множественной линейной регрессии, которые включали выбранные из клинических соображений ковариаты (пол, возраст, окружность талии, липопротеиды низкой плотности), офисное систолическое артериальное давление (САД) и параметры амбулаторного, центрального АД. В моделях сохранили значимость ночное амбулаторное САД (ДИ 0,15;0.53, p <0,001), дневное амбулаторное САД (ДИ 0,26; 0,82, p <0,001) и ночное аортальное САД (ДИ 0,09; 0,59, p=0,008), офисное САД ни в одной из моделей не достигло значимости (p <0,05). Помимо этого, в каждой модели показала значимость одна из ковариат – окружность талии (ДИ 0,02; 1,2, p <0,044 для модели с ночным амбулаторным САД).
Выводы. *ГЛЖ как маркер предстадии ХСН имела стойкую связь с параметрами амбулаторного и центрального АД, что может указывать на необходимость пересмотра подхода к контролю АД и выбору целевых значений для снижения рисков развития ХСН. Также был выявлен модифицируемый фактор риска – ожирение.*

УРОВЕНЬ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Семикин И.Д., Семикина Е.В., Тарасов А.А.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. В настоящее время активно изучается роль эндотелиальной дисфункции в развитии поражений внутренних органов при диабетической автономной нейропатии.
Цель. Оценить сывороточную концентрацию фактора фон Виллебранда (ффВ) как маркера эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) без значимых макроангиопатий в зависимости от клинического варианта диабетической автономной нейропатии.
Материал и методы. Обследованы 30 пациентов с СД2, осложненным ДАН, длительностью от момента постановки диагноза менее 5 лет, без признаков атеросклеротического поражения крупных сосудов. У 16 из них диагностирована кардиоваскулярная форма ДАН, у 8 – гастроинтестинальная и у 6 – урогенитальная форма. Пациенты с двумя и более клиническими формами ДАН в анализ не включались. По гендерно-возрастным характеристикам группы были сопоставимы. Уровень ффВ в сыворотке крови определяли методом ELISA. Диагностику ДАН проводили согласно Национальным рекомендациям. Пациенты с толщиной комплекса интима-медиа >1,3 мм или признаками атеросклеротического поражения крупных сосудов по данным визуализации в анализ не включались.
Результаты. Средний возраст пациентов составлял 47,3±2,8 года, длительность СД2 – 3,9±0,4 года. У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН медиана уровня ффВ составляла 1,83 (1,53–1,94) U/мл, у лиц с гастроинтестинальной формой – 1,56 (1,32–1,67) U/мл и у пациентов с урогенитальной формой – 1,68 (1,35–1,78) U/мл. У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН уровень ффВ выше оптимального порогового значения 1,5 U/мл находился в 75% случаев, у лиц с гастроинтестинальной формой – в 50% случаев и у пациентов с урогенитальной формой – в 67% случаев.
Выводы. *У пациентов с СД2 наихудший профиль маркера ЭД ффВ отмечается при кардиоваскулярной форме ДАН.*

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Семикин И.Д., Семикина Е.В., Тарасов А.А.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Эндотелиальная дисфункция при диабетической автономной нейропатии является объектом изучения с диагностических, прогностических и терапевтических позиций.
Цель. Оценить сывороточную концентрацию маркера эндотелиальной дисфункции (ЭД) эндотелина–1 (ЭТ–1) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) без значимых макроангиопатий в зависимости от клинического варианта диабетической автономной нейропатии (ДАН).
Материал и методы. Обследованы 30 пациентов с СД2, осложненным ДАН, длительностью от момента постановки диагноза менее 5 лет, без признаков атеросклеротического поражения крупных сосудов. У 16 из них диагностирована кардиоваскулярная форма ДАН, у 8 – гастроинтестинальная и у 6 – урогенитальная форма. Пациенты с двумя и более клиническими формами ДАН в анализ не включались. По гендерно-возрастным характеристикам группы были сопоставимы. Базальный уровень ЭТ-1 в сыворотке крови определяли методом ELISA. Диагностику ДАН проводили согласно Национальным рекомендациям. Пациенты с толщиной комплекса интима-медиа >1,3 мм или признаками атеросклеротического поражения крупных сосудов по данным визуализации в анализ не включались.
Результаты. Средний возраст пациентов составлял 47,3±2,8 года, длительность СД2 – 3,9±0,4 года. У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН медиана уровня ЭТ-1 составляла 1,62 (1,32–1,88) фмоль/мл, у лиц с гастроинтестинальной формой – 1,44 (1,26–1,67) фмоль/мл и у пациентов с урогенитальной формой – 1,61 (1,28–1,90) фмоль/мл.
У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН уровень ЭТ-1 выше оптимального порогового значения для СД2 1,30 фмоль/мл находился в 81% случаев, у лиц с гастроинтестинальной формой – в 37,5% случаев и у пациентов с урогенитальной формой – в 67% случаев.
Выводы. *У пациентов с СД2 наихудший профиль маркера ЭД ЭТ-1 отмечается при кардиоваскулярной и урогенитальной формах ДАН.*

СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА 3-ГО ТИПА

Семченкова М.Ю.[1], Михалик Д.С.[1], Максименкова В.В.[1],
Николаенкова Л.И.[1], Кречиков Д.В.[1], Симоненко В.В.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск, Россия
[2] ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД–Медицина» г. Смоленск, Россия

Введение. Описаны 4 основные типа аутоиммунного полигландулярного синдрома (АПС). АПС 3-го типа – комбинация аутоиммунного поражения щитовидной железы с другими аутоиммунными эндокринными/ неэндокринными заболеваниями при отсутствии нарушений функции коры надпочечников и гипопаратиреоза.
Описание случая. Мужчина, 35 лет, с жалобами на слабость в правых конечностях, онемение в левой половине тела начиная с уровня шеи поступил в неврологическое отделение с острым продольно-поперечный миелитом на шейном уровне, правосторонним гемипарез, гемигипестезия. С 16 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа, получает инсулинотерапию по базис–болюсной схеме. С 30 лет отмечает артериальную гипертензию, принимает лизиноприл 5 мг в сутки, индапамид 1,5 мг. По данным МРТ зоны структурных изменений спинного мозга на уровне С2–С4 преимущественно справа, возможно демиелинизирующего характера с признаками МР-активности на момент исследования, локальная неоднородность спинного мозга на уровне С4/С5 сегмента, требующая дальнейшего наблюдения; единичные очаги изменений спинного мозга на уровне тел Th6, Th7 позвонков (вероятно, очаги демиелинизации). Убедительных данных за наличие изменений очагового и диффузного характера по данным МРТ в веществе мозга не выявлено. Выявлен поликлональный тип синтеза (I тип) олигоклональный IgG. Антинуклеарных антител, ANCA-профиль не выявлено. В рамках дифференциальной диагностики проведена оценка тиреоидного статуса, выявлены признаки гиперфункции щитовидной железы с высоким титром Ат–ТПО. При УЗИ объем железы увеличен, структура паренхимы неоднородная. Обследование пациента на наличие антител к компонентам бета-клеток поджелудочной железы не проведено. На фоне проводимой пульс-терапия метилпреднизолоном наблюдался значительный регресс неврологического дефицита. Уставлен диагноз «демиелинизирующее заболевание ЦНС: рассеянный склероз, ремиттирующее течение, ст. нестойкой ремиссии. Сахарный диабет 1-го тип. Аутоиммунный тиреоидит с гипертиреозом». Проведено лечение: метилпреднизолоном 7,0 на курс, тиамазолом с положительной динамикой, продолжена инсулинотерапия.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Уникальность случая в наличии сочетанной аутоиммунной патологии разных систем. Пациенты с аутоиммунным заболеванием находятся в группе риска по развитию других аутоиммунных заболеваний, что диктует необходимость тщательного обследования для своевременной диагностики и лечения.*

МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сентякова Т.Н.[1], Кунгурцева О.А.[2]
[1] Новосибирский государственный медицинский универси, Россия
[2] ГБУЗ НСО ГКБСМ № 2, г. Новосибирск, Россия

Введение. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST) – угрожающее жизни состояние, вызванное острой окклюзией коронарной артерии. Оно требует немедленной реперфузионной терапии, так как промедление ведет к необратимому некрозу сердечной мышцы. Основная причина ОКСпST – атеротромбоз коронарной артерии. Однако под маской этого синдрома могут скрываться другие болезни.
Описание случая. Пациентка М., 68 лет, в анамнезе у которой были только гипертоническая болезнь и СД 2-го типа, впервые отметила давящую боль за грудиной 17.04.2026.
Скорую помощь вызвала 22.04.2026, на ЭКГ констатирована элевация сегмента ST, госпитализирована в клинику. Уровень сердечных тропонинов Т и I значительно повышен.
При коронароангиографии выявлены – петлевая извитость с2 сегмента передней нисходящей артерии (ПНА), мышечный мостик с3 сегмента ПНА с признаками тромбоза.
Проведен системный тромболизис рекомбинантным белком, содержащим аминокислотную последовательность стафилокиназы. В послеоперационном периоде отмечен пароксизм фибрилляции предсердий, который был купирован медикаментозно. При динамической записи ЭКГ сохранялась элевация сегмента ST.
На ЭхоКГ 23.04.2026 констатированы выпот в полость перикарда, коллабирование правого предсердия, в области верхушки левого желудочка гиперэхогенное образование с четкими неровными контурами, фиксированное, размерами 3,4×7,2 см.
30.04.2026 проведена мультисрезовая спиральная компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, выявлены признаки дополнительных образований перикарда, миокарда, гидроперикард, малый гидроторакс с двух сторон. Оформлена документация для телемедицинской консультации в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России для решения вопроса о биопсии и возможного оперативного лечения выявленной патологии. Консультацию провести не удалось.
03.05.2026 внезапная остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия, проведенные в полном объеме, оказались не эффективными, констатирована смерть. При патологоанатомическом исследовании выявлена недифференцированная карцинома правого яичника с метастатическим поражением внутренних подвздошных, парааортальных лимфатических узлов, перикарда, миокарда.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представлен клинический случай не распознанного при жизни ЗНО яичника в поздней стадии. Поводом для обращения пациентки за медицинской помощью стали кардиологические симптомы, а признаки ОКСпST оказались обусловленными метастатическим поражением сердца.*

ИНДЕКС ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМ СТАТУСОМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

Сергеев А.С., Дыдышко В.Т.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Актуальность. У мужчин молодого возраста без известных ХНИЗ висцеральное ожирение и гипертриглицеридемия часто недооцениваются при плановом обследовании. Оценка связи индекса висцерального ожирения с уровнем триглицеридов может улучшить стратификацию кардиометаболического риска.
Цель. Оценить индекс висцерального ожирения у лиц молодого возраста с разным статусом триглицеридов сыворотки крови, проходящих плановое углубленное медицинское обследование.
Материал и методы. Проведено одномоментное ретроспективное исследование, в окончательный анализ вошли 803 мужчин 30–50 лет без известных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Всю когорту в зависимости от уровня триглицеридов (ТГ) сыворотки крови разделили на 2 группы: 1 с нормальным уровнем ТГ (НТГ, n=497, ТГ <1,7 ммоль/л; средний возраст 43,6±0,3 года) и 2 с повышенным уровнем ТГ (ГТГ, n=306, ТГ ≥1,7 ммоль/л; 45,1±0,2 года). В каждой группе изучили клинико-анамнестические данные, биохимические маркеры крови и индекс висцерального ожирения (ИВО), рассчитанный по формуле: ИВО = [(окружность талии (ОТ)/(39,68 + (1,88×индекс массы тела (ИМТ))×(ТГ/1,03)×(1,31/холестерин (ХС) липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)].
Результаты. Обследуемые в группах различались по возрасту – лица с НТГ были моложе лиц с ГТГ (43,6±0,3 vs 45,1±0,2 года). Средняя концентрация ТГ у обследованных с НТГ составила 1,0±0,1 ммоль/л, что достоверно уступает показателю в группе 2 с ГТГ (2,9±0,1 ммоль/л) (P <0,001). ИМТ и ОТ в группе 1 были значимо меньше (27,9±0,2 кг/м^2 и 102,1±0,4 см), чем ИМТ и ОТ в группе 2 (30,5±0,2 кг/м^2 и 107,0±0,4 см) (P <0,001). ХС ЛПВП в группе 1 были значимо больше (1,4±0,1 ммоль/л), чем в группе 2 (1,2±0,1 ммоль/л) (P <0,001). ИВО в группе с НТГ был значимо меньше (1,1±0,1 усл. ед.), чем ИВО в группе с ГТГ (2,9±0,1 усл. ед.) (P <0,001).
Выводы. *Таким образом, ИВО у лиц с ГТГ составил 2,9±0,1 усл. ед., что значимо больше ИВО у лиц с НТГ. ИВО может быть использован для оценки функции висцеральной жировой ткани и кардиометаболического риска у лиц молодого возраста без известных ХНИЗ, имеющих повышенный риск кардиометаболических заболеваний.*

АДИПОЦИТАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ – ПРЕДШЕСТВЕННИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Сердюков Д.Ю., Соколов Д.А.
ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Изучение атеросклероза на текущий момент остается в высокой степени актуально, потому что это заболевание лежит в основе большинства опасных сердечно-сосудистых катастроф – инфарктов и инсультов, которые занимают первое место среди причин смертности во всем мире.
Цель. Оценить взаимосвязь адипоцитарной дисфункции с распространенностью и прогрессированием атеросклероза сонных артерий у мужчин молодого возраста с различными фенотипами алиментарного ожирения.
Материал и методы. В проспективное 3-летнее наблюдение включены 113 мужчин 30–45 лет, завершивших полный цикл обследования: с метаболическим синдромом (МС, n=34), метаболически здоровым ожирением, стратифицированным по уровню лептина (порог 3,5 нг/мл) на подгруппы с повышенной (ПЛА, n=25) и нейтральной (НЛА, n=26) лептиновой активностью, и контрольная группа без ожирения (n=28). Оценивали адипокиновый профиль (лептин, резистин, адипонектин, ИЛ–6) и наличие атеросклеротических изменений сонных артерий по данным дуплексного сканирования.
Результаты. Адипоцитарная дисфункция при МС проявлялась максимальными уровнями лептина (5,6 нг/мл) и резистина (30,7 нг/мл) на фоне относительной гипоадипонектинемии. Концентрация лептина закономерно снижалась по мере уменьшения выраженности метаболических нарушений: 3,8 нг/мл в подгруппе ПЛА, 2,3 нг/мл в подгруппе НЛА ($p < 0,05$) и 2,8 нг/мл в контрольной группе, что подтвердило его роль как основного критерия стратификации фенотипов. За 3-летний период распространенность атеросклероза сонных артерий в выборке выросла вдвое – с 15,9 до 32,7% ($p < 0,001$). Наибольший прирост отмечен в группе МС: с 7 до 17 человек (с 20,6 до 50% группы). В подгруппе ПЛА, несмотря на отсутствие исходного МС, распространенность также существенно возросла – с 3 до 7 человек (с 12 до 28%).
В группе НЛА прогрессирование было минимальным (с 4 до 5 человек; 15,4→19,2%), тогда как в контрольной группе отмечен умеренный рост (с 4 до 8 человек; 14,3→28,6%).
Выводы. *Адипоцитарная дисфункция ассоциирована с ускоренным ростом распространенности атеросклероза сонных артерий не только при манифестном МС, но и при повышенной лептиновой активности без МС, что обосновывает раннюю стратификацию сердечно-сосудистого риска по уровню лептина у мужчин молодого возраста.*

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Сердюкова А.В., Осипова О.А.
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия

Актуальность. Проблема сосудистых поражений головного мозга сохраняет высокую актуальность. В клинической практике у лиц с атеросклерозом сонных артерий часто диагностируют множественные сопутствующие заболевания, формирующие коморбидный фон. Эта закономерность отражает общие патогенетические и эпидемиологические механизмы: атеросклероз-системный процесс, который редко протекает изолированно и сочетается с другими проявлениями мультифакторного поражения сосудистой системы и метаболических нарушений.
Цель. Изучить влияние коморбидной патологии на когнитивный статус пациентов со стенозирующим атеросклерозом брахиоцефальных артерий.
Материал и методы. В исследование включены 109 человек со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий, поступивших для выполнения каротидной эндартерэктомии. В зависимости от наличия коморбидной патологии пациенты распределились следующим образом: 1-я группа – 58 (53,2%) человек с низкой коморбидностью, 2-я группа – 51 (46,8%) человек с высокой коморбидностью. Оценка когнитивных функций проводилась по шкале МоСА за 1 день до операции.
Результаты. В нашем исследовании установлено, что у пациентов 1-й группы количество коморбидных заболеваний 2,0 [2,0; 3,0], индекс коморбидности (ИК) Чарлсона составил 3,0 [2,0; 3,0] балла; 2-й группы 4,0 [4,0; 5,0] коморбидных заболеваний, ИК 5,0 [4,0; 5,0] балла. При оценке когнитивного статуса сумма баллов по шкале МоСА в 1-й группе 26,0 [25,0; 27,0], во 2-й группе 23 [22,0; 23,5]. Выявлена статистически значимая обратная корреляция между индексом коморбидности и результатами по шкале МоСА ($r=-0,743$; $p<0,001$). Наблюдаемая зависимость МоСа от ИК описывается уравнением парной линейной регрессии: Y МоСа=–1,089×Х ИК+27,948. При увеличении ИК на 1 следует ожидать уменьшение МоСа на 1,089 балла.
Выводы. *Достоверно установлено: у пациентов с тяжелой коморбидной патологией хуже когнитивный статус. Ухудшение когнитивных функций обусловлено комплексным воздействием сопутствующих заболеваний. Синергетический эффект реализуется через одновременную активацию сосудистых, воспалительных звеньев патогенеза.*

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ГЕНА HIF1A, КОДИРУЮЩЕГО ГИПОКСИЕЙ ИНДУЦИРОВАННЫЙ ФАКТОР 1-α, У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сиверина А.В., Костенко В.А., Скородумова Е.А., Пивоварова Л.П., Арискина О.Б., Малышев М.Е., Скородумова Е.Г., Рысев А.В.
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Развитие острой сердечной недостаточности (ОСН) у больных с инфарктом миокарда (ИМ) в значительной степени ухудшает ближайший и отдаленный прогноз пациентов. В основе патогенеза ОСН лежат механизмы гипоксии и системного воспаления. Особый интерес представляет изучение влияния генетического полиморфизма HIF1A (rs11549465) на степень экспрессии белка – индуцируемый гипоксией фактор-1-альфа (HIF-1α, Hypoxia inducible factor-1α). HIF-1α активируется в условиях гипоксии и запускает экспрессию генов, продукция которых позволяет адаптироваться к условиям недостатка кислорода.
Цель. Оценить распределение полиморфизма гена HIF1A Pro582Ser и уровни экспрессии белка HIF-1α у пациентов с ИМ и ОСН II-IV класса по Killip.
Материалы и методы. Обследованы 240 пациентов, которые находились на стационарном лечении в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2024–2026 гг. по поводу ИМ, у которых развивалась ОСН II-IV по Killip. Доля мужчин составила 68%, женщин – 32%. Средний возраст 73,4±2,1 года. Полиморфизм гена HIF1A (rs11549465) изучался методом анализа геномной ДНК человека. Уровень экспрессии белка HIF-1α оценивался в первые сутки госпитализации с ИМ. Полученные данные статистически обработаны.
Результаты. В исследуемой выборке статистически чаще определялся гомозиготный вариант CC гена HIF 1A – 76,3%, гетерозигота CT – 23,7%, $p < 0,05$. Гомозиготный генотип (TT) гена HIF 1A не определялся. У пациентов с генотипом CC среднее значение уровня белка HIF-1α было выше – 461±43,1 пг/мл, чем у пациентов CT – 269±38,5 пг/мл, $p < 0,05$. Клиническая картина: многососудистое поражение коронарного русла статистически чаще диагностировалось у пациентов с генотипом CC 52,5%, по сравнению с CT 19,3%, $p < 0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III–IV функционального класса (ФК) по NYHA чаще развивалась у пациентов с генотипом CC группы – 49,7%, чем CT – 19,6%, $p < 0,05$. Госпитальная летальность в I группе составила 34,4%, что в 1,6 раза превышает аналогичный показатель во II группе (21,1%).
Выводы. *1. У больных с ИМ и ОСН II–IV класса по Killip статистически чаще определялся гомозиготный генотип CC (HIF1A Pro582Ser), а уровень экспрессии белка HIF1A в первые сутки ИМ был выше. 2. Клиническое течение ИМ у больных с ОСН II–IV по Killip и генотипом CC характеризовалось большим числом таких осложнений, как многососудистое поражение коронарного русла, развитие ХСН III–IV класса по NYHA и высокая госпитальная летальность.*

ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Симонова О.В., Собко Е.А., Демко И.В.
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России; КГБУЗ ККБ г. Красноярск, Россия

Актуальность. Несмотря на появление генно–инженерных биологических препаратов (анти-IgE, анти-IL-5, анти-IL-4Rα и др.), значительная часть больных ТБА не достигает полного контроля заболевания: по данным различных регистров, от 30 до 50% пациентов сохраняют обострения и ограничения повседневной активности даже на фоне базисной терапии максимального уровня.
Цель. Определение возможности достижения параметров клинической ремиссии у больных тяжелой бронхиальной астмой на фоне применения иммунобиологической терапии в течение 12 мес.
Материал и методы. В исследование включены 159 больных с ранее установленным диагнозом тяжелая бронхиальная астма, из них 120 (75,4%) женщин и 39 (24,6%) мужчин. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от фенотипа заболевания: аллергическая (n=116 человек) и неаллергическая (n=43 человека). Для определения достижения клинической ремиссии были использованы критерии консенсуса ACAAI, AAAAI и ATS: отсутствие обострений, требующих посещения врача, и/или приема СГКС в течение 12 предшествующих месяцев; отсутствие пропусков работы в течение 12 мес. из-за симптомов, связанных с астмой; результаты АСТ >20 баллов и ACQ <0,75 балла; применение КДБА не чаще одного раза в месяц; параметр ОФВ1 >80%, применение только средних/низких доз ИГКС.
Результаты. Назначение дополнительной иммунобиологической терапии продемонстрировало высокую эффективность в снижении количества обострений заболевания. Полученные результаты не выявили значимых различий клинической эффективности ГИБТ в зависимости от фенотипа заболевания. Показатели контроля БА в обеих группах имели значимое улучшение: медиана суммарного балла АСТ составила для больных 1-й группы 24 [22; 25], для пациентов 2-й группы – 24 [22; 25] балла (p=0,711), а медиана суммарного показателя теста ACQ-5 значимо снизилась в обеих группах (p=0,445). В обеих группах наблюдалось увеличение основных показателей спирометрии: медиана ОФВ1 до пробы для 1-й группы составила 81,1 [87,2; 110,2]%, для 2-й группы 84,0 [70,5; 101,3]%, (p=0,89). Параметры клинической ремиссии согласно критериям ATS, ACAAI и AAAAI, 2023 г., удалось достигнуть 27 (23,3%) респондентам 1-й группы и 12 (27,9%) больным 2-й группы наблюдения. Стоит отметить, что больные, которые не достигли всех параметров клинической ремиссии значимо улучшили течение ТБА.
Выводы. *Назначение дополнительной терапии продемонстрировало высокую эффективность – пациенты отметили не только достижение частичного и полного контроля над симптомами БА, но и улучшение показателей функции внешнего дыхания.*

ПРЕДИАБЕТ И КОМОРБИДНОСТЬ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Синеглазова А.В.[1], Крапивина Е.В.[2], Филатов В.С.[2], Якупова Р.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. профессор, Россия
[2] ГАУЗ ГП № 21 г. Казань, Россия

Актуальность. Предиабет ассоциирован с целым рядом патологических процессов (дисметаболизм, низкоинтенсивное воспаление и др.), служащих фоном формирования полипатологии. Понимание характера коморбидности может составить основу лечебно-профилактических мероприятий.
Цель. Провести анализ коморбидности у лиц с предиабетом в среднем и пожилом возрасте.
Материал и методы. Проведено обсервационное поперечное неконтролируемое исследование лиц среднего и пожилого возраста (56 обследованных: 23 мужчины и 33 женщины, в возрасте Me=59,0 года) с нарушенной гликемией натощак. Проведен осмотр, анализ медицинской документации, лабораторные исследования (уровень глюкозы сыворотки крови, гликированного гемоглобина, общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD–EPI с последующей систематизацией результатов. Рассчитан индекс Чарлсон, определена группа согласно 10-летней выживаемости (6 групп). Анализ данных проводился в SPSS, 26 версия.
Результаты. Основная часть обследованных имела гиперХС-ЛПНП (80,3%), абдоминальное ожирение (75,0%), гиперхолестеринемию (71,4%); почти половина – конституциональное ожирение (41,0%). Треть пациентов имела умеренную или тяжелую болезнь почек (26,7%), из них: ХБП С3а – 80% пациентов, ХБП С3б – 20%. Реже установлены цереброваскулярная болезнь (19,6%) и хронические неспецифические болезни легких (12,5%). Легкие поражения печени выявлены у 7,1%, инфаркт миокарда в анамнезе – у 5,3%, злокачественные новообразования без метастазирования – у 3,5%. Язвенная болезнь и болезни периферических артерий по 1,7%. Первую группу, согласно 10-летней выживаемости, составили 10,7% пациентов. Большая доля включена во вторую группу – 26,8%. Третья, четвертая и пятая группы распределились соответственно: 16, 14, и 12,5%. Каждый пятый отнесен к шестой группе, имеющей самый низкий уровень 10-летней выживаемости (19,7%). При корреляционном анализе выявлена значимая прямая связь Индекса Чарлсон с возрастом (rs=0,788; p=0,0001), уровнем САД (rs=0,315; p=0,018) и сильная обратная – с СКФ (rs=– 0,560; p=0,0001).
Выводы. *Представленные данные реальной практики свидетельствуют о высокой частоте серьезной коморбидности при предиабете среди пациентов среднего и пожилого возраста, что должно определять тактику ведения и профилактические программы этой группы больных.*

УРОВЕНЬ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЗДОРОВЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНА С РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНЫМ КЛИМАТОМ

Скабелкина Ю.В., Гордиенко В.П.
ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Нормальное функционирование организма неразрывно связано с работой эндокринной системы, активность которой зависит от множества причин, среди которых немаловажную роль играют экзогенные факторы. Усреднение нормальных концентраций гормонов в биологических жидкостях жителей диаметрально отличающихся в климатическом плане территорий, некорректно и может привести к диагностическим ошибкам.
Цель. Определить физиологические концентрации некоторых гормонов в крови у практически здоровых мужчин Амурской области Дальневосточного федерального округа, отличающегося резко континентальным климатом и дисбалансом ряда микроэлементов в окружающей среде.
Материал и методы. Обследовано 76 условно здоровых мужчин в возрасте от 18 до 60 лет и старше, постоянно проживающих на территории Амурской области. В периферической крови определяли концентрацию (M±m) тестостерона, эстрадиола и адренокортикотропного гормона (АКТГ) посредством радиоиммунного анализа. Обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики.
Результаты. В возрастном диапазоне 18–29 лет отмечались наибольшие концентрации тестостерона – 16,2±1,02 нмоль/л и эстрадиола – 0,11±0,06 нмоль/л. По мере увеличения возраста исследуемых (40–49 лет) количество половых гормонов уменьшалось до 9,3±1,12 и 0,07±0,03 нмоль/л соответственно. В возрастной группе 50–59 лет отмечен некоторый подъем уровня тестостерона до 10,9±1,32 нмоль/л и эстрадиола до 0,08±0,05 нмоль/л. Значительное снижение концентраций наблюдалось в возрасте 60 лет и старше – 8,4±0,98 и 0,06±0,01 нмоль/л соответственно. Наибольшие значения АКТГ зафиксированы в группе 18–29 лет – 40,3±2,26 пг/мл с последующим снижением до 39,9±2,27 пг/мл в период 30–39 лет. Подъемы концентрации АКТГ выявлены в возрастном интервале 40–49 лет (40,2±2,40 пг/мл) и в 60 лет и старше (40,1±2,87 пг/мл). Таким образом, показатели АКТГ не имели четкой зависимости от возраста, а уровень тестостерона и эстрадиола плавно снижался по мере старения организма, достигая минимума в возрастной группе 60 лет и старше.
Выводы. *Определенные особенности концентрации представленных гормонов у мужского населения Амурской области могут быть следствием напряжения адаптационных механизмов в ответ на климатографические условия региона, что, возможно, требует создания местных нормативов лабораторных показателей.*

ДВУХФАКТОРНАЯ ШКАЛА СТРАТИФИКАЦИИ ПОСТГОСПИТАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОДСН

Скиба И.К., Ларина В.Н.
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Актуальность. Декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) сопровождается высокой частотой повторных госпитализаций и смерти в течение года после выписки. Существующие прогностические шкалы недостаточно учитывают структурно-функциональное состояние миокарда и волемический статус, поэтому поиск доступных постгоспитальных предикторов, в частности индекса глобальной функции левого желудочка (ИГФЛЖ) и параметров биоимпедансометрии, остается актуальной задачей.
Цель. Оценить прогностическую значимость ИГФЛЖ и отношения внеклеточной жидкости к общему количеству жидкости (ВКЖ/ОКЖ) и разработать шкалу стратификации риска неблагоприятных исходов у пациентов с декомпенсацией ХСН.
Материал и методы. В открытое проспективное исследование включены 100 пациентов (51% мужчин, средний возраст 73,8±7,5 года), госпитализированных по экстренным показаниям в связи с декомпенсацией ХСН III–IV функционального класса (ФК) по NYHA. Перед выпиской всем пациентам по данным эхокардиографии рассчитан ИГФЛЖ, выполнена биоимпедансометрия с определением ВКЖ/ОКЖ. Период наблюдения составил 12 мес., первичная конечная точка – повторная госпитализация и/или смерть.
Результаты. Комбинированной конечной точки достигли 40% пациентов. Среднее значение ИГФЛЖ у пациентов с неблагоприятным исходом составило 11,4±3,3 против 15,3±4,6% без события ($p < 0,001$); ВКЖ/ОКЖ – 0,42±0,3 против 0,39±0,1 ($p < 0,001$). По данным ROC-анализа AUC для ИГФЛЖ составила 0,768 (95% ДИ 0,671–0,865; $p < 0,001$) при отрезном значении 12,6% (чувствительность 71,7%, специфичность 75%); для ВКЖ/ОКЖ – 0,762 (95% ДИ 0,651–0,874; $p < 0,001$) при отрезном значении 0,40. В многофакторной модели Кокса ИГФЛЖ <12,6% (ОР 2,51; 95% ДИ 1,18–4,66; $p=0,013$) и ВКЖ/ОКЖ ≥0,40 (ОР 3,19; 95% ДИ 1,39–7,34; $p=0,007$) являлись независимыми предикторами неблагоприятного исхода. На основании этих пороговых значений разработана двухфакторная шкала: при отсутствии обоих факторов (0 баллов) частота событий составила 7,7%, при наличии одного (1 балл) – 45,2%, при двух (2 балла) – 76,2% ($p < 0,001$).
Выводы. *Совместная оценка ИГФЛЖ и ВКЖ/ОКЖ позволяет эффективно стратифицировать постгоспитальный риск у пациентов с декомпенсацией ХСН. Двухфакторная шкала – простой, доступный и воспроизводимый инструмент выделения группы высокого риска перед выпиской из стационара.*

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2–ГО ТИПА

Скиба Т.А., Ярцева С.В., Победенная Г.П.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Астма-контроль при коморбидности бронхиальной астмы (БА) и сахарного диабета (СД) трудно достижим, для чего необходимо изучить патогенетические механизмы коморбидности.
Цель. Изучить показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) в крови пациентов с обострением БА, коморбидной с СД 2-го типа, при базисном лечении.
Материал и методы. Наблюдали 165 пациентов с обострением среднетяжелой БА в возрасте (38,6±2,4) лет, в том числе мужчин – 67 (40,6%), женщин – 98 (59,4%). Среди обследованных больных с БА было 84 – I группа, лиц с БА в ассоциации с СД 2-го типа –81 (II группа). Диагнозы БА, СД 2-го типа и объем лечения устанавливали согласно клиническим рекомендациям. У всех пациентов, наряду с клиническими и биохимическими лабораторными исследованиями, в сыворотке крови определяли уровни малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгат (ДК), каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Контрольную группу составили 36 практически здоровых доноров того же пола и возраста.
Результаты. У больных с обострением БА без СД отмечено повышение показателей МДА и ДК, соответственно, в 1,7 и 1,6 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контрольными при недостаточном повышении активности каталазы и СОД соответственно на 60 и 30% от контрольных, что характеризует оксидативный стресс. При купировании обострения БА базисными препаратами показатели ПОЛ снизились до верхней границы контрольных значений, а уровни каталазы и СОД остались повышенными в тех же пределах. У больных II группы исходный уровень МДА был выше, в среднем, в 2,6 раза, а ДК – в 2,0 раза от референтной нормы ($p < 0,05$) и соответственно по сравнению с показателями I группы – в 1,5 и 1,2 раза ($p < 0,05$). Активность ферментов АОС тоже характеризовалась увеличением, но не так существенно: каталазы на 30,0% и СОД на 5,0 % соответственно. После лечения базисными средствами концентрация МДА у больных II группы снизилась, но осталась выше контрольной в 1,8 раза, а показатель ДК – выше в 1,6 раза ($p < 0,05$). Активность ферментов АОС изменилась несущественно.
Выводы. *Таким образом, оксидативный стресс при обострении БА без коморбидности при лечении лимитируется АОС. У больных БА, коморбидной с СД 2-го типа, оксидативный стресс более высокой активности не устранился ферментами АОС при базисном лечении.*

ФАКТОРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, КОМОРБИДНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2–ГО ТИПА

Скиба Т.А.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт Луки Минздрава России, г. Луганск, Россия

Актуальность. Коморбидность бронхиальной астмы (БА) и сахарного диабета (СД) способствует раннему развитию фиброза в бронхах и легких.
Цель. Изучить содержание металлопротеиназы (ММП)-9 и моноцитарного хемотаксического протеина (МСР)-1 как факторов бронхиальной деструкции при обострении БА, коморбидной с СД 2-го типа.
Материал и методы. Наблюдали 165 пациентов с обострением БА средней тяжести в возрасте (38,6±2,4) лет, в том числе мужчин – 67 (40,6%), женщин – 98 (59,4%). Среди обследованных лиц с БА и СД 2-го типа было 81 (I группа), с БА – 84 (II группа). Диагнозы, БА, СД 2-го типа и объем лечения устанавливали согласно клиническим рекомендациям. В сыворотке крови и конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) больных определяли концентрации ММП-9 и МСР-1. В контрольную группу вошли 36 доноров такого же пола и возраста.
Результаты. У пациентов I группы концентрация ММР-9 в сыворотке превысила контрольную в 21,7 раз ($p < 0,001$) и аналогичную во II группе в 5,6 раз ($p < 0,05$). Величина ММР-9 у пациентов II группы была выше контрольной в 3,9 раза ($p < 0,05$). В КВВ уровень ММР-9 в I группе превысил контрольный в 32,7 раза ($p < 0,001$), таковой сыворотки крови – в 1,3 раза ($p < 0,05$) и II группы в 5,2 раза ($p < 0,05$). Концентрация МСР-1 в сыворотке крови больных I группы была выше контрольной в 15,3 раз ($p < 0,001$) и выше, чем во II группе, в 12,9 раза ($p < 0,001$). Во II группе уровень МСР-1 превысил контрольный, в 1,2 раза ($p < 0,05$). В КВВ в I группе концентрация МСР-1 в 41,4 раза ($p < 0,001$) превышала контрольную и в 4,4 раза ($p < 0,001$) – таковую во II группе. Корреляционные связи между обоими изученными показателями, между каждым и уровнем объема форсированного выдоха за первую секунду (FEV1), гликированного гемоглобина (НвА1с) свидетельствовали об их тесной связи при реализации обострения БА, коморбидной с СД 2-го типа, и о негативном влиянии СД 2-го типа на показатель бронхиальной проходимости.
Выводы. *У больных с обострением БА и БА, коморбидной с СД 2-го типа, наблюдаются высокие концентрации ММП-9 и МСР-1 в сыворотке крови и КВВ, самые высокие при БА, сочетанной с СД 2-го типа, и в КВВ выше, чем в сыворотке крови у этих пациентов в 1,2 раза ($p < 0,05$), подтверждая высокий уровень воспаления в бронхах.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Скирда А.Д.[1], Кокорин В.А.[2], Мелешкевич Т.А.[3], Богомолов П.О.[4]
[1] Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия
[2] Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева ДЗМ», г. Москва, Россия
[3] ООО «Центр таргетной терапии», г. Москва, Россия

Актуальность. Ожирение и неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) являются значимым фактором риска артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) превосходит офисное измерение в оценке прогноза. Увеличение массы тела может сопровождаться изменением средних значений артериального давления, суточного профиля, гемодинамической нагрузки и частоты пульса. Понимание этих взаимосвязей позволяет уточнить особенности гемодинамических нарушений.
Цель. Оценить взаимосвязь показателей суточного мониторирования артериального давления с индексом массы тела у пациентов с ожирением и НАЖБП.
Материал и методы. Обследован 41 пациент (12 мужчин, 29 женщин, средний возраст 55,4±11,96 года) с НАЖБП и ожирением (ИМТ 37,17±5,09 кг/м²). Критерии невключения: иные болезни печени, декомпенсированный цирроз, нестабильная сердечно-сосудистая и онкологическая патология. Выполнены антропометрия и СМАД. Оценку взаимосвязи ИМТ с параметрами СМАД проводили с помощью ранговой корреляции Спирмена (ρ). Для контроля ошибки множественных сравнений применяли коррекцию FDR (значимыми считали pFDR <0,05). Для наиболее выраженных ассоциаций дополнительно выполнен линейный регрессионный анализ с расчетом коэффициента детерминации (R^2) и 95% доверительного интервала (ДИ).
Результаты. По данным корреляционного анализа, после коррекции на множественные сравнения выявлены значимые положительные ассоциации ИМТ с максимальным диастолическим АД (ДАД) за 24 ч (ρ=0,541; pFDR=0,029), максимальным ДАД днем (ρ=0,523; pFDR=0,029), средним ДАД за 24 ч (ρ=0,483; pFDR=0,037) и средним ДАД днем (ρ=0,475; pFDR=0,037). Увеличение ИМТ также ассоциировалось с повышением индекса двойного произведения (ИДП): среднего за сутки (ρ=0,440), дневного (ρ=0,452), ночного (ρ=0,483) и максимального ночного (ρ=0,468) (все pFDR=0,046). Установлены связи ИМТ со средним гемодинамическим АД (ρ=0,432; pFDR=0,046) и средней частотой пульса днем (ρ=0,481; pFDR=0,037). Наиболее сильная корреляция отмечена между ИМТ и максимальным ДАД за сутки (ρ=0,541; p=0,0007). При линейном регрессионном анализе увеличение ИМТ на 1 кг/м² ассоциировалось с ростом максимального ДАД за сутки в среднем на 1,72 мм рт. ст. (95% ДИ 0,90–2,54; R^2=0,35) и максимального дневного ДАД на 1,75 мм рт. ст. (95% ДИ 0,92–2,59; R^2=0,35). Значимых ассоциаций ИМТ с показателями САД после FDR–коррекции не выявлено.
Выводы. *Увеличение ИМТ ассоциировано с ростом ДАД и гемодинамической нагрузки, особенно максимальных дневных значений. Это обосновывает необходимость учета ИМТ для оптимизации терапии и контроля суточных профилей АД.*

ТИПИЧНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХНИЗ У ЖИТЕЛЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Склярова В.И., Львова Е.Р.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Питание является одним из важнейших факторов жизни, обеспечивающих не только реализацию адаптационного потенциала каждого человека, но также и способствующий снижению риска развития алиментарно–зависимых заболеваний, включающих атеросклероз, артериальная гипертония, гиперлипопротеинемия, ожирение, сахарный диабет 2-го типа, подагра, остеопороз, а также желчекаменная болезнь и железодефицитная анемия. Крайне важно сейчас начинать профилактику хронических неинфекционных заболеваний среди молодежи.
Цель. Изучение фактического питания и выявление достоверных алиментарных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у врачей-ординаторов различных специальностей Ростовского государственного медицинского университета.
Материал и методы. В исследование включены 115 практически здоровых врачей-ординаторов РостГМУ 1-го года обучения различных специальностей (75 женщин и 40 мужчин), проходящих обучение на кафедре здорового образа жизни и диетологии по программе «Формирование здорового образа жизни и профилактика хронических неинфекционных заболеваний» в период с сентября 2024 по май 2025 г. Группы сопоставимы по возрасту (средний возраст –24,5±1,5 года) и коэффициенту физической активности (1,4). Структуру макронутриентного состава рационов определяли с использованием компьютерной программы «Научный Инструмент Анализа Питания» (НИАП), разработанной ФГБУН «ФИЦ питания и и биотехнологии» и ООО «Нутриент Планнер».
Результаты. Антропометрические данные без особенностей (средний ИМТ для мужчин – 24,7 кг/м^2, для женщин – 22,2 кг/м^2 при норме 18,5–24,9 кг/м^2). В анализируемой выборке групп: энергетическая ценность рациона мужчин 1890,30 ккал/сут. (норма 2400 ккал/сут.), женщин – 1699,00 ккал/сут. (1900 ккал/сут.). Общий белок у мужчин 104,70 г/сут. (норма – 84 г/сут.), у женщин – 83,10 г/сут. (67 г/сут.). Общий жир у мужчин составили 91,85 г/сут. (норма – 80 г/сут.), женщин – 71,00 г/сут. (63 г/сут.). Общие углеводы у мужчин – 195,25 г/сут. (норма – 336 г/сут.), у женщин – 148,90 г/сутк.(266 г/сут.). Холестерин у мужчин – 397,10 мг/сут., у женщин – 291,40 мг/сут. при норме не более 300 мг/сут. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты у мужчин – 0,60 г/сут. (норма –3–5 г/сут.), у женщин – 0,40 г/сут. (2–4 г/сут.). Омега-6 полиненасыщенные жирные кислоты у мужчин – 6,40 г/сут. (норма 13–21 г/сут.), у женщин – 4,00 г/сут. (11–17 г/сут.). Насыщенные жирные кислоты мужчины у мужчин – 30,65 г/сут. (норма – 27 г/сут.), у женщин – 23,10 г/сут. (21 г/сут.). Клетчатка у мужчин – 17,40 г/сут. [12,78; 24,72], у женщин – 14,80 г/сут. при норме 20–25 г/сут.
Выводы. *В рационах врачей-ординаторов обеих групп имеет место снижение общей калорийности за счет дефицита потребления общих углеводов, пищевых волокон, полиненасыщенных жирных кислот класса омега-3 и омега-6; также имеет место избыточное потребление общего белка, общего жира, насыщенных жирных кислот.*

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА – АГРЕССИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО КУШИНГА

Славкина Я.С., Жаркова Д.А.
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск, Россия

Введение. Болезнь Иценко–Кушинга (БИК) – патология, маскирующаяся под распространенные метаболические нарушения. Гормональные изменения при БИК аналогичны АКТГ-эктопированному синдрому, что требует диагностики. Ключевой тест – большая дексаметазоновая проба (БДП), но в 15–30% случаев остается отрицательной. «Золотой стандарт» диагностики–селективный забор крови из нижних каменистых синусов (СЗНКС).
Описание случая. Пациент, 23 года, поступил в отделение эндокринологии в ноябре 2024 г. с жалобами на одутловатость лица, акне, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., прибавку массы тела на 2 кг за 2–3 мес. на фоне диеты, перераспределение жировой клетчатки на живот, яркие стрии в подмышечных областях и на бедрах, мышечную слабость, сонливость, перепады настроения. Симптомы появились в апреле 2024 г., быстро прогрессировали. Амбулаторно выявлены дислипидемия, гипокалиемия, кортизол крови 1104 нмоль/л (101–535), малая дексаметазоновая проба отрицательная (кортизол 569 нмоль/л при норме <50), АКТГ 78,1 пг/мл (<46), суточный кортизол мочи >6600 нмоль/л, МРТ гипофиза – микроаденома 0,4×0,4 см. При госпитализации: ИМТ 25 кг/м², АД 151/83, акне, стрии. Лабораторно: гиперлипидемия, НТГ, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипокалиемия. АКТГ 109,9 пг/мл (<60), суточный кортизол – 1016 мкг/сут (<176), малая дексаметазоновая проба – 1440 нмоль/л (отр.), большая дексаметазоновая проба–исходно 1656 нмоль/л, после 1350,47 нмоль/л (отр.), проба Лиддла – исходно 1016 мкг/сут., после 1435 мкг/сут. (отр.) – данные за АКТГ-эктопированный синдром. Поиск АКТГ-эктопии (КТ грудной клетки, брюшной полости, ЭФГДС, колоноскопия, бронхоскопия) – очагов нет, МРТ-аденома слева 0,3×0,4 см. Пациент направлен в НМИЦ эндокринологии, где выполнен селективный забор крови из нижних каменистых синусов. Центральный/периферический градиент АКТГ во всех точках был выше пороговых (≥2 базально, ≥3 после стимуляции), максимальный градиент в левом синусе – 13,16, что подтвердило БИК. Проведена трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия. Окончательный диагноз: Болезнь Иценко–Кушинга тяжелого течения, эндоселлярная аденома гипофиза.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай демонстрирует отсутствие 100%-ной специфичности практически всех тестов при БИК, а также необходимость комплексной диагностики, особенно при агрессивном течении, напоминающем клиническую картину АКТГ-эктопированного синдрома. Отрицательная БДП не должна служить критерием отказа от диагноза БИК.*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Слюсарь А.А.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время растет потребность в доступных критериях для оценки рисков осложнений COVID-19, так как КТ не всегда отражает реальную динамику заболевания. Гематологические показатели служат индикаторами воспаления, нарушений гемостаза и иммунного дисбаланса, отражая основы патогенеза SARS-CoV-2. Выраженность гипервоспаления и коагулопатии часто не отражают степень поражения легких на КТ, поэтому поиск ранних предикторов неблагоприятного исхода важен у пациентов с минимальными изменениями.
Цель. Проанализировать динамику лабораторных параметров во взаимосвязи со степенью тяжести COVID-19 по данным мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки.
Материал и методы. В проспективное исследование включены 117 пациентов, которые были разделены на три группы по результатам МСКТ ОГК: 1-я группа – КТ-0 (отсутствие изменений), 2-я – КТ-1 (поражение <25%), 3-я – КТ-2 (25–50%). В день выполнения томографии у всех обследуемых определяли показатели общего анализа крови, концентрацию С-реактивного белка (СРБ) и уровень Д-димера. Дополнительно регистрировали частоту летальных исходов и тяжелых осложнений в каждой когорте.
Результаты. При сопоставлении гематологических данных выявлены статистически достоверные межгрупповые различия по содержанию моноцитов и лимфоцитов. Повышенное абсолютное количество моноцитов преобладало у пациентов с КТ-0 и КТ-1, что, вероятно, отражает активность врожденного звена иммунитета в ответ на вирусную агрессию.
При этом чрезмерная моноцитарная реакция при COVID-19 ассоциируется с цитопатическим действием на эндотелий и усугублением воспалительного повреждения. В то же время снижение числа лимфоцитов было наиболее характерно для группы КТ-1, свидетельствуя об угнетении адаптивного иммунитета. Подобный дисбаланс – сочетание гиперреактивности врожденных механизмов и относительной супрессии приобретенных – наблюдался уже при минимальной КТ-позитивности, что может указывать на более серьезный прогноз, несмотря на маловыраженные лучевые находки. Интересно, что наибольшая доля неблагоприятных исходов зафиксирована именно в подгруппе с КТ-1, а не в группах с более обширным поражением (КТ-0 и КТ-2). При этом уровень СРБ в подавляющем большинстве случаев в первых двух группах не превышал 20 мг/л, тогда как значимое увеличение Д-димера достоверно чаще встречалось при КТ-2.
Выводы. *Полученные данные подтверждают необходимость многокомпонентной оценки состояния больных COVID-19, включающей не только инструментальные методы визуализации, но и детальный анализ гематологических параметров.*

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНОВ А, Д, Е НА УРОВЕНЬ АНДРОГЕНОВ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Смирнов В.В., Шаповалова А.Б., Василенко В.С., Мочалов П.А.
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В работе исследуется роль витаминов А, D и Е в регулировании уровня андрогенов у женщин с СПЯ. Дефицит витамина А может вызывать овуляторные нарушения и снижение фертильности. Витамин А активирует гены CYP19A1 (ароматазы) и CYP17A1 (17α-гидроксилазы), конвертирующих андрогены в эстрогены. Витамин D стимулирует выработку ЛГ и ФСГ, и также активирует CYP19A1. Дефицит витамина Е снижает антиоксидантную защиту, усиливая оксидативный стресс и повреждение яичников, что влияет на синтез андрогенов.
Цель. Оценить роль дефицита витаминов А, Д, Е в коррекции проявлений андрогении у женщин раннего репродуктивного возраста.
Материал и методы. Обследованы 48 женщин с СПЯ в возрасте 18–35 лет, получавших терапию комбинацией этинилэстрадиола и дроспиренона не менее 6 мес. 1-ю группу (n=25) составили пациентки с уровнем гирсутизма <8 баллов по шкале Ферримана–Галвея возраст 28,1±5,4 года. 2-ю группу (n=23), (26,7±4,8 года) пациентки с уровнем >8 баллов. Оценивались уровни А4, ДГТ, тестостерона, витаминов А, D, Е. В исследование не включали пациенток с надпочечниковой андрогенией, гиперпролактинемией, сахарным диабетом.
Результаты. Средний уровень гирсутизма в 1-й группе составил 4,4±2,6 балла во 2-й 1,5±3,8 ($p < 0,05$). Уровни общего тестостерона – 1,2±0,27 нмоль/л и ДГТ – 196,7±26,4 пг/мл в 1-й группе были значительно ниже, чем во 2-й – 2,38±0,36 нмоль/л и 457,2±34,9 пг/мл ($p < 0,05$). Различий в уровнях (А4) между группами не выявлено. Уровни витамина D в 1-й группе – 37,8±7,6 нг/мл соответствовали адекватным значениям, а во 2-й группе – 24,3±9,8 нг/мл – критериям недостаточности витамина D. Уровень витамина Е был значительно выше у пациенток в 1-й группе –11,6±3,1 мкг/мл по сравнению с пациентками 2 – 7,2 ± 2,2 мкг/мл ($p < 0,01$). Уровни витамина А составили – 0,45±0,1 мкг/мл у пациенток 1-й группы и 0,57±0,2 мкг/мл у пациенток 2-й группы ($p < 0,05$).
Выводы. *1. Дефицит витаминов А, D и Е усугубляет репродуктивные нарушения пациенток с СПЯ. 2. В диагностический алгоритм необходимо включить определение уровня витаминов А, D и Е. Профилактические дозы этих витаминов позволят достичь лучшей компенсации и снизить потребность в антиандрогенной терапии.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, И ИХ СВЯЗЬ СО СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Смирнова Ю.И.[1], Кириллова Э.Р.[2], Джиоева О.Н.[1]
[1] ФГБУ НМИЦ ТПМ, г. Москва, Россия
[2] ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин смертности среди взрослого населения. При этом известно, что снижение объема форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) на 10% приводит к росту показателя сердечно-сосудистой смертности на 28%, что обусловливает необходимость изучения вероятных причин и механизмов данной взаимосвязи.
Цель. Оценить распространенность нарушений внутрисердечной гемодинамики у пациентов, госпитализированных с ХОБЛ, а также оценить связь данных изменений со степенью тяжести бронхиальной обструкции (по классификации GOLD 2023 г.).
Материал и методы. Проведен анализ регистра больных ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение. В исследование включены 123 пациента, которым была выполнена спирометрия и оценка фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м^2), индекса объема левого предсердия (ИОЛП, мл/м^2), систолического давления легочной артерии (СДЛА, мм рт. ст.), максимальной скорости трикуспидальной регургитации (VTP, м/с) посредством эхокардиографии. Оценена связь данных параметров с тяжестью бронхиальной обструкции. Статистическая обработка выполнена в программе MedStat.Pro v1.1.5. Для сравнения средних значений между группами использованы U-критерий Манна–Уитни, критерий Краскела–Уоллиса.
Результаты. Снижение ФВ ЛЖ менее 40% выявлено у 10 пациентов (8,1%), среднее значение ФВ ЛЖ составило 57,66±9,70%. Гипертрофия левого желудочка (ИММЛЖ ≥115 г/м^2 у мужчин и ≥95 г/м^2 у женщин) выявлена у 53,7% (n=66). Однако, стоит отметить, что значения ИММЛЖ были статистически значимо выше у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, ожирением. Оценка ИОЛП проведена 107 пациентам, из которых дилатация левого предсердия (ИОЛП ≥34 мл/м^2) выявлена у 53,3% (n=57). Признаки легочной гипертензии (СДЛА выше 35 мм рт. ст. и/или VTP выше 2,8 м/с) выявлены у 49 пациентов (52,1% от обследованных 94 пациентов) со средним значением СДЛА 36,96±12,64 мм рт. ст., VTP 2,78±0,50 м/с.
При сравнении значений ФВ ЛЖ, ИММЛЖ, ИОЛП, СДЛА, VTP у пациентов с различной степенью бронхиальной обструкции статистически значимых различий не выявлено (p>0,05). Выявлена слабая положительная статистически значимая корреляция между ОФВ1 (процент от должн.) и ИОЛП (r=0,230; p <0,05).
Выводы. *Среди пациентов, госпитализированных с ХОБЛ, отмечается высокая распространенность нарушений различных параметров внутрисердечной гемодинамики. При этом значимой связи изученных показателей со степенью тяжести бронхиальной обструкции и ОФВ1 в исследуемой группе выявлено не было.*

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Смирнова М.С., Карпухина А.И.
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Ведение пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ) является сложной задачей. Несмотря на существенный прогресс необходимы дальнейшие исследования патогенеза ИЗЛ, подходов к диагностике и терапии. В ряде случаев течение ИЗЛ сопровождается прогрессирующим легочным фиброзом (ПЛФ), который характеризуется быстрым развитием дыхательной недостаточности (ДН) и летального исхода.
Описание случая. Пациент К., 60 лет, доставлен с одышкой в покое, кашлем с мокротой с примесью крови. Одышка в течение года, ухудшение месяц. Персистирующая фибрилляция предсердий год. Объективно: Положение ортопноэ. Акроцианоз. «Барабанные палочки». SpO_2 79– 80% на воздухе, при инсуффляции O_2 94%. Дыхание ослабленное, инспираторная крепитация над средними и нижними отделами легких. ЧД 28 в мин. Тоны сердца аритмичны, приглушены. ЧСС 100 уд./мин. АД 120/80. МСКТ легких с контрастом: Грубые множественные ретикулярные и интерстициальные изменения во всех, преимущественно средних долях, зоны матового стекла и консолидации, «сотовое легкое». Кардиомегалия. Двухсторонний малый гидроторакс. Данных за тромбоэмболию легочной артерии нет. Осмотр пульмонолога. У пациента с ПЛФ в фазе обострения проводится дифференциальный диагноз между гиперсенситивным пневмонитом и ИЗЛ с аутоиммунным механизмом. ДН 3. В плане консультация ревматолога, исследование ANA, ANCA, МСКТ придаточных пазух носа. С учетом воспалительного паттерна при МСКТ назначен преднизолон 40 мг со снижением на ¼ табл. в неделю до 30 мг, длительная кислородотерапия, в дальнейшем оценка показаний к антифибротикам. Данных за аутоиммунные заболевания не получено. На фоне вирусной инфекции и падения SpO_2 до 70% на воздухе в отделении реанимации начата высокопоточная кислородотерапия со скоростью 30 л/мин., антибиотики. Наступила смерть при явлениях ДН и отека легких. При аутопсии тотальное уплотнение левого легкого, на разрезе серо-красное с белесыми тонкими фиброзными прослойками, стенки бронхов уплотнены, утолщены. Большая часть альвеол правого легкого заполнена гомогенной розовой жидкостью. Картина интерстициального хронического воспаления, фиброза с формированием сот. Сердце размерами 11 126,5 см массой 370 г. Сердечная мышца дряблая.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Дифференциальная диагностика ИЗЛ требует мультидисциплинарного подхода. Представленный случай, приведший к летальному исходу, демонстрирует сложность своевременного выявления ПЛФ, что необходимо для оптимизации лечения, замедления прогрессирования и снижения риска смерти.*

ПЯТЬ ГРУПП ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В РФ: АНАЛИЗ 153 ПУБЛИКАЦИЙ 2011–2026 ГГ.

Смолкина Ю.А., Сененко А.Ш.
НМИЦ ТПМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Распространенность гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (СГХС) в РФ оценивается как 1:250–1:300, что выше классических европейских оценок (1:500), при этом в мире диагностировано менее 10% случаев.
Цель. Систематизировать данные научных публикаций (2011–2026) об организации медицинской помощи пациентам с наследственными дислипидемиями (семейная гиперхолестеринемия, повышенный уровень липопротеина(а)) в Российской Федерации.
Материал и методы. Систематический обзор выполнен в соответствии со стандартом PRISMA 2020. Поиск проведен в базе данных eLibrary за период 2011–2026 гг.; язык публикаций – русский и английский. Включались когортные, регистровые, поперечные, качественные и клинико-экономические исследования, а также консенсусные документы и клинические рекомендации при наличии организационной компоненты. Методологическое качество оценивалось инструментами, соответствующими дизайну (RoB 2, ROBINS–I, QUADAS–2, JBI, AMSTAR–2, AGREE II, CHEERS 2022, COREQ). Из 2030 первично идентифицированных записей для полнотекстового анализа отобрано 215 публикаций; итоговая выборка составила 153 публикации.
Результаты. Организационные подходы, применяемые в РФ, классифицированы в 5 групп: 1) стратегии выявления пациентов (каскадный, универсальный, таргетный, оппортунистический скрининг и поиск по электронным медицинским картам); 2) модели ведения и наблюдения (специализированные липидные центры – 25 публикаций; регистры – 26 публикаций, включая РЕНЕССАНС, РоСГХС и региональные); 3) диагностические алгоритмы; 4) механизмы доступа к терапии; 5) комплексные интегрированные программы. Каскадный скрининг – наиболее часто описываемый метод выявления (18 публикаций), результативность – до 49,4% новых диагнозов среди обследованных родственников. Спектр патогенных вариантов воспроизводим между регионами (LDLR ≈90%, APOB 4–11%, варианты PCSK9 редки). Ни в одной публикации не описана формализованная мультидисциплинарная команда как организационная единица; формальный клинико-экономический анализ содержали лишь 2 из 153 публикаций (обе 2025 г.), расчеты ICER/QALY отсутствуют.
Выводы. *Организация медицинской помощи при наследственных дислипидемиях в РФ реализуется преимущественно на региональном уровне. Молекулярно-генетическая диагностика и каскадный скрининг представляют собой зрелые, воспроизводимые элементы системы, тогда как фармакоэкономическая доказательная база крайне ограничена.*

МИКРОАДЕНОМА ГИПОФИЗА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ

Спицина С.С.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», г. Волгоград, Россия

Введение. Артериальная гипертензия, развившаяся в молодом возрасте, требует исключения вторичных причин, в том числе эндокринных заболеваний, среди которых встречается гиперкортицизм, обусловленный АКТГ-секретирующей аденомой гипофиза (болезнь Иценко–Кушинга). Повышенный синтез кортизола влияет на кардиоваскулярную систему, приводя к тяжелой гипертензии.
Описание случая. Пациент А., 23 года, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на интенсивную головную боль, преимущественно в затылочной области, головокружение, сердцебиение, тошноту, мелькание «мушек перед глазами».
Из анамнеза установлено, что пациента долгое время беспокоят рецидивирующие головные боли, сердцебиение и повышение артериального давления (175/90 мм рт. ст.).
При поступлении: сознание ясное, ИМТ 28,4 кг/м^2, артериальное давление 190/110 мм рт. ст., ЧСС 108 в минуту, тоны сердца ритмичные, звучные, акцент II тона над аортой, очагового неврологического дефицита не выявлено.
Учитывая молодой возраст, наличие образования гипофиза, начат поиск вторичных причин гипертензии. Общий анализ крови без изменений. Данных за наличие заболеваний и нарушение функций почек не выявлено. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга была выявлена микроаденома гипофиза диаметром до 5 мм. Электролиты в референсных пределах, глюкоза – 6,1 ммоль/л, АКТГ повышен. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 105 в минуту. ЭхоКГ, УЗИ почек: без структурной патологии. Офтальмологический осмотр – норма. Составлен план дообследования: утренний кортизол, свободный кортизол в суточной моче, малая дексаметазоновая проба, ТТГ, свободный Т4, пролактин, СТГ, пероральный глюкозотолерантный тест, КТ ОГК и УЗИ органов брюшной полости для исключения альтернативного источника АКТГ, СМАД. Поставлен диагноз «Микроаденома гипофиза. АКТГ–зависимый гиперкортицизм? Болезнь Иценко–Кушинга? Вторичная артериальная гипертензия 2-й степени. Гипертонический криз. Цефалгический синдром».
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Таким образом, при тяжелой артериальной гипертензии у молодых пациентов должен исключаться вторичный генез, а выявление микроаденомы гипофиза требует оценки ее гормональной активности.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВАЗОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РИГИДНОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Стаценко М.Е.[1], Фабрицкая С.В.[1], Деревянченко М.В.[1], Макаров Л.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия
[2] Beijing Information Technology College, г. Пекин, Китай

Актуальность. Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ожирения усугубляет поражение органов-мишеней, что делает актуальным поиск маркеров для ранней диагностики реноваскулярных нарушений и оценки артериальной ригидности.
Цель. Оценить взаимосвязь уровня вазоэндотелиального фактора роста (VEGF–A) с параметрами почечной дисфункции и ригидности магистральных артерий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ожирением.
Материал и методы. В исследование включены 235 пациентов с предстадией ХСН и стадией 1 ХСН, I–III функционального класса ишемического генеза в возрасте 40–65 лет. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты разделены на 2 группы:
1-я – пациенты с ХСН и нормальной массой тела (n=115), 2-я – с ХСН и ожирением 1–2 степени (n=120). Методом биоимпедансометрии определяли % висцерального жира (процент ВЖ), рассчитывали индекс висцерального ожирения (VAI). Оценку функции почек проводили по СКФ (CKD–EPI), альбуминурии (АУ) и β2-микроглобулину сыворотки. Определяли концентрацию VEGF–A в моче. Жесткость сосудов оценивали по скорости распространения пульсовой волны эластического (СРПВэ) и мышечного (СРПВм) типа.
Результаты. У больных 2-й группы выявлен достоверно более высокий уровень VEGF–A в моче по сравнению с 1-й: 295 [220; 375] против 120 [85; 160] пг/мл ($p < 0{,}001$). Повышенная экскреция VEGF–A во 2-й группе ассоциировалась с выраженным снижением СКФ (63,4 [54,2; 73,9] против 88,9 [80,1; 96,8] мл/мин./1,73 м²; $p < 0{,}001$), ростом β2-микроглобулина (3,5 [2,7; 4,3] против 1,5 [1,1; 1,9] мг/л; $p < 0{,}001$) и АУ ($p < 0{,}01$). Отмечались нарушения свойств артерий эластического типа: СРПВэ составила 11,8 [10,2; 13,4] против 9,1 [8,2; 10,3] м/с ($p < 0{,}001$), соотношение СРПВэ/СРПВм – 1,24 [1,08; 1,41] против 0,94 [0,82; 1,06] ($p < 0{,}001$). Доля лиц с СРПВ >10 м/с во 2-й группе была выше: 68,3 против 28,7% ($p < 0{,}001$). СРПВм между группами не различалась ($p > 0{,}05$). В 2-й группе выявлены сильные связи уровня VEGF–A с параметрами висцерального ожирения (процент ВЖ: $r = 0{,}68$; VAI: $r = 0{,}64$; $p < 0{,}001$), почечной дисфункции (АУ: $r = 0{,}58$; β2–микроглобулин: $r = 0{,}52$; СКФ: $r = –0{,}61$; $p < 0{,}01$) и артериальной ригидности (СРПВэ: $r = 0{,}66$; СРПВэ/СРПВм: $r = 0{,}59$; $p < 0{,}001$).
Выводы. *У пациентов с ХСН и ожирением рост мочевой экскреции VEGF–A тесно ассоциирован с висцеральным ожирением, прогрессированием почечной дисфункции и артериальной ригидности. VEGF–A можно рассматривать в качестве патогенетического маркера реноваскулярного повреждения у данной категории больных.*

ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТО-РЕНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Стаценко М.Е.[1], Фабрицкая С.В.[1], Деревянченко М.В.[1], Шилина Н.Н.[1], Макаров Л.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия
[2] Beijing Information Technology College, г. Пекин, Китай

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность и ожирение часто сочетаются и взаимно отягощают течение, способствуя формированию сочетанной гепато-ренально-метаболической дисфункции, которая ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Однако особенности гепато-рено-метаболического синдрома у таких пациентов, включая вклад висцерального ожирения, адипокинов и инсулинорезистентности, остаются недостаточно изученными.
Цель. Оценить особенности гепато–рено–метаболического синдрома у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ожирением.
Материал и методы. В исследование включено 178 пациентов с предстадией ХСН и стадией 1 ХСН, I–III ФК ишемического генеза (40–70 лет). В зависимости от ИМТ пациенты разделены на 2 группы: 1-я – с ХСН без ожирения (ИМТ <30 кг/м², n=78), 2-я – с ХСН и ожирением (ИМТ >30 кг/м², n=100). Оценивали уровень активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ), общего билирубина, альбумина сыворотки крови, адипокинов (лептин, адипонектин), маркеры инсулинорезистентности (индекс HOMA–IR, метаболический индекс МИ). Рассчитывался индекс висцерального ожирения (VAI). Функциональное состояние почек оценивали по расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ по формуле CKD–EPI), соотношению альбумин/креатинин в моче (АУ/Кр), уровню β2-микроглобулинов в сыворотке крови.
Результаты. У больных 2-й группы выявлены более выраженные нарушения функции печени (АЛТ: 37,5 [28,2; 46,1] vs 25,0 [19,4; 31,8] Ед./л, p <0,001; ГГТП: 46,0 [33,5; 59,2] vs 28,1 [20,4; 36,0] Ед./л, p <0,001). При присоединении ожирения отмечено достоверное снижение СКФ (63,4 [54,2; 73,9] vs 88,9 [80,1; 96,8] мл/мин./1,73 м² в 1-й и 2-й группе соответственно, p<0,001) и увеличен уровень β2–микроглобулина (3,5 [2,7; 4,3] vs 1,5 [1,1; 1,9] мг/л, p <0,001). Почечная дисфункция диагностирована у 85,0% (n=85) во 2-й группе против 52,6% (n=41) в 1-й (p <0,05). Во 2-й группе отмечен рост VAI (3,55 [2,40; 4,95] vs 2,30 [1,55; 3,20], p <0,001), лептина (64,2 [52,0; 75,8] vs 25,5 [18,0; 32,4] нг/мл, p <0,001), гипоадипонектинемия (18,5 [12,4; 25,0] vs 34,8 [27,2; 42,5] нг/мл, p <0,001) и HOMA–IR – 2,27 (72,0 vs 38,5%, p <0,05). Выявлены прямые корреляции параметров почечной дисфункции (АУ/Кр, β2-микроглобулина) с печеночными ферментами (с АЛТ: r=0,48; с ГГТП: r=0,52, p <0,001), VAI (r=0,64, p <0,001), HOMA–IR (r=0,51, p <0,01) и лептином (r=0,54, p <0,001), а также обратная связь СКФ с АЛТ (r=–0,45, p <0,01) и адипонектином (r=–0,46, p <0,001).
Выводы. *При присоединении ожирения у больных ХСН выявлено сочетанное ухудшение функций печени и почек. Достоверные связи между показателями почечной дисфункции, ферментами печени, адипокинами и HOMA–IR отражают ключевую роль висцерального жира в формировании гепато-рено-метаболического синдрома.*

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ЛЕПТИНА И АДИПОНЕКТИНА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В КОМОРБИДНОСТИ С САРКОПЕНИЕЙ

Стаценко М.Е., Островский О.В., Мязин Р.Г., Зыкова Е.В., Разваляева О.В., Устинова М.Н.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Адипокины используются в диагностике неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с ростом уровня лептина. При саркопении со снижением мышечной массы отмечается уменьшение уровня адипонектина. Адипокиновый статус при НАЖБП в сочетании с саркопенией требует изучения.
Цель. Провести анализ уровней адипокинов (лептина и адипонектина) у пациентов с НАЖБП в коморбидности с саркопенией, и сравнить полученные данные с показателями пациентов контрольной группы с НАЖБП без саркопении.
Материал и методы. Методом иммуноферментного анализа проведена оценка уровней лептина и адипонектина у 24 пациентов с НАЖБП в коморбидности с саркопенией (группа 1) и 43 больных с НАЖБП без саркопении (группа 2). Клинико-демографические показатели в группах достоверно не различались. Далее проводился статистический анализ результатов (Microsoft Excel; Statistica 10.0).
Результаты. Возраст больных группы 1 составил 62,2 ± 4,3 года. Мужчин – 5, женщин – 19. Индекс массы тела (ИМТ) составил 31,7±2,9 (ожирение 1 степени). Средний уровень лептина составил 12,08±1,72 нг/мл, превышая норму для мужчин на 128,6% (норма для мужчин 2,0–5,6 нг/мл), и превышая норму для женщин на 9,8% (норма для женщин 3,7–11,0 нг/мл). У пациентов группы 1 с нормальным ИМТ уровень адипонектина составил 7,24±2,2 нг/мл (норма 8,0–19,0 нг/мл), являясь сниженным на 9,5% от нормы. Уровень адипонектина соответствовал значениям нормы при избыточном весе (норма 5,33–22,0 нг/мл). Возраст больных группы 2 составил 56,4±3,2 года. Мужчин было 13, женщин – 30. ИМТ составил 33,6±2,6 (ожирение 1 степени). Средний уровень лептина составил 13,51±1,31 нг/мл, превышая норму на 141,3% для мужчин и на 22,8% для женщин. Средний уровень адипонектина составил 8,5±1,24 нг/мл, входя в значения нормы. Таким образом, у пациентов группы 1 с НАЖБП и саркопенией уровень лептина превышал норму. При этом уровень адипонектина был снижен, что отражает потери мышечной массы при саркопении. У пациентов группы 2 с НАЖБП без саркопении уровень лептина был повышен, а уровень адипонектина оставался в норме.
Выводы. *Оценка баланса лептина и адипонектина дает важную информацию об особенностях патогенеза неалкогольной жировой болезни печени и саркопении.*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АНЕМИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ВОЗМОЖНОСТИ РУТИННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ВЫЯВЛЕНИИ ЕЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Столяров Э.В.[1], Соловьева А.В.[2], Глотов С.И.[2], Юневич Е.А.[3], Левина М.А.[3]
[1] ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия
[2] ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Рязань, Россия
[3] ГБУ РО ОКБ, г. Рязань, Россия

Актуальность. Установление причины анемии в терапевтическом стационаре имеет важное клиническое значение. Особого внимания требует своевременное распознавание ее возможного онкологического генеза. Оценка диагностической информативности доступных рутинных лабораторных показателей может помочь выделять пациентов, нуждающихся в углубленном обследовании.
Цель. Изучить этиологическую структуру анемий средней и тяжелой степени в терапевтическом стационаре и возможности рутинных лабораторных показателей в выявлении их онкологического генеза.
Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 310 пациентов, госпитализированных в 2022–2023 гг. в Областную клиническую больницу г. Рязани: 183 (59,0%) женщины и 127 (41,0%) мужчин; средний возраст 65,6±16,7 года. Анемия средней степени – у 49 (15,8%), тяжелая – у 261 (84,2%). ЖДА – у 183 (59,0%), АХЗ – у 53 (17,1%), АХЗ+ЖДА – у 30 (9,7%). Оценивались данные анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов исследования. Использовали MS Excel, Statistica 10.0 и Python 3.
Результаты. Причины анемии: онкологические – у 118 (38,1%), неустановленные – у 84 (27,1%), язвенная болезнь желудка – у 19 (6,1%), геморрой – у 15 (4,8%), цирроз – у 14 (4,5%), гинекологическая патология – у 11 (3,5%), прочие – у 49 (15,8%). Сывороточное железо при онкологическом генезе и прочих причинах не различалось: 3,55 [2,11–7,33] и 3,25 [2,16–6,69] мкмоль/л (p=0,40). Ферритин был выше при анемии с онкологическим заболеванием: 77,3 [26,9–519,7] против 26,6 [9,5–114,3] нг/мл, как и отношение ферритин/железо: 22,31 [7,75–71,24] против 9,78 [3,47–21,09] (оба p <0,001); AUC – 0,672 и 0,688 соответственно. При МСН <27 пг доля онкологических причин возрастала с увеличением уровня ферритина: 27,3% при ферритине <30 нг/мл, 45,1% при уровне 30–99 нг/мл и 61,5% при ≥100 нг/мл (p<0,001); при ферритине ≥200 нг/мл – 90,5%, ≥250 нг/мл – 100% (n=15). По возрастным группам доля онкологических причин анемии составила 14,3% в 18–44 лет, 39,3% – 45–59, 42,6% – 60–74 и 40,6% – ≥75 лет (χ^2=9,66; p=0,022).
У мужчин они выявлялись чаще, чем у женщин: 47,2 против 31,7%; с поправкой на возраст OR=2,05 (95% ДИ 1,28–3,30; p=0,003).
Выводы. *В этиологической структуре анемий онкологические причины составили 38,1%. Повышение уровня ферритина и соотношения ферритин/железо в сочетании с гипохромией эритроцитов статистически значимо ассоциировалось с онкологическим генезом анемии (p <0,001).*

ХРОНИЧЕСКОЕ СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК ПРЕДИКТОР ВЫСОКОЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Стрельцова А М., Стаценко М.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней, Россия

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является одной из главных причин поражения печени во всем мире. Окислительный стресс, митохондриальные аномалии, фактор некроза опухоли (ФНО-α) и -реактивный белок (СРБ) признаны факторами, влияющими на развитие патологического процесса в печени.
Цель. Оценить влияние маркеров хронического системного воспаления на эластичность стенки магистральных артерий у пациентов с артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.
Материал и методы. Проведено поперечное сравнительное исследование. В основную группу включены пациенты с АГ и НАЖБП (n=50), в контрольную группу – больные с изолированной АГ (n=50). О выраженности хронического системного воспаления судили по концентрации высокочувствительного СРБ и ФНО-α в сыворотке крови. Жесткость стенки магистральных артерий определяли по показателю СРПВ с использованием аппарата «Поли–Спектр–8/Е» с модулем СРПВ (Нейрософт, Россия).
Результаты. При оценке показателей жесткости магистральных артерий выявлено повышение СРПВм и СРПВэ у больных с АГ и НАЖБП по сравнению с больными изолированной АГ (11,5 [9,9; 12,9] м/с vs 8,9 [8,3; 11,2] м/с (p=0,0000) и 10,0 [8,6; 12,9] м/с vs 7,6 [7,1; 9,8] м/с, (p=0,0000) соответственно). Кроме того, значительно больше пациентов с СРПВм ≥10 м/с (74,0 vs 32,0%, p=0,0000) и СРПВэ ≥10 м/с (50,0 vs 24,0%, p=0,0124). В группе с АГ и НАЖБП по сравнению с группой изолированной АГ уровень СРБ и ФНО-α были достоверно выше у больных с АГ и НАЖБП (13,0 [6,4; 15,0] vs 8,6 [1,5; 13,8] (p=0,0028), 9,2 [5,6; 12,4] vs 3,8 [2,4; 10,2] (p=0,0000) соответственно). Для расчета чувствительности и специфичности СРБ и ФНО-α в отношении увеличения СРПВм и СРПВэ более 10 м/с у больных с АГ и НАЖБП был проведен ROC-анализ. При визуальном анализе площади под кривыми (AUC) установлено, что определение показателей ФНО-α более значимо указывает на превышение СРПВм и СРПВэ >10 м/с, чем СРБ. При выяснении отношения правдоподобия (LR+) установлено, что риск повышения СРПВм и СРПВэ >10 м/с будет в 4,4 и 2,4 раза соответственно выше у пациентов с ФНО-α >6 пг/мл.
Выводы. *У пациентов с АГ и НАЖБП достоверно выше показатели, характеризующие хроническое низкоинтенсивное системное воспаление. Также у коморбидных больных отмечено достоверное увеличение СРПВм и СРПВэ, а ФНО-α сыворотки крови можно рассматривать как возможный предиктор увеличения скорости пульсовой волны.*

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Стрюк Р.И.[1], Голикова А.А.[1], Газарян Г.Г.[2], Тюрина Л.Г.[2], Нефедова Г.А.[2], Лахонина Н.С.[1]
[1] ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», НОИ Клинической медицины им. Н.А. Семашко, г. Москва, Россия
[2] ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия

Актуальность. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМnST) у больных старческого возраста ассоциируется с более частым развитием осложнений. Реперфузионная терапия (РТ) снижает количество летальных исходов (ЛИ). Применение первичных ЧКВ ограничивается первыми 12 часами с момента манифестации заболевания. Показаниями к применению ЧКВ при позднем поступлении являются сохраняющиеся признаки ишемии миокарда.
Цель. Сравнительная оценка эффективности первичных ЧКВ, выполненных в первые 12 ч и в более поздние сроки (до 72 ч) у пациентов с передним ИМnST старческого возраста и у пациентов моложе 60 лет.
Материал и методы. Обследовано 555 больных первичным передним ИМпST. Первую группу составили 118 больных в возрасте старше 75 лет. Вторую группу составили 437 больных моложе 60 лет. Ангиографический успех после баллонной ангиопластики и стентирования оценивался в соответствии с финальным кровотоком в инфаркт–связанной артерии (ИСА) – TIMI–3 и сопоставлялся с данными ЭКГ в виде возвращения сегмента ST к изолинии более чем на 50%. У всех пациентов при поступлении определялся уровень маркеров повреждения миокарда (тропонин Т). У всех больных с ЛИ проанализированы данные патологоанатомического исследования.
Результаты. Ангиографический успех при первичных ЧКВ был выявлен у 92% больных; у лиц старше 75 лет в 81,2% случаев, у пациентов моложе 60 лет в 94,5% случаев. ЭКГ признаки реперфузии выявлялись реже: редукция сегмента ST более 50% через час после ранних ЧКВ наблюдалась лишь в половине наблюдений. В отсутствии ЧКВ летальность в I группе составила 29,5%, у больных моложе 60 лет – 8,4%; при применении первичных ЧКВ: 6,7 и 2,5% соответственно. С учетом применения ранних и экстренно отсроченных ЧКВ летальность в I и II группах составила: 4,9, 1,8 и 6,1, 2,6 соответственно.
Выводы. *При переднем ИМnST первичные ЧКВ в первые 12 ч снижают летальность у больных старческого возраста и у пациентов моложе 60 лет. Экстренно отсроченные ЧКВ у больных передним ИМnST при позднем поступлении уменьшают частоту летальных исходов.*

ТРОМБОЗ ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРОВ ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Стукова А.В.
ГБУЗ Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского, г. Краснодар, Россия

Введение. Тромбоз портальной системы – редкое, но потенциально жизнеугрожающее состояние, характеризующееся образованием тромбов в воротной вене и ее ветвях. Взаимосвязь между приемом агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 и венозными тромботическими событиями, в частности в портальной системе, на сегодняшний день изучена недостаточно.
Описание случая. Пациентка А., 36 лет, с ожирением II степени, без отягощенного тромботического анамнеза (включая прием комбинированных оральных контрацептивов), поступила в ГБУЗ НИИ – ККБ № 1 им. профессора С.В. Очаповского с жалобами на общую слабость и боли в эпигастрии. Из анамнеза известно, что в течение последнего года пациентка получала семаглутид (1 мг/нед.) для коррекции массы тела. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлены признаки неокклюзивного тромбоза ствола воротной вены (частичное перекрытие просвета гиперэхогенными массами). Компьютерная томография с болюсным контрастированием подтвердила неокклюзивный тромбоз ствола воротной вены, а также выявила окклюзивный тромбоз притоков правой ветви воротной вены и селезеночной вены. По результатам компьютерной томографии головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза данных за воспалительный процесс не получено. Лабораторное обследование показало повышение уровня С-реактивного белка (45,2 мг/л), умеренную гипертрансаминаземию (АСТ 44 Ед./л, АЛТ 65 Ед./л), а также выраженные изменения коагулограммы (фибриноген – 9,76 г/л, D-димер – 4249 нг/мл). Уровни билирубина и альбумина оставались в пределах нормы. Пациентке была назначена антикоагулянтная терапия в течение 6 мес., а также рекомендована отмена семаглутида, ввиду отсутствия иных очевидных причин тромбоза. На фоне проводимого лечения отмечена выраженная положительная динамика заболевания, подтвержденная данными лабораторного и инструментального контроля.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Данный клинический случай поднимает важный вопрос в отношении риска венозных тромбоэмболий при длительном применении агонистов рецепторов глюкагонподобного пептида-1. Несмотря на доказанные кардиопротективные свойства этих препаратов, их влияние на систему гемостаза требует дальнейшего изучения.*

ИЗУЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КАРДИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСРЕДСТВОМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Сукмарова З.Н.[1], Иванова З.З.[2]
[1] ФГБУЗ КБ 85 ФМБА России, г. Москва, Россия
[2] НМИЦ сердечно–сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Ревматоидным артритом (РА) страдает каждый сотый человек на Земле. С улучшением методов визуализации стало возможным диагностировать субклиническое поражение сердца.
Цель. Оценка распространенности и типа поражения миокарда у пациентов с РА, находящихся на оптимальной противовоспалительной терапии.
Материал и методы. Включались пациенты с низкой активностью РА на подобранной терапии, не имеющие жалоб на боль в области сердца и диагноза «ишемическая болезнь сердца». Проводилась эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате экспертного уровня с оценкой параметров деформации миокарда. Магнитно–резонансная томография (МРТ) проводилась на аппаратах 1,5 Тесла с применением Т1 и Т2-картирования и внутривенным введением контрастного препарата.
Результаты. Проанализированы данные 46 пациентов (24 женщины), возраста Me [95% ДИ] 48 [39–52] лет. Длительность РА составила Me [95% ДИ] 8 [2–12] лет, средний индекс активности (CDAI) Me [95% ДИ] 2,4 [1,0–2,8]. По данным ЭхоКГ у 17% пациентов было зафиксировано снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 52%. Снижение индекса глобальной продольной деформации ЛЖ регистрировалось у 36% пациентов.
У 80% пациентов наблюдались локальные нарушения стрейна (наиболее часто– нижне–боковые и перегородочные сегменты ЛЖ). По данным МРТ у 60% пациентов были выявлены воспалительные изменения, у 46% пациентов – фиброзные изменения миокарда, наиболее часто локализованные в субэпикардиальных нижне–боковых сегментах ЛЖ. Признаков поражения миокарда по ишемическому типу зарегистрировано не было. Всего патологические изменения на МРТ сердца имели 80% пациентов. Чувствительность оценки патологии по данным стрейна ЛЖ по отношению к результатам МРТ составила 97%, специфичность – 87%.
Выводы. *Большинство пациентов с РА имеют признаки воспалительной кардиопатии, несмотря на ремиссию основного заболевания. Снижение ФВЛЖ регистрируется у четверти из них, остальным требуется применение новых методов оценки ЭхоКГ и МРТ для ранней диагностики субклинического воспалительного поражения миокарда.*

ПЕРИМИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ 6 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Сукмарова З.Н.
ФГБУЗ КБ 85 ФМБА России, ФГБОУ ВО Российский Университет Медицины Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Пандемия новой коронавирусной инфекции (НКИ) спровоцировала рост числа заболеваний, в патогенезе которых большую роль играет иммуновоспаление. Одним из стойких осложнений явился перимиокардит. Кроме того, накапливаются данные об отдаленных последствиях кардиологических осложнений вакцинации от SARS-CoV-2.
Цель. Изучить особенности течения перикардита и перимиокардита, спровоцированных НКИ, в ретроспективе 6 лет.
Материал и методы. Включались пациенты, наблюдаемые в центре диагностики и лечения миокардита и перикардита ФМБА, у которых манифестация болезни была ассоциирована с перенесенной SARS-CoV-2. Проводилось клиническое обследование, экспертная эхокардиография с оценкой деформации миокарда и МРТ сердца, при необходимости. Данные представлены в виде медианы и 95% ДИ.
Результаты. Включено 82 пациента, возраста 42 [95% ДИ 22–72] лет. Время, прошедшее с манифестации перикардита 46 [14–70] мес., при этом 16 пациентов перенесли НКИ после объявления окончания пандемии. У 7 пациентов имелась четкая связь заболевания с вакцинацией от SARS-CoV-2. У 91% пациентов перикардит диагностирован на стадии экссудации, у 78% пациентов зарегистрировано вовлечение миокарда в воспалительный процесс. У 20% пациентов заболевание купировано первым курсом противовоспалительной терапии. У 70% пациентов перикардит перешел в хроническую или рецидивирующую форму с длительностью на сегодня более 4 лет у 2/3 из них.
За время наблюдения у 19 пациентов развилась констриктивная форма перикардита, 6 из них проведена перикардэктомия, у 13 пациентов осложнение купировано медикаментозно. Стойкое нарушение функции миокарда в исходе перимиокардита зарегистрировано у 18% пациентов в виде снижения фракции выброса левого желудочка и у 58% пациентов в виде нарушений глобального или локального стрейна прилежащих к перикарду сегментов миокарда, которые сохраняются после купирования клиники воспаления.
Выводы. *Перикардит и перимиокардит, ассоциированные с НКИ, остаются актуальной проблемой, требующей междисциплинарного наблюдения и терапии. Большинство пациентов, у которых развилось данное заболевание, имеют осложнения в виде хронизации, четверть пациентов– последствия спаечного процесса в перикарде.*

ИНАКТИВИРОВАННЫЕ БАКТЕРИИ LACTOBACILLUS REUTERI DSM 17648 В КОМПЛЕКСНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI

Сулима М.В., Решетникова Л.К.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Актуальность. Эрадикационная двухнедельная терапия *Helicobacter pylori* (HP) включает в себя применение ингибиторов протонной помпы, антибиотиков и препаратов висмута, что, несомненно, негативно влияет на состав микробиоты, и поэтому требует назначения средства, содержащего инактивированные бактерии Lactobacillus reuteri DSM 17648.
Цель. Определить клинические симптомы и характер микробиоты на фоне эрадикационной терапии, а также выработать тактику ведения с назначением метабиотиков.
Материал и методы. Обследованы 34 пациента на фоне эрадикационной терапии (Ж – 16, М – 18, средний возраст 42±5 лет). У 8 пациентов (23%) диагностирован хронический гастрит, у 12 (35%) – язва желудка, у 14 (41%) – язва двенадцатиперстной кишки. Диагноз подтверждают клинические данные, гастроскопия и исследование ПЦР кала на HP. Микробиота исследовалась у всех пациентов.
Результаты. На фоне эрадикационной терапии у 17 пациентов (50%) отмечена изжога, у 9 (26%) – тошнота, у 30 (88%) – отрыжка воздухом. Кишечная диспепсия – вздутие, урчание – выявлена в 82% случаев, а склонность к диарее у 15 пациентов (44%).
При исследовании микробиоты снижение лактобактерий до 10^5 КОЕ и бифидобактерий до 10^7 КОЕ зарегистрировано у 18 пациентов (52%). У 5 пациентов (14%) выявлены грибы рода Candida 10^5 КОЕ. В комплексную терапию была добавлена биологически активная добавка, содержащая инактивированные бактерии Lactobacillus reuteri DSM 17648, по 1 капсуле 2 раза в день курсом в две недели, что позволило в течение 10–14 дней купировать диспепсические симптомы и нормализовать частоту стула. Контрольное исследование микробиоты проводилось по окончании лечения и показало восстановление бифидо- и лактобактерий до 10^7–10^8 КОЕ.
Выводы. *На фоне эрадикационной терапии купированы желудочный и кишечный синдромы и отмечена нормализация состава микробиоты в результате комплексной терапии с назначением биологически активной добавки, содержащей инактивированные бактерии Lactobacillus reuteri DSM 17648.*

ВАРИАТИВНОСТЬ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

Суморокова Е.Ю., Шахмаева Н.Б., Юргин Б.И.
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, г. Москва, РФ

Актуальность. Нарушения липидного обмена при различных заболеваниях проявляются повышением проатерогенных фракций, включая триглицериды, ЛПНП и ЛПОНП. При острых лейкозах отмечается снижение ЛПВП, связанное с повышенным потреблением холестерина пролиферирующими опухолевыми клетками. Данных о связи липидных нарушений с течением опухолевого процесса немного. На липидный обмен могут влиять цитостатики и глюкокортикостероиды, что определяет актуальность изучения этих нарушений при острых лейкозах.
Цель. Оценка изменений липидного профиля при различных вариантах острого лейкоза.
Материал и методы. В исследование включены 34 пациента с острым лейкозом: 12 (35%) с острым лимфобластным лейкозом (5 мужчин, 42%; 7 женщин, 58%) и 22 (65%) с острым миелобластным лейкозом (9 мужчин, 41%; 13 женщин, 59%). Медиана возраста составила 44 и 42 года соответственно. Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных, включая выраженность цитопении и инфильтрацию костного мозга опухолевыми клетками; вариант лейкоза верифицировали иммунофенотипированием. Липидный спектр исследовали после цитостатической терапии на анализаторе ILab Taurus. Терапию проводили по стандартным программам согласно клиническим рекомендациям. Статистический анализ проводили в программе RStudio.
Результаты. У пациентов с ОМЛ уровень общего холестерина составил 5,8 ммоль/л [3,9;8,1], при ОЛЛ – 6,8 ммоль/л [4,3; 12,8] (p=0,003). Триглицериды: 1,9 ммоль/л [0,72; 4,76] при ОМЛ и 1,5 ммоль/л [0,77; 3,35] при ОЛЛ (p=0,062). ЛПВП были выше при ОЛЛ – 1,8 ммоль/л [1,01; 4,28] против 1,5 ммоль/л [1,01; 2,58] при ОМЛ (p=0,049). ЛПОНП составили 0,88 ммоль/л [0,32; 2,19] при ОМЛ и 0,7 ммоль/л [0,35; 1,54] при ОЛЛ (p=0,214). ЛПНП были выше при ОЛЛ – 4,2 ммоль/л [2,5; 8,0] против 3,4 ммоль/л [2,13; 4,78] при ОМЛ (p=0,050). Коэффициент атерогенности: 2,9 [1,6; 4,8] и 2,8 [2,0; 4,0] соответственно (p=0,231). При оценке распространенности изменений липидного спектра их частота в группах ОМЛ и ОЛЛ была сопоставимой. При обоих вариантах острого лейкоза отмечалось повышение общего холестерина за счет всех фракций липопротеинов, включая ЛПВП. При этом повышенные коэффициент атерогенности, ЛПНП и триглицериды чаще выявлялись при ОМЛ. Таким образом, достоверные различия установлены по уровням общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП, что свидетельствует о различиях характера липидных нарушений в зависимости от варианта острого лейкоза. Результаты обосновывают необходимость контроля и изучения липидного профиля у пациентов с ОЛ.
Выводы. *На фоне патогенетической терапии отмечаются изменения липидного спектра с тенденцией к повышению уровня общего холестерина, липопротеинов высокой плотности и липопротеинов низкой плотности. Подобные изменения могут выступать в качестве прогностических маркеров у онкогематологических больных.*

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ: ШЕСТИМЕСЯЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СУСТАВНОЙ БОЛЬЮ

Суров А.И.[1], Трофимов Е.А.[2], Трофимова А.С.[2]
[1] СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района», Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Северо–Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Ожирение связано с выраженностью боли и функциональными ограничениями при остеоартрите. При сопутствующем сахарном диабете 2-го типа выбор терапии требует оценки метаболических результатов, динамики суставной боли и переносимости лечения. Поэтому актуально сопоставление семаглутида и тирзепатида в данной популяции.
Цель. Сопоставить шестимесячные клинико-лабораторные эффекты стратегий с семаглутидом и тирзепатидом при ожирении и скелетно–мышечной боли и определить факторы нежелательного явления (НЯ) «боль в суставе».
Материал и методы. Сравнительный анализ 170 пациентов с ожирением, сахарным диабетом 2-го типа и остеоартритом: семаглутид 1,0 мг/нед. (n=60), семаглутид 2,4 мг/нед. (n=60), тирзепатид 5–15 мг/нед. (n=50). Исходно и через 6 мес. оценивали массу тела, окружность талии и бедра ведущей ноги, боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), физическую активность в метаболических эквивалентах (МЕТ – мин./нед.), гликированный гемоглобин (HbA1c), С-реактивный белок (СРБ) и интерлейкин-6 (ИЛ-6). НЯ определяли как боль в суставе ведущей ноги на 6-м месяце. Применяли дисперсионный анализ Краскела–Уоллиса, Манна–Уитни и точный критерий Фишера; $p<0,05$.
Результаты. Исходные показатели были сопоставимы, кроме более низкой активности в группе тирзепатида ($p=0,009$). К 6 мес. все стратегии улучшили антропометрические, болевые и лабораторные показатели ($p <0,001$ внутри групп), а выраженность ответа последовательно возрастала: снижение массы тела составило 6,9±3,1; 8,3±3,8 и 11,2±3,6%, окружности талии – 4,2±2,3; 4,7±2,6 и 6,9±3,1 см, HbA1c – 1,11±0,41; 1,45±0,45 и 1,90±0,37 процентного пункта соответственно ($p <0,001$ между группами). Окружность бедра уменьшилась на 0,8±0,5; 1,0±0,4 и 1,6±0,6 см ($p <0,001$). Снижение ВАШ достигло 14,5 [6,0; 22,0], 18,0 [11,8; 26,5] и 27,0 [7,5; 35,8] мм ($p=0,010$), СРБ – 1,39±1,27; 1,73±1,39; 2,08±1,31 мг/л ($p=0,025$), ИЛ-6 – 1,41±1,08; 1,82±1,02; 2,18±0,96 пг/мл ($p <0,001$). НЯ зарегистрировано у 1/60, 1/60 и 1/50 пациентов ($p=1,000$). Исходная окружность бедра не различалась, однако при НЯ ее уменьшение было больше: 2,4 [2,2; 2,4] против 1,0 [0,7; 1,5] см ($p=0,007$), а активность ниже: 132 [99; 180] против 1152 [791; 1886] МЕТ – мин./нед. ($p=0,005$). При ≥2 силовых тренировках/нед случаев не было: 0/109 против 3/61 ($p=0,045$).
Выводы. *За 6 мес. метаболический и противовоспалительный ответ был наибольшим при тирзепатиде. Суставная боль редкая, без межгрупповых различий, связана с уменьшением окружности бедра и низкой активностью. Необходимы контроль физической активности в МЕТ-мин./нед. и раннее начало силовых тренировок.*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ 5–7 ЛЕТ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сырова И.Д.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия

Актуальность. Отдаленные результаты хирургической реваскуляризации миокарда во многом зависят от строгого соблюдения рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов и эффективности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
Цель. Оценить приверженность к медикаментозной терапии и эффективность коррекции факторов риска у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в отдаленном периоде коронарного шунтирования (КШ).
Материал и методы. Включены 152 пациента, мужчины, прошедшие обследование через 5–7 лет после КШ, возраст 63,5 [59,0; 68,0] года. Статистический анализ проводился в программе Statistica 10.
Результаты. В течение 5 –7 лет после операции инфаркт миокарда перенесли 8 (5,3%) пациентов, ОНМК –7 (4,6%), деменция выявлена у 4 (2,6%) больных. Оптимальная четырехкомпонентная схема лечения ИБС назначалась всем с момента постановки диагноза, несмотря на это через 5 –7 лет ее принимали 70 (46,0) % больных, при этом целевой уровень АД достигли 81 (53,3%) пациентов. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента принимали 72 (47,4%), блокаторы рецепторов ангиотензина II –23 (15,1%), бета–адреноблокаторы –127 (83,6%), антагонисты кальция –28 (18,4%), антиагреганты –130 (85,5%), статины –107 (70,4%) больных. Показатели общего холестерина составили 4,7 [4,0; 5,7] ммоль/л, липопротеинов высокой плотности –1,18 [0,96; 1,39] ммоль/л, липопротеинов низкой плотности – 2,94 [2,17; 3,94] ммоль/л, триглицеридов – 1,45 [1,09; 2,54] ммоль/л. Стенозы сонных артерий выявлены у 79 (52,0%), хроническая ишемия артерий нижних конечностей – у 25 (16,4%), ожирение – у 48 (31,6%), индекс массы тела –2 7,7 [25,1; 31,0], активное курение – у 46 (30,3%), сахарный диабет 2-го типа – у 31 (20,4%), нарушение толерантности к углеводам – у 13 (8,6%), уровень глюкозы менее 6,2 ммоль/л достигли 69 (45,4%) пациентов.
Выводы. *В отдаленном послеоперационном периоде пациенты с ИБС характеризуются высокой частотой выявления коморбидной патологии, часть из них отказывается от назначенной медикаментозной терапии и не выполняет рекомендации по коррекции факторов риска в повседневной жизни.*

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И СИНДРОМ РАННЕГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сыромятникова Н.А.[1], Макарова Е.В.[1], Дмитриева Н.А.[1], Евпраксина А.М.[2]
[1]ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, г. Нижний Новгород, Россия
[2]ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Хронические бронхолегочные заболевания занимают ведущее место в структуре заболеваемости и нередко сопровождаются системными эффектами, в том числе поражением сердечно-сосудистой системы. Актуально изучение изменений сосудистой стенки у пациентов, страдающих хроническими бронхолегочными заболеваниями.
Цель. Оценить жесткость сосудистой стенки и частоту встречаемости синдрома раннего сосудистого старения (Early Vascular Aging –EVA–синдром) у больных молодого и среднего возраста с хроническими бронхолегочными заболеваниями.
Материал и методы. На базе клиники профпатологии ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора обследовано 95 человек от 32 до 60 лет. В основную группу вошли 25 пациентов (11 мужчин, 14 женщин; средний возраст 51,24±6,93 года), страдающих бронхолегочными заболеваниями. Контрольную группу сформировали 70 практически здоровых человек. По возрасту, полу и статусу курения группы были сопоставимы. Критериями исключения служили наличие значимых сердечно-сосудистых факторов риска. Всем проведена оценка жесткости сосудистой стенки: определяли сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) и расчетный возраст артерий методом объемной сфигмографии на аппарате VaSera VS–1500N. EVA-синдром диагностировали при превышении расчетного сосудистого возраста над хронологическим на 4 года.
Результаты. В основной группе больных средние значения R–CAVI и L–CAVI составили соответственно 7,16±0,89 и 7,15±0,84, что превышало показатели группы сравнения (R–CAVI = 6,6+0,95, L–CAVI = 6,5+0,95; p <0,001). У 16% пациентов (4 больных) с заболеваниями бронхолегочной системы значения индексов R/L–CAVI превысили границу условной нормы (8,0), в то время как в группе сравнения они не выходили за пределы нормы (p <0,001). Расчетный возраст артерий у 12% больных (3 пациента) с бронхолегочной патологией превышал хронологический возраст на 4 и более года. Распространенность EVA-синдрома в группе сравнения составила 10% (7 человек).
Выводы. *Увеличение CAVI у больных с патологией органов дыхания свидетельствует о формировании сосудистой ригидности и высоком сердечно-сосудистом риске.*

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Тарасов А.А., Семикин И.Д., Семикина Е.В.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Актуальность. Эндотелиальная дисфункция в настоящее время активно изучается как патогенетический и прогностический маркер поражения внутренних органов при сахарном диабете, а также как мишень для фармакотерапии.
Цель. Оценить показатель функции эндотелия (ПФЭ) в пробе с эндотелий–зависимой вазодилатацией (ЭЗВД) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) без значимых макроангиопатий в зависимости от клинического варианта диабетической автономной нейропатии (ДАН).
Материал и методы. Обследованы 30 пациентов с СД2, осложненным ДАН, длительностью от момента постановки диагноза менее 5 лет, без признаков атеросклеротического поражения крупных сосудов. У 16 из них диагностирована кардиоваскулярная форма ДАН, у 8 – гастроинтестинальная и у 6 – урогенитальная форма. Пациенты с двумя и более клиническими формами ДАН в анализ не включались. По гендерно-возрастным характеристикам группы были сопоставимы. Эндотелиальную функцию оценивали методом реактивной гиперемии по Лебедеву П. А. ПФЭ определяли как относительное изменение перфузионного индекса (PI, %) до и после механической компрессии плечевой артерии. Диагностику ДАН проводили согласно Национальным рекомендациям.
Результаты. Средний возраст пациентов составлял 47,3±2,8 года, длительность СД2 – 3,9±0,4 года. У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН медиана ПФЭ составляла 1,5 (–5,5–2,6)%, у лиц с гастроинтестинальной формой – 10,8 (7,3–15,2)% и у пациентов с урогенитальной формой – 5,6 (2,1–9,6)%. У пациентов с кардиоваскулярной формой ДАН снижение ЭФ отмечено в 37,5% случаев, истинная ЭД – в 62,5%, из них парадоксальные реакции – в 50%. у лиц с гастроинтестинальной формой снижение ЭФ отмечено в 75% случаев, истинная ЭД – в 12,5%, парадоксальных реакций в этой группе не отмечено и у пациентов с урогенитальной формой ДАН снижение ЭФ отмечено в 16,7% случаев, истинная ЭД – в 66,7%, из них парадоксальные реакции – в 25%.
Выводы. *У пациентов с СД2 наихудшие ПФЭ отмечаются при кардиоваскулярной и урогенитальной формах ДАН.*

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Таютина Т.В., Чесникова А.И., Сафроненко В.А.
Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. ХОБЛ является распространенным заболеванием, при этом наблюдается весьма неутешительная тенденция к росту этой патологии: за 20–летний промежуток времени число случаев заболевания выросло на 68,9%. Значению функции эндотелия и состояния микроциркуляторного русла при ХОБЛ уделяется серьезное внимание, поскольку они коррелируют не только с высоким сердечно-сосудистым риском, но и степенью тяжести основного заболевания.
Цель. Изучить фенотипические особенности функции эндотелия, состояния и редукции микроциркуляторного русла у больных хронической обструктивной болезнью легких в сопоставлении с категорией риска обострений.
Материал и методы. Обследованы 345 больных ХОБЛ: 73% – мужчины (63,94±6,42 года), 27% – женщины (60,66±7,82 года). 1-я группа – больные ХОБЛ с низким риском обострений, 2-я группа – с высоким. Подгруппы обеих групп: а – бронхитический, б – эмфизематозный фенотипы. Для оценки функции эндотелия определяли ICAM–1, VCAM–1, PDGF–AA, антиген фактора Виллебранда. Состояние МЦР оценивалось методом ультразвуковой компьютеризированной допплерографии с проведением функциональных проб (холодовой и окклюзионной). Группа контроля – 30 практически здоровых лиц, сопоставимые с больными по основным социально-демографическим показателям. Группы исследования, включающие больных ХОБЛ, были сопоставимы по социально-демографическим показателям и объему используемой терапии.
Результаты. Вне зависимости от фенотипа при ХОБЛ с высоким риском обострений отмечалось статистически значимое увеличение концентрации: ICAM–1, VCAM–1, PDGF–AA, антигена фактора Виллебранда. Взаимосвязь с фенотипом установлена при оценке фактора Виллебранда и ICAM–1. Анализ линейных скоростей МЦР показал статистически значимое увеличение в сравнении с контролем вне зависимости от фенотипа показателей: Vam, Vakd, Vm, Vs и Vd. Риск обострений оказывал влияние на Vs и Vm, увеличивая их значения при росте частоты обострений. При оценке объемных скоростей были выявлены статистически значимые различия с контролем по Qam, Qs. Высокий риск обострений увеличивал Qs и Qam. Ареактивность и парадоксальная реакция на холодовое воздействие отмечались при оценке: Vas, Vam, Vakd, Vd при бронхитическом фенотипе, а парадоксальная реакция по показателям объемного кровотока была более выражена – при эмфизематозном. Скоростные показатели Vakd, Vs и Vm на окклюзионное воздействие также ответили динамикой, характерной для парадоксальной реакции. При оценке Vam в обоих случаях отмечалась гиперреактивность, причем при эмфизематозном фенотипе она более выражена, а динамика Qam характеризовалась ареактивностью.
Выводы. *ХОБЛ сопряжена с развитием гиперемического типа периферического кровообращения со снижением резерва вазоконстрикции при бронхитическом фенотипе и фактической декомпенсацией резерва – при эмфизематозном фенотипе на фоне роста частоты обострений, характеризующегося дисфункцией эндотелия.*

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

Толмачева Н.В., Журавлева Н.В., Диомидова В.Н., Смирнова Т.Л.
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Школы здоровья – один из ключевых инструментов вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и повышения приверженности лечению.
Цель. Оценить уровень информированности пациентов с хроническими заболеваниями до и после прохождения цикла занятий в школе здоровья, выявить темы с наименьшей усвояемостью материала и определить факторы, ассоциированные с более высоким приростом знаний.
Материал и методы. Исследование проведено на базе БУ «Центральная городская больница» г. Чебоксары в 2025 г. В него включили 112 пациентов, обучавшихся в школах здоровья по профилям «Артериальная гипертензия», «Сахарный диабет 2-го типа», «Бронхиальная астма». Информированность оценивали с помощью опросника из 15 вопросов (о заболевании, факторах риска, самоконтроле, терапии, неотложных состояниях). Оценку проводили дважды: перед первым занятием (исходный уровень) и сразу после завершения цикла. Также анализировали удовлетворенность (5-балльная шкала) и социально-демографические данные (возраст, образование, стаж заболевания). Статистическую обработку выполняли с помощью парного t-теста и корреляционного анализа (Spearman).
Результаты. Результаты образовательной программы подтвердили существенное повышение уровня знаний пациентов. До обучения средний уровень информированности составлял 54,3±12,7 %, после – 78,9±9,4 % ($p < 0,001$), что свидетельствует о статистически значимом улучшении. Анализ усвоения учебного материала показал неравномерную динамику: лучше всего пациенты освоили практические навыки самоконтроля и вопросы медикаментозной терапии. Прирост доли правильных ответов составил 26,8% по навыкам самоконтроля (измерение АД, уровня глюкозы, пикфлоуметрии) и 25,1% – по сведениям о лекарственной терапии. Также достаточно хорошо усвоены темы факторов риска, профилактики обострений (прирост 23,9%) и целевых показателей лечения (прирост 22,5%). Наименьший прирост зафиксирован по теме неотложных состояний – 21,7%; при этом итоговая доля верных ответов по этой теме осталась ниже 85%, что указывает на необходимость усилить обучение по распознаванию и действиям в экстренных ситуациях.
Выводы. *Продемонстрирован прирост знаний по ключевым аспектам заболевания и самоконтроля, а также выявлены наиболее проблемные зоны в усвоении материала. Полученные данные позволяют оптимизировать содержание образовательных программ и повысить эффективность профилактической работы.*

ХАРАКТЕРИСТИКА НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Тонкопряд М.В.[1], Герасименко О.Н.[1], Симонова В.Г.[2], Толмачева А.А.[1]
[1]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия
[2]ГБУЗ НСО Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3, Россия

Актуальность. Ожирение и остеоартрит (ОА) относятся к наиболее распространенным хроническим неинфекционным заболеваниям, существенно снижающим качество жизни взрослого населения. Их сочетанное развитие обусловлено механическими и метаболическими факторами, сопровождается ростом медико-социального бремени.
Цель. Оценить параметры нутритивно–метаболического и клинико-функционального статуса пациентов с остеоартритом на фоне алиментарного ожирения.
Материал и методы. На базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» проведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов 18–60 лет с алиментарным ожирением (ИМТ ≥30,0 кг/м²) и рентгенологически подтвержденным остеоартритом. Оценивали маркеры воспаления (лейкоциты, СОЭ, СРБ, мочевая кислота), липидный спектр (ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП) и углеводный обмен (глюкоза натощак, HbA1c). Болевой синдром оценивали по ВАШ, типы пищевого поведения по опроснику DEBQ, уровень физической активности по IPAQ–SF (MET – мин./нед.).
Результаты. В когорте преобладали женщины, n=78; мужчины n=22, средний возраст 36,9±9,1 года. Ожирение I ст. выявлено у 41 пациентов, II ст. – 34, III ст. у 25 человек. При оценке болевого синдрома по ВАШ средний уровень боли составил 62,4±11,2 мм, что соответствует выраженному болевому синдрому. Боль при механической нагрузке достигала 68,5±10,8 мм, превышая показатели боли в состоянии покоя (38,1±9,4 мм) ($p < 0,001$). Преобладали эмоциогенное переедание (DEBQ) и выраженная гиподинамия(IPAQ–SF). У всех пациентов выявлен дисбаланс питания: гиперкалорийность, дефицит белка и избыток простых углеводов. Лабораторно верифицированы гиперурикемия (n= 37), дислипидемия (n=89), гипергликемия натощак (n=27), изолированное ускорение СОЭ (n=64), что может отражать субклинический воспалительный процесс на фоне метаболических нарушений.
Выводы. *Полученные данные подтверждают метаболический фенотип остеоартрита, при котором повреждение хряща сочетается с метаболическими и алиментарными нарушениями, что требует комплексного подхода к терапии, включающего коррекцию питания, физической активности и психоэмоционального состояния.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САРКОИДОЗА

Торгунакова Е.С.[1], Быханова Е.А.[2], Демко И.В.[1]
[1] КГБУЗ ККБ, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия
[2] КГБУЗ ККБ, г. Красноярск, Россия

Введение. Саркоидоз – системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулем. Генерализованный саркоидоз с поражением двух и более систем органов встречается реже, чем локальные формы, но может стать источником диагностических ошибок.
Описание случая. Пациентка, 76 лет. Дебют саркоидоза в 2019 г. с внезапно возникшей неврологической симптоматики – нарушение глотания, мышечной слабости. В условиях стационара были исключены нейроинфекции, аутоиммунные поражения ЦНС, онкопроцесс, сосудистая катастрофа в ГМ. При проведении МСКТ грудной клетки обнаружены участки уплотнения легочной ткани по типу матового стекла в нижних долях обоих легких, в верхней доле справа, также множественные увеличенные лимфатические узлы средостения, размерами до 2 см. Проведена ЧБЛ, получена гистологическая картина, характерная для саркоидоза.
На фоне терапии системными глюкокортикоидами (преднизолон 30 мг/сут) отмечена положительная динамика в виде значительного регресса неврологической симптоматики.
В динамике через 1 год при КТ ОГК очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, диффузные умеренные интерстициальные изменения за счет уплотнения перибронхиального интерстиция. Немногочисленные лимфоузлы центрального средостения до 9 мм. По спирограмме легкие нарушения проходимости дыхательных путей, ФЖЕЛ в норме. Учитывая положительную динамику было рекомендовано снижение дозировки сГКС до 15 мг/сут., динамическое наблюдение пульмонолога. В 2021 г. у пациентки диагностирована АВ-блокада 3 ст., проведена имплантация постоянного ЭКС. При проведении МСКТ ОГК в динамике вновь выявлены перибронхиальные очаговые уплотнения преимущественно в верхних долях легких с обеих сторон, с уменьшением интерстициального, перифокального компонента. Внутригрудные лимфатические узлы до 10 мм.
Учитывая прогрессирующее течение саркоидоза с поражением легких, лимфоузлов, сердца, нервной системы, а также рецидива после курса сГКС, инициировано лечение метотрексатом.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный клинический случай интересен нехарактерным дебютом заболевания, агрессивным течением с вовлечением сердца, сложной дифференциальной диагностикой, требующей междисциплинарного подхода к таким пациентам.*

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Тугучева А.А.[1], Ларина В.Н.[1], Шерегова Е.Н.[2], Безымянный А.С.[1]
[1] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия
[2] ГБУЗ ДКЦ№ 1 ДЗМ, г. Москва, Россия

Актуальность. Распространенность ХСН колеблется от 1 до 3% среди взрослого населения в развитых странах и приблизительно у каждого второго пациента с диагнозом ХСН имеется сниженная фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, ≤40%). В связи с этим актуальным является изучение клинического профиля современного амбулаторного пациента с данным фенотипом, что необходимо для выбора тактики ведения и маршрутизации в амбулаторных условиях.
Цель. Оценить клинико-лабораторные показатели, спектр сопутствующей патологии, частоту госпитализаций за предшествующий год, назначение оптимальной медикаментозной терапии у пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (СНнФВ), наблюдаемых в амбулаторных условиях.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 30 амбулаторных пациентов (10 женщин) в возрасте от 36 до 88 лет (66,8±14,1 года). Оценивался анамнез, данные жалоб и физикального осмотра, сопутствующая патология, лабораторные и эхокардиографические показатели. Исследование выполнено в рамках междисциплинарной клинической школы молодого ученого «Научные строки» Пироговского Университета.
Результаты. Одышка имелась у 28 (93%), усталость – у 24 (80%), периферические отеки – у 22 (73%) пациентов. Ортопноэ зарегистрировано у 14 (47%), мелкопузырчатые хрипы в легких – у 11 (37%) пациентов, III тон сердца выслушивался у 4 (13%) пациентов с СНнФВ. Уровень систолического АД составил 128,5±12,0 мм рт. ст., диастолического АД – 78,5±9,0 мм рт. ст., ЧСС – 79±11 уд./мин. Сопутствующие заболевания имелись у всех (100%) пациентов: артериальная гипертензия (АГ) – у 28 (93%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 25 (83%), сахарный диабет 2-го типа (СД) – у 18 (60%), ожирение – у 17 (57%), ХБП разной степени – у 14 (47%) пациентов. Уровень NT-proBNP варьировал от 103 до 1950 пг/мл (732±512 пг/мл), ФВ ЛЖ – от 15 до 40% (31,6±6,3%). Оптимальная четырехкомпонентная медикаментозная терапия была назначена 18 (60%) пациентам. Бета–-дреноблокаторы принимали все 30 (100%), диуретики – 28 (93%), антагонисты альдостерона – 27 (90%), ингибиторы АПФ и Ангиотензина II – 8 (27%), валсартан+сакубитрил и глифлозины – 22 (73%) пациентов. Госпитализации в анамнезе в результате декомпенсации ХСН за последний год регистрировались у 18 (60%), из них две и более госпитализации – у 7 (23%) пациентов.
Выводы. *В амбулаторных условиях с СНнФВ наблюдаются мультиморбидные пациенты пожилого возраста (преимущественно мужчины) с АГ, ИБС, СД, ХБП, ожирением. Недостаточное назначение квадротерапии ассоциировано с высокой частотой госпитализаций, что требует повышения информированности врачей и оптимизации лечения.*

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ К РОСТУ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Туркина С.В., Стаценко М.Е., Тыщенко И.А., Титаренко М.Н., Косивцова М.А., Лопушкова Ю.Е.
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Россия

Актуальность. Висцеральное ожирение оказывает более значительное влияние на здоровье, чем общее ожирение при том же индексе массы тела (ИМТ). Соотношение окружности талии к росту (ОТ/Р) является оптимальным показателем для оценки заболеваний, связанных с висцеральным ожирением. ОТ/Р демонстрирует улучшенную способность учитывать гендерные и этнические различия в составе тела, надежно отражая при этом накопление висцерального жира.
Цель. Оценить соотношение ОТ/Р у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЖБП), их корреляцию с кардиометаболическими факторами риска в этой группе пациентов.
Материал и методы. В исследование было включены 48 пациентов обоего пола с НАЖБП (Неалкогольная жировая болезнь печени. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. ID: 748_2, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview–cr/748_2) (м/ж=21/27, возраст 59 [49; 64,5] лет). Проводилось определение ОТ/Р, оценка частоты встречаемости «традиционных» кардиометаболических факторов риска. Соотношение ОТ/Р подразделялось на следующие категории в зависимости от степени риска для здоровья: «отсутствие повышенного риска» (ОТ/Р <0,5), «повышенный риск» (ОТ/Р ≥0,5 и <0,6) и «очень высокий риск» (ОТ/Р ≥0,6).
Результаты. При оценке распространенности висцерального ожирения по пороговому значению ОТ/Р 0,5 выявлено, что в исследуемой популяции обоих полов частота встречаемости составила 89,6% (43 пациента). Была выявлена положительная достоверная корреляционная связь данного показателя с ИМТ (r=0,73, p <0,05), что подтверждает валидность данного показателя для оценки риска наличия висцерального ожирения. При оценке взаимосвязи с «традиционными» кардиометаболическими факторами риска выявлено наличие достоверных корреляционных связей умеренной силы прямая с уровнем систолического артериального давления (r=0,36, p <0,05) и обратная с уровнем липопротеидов высокой плотности (r=–0,39, p <0,05).
Выводы. *Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с МАЖБП расчет соотношения ОТ/Р может применяться для оценки риска висцерального ожирения и раннего выявления повышенного риска кардиометаболических расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний.*

РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИНАМИКА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ УЧАСТКОВЫМИ ЗА 2021–2024 ГГ.

Турсунов И.И., Шепель Р.Н., Сон И.М., Меньшикова Л.И., Драпкина О.М.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. От укомплектованности участковой терапевтической службы врачами напрямую зависят доступность первичной медико-санитарной помощи и качество диспансерного наблюдения за взрослым населением. Однако комплексная оценка региональной динамики обеспеченности врачами-терапевтами участковыми (ВТУ) в масштабах страны за 2021–2024 гг. в литературе практически отсутствует, что и определяет целесообразность настоящей работы.
Цель. Изучить динамику показателей обеспеченности населения России врачами-терапевтами участковыми (ВТУ) в 2021–2024 гг. и выявить региональные особенности кадрового обеспечения участковой терапевтической службы.
Материал и методы. Использованы данные формы федерального статистического наблюдения № 30 и сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России за 2021–2024 гг. Показатели штатных и занятых должностей, физических лиц, укомплектованности, коэффициента совместительства и обеспеченности физическими лицами на 10 тыс. взрослого населения проанализированы на трех уровнях: Россия (РФ), федеральные округа, субъекты РФ. Вклад притока новых специалистов и вклад сокращения штатных должностей в динамику укомплектованности разделены с помощью контрфактического расчета.
Результаты. За период показатель обеспеченности населения ВТУ поднялся с 3,32 до 3,50 на 10 тыс. взрослого населения (рост на 5,42%), а укомплектованность физическими лицами выросла с 79,09 до 87,93% (+8,84 п. п.) на фоне сокращения штатных должностей на 4,65%. По данным контрфактического расчета, из этого прироста укомплектованности 4,75 п. п. (53,7%) объясняются именно притоком новых специалистов, а оставшиеся 4,09 п. п. (46,3%) – уменьшением числа штатных должностей. Коэффициент совместительства почти не менялся (около 1,06), а расчетная нагрузка на одного врача снизилась с 3012 до 2857 человек взрослого населения, что по-прежнему выше норматива в 1700 человек. Между субъектами страны сохраняется значительный разброс: в 2024 г. показатель обеспеченности колебался от 1,73 до 6,36 на 10 тыс. населения (медиана – 3,75, максимум превышал минимум в 3,68 раза), причем различия внутри федеральных округов зачастую оказывались выше, чем между округами.
Выводы. *Наблюдаемый рост обеспеченности ВТУ имеет двойную природу: он обеспечен притоком новых специалистов (4,75 п. п.; 53,7%) и сокращением штатных должностей (4,09 п. п.; 46,3%). При этом кадровый дефицит и различия между регионами по-прежнему сохраняются.*

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д С ПАРАМЕТРАМИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Турянская Ю.В., Попов А.А.
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется изучению изменения уровня витамина Д в организме при различных заболеваниях.
Цель. Оценка корреляции уровня витамина Д с показателями инсулинорезистентности (ИР) у лиц с избыточной массой тела и ожирением.
Материал и методы. Обследованы 66 человек – 56,1% мужчин и 43,9% женщин, в возрасте от 42 до 86 лет (в среднем 65,1±9,5 года) с индексом массы тела выше 25 кг/м^2. Избыточную массу тела имели 30,3%, ожирение I степени – 39,4%, II – 18,2%, III – 12,1%. Всем исследовался сывороточный уровень витамина Д, глюкозы и С–пептида, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), триглицеридлипидов (ТГЛ), с расчетом индексов атерогенности (ИА=ОХС–ЛПВП/ЛПВП) и ТГЛ/ЛПВП.
Результаты. Установлены статистически значимые отрицательные зависимости между уровнем витамина Д и С–пептида ($p < 0,05$), ТГЛ ($p < 0,05$), ИА ($p < 0,05$) и положительная – с уровнем ЛПВП ($p < 0,05$). Наиболее выраженная отрицательная корреляция выявлена с индексом ТГ/ЛПВП ($p < 0,01$). Для дальнейшего анализа пациенты были стратифицированы по обеспеченности витамином Д. I группу составили лица с его дефицитом (подгруппа Ia – с тяжелым дефицитом (ниже 10 нг/мг), II – с недостаточностью (20–29 нг/мл, III – с нормальным уровнем. Пациенты группы I по сравнению с группой III имели значимо более высокий уровень С-пептида ($p < 0,00001$), более высокие показатели ТГЛ и индекса ТГЛ/ЛПВП ($P=0,04$). В группе I отмечена отрицательная зависимость уровней витамина Д с глюкозой ($p < 0,05$), индексами ТГЛ/ЛПВП ($p < 0,05$) и ИА ($p < 0,05$) и положительная – с уровнем ЛПВП ($p < 0,05$). У пациентов Ia группы обнаружена выраженная отрицательная зависимость уровней витамина Д и С-пептида ($p < 0,01$) и ЛПНП ($p < 0,05$), а у III – положительная зависимость уровней витамина Д и ЛПВП ($p < 0,05$).
Выводы. *Установлена тесная связь недостаточности витамина Д у лиц с избыточной массой тела и ожирением с увеличением ИР. Полученные результаты подтверждают необходимость адекватной коррекции витамина Д у этих пациентов, что будет способствовать уменьшению ИР и сердечно-сосудистого риска.*

ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КИСТЕЙ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ АДИПОКИНОВЫМ ПРОФИЛЕМ

Тюрин А.В.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия

Актуальность. Остеоартрит суставов кистей (ОАСК) – мультифакторное заболевание, в патогенезе которого наряду с механическими факторами значимую роль играют метаболические нарушения и хроническое низкоинтенсивное воспаление. Особый интерес представляет влияние адипокинов и провоспалительных медиаторов на развитие и прогрессирование заболевания, особенно у женщин в постменопаузе.
Цель. Оценить уровни лабораторных маркеров воспаления, адипокинов и маркеров хрящевого метаболизма у пациенток с ОАСК в зависимости от индекса массы тела.
Материал и методы. В исследование включены 122 женщины в постменопаузе: 80 пациенток с ОАСК и 42 женщины без суставной патологии. Лабораторный анализ проведен у 88 участниц (60 с ОАСК и 28 в контрольной группе). Пациентки с ОАСК были распределены по ИМТ на подгруппы: нормальная масса тела (n=20), избыточная масса тела (n=20) и ожирение (n=20). В сыворотке крови определяли уровни ИЛ-6, ИЛ-1β, лептина, хемерина, адипонектина, С-реактивного белка (СРБ), витамина Д и олигомерного матриксного белка хряща (COMP). Статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов, различия считались значимыми при $p < 0,05$. Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента Спирмена.
Результаты. У пациенток с ОАСК выявлен статистически значимо более высокий уровень лептина по сравнению с контрольной группой (17,7 [13,53; 24,98] против 7,2 [5,35; 8,92] нг/мл; $p < 0,001$), тогда как уровень адипонектина наоборот в группе с ОАСК был ниже (587,75 [358,14; 880,5], чем в группе контроля – 870 [642,5; 919,05] нг/мл; $p=0,02$). Уровни ИЛ-6, ИЛ-1β, хемерина, СРБ и COMP существенно не различались между группами. При разделении пациенток с ОАСК по ИМТ установлено, что уровень лептина достоверно увеличивается с ростом массы тела и достигает максимальных значений при ожирении ($p=0,006$). Аналогичная тенденция выявлена для COMP, концентрация которого возрастала по мере увеличения ИМТ ($p < 0,001$). Уровни ИЛ-6, хемерина, адипонектина и витамина Д статистически значимо не зависели от ИМТ.
Выводы. *У пациенток с ОАСК формируется провоспалительный профиль, характеризующийся повышением уровня лептина и снижением противовоспалительного адипонектина. С увеличением ИМТ статистически значимо повышается концентрация лептина и COMP.*

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА: НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Урясьев О.М.[1], Пономарева И.Б.[1], Берстнева С.В.[1], Глотов С.И.[1], Юневич Е.А.[2], Глухова Т.А.[2], Кольцова В.В.[1], Мелихова А.А.[1]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Россия

[2] ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

Актуальность. Синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) страдает более 35% мужчин и 18% женщин в мире (M.M. Lyons, 2020). Среди пациентов с СОАС ишемическую болезнь сердца (ИБС) имеют 30–58%, хроническую сердечную недостаточность (ХСН) – до 53%, аритмии – до 50%, (А.Л. Калинкин, 2022), до 44% – предиабет и сахарный диабет 2-го типа (СД2) (L. Miao, 2026). СОАС, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения углеводного обмена – патогенетически взаимосвязанные заболевания, требующие совместной диагностики и лечения.

Цель. Установить ассоциацию обструктивного апноэ сна с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и нарушениями углеводного обмена; выявить предикторы развития тяжелого синдрома обструктивного апноэ сна.

Материал и методы. Обследованы 43 пациента с ожирением 2–3 степени (м./ж. – 30/13), предъявляющих жалобы на остановки дыхания во сне. Возраст –53,0 [44,0;63,0] года, индекс массы тела (ИМТ) 39,6 [35,4; 43,8] кг/м^2, окружность талии 130,0 [127,0; 136,0] см, окружность шеи 46,3 [45,0; 48,0] см. СД2 отмечен у 30,2%, нарушенная гликемия натощак (НГН) – у 23,3%, гипертоническая болезнь – 44,2%, ИБС: стабильная стенокардия напряжения – 37,2%, ХСН – 27,9%, аритмии – 23,3%. Проведено клинико-лабораторное обследование, анкетирование с использованием Шкалы Эпворта и опросника STOP–Bang, кардиореспираторный мониторинг (КРМ) (Medibyte MP–8 Braebon, Канада), эхокардиография, ультразвуковое исследование (УЗИ) подбородочной области.

Результаты. Выявлено преобладание тяжелой степени СОАС по данным анкетирования (61,0%) и КРМ (58,6%). У пациентов с индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ) >30 отмечено значимое превышение массы тела (p=0,034), ИМТ (p=0,017), снижение ЛПВП (p=0,030), min значения SpO_2 (p <0,001), среднего значения SpO_2 (p=0,004), кумулятивного времени с SpO2 ниже 88% (p=0,007), фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) (p=0,043), увеличение толщины боковой стенки глотки (Lateral pharyngeal wall thickness, LPWT) (p=0,041). Выявлена корреляция ИАГ с ИМТ (r=0,613, p=0,004), шкалой Эпворта (r=0,687, p=0,009), HbA1c (r=0,603, p=0,038), LPWT (r=0,691, p=0,008). Пациенты с ИБС и ХСН имели большее общее количество апноэ (p=0,041 и p=0,014), с нарушениями ритма – гипопноэ (p=0,029). У пациентов с СД2 и НГН в сравнении с пациентами с нормогликемией отмечено значимое повышение общего количества апноэ, кумулятивного времени с SpO_2 ниже 88%, конечно–систолического размера ЛЖ, толщины задней стенки ЛЖ, массы миокарда ЛЖ, LPWT, снижение ФВЛЖ. При прогнозировании тяжелой степени СОАС по данным ROC-анализа хорошую прогностическую значимость показали параметры: масса тела (отрезная точка >112 кг), ИМТ (>37,16 кг/м^2), LPWT (>20 мм).

Выводы. *Установлена ассоциация тяжести СОАС с сердечно-сосудистыми заболеваниями и нарушениями углеводного обмена. Параметры: масса тела (>112 кг), ИМТ (>37,16 кг/м^2), показатель LPWT (>20 мм) являются предикторами тяжести СОАС и могут быть использованы при его прогнозировании.*

ОТ СЛЕПЫХ ЗОН К ТОЧКАМ РОСТА: КАК ПРЕВРАТИТЬ ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРИЕМ В ИНСТРУМЕНТ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Усачева Е.В.[1], Друк И.В.[2], Куликова О.М.[3], Викторова И.А.[2]
[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия
[2] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, город Омск, Россия
[3] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Владивостокский государственный университет, Россия

Актуальность. ИБС – состояние с высоким риском острых сосудистых событий, отражающихся на социальной жизни общества через утрату трудоспособности, снижение качества жизни, увеличения затрат системы здравоохранения. В основе предотвращения фатальных событий при ИБС лежит диспансерное наблюдение (ДН) как инструмент кардиоваскулярной профилактики, направленный на контроль факторов риска и мониторинг эффективности лечения. Однако качество реализации процедуры ДН в первичном звене часто остается неоцененным.
Цель. Оценить качество ДН у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), перенесших инфаркт миокарда (ИМ), и выявить системные дефекты ведения, определяющие разрыв между клиническими рекомендациями и реальной практикой.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации пациентов с ГБ, перенесших ИМ в 2025 г. Оценивалось качество диспансерного наблюдения в предшествующий ИМ календарный год на основании анализа полноты сбора анамнеза, физикального исследования, назначения лабораторно-инструментальных исследований и достижения целевых уровней контролируемых показателей состояния здоровья. Изучались соответствие проведенных мероприятий клиническим рекомендациям ID 62 и приказу 168н.
Результаты. Установлено, что при проведении расспроса пациента с ГБ жалобы на одышку и кардиалгии не детализируется в 65% случаев. При анализе качества физикального исследования установлено, что в 85% случаев не проводилась аускультация сонных/почечных артерий и в 75% не проводилось измерение окружности талии. Выявлен значимый уровень терапевтической инертности: несмотря на недостижение у 25% пациентов целевых значений ХС ЛПНП и целевого уровня АД в записи врача в 95% случаев отсутствовала информация о коррекции гиполипидемической и/или гипотензивной терапии. В 80% случаев отсутствовало указание на оценку приверженности лечению. В 90% записей отсутствовал план диспансерного наблюдения на следующий период.
Выводы. *Существует разрыв между клиническими рекомендациями и реальной клинической практикой. Внедрение стандартизированных шаблонов и усиление контроля за качеством оформления первичной медицинской документации являются приоритетными направлениями повышения эффективности диспансерного наблюдения.*

ЛЕЧЕНИЕ HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧ-ТЕРАПЕВТА

Ухтерова Н.Д.[1], Журавлева Н.В.[1], Диомидова В.Н.[1], Гурьянова Е.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
[2] ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью *Helicobacter pylori*-инфекции, ее ролью в развитии серьезных гастроинтестинальных осложнений (в том числе рака желудка), ростом антибиотикорезистентности и необходимостью оптимизации эрадикационной терапии в условиях амбулаторной практики участкового терапевта.
Цель. Оценить эффективность и приверженность к эрадикационной терапии *H.pylori* при применении стандартизированного алгоритма ведения пациентов в амбулаторных условиях поликлиники.
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 124 амбулаторных карт пациентов с подтвержденным *H.Pylori*-ассоциированным гастритом, получавших лечение в 2024–2025 гг. в БУ «Центральная городская больница». В качестве схем первой линии использовали тройную терапию (ИПП+кларитромицин+амоксициллин) либо висмутсодержащую квадротерапию, продолжительность курса – 14 дней. Приверженность лечению оценивали с помощью опросника Morisky Green, контроль эрадикации выполняли посредством 13С уреазного дыхательного теста спустя 4 нед. после завершения терапии.
Результаты. Эффективность эрадикации при тройной терапии составила 73,5% (37 из 51), при квадротерапии – 89,7% (65 из 73); различия статистически значимы ($p < 0,05$). Приверженность была выше в группе квадротерапии: 80,8 против 68,6%. При этом побочные эффекты (тошнота, диарея, металлический привкус) чаще встречались при квадротерапии (34,2 против 23,5%), как и отказы от лечения (9,6 против 5,9%). Существенное влияние на исход оказывали организационные меры: консультирование, памятки и телефонные напоминания достоверно повышали приверженность и улучшали результаты эрадикации.
Выводы. *Внедрение стандартизированного подхода в амбулаторной практике способствует повышению результативности эрадикации H.pylori. Ключевыми факторами являются выбор схемы терапии с учетом локальной резистентности, соблюдение длительности курса и целенаправленное повышение комплаентности.*

РОЛЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Фабрицкая С.В.[1], Стаценко М.Е.[1], Деревянченко М.В.[1], Макаров Л.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия
[2] Beijing Information Technology College, г. Пекин, Китай

Актуальность. Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ожирения характеризуется высокой распространенностью и обусловливает необходимость изучения роли низкоинтенсивного воспаления в прогрессировании ригидности артерий.
Цель. Оценить взаимосвязь параметров низкоинтенсивного системного воспаления и толщины эпикардиальной жировой ткани с показателями ригидности магистральных артерий у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ожирением.
Материал и методы. Обследованы 235 пациентов с предстадией и стадией 1 ХСН, I–III функционального класса (ФК) ишемического генеза в возрасте 40–65 лет. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты разделены на 3 группы: 1-я – с нормальным ИМТ (n=76), 2-я – с избыточным ИМТ (n=81), 3-я – с ожирением 1–2 степени (n=78). Проводилась оценка скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа (СРПВэ), определение толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) методом ЭхоКГ, а также измерение сывороточных уровней С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-а).
Результаты. У больных ХСН с ожирением (3-я группа) зафиксирован достоверный рост маркеров системного воспаления в сравнении с лицами с нормальным ИМТ: СРБ – 5,8 [4,1; 7,6] vs 2,1 [1,3; 3,2] мг/л (p <0,001); ИЛ–6 – 6,4 [4,2; 8,9] vs 2,3 [1,5; 3,4] пг/мл (p <0,001); ФНО-а – 5,2 [3,8; 6,9] vs 2,0 [1,2; 2,8] пг/мл (p <0,01). СРПВэ в 3-й группе была статистически значимо выше, чем в 1-й и 2-й группах (10,8 [9,2; 12,9] vs 8,6 [7,4; 9,8] и 9,2 [8,1; 10,4] м/с соответственно; p1 <0,001, p2 <0,01), а доля пациентов с СРПВэ >10 м/с составила 82% в 3-й группе против 57% в 1-й и 65% во 2-й (p <0,01). Корреляционный анализ у пациентов 3-й группы выявил статистически значимые прямые связи СРПВэ с уровнями СРБ (r=0,56; p <0,01), ИЛ–6 (r=0,61; p <0,001) и тЭЖТ (r=0,735; p <0,001). Также установлена выраженная прямая зависимость между тЭЖТ и провоспалительными цитокинами (СРБ: r=0,52; ИЛ–6: r=0,58; p <0,01).
Выводы. *Прогрессирование артериальной ригидности у больных ХСН при присоединении ожирения тесно ассоциировано с нарастанием низкоинтенсивного системного воспаления и гипертрофией эпикардиального жира.*

ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАЦИИ НА МЕДИЦИНСКИЙ ИСХОД

Фалунина А.А.
ООО «ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА», г. Ярославль, Россия

Введение. На выступлении хотелось осветить для коллег как грамотная коммуникация с пациентом способна направить в нужное русло действия пациентов, а также сэкономить время и ресурсы пациента до купирования симптоматике.
Описание случая. В введение будет представлена небольшая статистика обращения к врачу терапевту с соматоформными расстройствами по частоте обращений к врачу (какой по счету был визит до решения запроса пациента) и как именно коммуникация помогла решить клинический случай и сподвигнуть пациента к правильному лечению. Далее будет описание клинического случая: Пациентка, 72 года. Жалобы на ощущение нехватки воздуха. Обследована пульмонологом, аллергологом, терапевтом (3 раза), неврологом. Рекомендации не помогают, патологии не выявлено (КТ, спирометрия, анализы). С позиции грамотной коммуникации у пациентки был проведен более подробный опрос, в ходе которого выяснилось, что у нее умер муж, с которым она всю жизнь. В ходе беседы мы поняли, что данная симптоматика возникает, когда она думает о муже и о своем одиночестве (пациентка проживает одна). На повторном приеме пациентка отметила значительное улучшение симптоматики и улучшения, что крайне важно для наших пациентов – качества жизни.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Это один из многочисленных клинических случаев, доказывающий, что при применении навыков медицинской коммуникации мы напрямую влияем на клинический исход и качество жизни пациентов, ведь врач лечит словом...А также экономим существенное время и ненужные пациенту обследования.*

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Федина Е.А., Пикунова И.Н.
ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой», г. Москва, Россия

Актуальность. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела среди других злокачественных опухолей занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности. В большинстве случаев поверхностные эпителиальные новообразования ободочной и прямой кишки достаточно долго протекают бессимптомно и единственным способом их выявления служат скрининговые исследования. Своевременная полипэктомия при колоноскопии является профилактикой развития колоректального рака.
Цель. Актуальность проведения колоноскопии пациентам без клинических симптомов.
Материал и методы. Колоноскопия и статистический анализ.
Результаты. С целью оценки частоты выявления полипов при колоноскопии у пациентов без жалоб проведен анализ 204 пациентов, находившихся на госпитализации в терапевтическом отделении № 1 ЦКБ. Из них 93 пациентам в возрасте от 26 до 91 года выполнена колоноскопия, что составляет 45% от всех проанализированных пациентов. При колоноскопии 52% пациентов выполнена полипэктомия, из них 44% – женщин в возрасте от 35 до 88 лет, средним возрастом 62 года и 56% мужчин в возрасте от 42 до 89 лет, средний возраст которых составил 56 лет. При гистологическом исследовании обнаружено: в 67% случаев тубулярная аденома низкой степени дисплазии, в 10% – зубчатая аденома и в 35% – гиперпластический полип толстой кишки. Выявлено три случая диагностированной впервые аденокарциномы толстой кишки, G1 и один случай плоскоклеточного рака, ассоциированного с ВПЧ. Семи пациентам, пять из которых мужского пола, было необходимо удаление в условиях хирургического стационара выявленных образований размерами более 1 см на толстой ножке.
Выводы. *Проведенное исследование показывает диагностическую ценность эндоскопических исследований в рамках своевременного удаления образований, тем самым предотвращая их малигнизации.*

НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Федотова Л.В.[1], Попов А.А.[1], Палабугина П.А.[2]
[1] ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия
[2] ГБУЗ СО ЦГКБ 6, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение являются в настоящее время глобальной проблемой. Стремительно растет количество заболеваний, ассоциированных с ожирением. Коррекция питания является ключевым фактором профилактики и лечения больных с ожирением.
Цель. Анализ приверженности здоровому питанию пациентов терапевтического стационара ГБУЗ СО ЦГКБ № 6, г. Екатеринбург.
Материал и методы. В одномоментное исследование было включены 73 пациента терапевтического стационара ГБУЗ СО ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга, которым было предложено ответить на вопросы анкеты, представляющие сведения о росте и весе, пищевых привычках (количество приемов пищи в сутки, предпочтительные категории продуктов, вид кулинарной обработки), а также предлагалось дать оценку своего питания. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы Microsoft Excel.
Результаты. ИМТ (индекс массы тела) у 73% больных расценивался как избыточная масса тела/ожирение, у 20% был в норме, у 7% наблюдался дефицит массы тела. При анализе анкет выявлено, что 22% пациентов питаются 1–2 раза в день, 50% – 3–4 раза, 15% – 5–6 раз, 13% – более 6 раз (в том числе поздно вечером и ночью).
Среди предпочтительных продуктов 82% называют обработанное мясо (колбаса, копчености), фастфуд, полуфабрикаты, сладости (в том числе сладкие напитки), считая, что питаются хорошо. Значительная часть больных (78%) не связывает характер питания с развитием заболеваний, ассоциированных с ожирением. Тема питания поднимается только по инициативе врача!
Выводы. *1. Ключевой фактор низкой приверженности здоровому питанию – нет мотивации и понимания последствий ожирения. 2. Пациенты не считают соблюдение режима питания важным фактором для сохранения здоровья. 3. Большинство больных считают свое питание правильным (несмотря на повышенный ИМТ).*

**«ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ:
ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ – ХИРУРГИЧЕСКИЙ СКАЛЬПЕЛЬ
ИЛИ КОНСЕРВАТИВНЫЙ ЩИТ»**

Филатова М.В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Введение. Клиническая картина ПГА вариабельна: от манифестной гипокалиемии с тяжелыми нервно-мышечными и кардиальными нарушениями до изолированной резистентной АГ. Несвоевременная диагностика приводит к прогрессированию поражения сердечно-сосудистой системы, почек и метаболических нарушений. Выбор метода лечения: хирургического или консервативного напрямую зависит от корректной дифференциальной диагностики.
Описание случая. Клинический случай № 1. Пациентка, 38 лет. В 2023 г. повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Была подобрана комбинированная антигипертензивная терапия. Летом 2024 г. пациентка отмечает резкое ухудшение самочувствия, появляются жалобы на быструю утомляемость, отеки ног, выраженные запоры, дискомфорт в области сердца, снижение остроты зрения и памяти. В октябре 2025 г. калий – 3,3 ммоль/л, ренин – менее 0,5 мкМЕ/мл, альдостерон – 459,0 пг/мл. КТ надпочечников: в латеральной ножке левого надпочечника определяется овальной формы гиподенсное образование размерами 20×12×18 мм, плотностью в нативную фазу до 7 HU, с паттерном контрастирования, характерным для аденомы. Согласно клиническим рекомендациям, показана односторонняя адреналэктомия. Выполнена лапароскопическая адреналэктомия слева. Гистологическое заключение: светлоклеточная аденома надпочечника. И как итог нашего 1-го клинического случая, мы достигли полной нормализации уровня калия в крови и отмены 4-компонентной гипотензивной терапии.
Клинический случай № 2. Пациент, 46 лет. С 40 лет пациент отмечает появление повышения АД до 220/110 мм рт. ст. Пациент находился на 5-компонентной антигипертензивной терапии. Целевые цифры АД достигнуты не были. По данным КТ ОБП выявлено образование левого надпочечника в латеральной ножке размерами 17×17×11 мм; гиперплазия правого надпочечника. Альдостерон–ренинового соотношение (АРС) – 420,4 пг/мл; альдостерон – 483,5 пг/мл (значительно выше нормы); ренин прямой – менее 1,15мкМЕ/мл (снижен). Показатели кортизола и метанефринов в пределах нормы. Учитывая двусторонний характер поражения надпочечников, пациенту показано проведение ССВЗК для дифференциальной диагностики односторонней и двусторонней гиперпродукции альдостерона, что определит выбор метода лечения – хирургического или консервативного.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленные клинические случаи демонстрируют два различных варианта манифестации первичного гиперальдостеронизма – одной и той же нозологии, требующей, однако, принципиально разного подхода к диагностике и лечению.*

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И РАСЧЕТ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ РИСКОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Фомина Е.И.[1], Саможенова П.С.[1], Саморукова Е.И.[1], Ахмедярова Л.Б.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия
[2] Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», г. Москва, Россия

Введение. По данным Росстата заболеваемость патологией дыхательной системы с 2019 по 2022 г. выросла с 353,5 до 422,0 на 1000 населения. С 2020 г. выросло количество плановых оперативных вмешательств (с 279 тыс. до 371 тыс.). Рассмотрен клинический случай пациента с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с оценкой функционального статуса (ФС) и расчетом рисков периоперационных осложнений (РПО).
Описание случая. Пациент Т., муж., 68 лет: ХОБЛ: GOLD 3, CAT 16 баллов, mMRC 3–4, частые обострения (2 в год). ДН 1 степени. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после ТБКА со стентированием ПНА и ПКА. АКШ. Гипертоническая болезнь 3 стадии, контролируемая АГ, риск ССО 4. ХСН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ, стадия 1, ФК 2. Сахарный диабет 2-го типа. Левосторонняя паховая грыжа. Планируется герниопластика. 1. Спирометрия: Обструктивная форма кривой поток–объем. Обструктивные нарушения тяжелой степени (ОФВ1=36%=1,05 л) с воздушной ловушкой (ОФВ1/ФЖЕЛ=0,31) и без снижения ЖЕЛ (ЖЕЛ=86%=3,30 л). 2. Диффузионная способность легких: Диффузионные нарушения легкой степени: TLCO=71%, KCO=115%. 3. Бодиплетизмография: Общая емкость легких в пределах нормы: TLC=107%. Увеличение остаточных объемов легких: RV=177%. 4. ЭхоКГ: Небольшой диффузный гипокинез. Симметричная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Умеренное расширение левого предсердия. Расширение правого предсердия и желудочка. Эхопризнаки атеросклероза аорты. 5. Оценка по международным шкалам: Шкалы MHOAP, Caprini, RCRI, NSQIP MICA, ASC NSQIP прогнозируют высокие РПО, шкалы POSSUM, (PMP) S–PMP, риск послеоперационной пневмонии Гупты, AUB–HAS2 – средние РПО, шкалы Woo Perioperative Risk, ARISCAT, риск послеоперационной дыхательной недостаточности Гупты – низкие РПО. 6. Индекс DASI: VO2max = 21.945 мл/кг/мин, MET = 6,27 7. Тест 6-минутной ходьбы (ТШХ): удовлетворительная толерантность к физической нагрузке, хороший ФС: VO2max = 20,70 мл/кг/мин., MET=5,91. Несмотря на низкие показатели оценки легочной системы и противоречивые результаты расчетных шкал РПО, по данным ТШХ и DASI пациент имеет удовлетворительную толерантность к физической нагрузке и хороший ФС. Выполнена операция. В течение 30 дней осложнений не было.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Использование одной спирометрии недостаточно для расчета РПО у коморбидных пациентов с заболеваниями легких. Золотым стандартом более точного расчета РПО является оценка функционального статуса пациента с помощью нагрузочных тестов (кардиореспираторный нагрузочный тест, ТШХ).*

ГИСТИОЦИТАРНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЛИМФАДЕНИТ КИКУЧИ–ФУДЗИМОТО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Фоминых М.И., Вахитова Е.Б., Дорохина К.Р., Попов А.А., Хромцова О.М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Болезнь Кикучи–Фуджимото (БКФ) – редкий доброкачественный подострый лимфаденит неизвестной этиологии. Пик: до 30 лет, женщины (4:1). Диагноз – по биопсии лимфоузла(л/у). Этиотропного лечения нет.
Описание случая. Пациентка, 25 лет, поступила в терапевтическое отделение осенью 2025 года с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, увеличение шейных л/у. Из анамнеза заболевания: первый эпизод шейной лимфаденопатии с острым дебютом зарегистрирован в 2021 г. Повторный рецидив – весной 2025 г. В периоды обострений отмечен утренний подъем температуры тела до субфебрилитета и последующей нормализацией к вечеру. Катаральных явлений не наблюдалось. Анамнез жизни без особенностей. Температура 37,8 °С, бледность, увеличение шейных л/у (безболезненных, подвижных). ЧДД – 19, SpO_2 – 92%, пульс – 88, АД – 118/78. Печень увеличена (+2 см), селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. ОАК: СОЭ – 5; лейкоциты – $5{,}73\times10^9$/л; эритроциты $4{,}73*10^{12}$/л; гемоглобин – 68 г/л; тромбоциты – 550×10^9/л. Биохимический анализ крови в пределах нормы, снижено железо и ферритин. РФ норма. ОАМ без патологии. Посев мочи: *Escherichia coli* – бактериурия – 103 КОЕ/мл. Посев крови: нет роста микрофлоры. ВИЧ, гепатит В, С-отриц. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 76 в мин. ФГДС: Катаральный гастродуоденит. КТ: аденопатия нижнего шейного л/у, изменений в легких не выявлено. Гепатоспленомегалия. Исключены лимфопролиферативные заболевания. Биопсия шейных л/у: морфологическая картина соответствует лимфоаденопатии Кикучи–Фуджимото (некротическая стадия). ПЦР ВПГ 1, 2, 6 типа, ЦМВ, вирус Эпштейна–Барр – отриц. Антинуклеарный фактор, антитела к двуцепочечной ДНК – отриц. Диагноз: БКФ, рецидивирующее течение, шейная локализация. ЖДА тяжелой степени тяжести. На фоне лечения самочувствие улучшилось, гемоглобин – 104 г/л, выписана на 8-е сутки с рекомендациями продолжить терапию препаратами железа.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Представленный клинический случай подтверждает необходимость мультидисциплинарного подхода к диагностике лимфаденопатий и обязательного гистологического исследования как «золотого стандарта» верификации БКФ.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ И НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Фоминых М.И., Евстигнеева Л.П.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Несмотря на доказанную эффективность антиостеопоротических препаратов (АОП) в клинических исследованиях, в реальной практике их воздействие на частоту повторных переломов часто оказывается ниже ожидаемого. Одной из главных причин является низкая приверженность пациентов к терапии. Изучение частоты повторных переломов через 12 мес. наблюдения позволит оценить эффективность лечения в условиях клинической практики с учетом фактической приверженности пациентов.
Цель. Оценить влияние АОП на частоту повторных переломов через 12 мес. наблюдения в реальной клинической практике.
Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование 603 пациентов в возрасте 60 лет и старше, обратившихся в службу профилактики повторных переломов (СППП) с низкоэнергетическими переломами. Анализ данных включил оценку частоты новых переломов за 12 мес. наблюдения, приверженность к АОП лечению. Проведено сравнение двух групп пациентов с регулярным (комплаенс более 80%) приемом АОП препаратов и не принимающих или нерегулярно принимающих патогенетическую терапию. Статистический анализ проведен при помощи программ IBM SPSS Statistics 26 версия и Microsoft Excel 2013.
Результаты. В исследование включены 603 пациента с низкоэнергетическими переломами, из них 42 (6,9%) мужчин и 561 (93,1%) женщин. На первичном приеме пациентам рекомендовано дообследование и назначено время приема для старта АОП.
На повторный прием через 12 мес. явилось 346 (57,3%) человек. Препараты кальция и/или витамина D3 принимали регулярно 342 (98,8%) человек. 251 (72,5%) принимают рекомендованную АОП через 12 мес. 95 (27,5%) пациентов из 346 не начали прием АОП.
За 12 мес. наблюдения у 14 человек из 346 зафиксированы повторные переломы. Анализ причин повторных переломов у 14 пациентов: 12 не принимали рекомендуемую АОП, 1 пациентка принимала нерегулярно и 1 регулярно получала данное лечение. Через 12 мес. регулярное лечение АОП получали 190 (54,9%) человек. Из них только 1 пациентка имела повторный перелом в течение первого года после индексного. При сравнении двух групп (группа 1 (n=190): регулярный прием АОП, группа 2 (n=156): нерегулярный прием/отказ от АОП), были получены статистически достоверные результаты (χ^2 =12,17; p <0,001), подтверждающие эффективность АОП в профилактике повторных переломов. Относительный риск переломов при отсутствии терапии составил 15,83 (95% ДИ: 2,08–120,5).
Выводы. *Регулярная АОП ассоциирована с 15-кратным снижением риска повторных переломов (0,53 vs 8,33%; p <0,001); общая частота – 4,1%. Отказ от лечения – основная причина переломов. Низкая приверженность и нерегулярное наблюдение остаются главными проблемами у пациентов высокого риска.*

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) ПОД МАСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Хайбуллина А.М., Хайбуллина А.М.
[1] ГБУЗ РБ Поликлиника № 43 г. Уфы, г. Уфа, Россия

Введение. ГЛПС – острое вирусное природно–очаговое заболевание, вызываемая хантавирусом. В 3–5% случаев ГЛПС может протекать в атипичной форме. В настоящее время врачи в своей клинической практике стали чаще наблюдать стертое и атипичное течение ГЛПС, в которых отсутствуют патогномичные симптомы, что приводит к задержке постановки диагноза, поздней госпитализации пациента и возникновению тяжелых осложнений.
Описание случая. Пациент Ш., 37 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,5 °С. На 4-й день обратился в поликлинику к терапевту. ПЦР тест на COVID-19 отрицательный. Выставлен диагноз ОРВИ. Назначен умифеновир и ибупрофен. На следующий день вызвал СМП в связи с рвотой темным содержимым. Выставлен предварительный диагноз желудочно-кишечное кровотечение, доставлен в ГКБ. Осмотрен хирургом. Данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Рентген легких: снижение пневматизации легочной ткани за счет сгущения и деформации легочного рисунка. Двусторонняя полисегментарная пневмония? Был перенаправлен с диагнозом пневмония в инфекционную больницу.
При поступлении состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, температура тела 38 °С. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены, налета нет. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены, не пальпируются. Язык влажный, легкий беловатый налет. Дыхание носовое свободное, выделений нет. Аускультация легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. При аускультации сердца ритм правильный, тоны приглушены. ЧСС 90 ударов в минуту. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, произвольное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный.
В общем анализе крови тромбоцитопения 104×10^9/л, лейкоциты $6{,}8\times10^9$/л, СОЭ 26 мм/ч.
В биохимическом анализе крови выявлено повышение мочевины 9,8 ммоль/л и креатинина 139 мкмоль/л, АЛТ 162 Ед./л, АСТ 128 Ед./л, СРБ 137 мг/л. В анализе мочи выявлена протеинурия. УЗИ почек: диффузные изменения паренхимы почек. В связи с подозрением на ГЛПС назначен МФА. Диагноз ГЛПС был подтвержден нарастанием титра антител к хантавирусам в 4 раза.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *В данном клиническом случае не было характерной для ГЛПС боли в пояснице, олигоанурии. Периваскулярная инфильтрация, обусловленная действием вируса на сосуды, была ошибочно интерпретирована как полисегментарная пневмония. Учитывая летне–осеннюю сезонность ГЛПС, необходимо тщательно собирать эпидемиологический анамнез.*

ЖЕСТКОСТЬ СЕЛЕЗЕНКИ ПО ДАННЫМ ТРАНЗИЕНТНОЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Халилова К., Мисан И.А., Кобалава Ж.Д.
ФГАОУ ВО Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва и МО, Россия

Цель. Изучить показатели жесткости селезенки (ЖС), определенные методом непрямой транзиентной эластометрии, у пациентов с ХСН различных функциональных классов (ФК) по NYHA и оценить взаимосвязь жесткости селезенки с клинико-функциональными параметрами.
Материал и методы. В проспективное наблюдательное исследование включены 105 пациентов с верифицированным диагнозом хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–IV ФК по NYHA (средний возраст – 74,2±7,5 года; мужчины – 58,3%). Всем участникам проводили стандартное физикальное, лабораторно-инструментальное обследование, включая определение уровня NT-proBNP и эхокардиографию. Функциональный класс ХСН определяли согласно классификации NYHA. Толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью теста с 6-минутной ходьбой, тяжесть клинических проявлений СН – по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). ЖС определяли методом непрямой транзиентной эластометрии на аппарате FibroScan Echosens Expert 603 (Франция).
Результаты. Отмечены статистически значимые различия ЖС между функциональными классами ХСН по NYHA ($r=0,6$, $p<0,001$). Медиана ЖС последовательно увеличивалась при повышении ФК ХСН: при ХСН I ФК – 21,9 [18,0–29,0] кПа, II ФК – 23,4 [14,4–30,6] кПа, III ФК – 36,7 [21,6–57,5] кПа, IV ФК – 43,8 [28,1–77,5] кПа. Выявлена прямая корреляционная связь ЖС с тяжестью СН по ШОКС ($p<0,001$) и обратная корреляционная связь ЖС с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ), ($r=–0,4$; $p<0,050$). У пациентов ФВЛЖ <50% медиана ЖС была значимо выше и составила 37,6 [22,6–59,0] против 20,4 [12,7–30,2] кПа у лиц с ФВЛЖ ≥50% ($p<0,010$). Статистически значимой взаимосвязи между ЖС и уровнем NT-proBNP не выявлено ($p>0,050$).
Выводы. *Жесткость селезенки, определяемая методом непрямой транзиентной эластометрии, увеличивается при повышении ФК ХСН по NYHA и связана с выраженностью клинических проявлений СН и снижением ФВЛЖ. Полученные результаты позволяют рассматривать ЖС как перспективный неинвазивный дополнительный маркер тяжести.*

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хунхинова С.А.
НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия

Актуальность. Резистентная артериальная гипертензия (РАГ) ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Ренальная денервация (РДН) доказала краткосрочную эффективность при РАГ, однако ее долгосрочное влияние на артериальное давление (АД) и органы-мишени недостаточно изучено. Новым прогностическим критерием контроля АД является время систолического АД в целевом диапазоне (ВЦД), однако данные о влиянии РДН на ВЦД и связи этого показателя с органопротективным эффектом при наблюдении более 3 лет отсутствуют.
Цель. Оценить долгосрочную антигипертензивную эффективность ренальной денервации и ее кардионефропротективное влияние у пациентов с резистентной АГ в зависимости от выраженности снижения АД и его времени в целевом диапазоне.
Материал и методы. В анализ включены 89 пациентов с истинной резистентной АГ, участников исследований РДН (ClinicalTrials.gov NCT01499810 и NCT02667912), завершивших ≥3 лет наблюдения (медиана 5 лет, диапазон 3–9 лет). Всем пациентам выполняли ЭхоКГ с оценкой массы миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ), определение рСКФ (CKD–EPI) и темпов ее ежегодного снижения, а также суточное мониторирование АД (АД–24). Первичной конечной точкой было снижение САД-24; вторичными – достижение целевого клинического САД (≤140 мм рт. ст.), время САД в целевом диапазоне (ВЦД), доля респондеров (снижение САД–24 ≥5 мм рт. ст.), уменьшение ММ ЛЖ и замедление снижения рСКФ (<3 мл/мин./1,73 м² в год).
Результаты. Средний возраст больных –61,8±9,57 года, 42 (47,2%) мужчин, клиническое САД 167,2±17,8/92,7±15,6 мм рт. ст., несмотря на прием в среднем 4 (от 3 до 6) антигипертензивных препаратов, 39 (44%) больных СД 2-го типа, 33 (37%) больных с ХБП С3, 71 (80%) лиц с ИМТ>30 кг/м^2. По результатам долгосрочного наблюдения было отмечено значимое снижение как клинического, так и среднесуточного АД (p <0,01 для обоих показателей), без ускорения темпов ежегодного снижения рСКФ (в среднем 2,18 мл/мин./1,73 м^2/год). Выявлен значимый регресс ММ ЛЖ с 258 [201; 299] до 246 [210; 272] (p=0,041) в основном за счет уменьшения толщины МЖП (p=0,01). Прямых корреляционных связей изменений рСКФ и ММ ЛЖ со степенью снижения АД не обнаружено. Доля респондеров составила 51 (58%). Целевого уровня АД к концу наблюдения достигли 29 (32,6%) больных. Время САД в целевом диапазоне в среднем по группе составило 29,4 %. Частота ВЦД ≤25% составила 46% (n=41); 25–50% – 26% (n=23); более 50 – 28% (n=25). Значимых различий по изменению ММ ЛЖ и рСКФ в зависимости от выраженности ответа на вмешательство и ВЦД не обнаружено, в том числе между группами с ВЦД <25% и >50%.
Выводы. *Ренальная денервация у больных резистентной АГ сопровождается устойчивым антигипертензивным действием и самостоятельным кардионефропротективным эффектом, независящим от выраженности снижения АД и времени нахождения систолического АД в целевом диапазоне по данным от 3 до 9 лет наблюдения.*

ЛИПОПРОТЕИН(А) И ФЕНОТИП СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ 30–39 ЛЕТ

Хутаева З.И.[1], Коновалов Г.А.[1], Чащин М.Г.[2], Мухтаров М.Б.[1], Горшков А.Ю.[2], Драпкина О.М.[2]

[1] Клинико-диагностический центр «МЕДСИ» на Белорусской, г. Москва, Россия

[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Актуальность. Основные шкалы сердечно-сосудистого риска ориентированы преимущественно на лиц старше 40 лет, поэтому риск у молодых взрослых может недооцениваться. Липопротеин(а) [Лп(а)] является генетически обусловленным фактором риска, однако его связь с ранним мультифокальным субклиническим атеросклерозом у лиц 30–39 лет изучена недостаточно. Оценка этой связи может способствовать более ранней стратификации сердечно-сосудистого риска.

Цель. Оценить частоту и фенотип субклинического атеросклероза у лиц 30–39 лет в зависимости от уровня Лп(а).

Материал и методы. Ретроспективный поперечный анализ амбулаторной выборки сети клиник «МЕДСИ» за 2021–2025 гг. Из 1777 лиц без клинически установленных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ) отобраны 302 лица 30–39 лет с данными компьютерной томографии сердца и ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий (БЦА) и артерий нижних конечностей (АНК). Любой субклинический атеросклероз определен при индексе коронарного кальция (ИКК) >0 и/или наличии атеросклеротических бляшек (АСБ) в БЦА или АНК, мультифокальный – при поражении ≥2 бассейнов. Частоты сопоставлены критерием χ^2 Пирсона. Связь Лп(а) ≥50 мг/дл оценена логистической регрессией с поправкой на пол, возраст, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС–ЛНП) и статус курения.

Результаты. Медиана возраста – 37 [34; 38] лет, доля мужчин – 70,5%, медиана Лп(а) –18,5 [6,0; 78,8] мг/дл, Лп(а) <50 мг/дл выявлен у 182 человек, ≥50 мг/дл – у 120. Субклинический атеросклероз выявлен у 115 (38,1%) обследованных, мультифокальный – у 30 (9,9%). При Лп(а) ≥50 мг/дл против <50 мг/дл любой атеросклероз выявлен у 44,2% и 34,1% (p=0,077), ИКК >0 – у 12,5 и 6,6% (p=0,078), АСБ БЦА – у 30,8 и 20,3% (p=0,038), АСБ АНК – у 15,8 и 15,4% (p=0,916), мультифокальный атеросклероз –14,2 и 7,1% (p=0,046). В многофакторной модели уровень Лп(а) ≥50 мг/дл независимо ассоциировался с любым атеросклерозом (отношение шансов (ОШ) 1,70; 95% ДИ 1,04–2,80; p=0,036), мультифокальным атеросклерозом (ОШ 2,53; 95% ДИ 1,14–5,59; p=0,022), ИКК >0 (ОШ 2,47; 95% ДИ 1,07–5,69; p=0,034) и АСБ БЦА (ОШ 1,77; 95% ДИ 1,02–3,07; p=0,041), но не с АСБ АНК (ОШ 1,28; 95% ДИ 0,66–2,50; p=0,463).

Выводы. *У лиц 30–39 лет без АССЗ субклинический атеросклероз выявлен более чем у трети. Независимая связь Лп(а) ≥50 мг/дл с любым и мультифокальным субклиническим поражением указывает на его потенциальную роль в ранней стратификации сердечно-сосудистого риска.*

ЗАВИСИМОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ТИРЕОИДОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Цыганова Ю.В., Кокурина К.А.
ФГБОУ ВО ЧГУ им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Поражение печени при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) индуцирует процессы, напрямую блокирующие действие тиреоидных гормонов: нарушение их конверсии и транспорта, хроническое системное воспаление (метавоспаление) – цитокины нарушают работу рецепторов тиреоидных гормонов (TR-α и TR-β) в клетках печени, мышц и жировой ткани, митохондриальная дисфункция и оксидативный стресс.
Цель. Оценка зависимости вторичной тиреоидорезистентности от значения показателя фиброза печени при НАЖБП.
Материал и методы. Исследование подразумевало ретроспективный анализ амбулаторных карт случайным методом отобранных 110 пациентов с НАЖБП и 52 относительно здоровых наблюдаемых. Обе группы имели нормальные значения гормонов щитовидной железы и гипофиза, не были больны другими заболеваниями и не принимали лекарственные препараты на протяжении последних 3 ме. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Анализы крови оценивали на анализаторе Beckman Coulter AU 680 (США). Транзиентная эластография печени определялась на аппарате Fibrotouch, iLivTouch, Китай. Расчетный индекс тиреоидорезистентности оценивался как отношение Т3 своб. к Т4 своб.
Результаты. Корреляция вторичной тиреоидорезистентности с фиброзом печени статистически доказана, расценивается как обратная, высокая (ρ=–0,787; p <0,001). Результаты контрольной группы не продемонстрировали зависимости между фиброзом печени и индексом тиреоидорезистентности (ρ=0,092; p=0,337). Результаты данного исследования представляются в виде схемы: фиброз (F2–F4) → снижение дейодиназной активности и энергии клеток → падение тканевого Т3 → резистентность рецепторов к гормонам → развитие вторичной (периферической) тиреоидорезистентности.
Выводы. *Чем выше плотность печени при НАЖБП, тем ниже чувствительность организма к тиреоидным гормонам.*

КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЙ СЕПСИС С СЕПТИЧЕСКОЙ ЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ И АСПЕРГИЛЛЕЗОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Чавда Х.А., Нальгиева М.А., Ядва С.
Ингушский государственный университет, Медицинский институт, г. Магас, Россия

Введение. Центральный венозный катетер – незаменимый инструмент интенсивной терапии, однако превышение сроков его стояния ведет к катетер-ассоциированной инфекции кровотока. Наиболее грозные осложнения – септическая тромбоэмболия легочной артерии и грибковая суперинфекция. Представляем случай пациента 30 лет с уникальным коморбидным фоном: металлоконструкция позвоночника, астма, рецидивирующие ЖКК.
Описание случая. Пациент, 30 лет. В анамнезе: спондилодез Th6–Th10 (2019), бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка с рецидивирующими ЖКК на фоне хронического злоупотребления кеторолаком. В частном порядке установлен подключичный катетер справа в связи с отсутствием периферического венозного доступа. Катетер эксплуатировался 2,5 мес. без соблюдения асептики и антикоагулянтной профилактики, использовался для введения кеторолака и фамотидина. Заболел остро: лихорадка 40 °C, холодный пот, боль в груди, резистентная к тримеперидину. Катетер удален. Первичный скрининг очагов инфекции не выявил, пациент выписан. Через сутки – рецидив болей, госпитализация в ОРИТ. Рентгенологически – двусторонняя пневмония. Назначены амоксициллин + клавулановая кислота и левофлоксацин с частичным эффектом. Лабораторно (на фоне антибиотиков): лейкоцитоз $17{,}0\times10^9$/л, лимфопения, ПКТ 2,6 нг/мл, СРБ >80 мг/л (в динамике 256 мг/л), D-димер 2,25 мг/л, общий белок 42 г/л, Hb 105 г/л, MCV 80 фл, MCH 22 пг, MCHC 280 г/л, RDW–CV 18%. КТ ОГК: множественные толстостенные полости деструкции в обоих легких, крупнейшая 48×42 мм в нижней доле правого легкого, солидные очаги до 12 мм, симптом «матового стекла», двусторонний гидроторакс. Заключение: «Грибковое поражение?». Торакальный хирург: абсцедирующая пневмония правого легкого, очаговое образование. Посев мокроты роста не дал. Назначен флуконазол 150 мг/сут. – без эффекта (неактивен в отношении Aspergillus). От назначения вориконазола, метронидазола и анти–MRSA терапии лечащие врачи воздержались, мотивируя дифференциальной диагностикой с туберкулезом.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Сочетание катетер-ассоциированного сепсиса, аспергиллеза и отягощенного коморбидного фона. Длительное стояние ЦВК привело к септической ТЭЛА с абсцессами. Ошибочный выбор Флуконазола отсрочил адекватную терапию. Случай подчеркивает фатальность нарушения сроков эксплуатации сосудистого доступа.*

ВКЛАД ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ, У РАБОТНИКОВ ЧЕРНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ

Чанышев Р.А., Георгинова О.А., Краснова Т.Н., Габбасова Л.А., Домашенко М.А.
МГУ имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия

Актуальность. Черная металлургия – ключевая отрасль экономики РФ с высоким уровнем вредностей: жара, шум, тяжелый труд, тяжелые металлы, сменный график. Каждый фактор способен повышать уровень мочевой кислоты, но их сочетанное действие изучено мало. Гиперурикемия (ГУ) связывает артериальную гипертензию, ХБП, сахарный диабет 2-го типа, дислипидемию и атеросклероз в кардиометаболический континуум. Отечественных исследований о влиянии производственных факторов на гиперурикемию и ХНИЗ у металлургов крайне мало.
Цель. Исследовать вклад профессиональных факторов в развитие хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), протекающих с гиперурикемией, и связанных коморбидных состояний.
Материал и методы. Проведено поперечное исследование на базе АНО ЦКМСЧ г. Магнитогорска. В исследование включены 266 сотрудников ПАО ММК (146 женщин и 120 мужчин, 18–75 лет), стратифицированных на 3 группы по классу условий труда (СОУТ): группа 1 – классы 3,2 и выше (n=134), группа 2 – класс 3,1 (n=86), группа 3 – классы 1–2 (n=46). Уровень мочевой кислоты (МК) определялся количественным методом, ГУ диагностировалась при ≥360 мкмоль/л. Сведения о ХНИЗ получены из медицинской документации по МКБ-10, поведенческие факторы риска – методом анкетирования. Использованы критерий хи-квадрат, точный критерий Фишера, расчет отношения распространенностей (PR) с 95 % ДИ, поправка Бонферрони.
Результаты. Распространенность ГУ в общей выборке составила 22,93%; у мужчин – 40,83%, у женщин – 9,52%. Более 50% участников не были осведомлены о наличии у себя ГУ. Среди ХНИЗ наиболее распространены первичный генерализованный остеоартроз (90,60%), гонартроз (69,17%), коксартроз (54,51%), артериальная гипертензия (44,74%), ожирение (35,34%), дислипидемии (30,08%); подагра выявлена у 7,89% (у мужчин – 15,00%). У мужчин группы 1 по сравнению с группой 2 значимо выше распространенность остеоартроза, коксартроза, гонартроза и деформаций конечностей (PR от 1,24 до 1,65; $p < 0,05$), а также доля курящих ($p=0,010$) и эпизодического злоупотребления алкоголем ($p=0,002$).
Выводы. *Распространенность ГУ среди мужчин ПАО ММК (40,83%) превышает среднероссийские значения. Доказана связь класса условий труда по СОУТ с распространенностью дегенеративных заболеваний суставов у мужчин. Целесообразно включение определения МК, расчета СКФ в периодические медосмотры рабочих.*

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ: ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

Чванченко А.С.[1], Волкова В.А.[1], Герасименко О.Н.[2]
[1]ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Новосибирск, Россия
[2]ГБУЗ НСО Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3, г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и мультифокального атеросклероза (МФА) относится к категории коморбидных состояний с неблагоприятным прогнозом, что требует мультидисциплинарного подхода с использованием шкал для стратификации риска.
Цель. На основании корреляционного и сравнительного анализа определить предикторы неблагоприятного прогноза у пациентов с ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН) и мультифокальным атеросклерозом (МФА).
Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 111 пациентов с ИБС (средний возраст 66,3±8,9 года, доля мужчин (72%), которые проходили стационарное лечение в ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» г. Новосибирска. Оценивались показатели липидного и углеводного обмена, индекс коморбидности Чарльсона, индекс СИТА, шкалы CHA2DS2–VASc и HAS–BLED, а также выживаемость через 1, 2 и 5 лет. Для статистического анализа использованы: коэффициент корреляции Спирмена, критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера, уровень значимости $p < 0,05$.
Результаты. В исследуемой выборке преобладали больные ХСН 1 стадии (78,4%, n=87) с сохраненной ФВ ЛЖ (70,3%, n=78), II функционального класса (ФК) (62,2%, n=69). Гипертоническая болезнь диагностирована в 97,9%, сахарный диабет (СД) – 38,7%, ХБП – 68,5% (n=76), дислипидемия – 94,6% (n=105). Среднее значение СИТА 3,95±1,18 балла, индекса Чарльсона – 7,29±0,23. Прогнозируемая выживаемость по SHFM: 1 год – 95,3%, 2 года – 91,9%, 5 лет – 81,5%. Наиболее значимыми отрицательными предикторами выживаемости явились высокие значения CHA2DS2–VASc ($r = –0,505$; $p < 0,001$), HAS–BLED ($r = –0,446$; $p < 0,001$), ФК ХСН (r от –0,338 до –0,454; $p < 0,001$). Установлена положительная корреляция ФВ ЛЖ с выживаемостью в течение года ($r = 0,637$; $p < 0,001$), двух ($r = 0,651$; $p < 0,001$) и 5 лет ($r = 0,650$; $p < 0,001$). Сравнительный анализ показал, что пациенты с III ФК имели худшие показатели выживаемости и более высокие значения ФК ХСН, HAS–BLED, индекса висцерального ожирения и кардиометаболического индекса по сравнению с ФК I–II. Группы с высоким СИТА (5–6 баллов) отличались старшим возрастом, более высоким индексом Чарльсона и HAS–BLED, более низким уровнем гемоглобина.
Выводы. *У пациентов с ИБС, МФА и ХСН прогноз определяется комплексом факторов, среди которых наиболее значимы повышенные баллы по CHA2DS2–VASc и HAS–BLED, степень СИТА, наличие СД 2-го типа и более высокие классы стенокардии, что важно при стратификации риска и выборе терапевтической тактики.*

ВТОРИЧНАЯ ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Чепурненко С.А.[1], Тельнихина–Наумова Д.А.[2], Косенко В.В.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Обычно дилатационная кардиомиопатия развивается в результате миокардита, либо имеет ишемический генез. Однако некорригированный тиреотоксикоз также может вызвать аналогичные изменения.
Описание случая. Пациент, 32 лет, обратился на прием с жалобами на одышку, неритмичное сердцебиение. Из анамнеза: указанные симптомы с июня 2025 г. Объективно: рост 172 см, вес 83 кг, ИМТ 28 кг/м^2. ЧСС 98 в мин., пульс 88 в мин. Дефицит пульса 10 в мин. АД 126/100 мм рт. ст. На ЭКГ от 20.08.2025: фибрилляция предсердий (ФП) с частотой сокращений желудочков (ЧСЖ) 113–200 уд./мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка с систолической перегрузкой. По данным УЗИ сердца от 26.08.2025: систолическая функция ЛЖ: КДО 248 мл, ФВ 29%. ЛП 54 мм, площадь ПП 30 см^2, ПЖ 34 мм. Диффузный гипокинез миокарда ЛЖ. Умеренная НМК и НТК. Жидкость в плевральной полости слева 7 мм. NTproBNP от 20.08.2025: 1021 (<125) пг/мл. Пациент консультирован эндокринологом 28.08.2025: ТТГ 0,01 (0,3–4,5) мкМЕ/мл, свободный Т3 21,2 (2–4,2) пг/мл, свободный Т4 51,1 (8,9–17,2) пг/мл, антител к тиреопероксидазе >1000 (0–10) МЕ/мл. По данным УЗИ: диффузные изменения в ЩЖ. Увеличение размеров ЩЖ. Узлы обеих долей ЩЖ. Вероятно, диффузно–узловая форма АИТ. Диагноз: Основное заболевание: аутоиммунный тиреоидит, узловая форма, стадия гипертиреоза. Осложнение основного: дисметаболическая кардиомиопатия с нарушением ритма сердца по типу персистирующей формы фибрилляции предсердий, тахисистолии, CHA2DS2–VASc– 1, HAS–BLED –0. Гидроторакс слева. ХСН н ФВ стадия 1 ФК 3. Назначено лечение: сакубитрил/валсартан, бисопролол, эплеренон, ривароксабан, эмпаглифлозин, тиамазол и комбинированный препарат (панкреатин + папаин + рутозид + бромелаин + трипсин + липаза + амилаза + химотрипсин). Через 3 мес. пациент отметил уменьшение одышки и сердцебиения. На ЭКГ: снижение ЧСЖ до 73–86 уд./мин. По данным УЗИ сердца: уменьшение КДО до 168 мл, ЛП до 45 мм, увеличение ФВ до 45%, уменьшение площади ПП до 22 см^2, размера ПЖ до 30 мм. Выпота в плевральных полостях нет. В динамике отмечены нормализация уровня ТТГ, Т3 и Т4, уменьшение NT-proBNP до 400 (<125) пг/мл.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Пациент достиг эутиреоидного состояния и продолжил лечение. В описанном случае декомпенсация была вызвана вторичными изменениями в миокарде на фоне тиреотоксикоза. В связи с этим наряду с терапией ХСН и ФП первостепенной задачей была нормализация функции ЩЖ.*

ИНФАРКТ МИОКАРДА 2-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТА 39 ЛЕТ НА ФОНЕ ПНЕВМОНИИ

Чепурненко С.А.[1], Тельнихина–Наумова Д.А.[2], Косенко В.В.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Большинство пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) имеют стенозы коронарных артерий (КА) ≥50%, при коронарографии (КГ). Однако 1–14% ОИМ возникают при отсутствии обструктивной ИБС.
Описание случая. Пациент П., 39 лет, вахтовик Ямало-Ненецкого автономного округа, госпитализирован с ОИМ 20.10.2023. Анамнез заболевания: с 13.10.2023 – повышение температуры тела до 38 ºС., принимал противовирусные препараты. С 17.10.2023 в связи с сохраняющейся температурой назначен в/м цефтриаксон. 18.10.2023 около 17:00–18:00 появилась боль в грудной клетке, расцененная как ОИМ. При поступлении температура тела 37,2 ºС. Рост 170, вес 82 кг, ИМТ 28,4 кг/м^2. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, крепитация справа. На ЭКГ 18.10.2023: ритм синусовый с ЧСС 96 в мин., Q III и avf, элевация ST II, avf, v1–3. В крови: тромбоцитоз 511 (150–450)109/л, лейкоцитоз 18,4 (4–9)109/л, АСТ 53 (0–35) Ед./л, ЛДГ 412 (135–235) ед/л, КФК 371 (<190) ед./л, тропонин Т 728 (<500) пг/мл, СРБ 231,6 (<5) мг/л, ферритин 1533 (30–400) нг/мл; фибриноген 7,15 (2–4) г/л, протромбиновое время 15,4 (9,2–15) сек., МНО 1,22 (0,85–1,15), АЧТВ 58,2 (25,4–36,9) сек., тромбиновое время 68,6 (10,3–16,6) сек., ПТИ 66%. По данным КГ от 18.10.2023 правый тип кровотока. Стеноз ветви тупого края 30%. По данным СКТ органов грудной клетки 19.10.2023:
В S4 и S8 правого легкого отмечаются перибронхиальные уплотнения размерами до 15 мм. КТ-признаки правосторонней бронхосегментарной пневмонии (БП). ПЦР-тест на SARS-CoV-2 отрицательный. По данным ЭХОКГ от 18.10.2023: фракция выброса 52%. Гипокинез базального нижнеперегородочного, нижнего сегментов ЛЖ. Установлен диагноз Основное заболевание: ИБС. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST нижней стенки без обструкции коронарных артерий от 18.10.2023. Системный тромболизис метализе от 18.10.2023. Стеноз ВТК 30% по данным КГ от 18.10.2023. Осложнения: ОССН Killip I. Сопутствующий: ОРВИ, легкое течение. Острый ларингит. Внегоспитальная БП, нетяжелое течение, реконвалесцент. ДН 0.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай представляет интерес развитием ОИМ у пациента, 39 лет, без значимого поражения КА. Провоцирующим фактором послужило развитие внебольничной БП, сопровождающейся активацией тромбообразования.*

ОЦЕНКА КОРРИГИРОВАННОГО ЛПНП ПЕРЕД ПРИНЯТИЕМ РЕШЕНИЯ ОБ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Чепурненко С.А.[1], Косенко ВВ.[2], Тельнихина–Наумова Д. А.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Липопротеин (а) – уникальный липопротеин, вырабатываемый печенью, с в первую очередь генетически обусловленными концентрациями: кодируется в основном геном LPA. Его значения варьируют от <1 до >200 мг/дл в общей популяции; примерно 20% населения имеют высокие концентрации, соответствующие >50 мг/дл.
Описание случая. Пациент К., 63 лет, обратился на прием к кардиологу с жалобами на приступы неритмичного сердцебиения, повышение АД до 170/100 мм рт. ст. В анамнезе: болеет около месяца. Находился на стационарном лечении в связи с пароксизмом фибрилляции предсердий с 06.07по 10.07.2024, ритм восстановлен. Объективно: рост 175 см, вес 100 кг, ИМТ 32,65кг/м^2, ОТ 120 см, ОБ 125 см. ЧДД 16 в мин. АД 166/97 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, деятельность аритмичная. ЧСС 81 в мин. На ЭКГ от 06.07.2024г. фибрилляция предсердий, ЧСС 100–110 в мин. Нарушение процессов реполяризации в миокарде. УЗИ сердца 23.03.2025: ИОЛП 32,6 мл/м^2, КДО 125 мл, ФВ 63%, МЖП 1,3 см, ЗСЛЖ 1,2 см, ИММЛЖ 122,36г/м^2. По результатам УЗИ БЦА от 23.03.2025 выявлены стенозы внутренних сонных артерий (ВСА) справа 50%, слева 35%. Липидограмма от 18.03.2025 триглицериды 1,07 ммоль/л, холестерин (ХС) общий 4,59 ммоль/л, ХС–ЛПВП 1,24ммоль/л, ХС–ЛПНП 2,86 ммоль/л. Целевые уровни показателей в соответствии с клиническими рекомендациями по дислипидемии не достигнуты. В связи с недостижением целевых уровней ЛПНП у пациента определен уровень Лп (а), отличающегося выраженной атерогенностью, который входит в состав ЛПНП. Лп(а) 215,0 (0–30) мг/дл. При пересчете с учетом поправочного коэффициента (ХС–ЛПНП корригированный= ХС–ЛПНП – 0,3Лп(а)/38,7) ЛПНП корригированный составил 1,19 ммоль/л. Таким образом, увеличение дозы аторвастатина не потребовалось. Установлен диагноз: основное заболевание: Идиопатическое нарушение ритма по типу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, тахисистолии CHA2DS–VASc 1 HASBLED. Сопутствующие: Гипертоническая болезнь III ст., целевой уровень АД не достигнут, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 (очень высокий). Гиперурикемия. Дислипидемия. Ожирение 1 степени. Стенозы ВСА справа 50%, слева 35%.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай представляет интерес высоким уровнем Лп (а) и необходимостью оценки корригированного ЛПНП для определения достижения целевых показателей перед принятием решения об интенсификации статинотерапии.*

СИНДРОМ КАВАСАКИ, ПРИВЕДШИЙ К ИНФАРКТУ МИОКАРДА В 15 ЛЕТ

Чепурненко С.А.[1], Косенко В.В.[2], Тельнихина–Наумова Д.А.[2]
[1] ГБУ РО РОКБ, г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Синдром Кавасаки представляет собой остро протекающее системное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением средних и мелких артерий, развитием деструктивно–пролиферативного васкулита.
Описание случая. Пациентка С., 18 лет, обратилась с жалобами на снижение толерантности к физической нагрузке. Анамнез заболевания: в возрасте двух лет перенесла вирусную инфекцию неуточненной этиологии. В 2015 г. отмечено снижение сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), появление сжимающих болей за грудиной при нагрузке. В декабре 2019 г. в связи с нарастанием симптоматики пациентке проведена СКТ-коронарография: выявлены стенозы в устье и средней трети ПМЖВ ЛКА 50–60%. На основании обследования установлен диагноз: синдром Кавасаки неполная форма. 29.04.2021 при плановом обследовании на КГ выявлена окклюзия ПМЖВ ЛКА, диаметр ПКА в устье до 7–8 мм. Консультирована в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова 27.05.2021, рекомендовано проведение оперативного лечения по реваскуляризации миокарда. 06.07.2021 выполнено маммарокоронарное шунтирование ПМЖВ с искусственным кровообращением. Объективно: рост 157 см, вес 65 кг, ОТ 86 см, ОБ 100 см, АД 110/70 мм рт. ст., ЧДД 22 в мин. В остальном без особенностей. ЭХОКГ от 13.02.2025: КДР 57 мм, КДО 166 мл, ФВ 40%. Расширение ПКА. Ремоделирование ЛЖ. Аневризма ЛЖ в нижеуказанных локализациях. Акинез миокарда перегородочной, переднеперегородочной, передней стенки ЛЖ, верхушки ЛЖ. Легкая степень регургитации на АВ-клапанах. Дилатация полости ЛЖ. На ЭКГ от 13.02.2025 синусовый ритм с ЧСС 65/мин. Рубцовые изменения передне–перегородочной области. Нарушение процессов реполяризации в миокарде нижнеебоковой стенки ЛЖ. Не исключается гипертрофия ЛЖ. Установлен следующий диагноз: Синдром Кавасаки, неполная форма от 2019 г. Окклюзия ПМЖВ ЛКА. ПИКС бду. Аневризма левого желудочка. Маммарокоронарное шунтирование ПМЖВ 06.07.2021. Аневризматическое расширение правой коронарной артерии. ХСН н ФВ стадия I ФК I по NYHA.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Случай представляет интерес развитием окклюзии ПМЖВ ЛКА, вызванной синдромом Кавасаки, потребовавшей хирургического вмешательства у девочки в 15 лет.*

СОЧЕТАНИЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМЫ И ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Черкашин Д.В.
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Дисфункция диафрагмы (ДД) – редко выявляемая причина респираторных симптомов в практике терапевта. При исключении известных причин ДД: травм/операций на грудной/брюшной полости, нейромышечных расстройств, наличии широкого спектра терапевтических болезней трудно выделить основную причину ДД. Обструктивное апноэ сна (ОАС), проявляясь респираторной симптоматикой, утяжеляет течение многих заболеваний.
Цель. Оценить связь клинико-функциональных показателей у пациентов с односторонней ДД и СОАС.
Материал и методы. Обследованы 24 больных с односторонней ДД. При комплексном обследовании выявлено у 13 больных полная,11 – частичная ДД. СОАС предполагался клинически и подтвержден данными полисомнографии (ПСГ). Возраст больных 61 [58; 67] лет. М:Ж – 18:6. Выявлено сочетание бронхообструктивных заболеваний, ожирения, ИБС с аритмиями и СН, АГ, сахарного диабета, гипотиреоза. Диагноз СОАС установлен на основании Рекомендаций Российского общества сомнологов 2018 г.
Результаты. В 92% случаев выявлены нарушения дыхания во сне при полной односторонней ДД. ОАС предполагалось клинически у 12 (шкала Эпворта 16,0 [15,0; 17,0] балла), было подтверждено результатами ПСГ у 11 пациентов (ИАГ был >15/ч, больше за счет апноэ). Легкая степень СОАС была у 3, средняя у 4, у 5 – резкая, у 1 – тяжелая. Отмечалась высокая частота ночной гипоксии (средняя сатурация 85%, минимальная 60%). Чаще выявлялись ЛГ, АГ night peakers; нарушения ритма сердца и проводимости. Корреляционная связь между экскурсией пораженной гемидиафрагмы, позиционном снижении ЖЕЛ% и ФЖЕЛ%, результатами опросника Эпворта, ИАГ, средней и минимальной десатурацией оказалась слабой. Выявленные статистические особенности могут быть связаны как с небольшой выборкой пациентов в данном исследовании, так и более значимым влиянием сочетанной терапевтической патологии на формирование ДД и СОАС.
Выводы. *У 92% больных с односторонней ДД в практике терапевта выявлен СОАС, что делает обязательным проведение у них ПСГ. Респираторная симптоматика сочетанной ДД/СОАС значима при полной ДД. Клинико-функциональные показатели ДД/СОАС служат характеристиками тяжести больных и должны учитываться при лечении.*

ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК ПРИ ПЕРЕКЛЮЧЕНИИ ВНУТРИ КЛАССА ИНГИБИТОРОВ ИЛ-6 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Чернова А.Д., Шестерня П.А.
Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Актуальность. Неоднородность клинического ответа на таргетную терапию ревматоидного артрита (РА) требует поиска надежных прогностических биомаркеров. Фокус современных исследований смещается на микроРНК как ключевые эпигенетические регуляторы. Особый интерес представляет сравнительный анализ молекулярных изменений при переключении между ингибиторами рецептора ИЛ-6 (сарилумаб, САР) и прямыми нейтрализаторами цитокина (олокизумаб, ОЛО).
Цель. Анализ изменений профиля экспрессии микроРНК при переключении терапии внутри класса ГИБП, ингибирующих ось ИЛ-6, оценка их прогностической значимости для мониторинга активности РА.
Материал и методы. Исследование проведено на базе Алтайского ГМУ и КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого (сентябрь 2024 – май 2025 г.). Включен 51 пациент с РА (48 женщин, 3 мужчины; возраст 51 [25; 69] лет). Пациенты переведены с сарилумаба (САР) на олокизумаб (ОЛО). Группы: 1 (n=24, исходно высокая/умеренная активность, DAS28–СРБ >3,2) и 2 (n=27, исходно низкая активность/ремиссия, DAS28–СРБ ≤3,2).
На неделях 0, 12 и 24 оценивались DAS28–СРБ и экспрессия 8 микроРНК (miR–203a–3p, miR–29b–3p, miR–146a–5p, miR–16–5p, miR–137–3p, miR–155–5p, miR–26a–3p, miR–26b–3p) методом ПЦР в реальном времени. Статистический анализ: PERMANOVA, корреляция Спирмена, LMM, GEE.
Результаты. Общий профиль микроРНК значимо изменился к 24-й неделе (global PERMANOVA p <0,001). В группе 1 выявлена специфическая динамика miR–29b–3p (повышение к 24 нед.), ассоциированная с клиническим улучшением (подтверждено в GEE/LMM, p <0,05). В группе 2 наблюдались изменения широкого спектра микроРНК (miR–203a–3p, miR–146a–5p, miR–16–5p и др.), отражающие фармакодинамическое воздействие ОЛО. Корреляционный анализ показал сильные связи между динамикой микроРНК и клиническими индексами, различающиеся по направленности в зависимости от исходной активности заболевания.
Выводы. *Переключение терапии внутри класса иИЛ–6 инициирует значимую перестройку транскрипционного профиля. miR–29b–3p является перспективным биомаркером клинического ответа, тогда как изменения других микроРНК характеризуют фармакодинамическую активность препарата, не зависящую от клинического статуса.*

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МИКРОБИОМА КИШЕЧНИКА НА РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ВЗРОСЛЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ ЭНЗИМОПАТИЕЙ

Черноруцкая Е.И., Суханов Д.С., Исаков В.А., Парфенова Н.Н., Реева С.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное очреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Важность темы дислипидемий определена крупнейшим проспективным исследованием Multiple Risk Factor Intervention Trial. В исследовании у 361 662 обследованных мужчин 35–57 лет были определены основные факторы риска ИБС, включая липиды сыворотки крови. Было установлено, что при уровне общего холестерина сыворотки более 5,2 ммоль⁄л регистрируется значительный прирост смертности от ИБС.
Цель. Выявить закономерности влияния метаболома микробиома кишечника на развитие и течение вторичных дислипидемий у взрослых пациентов с первичной лактазной недостаточностью.
Материал и методы. Обследованы 49 пациентов в возрастном диапазоне 20–70 лет с дислипидемиями и лактазной энзимопатией без гиполипидемической терапии. Выполнены: антропометрия, биохимический анализ крови (липидный профиль), биохимическое исследование метаболической активности кишечной микрофлоры фекальных образцов методом газожидкостной хроматографии до и после коррекции лактазной энзимопатии. Биохимическое исследование метаболической активности кишечной микрофлоры включало оценку абсолютного и относительного содержаний короткоцепочечных жирных кислот: уксусной, пропионовой, масляной кислот, изомасляной, изовалериановой, изокапроновой кислот, а также их суммарное количество до и после коррекции лактазной энзимопатии.
Результаты. Выявлены изменения метаболома микробиома кишечника у 98% обследуемых пациентов с дислипидемией и жалобами гастроэнтерологического профиля. Среди частых жалоб гастроэнтерологического профиля: изжога, метеоризм, борборигмы, нарушение стула, боли в животе. В биохимическом анализе кала выявлено: нарушение соотношения между метаболитами кишечника (уксусная, пропионовая, масляная кислоты), в липидограмме диагностирована гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина от 5,5 до 7,8 ммоль/л.). После коррекции лактазной энзимопатии зарегистрировано снижение уровня общего холестерина до нормальных значений у 89% обследуемых. У 90% выявлено снижение суммарного абсолютного количества масляной, уксусной, пропионовой кислот в кале на 40–50% от исходного уровня. Это говорит о существенном изменении микробиома кишечника.
Выводы. *Изменения в составе и количестве микробиоты и, как следствие, изменение метаболического профиля в кишечнике, зависят от функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Вторичные дислипидемии мало изучены. В частности, мало изучено влияние энзимопатий на развитие дислипидемий.*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ ТЕРАПИИ ГПП-1

Чернышова Т.Е.[1], Стяжкина С.Н.[1], Белокрылова И.И.[2]
[1] ФГБОУ ВО ИжГМУ, г. Ижевск, РФ
[2] Республиканский центр здоровья МЗ УР, г. Ижевск, РФ

Цель. Оценка эффективности агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1) в коррекции массы и состава тела, жирового обмена.
Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов (42 женщины и 18 мужчин в возрасте 22–49 лет) с избыточной массой тела, принимающих для коррекции ожирения агонисты рецепторов ГПП-1, а также препараты, корректирующие сопутствующую патологию (артериальную гипертонию, заболевания гепатобилиарной системы). Для оценки эффективности терапии проводился мониторинг показателей липидного и углеводного обмена (гликированный гемоглобин, холестерин, ЛПВП, ЛПНП). Состав тела и характер обменных процессов оценивался биоимпедансным методом (анализатор «Медас», РФ). Данные оценивались исходно и через 3 и 6 месяцев от начала терапии.
Для сравнения независимых количественных переменных применялся метод Манна–Уитни.
Результаты. Исходно во всех случаях зарегистрирована избыточная масса тела (1–2 степень ожирения). Повышенный уровень общего холестерина отмечен у 11 (18,3%), ЛПНП – у 27 (45%) пациентов, пониженный уровень ЛПВП отмечен в 16 (26,7%) случаях. Через 3 мес. показатели качества жизни пациентов по анкете SF-36 значимо улучшились ($p < 0{,}001$). Зарегистрировано снижение уровня общего холестерина у 18 (30%), ЛПНП – у 32 (53,3%) пациентов при снижении показателей ЛПВП – у 22 (36,7%) человек.
Через 6 мес. у 54 (90%) пациентов отмечено снижение массы тела на 2,4–22,1 кг. Измененные показатели углеводного обмена не регистрировались. Изменения показателей липидного обмена выявлены только в 2 (3,3%) случаях. Однако при оценке состава тела на фоне снижения жировой массы на 7,2–26,5% отмечено снижение тощей (безжировой) массы с 49,7±4,9 до 42,9±5,0 кг, скелетно–мышечной массы с 27,5±7,9 до 23,0±0,9 кг. Отмечено, что в каждом 2 случае активная клеточная масса снизилась на 9–16%, что могло быть связано с гипопротеинемией при относительной интенсивности обменных процессов/
Выводы. *Исследование подтвердило терапевтический эффект иНГЛТ2 у пациентов с ожирением, что отражает их перспективы в коррекции избыточной массы тела. Однако длительный прием препаратов ГПП-1 для лечения ожирения требует мониторинга состава тела и мышечной массы.*

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВО-СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ СТЕАТОГЕПАТОЗА

Чернышова Т.Е., Савельева Т.В., Толмачев Д.А., Морозова А.А.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Миндрава России, Россия

Цель. Оценка белково-синтетической функции печени у пациентов пожилого и старческого возраста и перспективы ее коррекции при включении в рацион питания инновационных продуктов молочного коневодства.
Материал и методы. Проведен анализ результатов исследования 520 человек (332 женщины и 188 мужчин) пожилого и старческого возраста, наблюдавшихся в «Центре Здоровья». Средний возраст пациентов составил 69,2±4,7 года. Все пациенты периодически проходили курсы лечения гепатотропными препаратами. В проведенном исследовании диета пациентов была расширена включением продуктов молочного коневодства – сублимированное кобылье молоко и молозиво (2 капсулы 2 раза в сутки), что соответствовало 750 мл продукта. Курс лечения составил 4 мес. Проводилось анкетирование пациентов, оценивались лабораторные показатели. Состояние обменных процессов оценивалось на биоимпедансном анализаторе «Медасс». Анализировалась динамика иммунограммы и фагоцитарной активности нейтрофилов.
Результаты. При оценке показателей анамнеза и лабораторно–инструментальных данных неалкогольная жировая болезнь печени диагностирована у 121 человека (23,3%). Продукты молочного коневодства имеют Аттестат аккредитации «Центра сертификации и экологического мониторинга агрохимической службы» о соответствии требованиям «О безопасности молока и молочной продукции». Зарегистрировано значимое улучшение качества жизни пациентов по опроснику SF-36 и гастроэнтерологических показателей по анкете GSRS со снижением степени выраженности абдоминального болевого ($p < 0,01$) и диспепсического синдромов ($p < 0,05$). Изменение показателей белково–синтетической функции печени сопровождалось улучшением протеинограммы: повышением уровня общего белка на 13,9% (с 61,0±1,1 до 69,5±2,1 г/л) и альбумина – на 34,5% (с 31,3±1,6 до 42,1±1,6 г/л). Включение в программу лечения молозива, которое характеризуется как универсальная вакцина с биологическим феноменом иммунокоррекции, позволило определить улучшение иммунограммы ($p < 0,05$), фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$). Зарегистрировано повышение активной клеточной массы на 25,5% (с 23,1 до 29,0 кг), основного обмена на 30,9% (с 1393,4 до 1823,0 ккал/сут.), $p < 0,01$.
Выводы. *Включение в программы реабилитации пациентов с НАЖБП молока и молозива кобылиц перспективно, так как значимо повышает уровень главного белка плазмы – альбумина, активной мышечной массы и основного обмена, что позволяет замедлить каскад процессов мальнутриции и саркопении.*

КЛИНИКО-БИОМАРКЕРНЫЕ ФЕНОТИПЫ КАРДИОРЕНОГЕПАТОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Чулков В.С., Вереина Н.К.
Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Формирование кардиореногепатометаболического синдрома (КРГМС) у молодых женщин требует новых подходов к стратификации риска. Традиционные маркеры инсулинорезистентности (ИР) не всегда отражают ранние патологические сдвиги, что диктует необходимость поиска интегративных биомаркерных фенотипов.
Цель. На основании комплексного анализа клинико-анамнестических данных, лабораторных и генетических маркеров показателей выделить фенотипы кардиореногепатометаболического синдрома.
Материал и методы. Обследовано 127 женщин 18–44 лет. Оценены антропометрия, липидный и глюкозный профили, адипокины (лептин, адипонектин), цитокины, маркеры гемостаза (PAI-1) и полиморфизмы генов РААС. Для выделения клинически однородных фенотипов применены алгоритмы неконтролируемого машинного обучения (K–means, метод Уорда, GMM).
Результаты. Консенсус трех алгоритмов выделил два устойчивых кластера. Кластер 0 («низкий риск», 52%) – женщины 30,3±7,3 года с нормальным ИМТ (21,6) и АД. Кластер 1 («высокий риск», 48%) – пациентки 38,4±6,3 года с ожирением (ИМТ 31,2), АГ и атерогенной дислипидемией. Ключевым дифференциальным признаком стала дисфункция жировой ткани: уровень лептина в кластере 1 был в 3 раза выше (57,2 vs 18,4 нг/мл, Cohens d=1,70), а индекс лептин/адипонектин составил 4,26 vs 1,75. Отмечена активация протромботического звена (PAI–1 431,8 нг/мл) и субклиническое воспаление (СРБ 3,86 мг/л). При этом HOMA–IR и инсулинемия не показали значимой разницы между кластерами. Генетические полиморфизмы (AGT, ACE, eNOS) имели малый размер эффекта (d <0,5) и не определяли межкластерные различия.
Выводы. *У женщин репродуктивного возраста КРГМС гетерогенен. Дисфункция адипоцитов и субклиническое воспаление опережают классическую панкреатическую ИР и являются ядром «высокорискового» метаболического фенотипа.*

ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Чупина М.С., Шкляев А.Е., Дударев В.М.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, Россия

Актуальность. Распространенность СРК в мире составляет 10–25%. Несмотря на современные возможности фармакотерапии в гастроэнтерологии не всегда удается достичь контроля при данном состоянии. Исходя из этого становится актуальным поиск альтернативных методов лечения СРК, одним из вариантов которых может быть питьевая бальнеотерапия. Достоверным методом оценки функционального состояния толстой кишки является электрогастроэнтерография (ЭГЭГ).
Цель. Оценить динамику показателей ЭГЭГ у пациентов с СРК при курсовой бальнеотерапии.
Материал и методы. Объект исследования – 48 пациентов в возрасте 24 (18; 28) лет, 12 мужчин и 36 женщин, которым ранее был выставлен диагноз СРК с запорами. Всем включенным в исследование проводилась ЭГЭГ с периферическим расположением электродов. Далее больные случайным образом были разделены на 2 равные группы (n=24), сопоставимые по полу и возрасту. Больным первой группы был назначен курсовой прием минеральной воды № 1 санатория «Металлург» (г. Ижевск), а больным второй группы – курсовой прием минеральной воды «Увинская». Режим приема минеральных вод: 200 мл 3 раза в день до еды, температурой 25 градусов, курс – 1 мес. Сразу после курсового лечения – повторная ЭГЭГ в обеих группах.
Результаты. При первично проведенной ЭГЭГ в первой группе выявлены следующие показатели на частоте толстой кишки: отношение мощности (P(i)/PS) – 96,3% (92,1; 98,2), коэффициент ритмичности (Kritm) – 8,7 (6,4; 12,5), количество очагов активности по Вейвлету – 2 (1; 5). В группе № 2 показатели ЭГЭГ в начале исследование были следующими: P(i)/PS – 95,9% (91,4; 98,1), Kritm – 8,3 (7,1; 11,9), количество очагов активности по Вейвлету – 2 (1; 4). Межгрупповые различия исходных показателей ЭГЭГ не достоверны (p >0,05). После курсового лечения в сравниваемых группах зафиксированы следующие показатели периферической ЭГЭГ: P(i)/PS – 76,8% (66,2; 89,3), (p=0,031), Kritm – 20,7 (16,2; 24,6), (p=0,043), количество очагов активности по Вейвлету – 1 (0; 2), (p=0,048) – в группе № 1; P(i)/PS –84,7% (76,4; 92,2), (p=0,029), Kritm – 15,8 (13,3; 21,2), (p=0,032), количество очагов активности по Вейвлету – 0 (0; 1), (p=0,047) – в группе № 2. Межгрупповые различия при повторном исследовании достоверны по P(i)/PS (p=0,037) и Kritm (p=0,034).
Выводы. *Курсовой прием минеральных вод «Увинская» и № 1 санатория «Металлург» (г. Ижевск) обеспечивает нормализацию тонуса и моторики толстой кишки. Более выраженный положительный эффект минеральной воды № 1 санатория «Металлург», вероятно, связан с активацией гуморальной системы регуляции моторики кишечника.*

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТОНУСА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Шаврин А.П.
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь, Россия

Актуальность. Вялотекущий воспалительный процесс в стенке сосуда, влияющий на тонус сосуда, может играть определенную роль в патогенезе артериальной гипертензии (АГ).
Цель. Исследовать маркеры вялотекущего воспаления у пациентов с разным уровнем артериального давления (АД).
Материал и методы. Обследованы 126 практически здоровых человека в возрасте от 25 до 60 лет, 55 мужчин, 71 женщина. Средний возраст 42,3±0,9 года. По уровню АД были сформированы 3 группы. Группу 1 составили лица с уровнем систолического АД (САД) 120–129 мм рт. ст., диастолического (ДАД) 80–84 мм рт. ст. Группу 2 – лица с уровнем АД от 130/85 до 139/89 мм рт. ст. Группу 3 – лица с АД 140/90 до 159/99 мм рт. ст. В общей сонной артерии определяли толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Методом ИФА в плазме крови исследовали С–реактивный белок (CRP) и провоспалительные цитокины: фактор некроза опухоли–альфа (ФНОα), интерлейкины (ИЛ)-1 и 8.
Результаты. Количество CRP в группе 1 в среднем было 2,7±1,3 мкг/мл, в группах 2 и 3 существенно выше и составил 7,2±1,2 и 7,17±1,3 мкг/мл (p=0,001). Уровень И-1 в исследуемых группах был соответственно 3,8±0,5, 15,6±1,0 и 12,1±0,9 пг/мл. ИЛ-8 в группе 1 определялся в количестве 19,6±1,4 пг/мл, в группах 2 и 3 – 51,6±3,5 и 72,9±4,1 пг/мл соответственно. ФНОα в группе 1 составил 3,3±0,5 пг/мл, в группах 2 – 9,2±1,3 пг/мл, а в 3 – 7,4±0,8 пг/мл (p=0,01–0,001). Кроме этого, в общей группе исследуемых лиц выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между САД и уровнем CRP (r=0,54, p=0,02), а в группах 2 и 3 между КИМ и CRP, ИЛ-1, ИЛ-8, ФНОα (r=0,46–0,62, p=0,02–0,01). Эта взаимосвязь прослеживалась и в модели зависимости трех показателей в трехмерном пространстве между КИМ, уровнем САД, CRP и исследуемыми провоспалительными цитокинами.
Выводы. *Показатели вялотекущего воспаления, а также толщина КИМ у лиц с высоким нормальным АД и АГ 1 степени практически одинаковые. Выявленные взаимосвязи между уровнем АД и провоспалительными цитокинами могут указывать на роль воспаления в патогенезе артериальной гипертензии.*

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАН/САКУБИТРИЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Шамилова З.М., Абдуллаев А.А.
Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса (ХСНнФВ), особенно на фоне ишемической болезни сердца, остается одной из ключевых причин сердечно сосудистой смертности и повторной госпитализации. Современные стратегии терапии нацелены не только на купирование симптомов, но и на торможение процессов патологического ремоделирования миокарда. Особого внимания заслуживает класс ингибиторов рецепторов ангиотензина и неприлизина (АРНИ).
Цель. Оценить влияние терапии валсартан/сакубитрилом на показатели внутрисердечной гемодинамики у пациентов с ишемической ХСНнФВ.
Материал и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование с участием 100 пациентов в возрасте 40–70 лет с верифицированной ишемической ХСНнФВ (II–III функциональный класс по NYHA), перенесших Q инфаркт миокарда. Пациенты были рандомизированы на две группы по 50 человек: группа 1 получала валсартан/сакубитрил в дозе 200 мг/сут. на фоне стандартной терапии сердечной недостаточности; группа 2 получала периндоприл в дозе 5 мг/сут. в сочетании со стандартным лечением. Длительность наблюдения составила 6 мес. Динамику показателей внутрисердечной гемодинамики оценивали методом эхокардиографии (ЭхоКГ) исходно и через 6 мес. терапии.
Результаты. Анализ данных ЭхоКГ продемонстрировал, что применение валсартан/сакубитрила сопровождается более выраженной положительной динамикой гемодинамических параметров по сравнению с периндоприлом. В основной группе отмечено статистически достоверное снижение конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического объема (КСО) левого желудочка, свидетельствующее об уменьшении дилатации камер сердца; достоверно более значимое увеличение фракции выброса (ФВ) левого желудочка по сравнению с группой контроля, что отражает улучшение сократительной функции миокарда; уменьшение конечно систолического размера левого желудочка и частоты сердечных сокращений (ЧСС). В группе периндоприла также наблюдалась положительная динамика, однако степень изменений была менее выраженной. Межгрупповой сравнительный анализ выявил статистически значимые различия по большинству исследуемых показателей в пользу валсартан/сакубитрила.
Выводы. *Применение комбинации валсартан/сакубитрил у пациентов с ишемической ХСНнФВ способствует достоверному улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики, регрессу патологического ремоделирования левого желудочка и повышению его сократительной способности.*

ПОТРЕБНОСТЬ В КОРРЕКЦИИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗНЫХ ПОДХОДАХ К ПОДБОРУ ДОЗЫ ФУРОСЕМИДА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шарапудинова Ч.Н.[1], Явелов И.С.[2], Вечорко В.И.[3], Аверков О.В.[3], Драпкина О.М.[2]
[1] ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, ГБУЗ г. Москвы «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, г. Москва, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Россия
[3] ГБУЗ города Москвы «ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, г. Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность стартовой дозы фуросемида и потребность в коррекции диуретической терапии в первые 72 ч лечения декомпенсации ХСН при подборе дозы по концентрации натрия в моче или объему выделенной мочи.
Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов с декомпенсацией ХСН, ранее принимавших фуросемид: группа контроля натрия в моче (n=55; критерий эффективности – концентрация натрия в моче через 2 ч ≥50 ммоль/л) и группа контроля объема мочи (n=55; критерий эффективности – объем мочи ≥100 мл/ч за 6 ч). Фуросемид вводился внутривенно, стартовая доза вдвое превышала амбулаторную; при недостаточном ответе дозу удваивали. Оценивались эффективность стартовой дозы и потребность в добавлении ацетазоламида/гидрохлоротиазида.
Результаты. Медиана стартовой дозы фуросемида составила 80 мг; она оказалась эффективной у 26 (47,3%) пациентов из группы контроля натрия в моче и 44 (80,0%) в группе контроля объема мочи (p <0,001). В группе контроля натрия дозу приходилось увеличивать чаще – коррекция потребовалась в 52,7 и 20,0% случаях соответственно (p <0,001). Удвоение дозы фуросемида была эффективной в обеих группах. Суммарная доза фуросемида в первые 24 ч в группе контроля натрия была выше (160 против 80 мг; p <0,001) и это различие сохранялось через за 72 ч (480 против 280 мг, соответственно; p <0,001). Потребность в дополнительном назначении ацетазоламида/гидрохлоротиазида в первые 72 ч согласно протоколу данного клинического испытания составила в группе контроля натрия в моче 18,2% и в группе выхода мочи 60% соответственно (p <0,001).
Выводы. *В группе контроля натрия в моче стартовая доза фуросемида чаще оказывалась недостаточной, что требовало более частого ее удвоения уже в первые сутки лечения. Это позволило применить более высокую суммарную дозу за 24 ч без дальнейшего увеличения и снизило потребность в дополнительных диуретиках.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИНДЕКСА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Шарафетдинов Х.Х., Пилипенко В.В., Алексеева Р.И., Плотникова О.А.
ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, г. Москва, Россия

Актуальность. Нарушения углеводного обмена являются важным звеном многочисленных кардиометаболических заболеваний. Ранняя диагностика и лечение кардиометаболических заболеваний является важной задачей современного здравоохранения. Кардиометаболический индекс (КМИ) является комплексным показателем распределения и дисфункции висцерального жира, который можно рассчитать, используя параметры липидного обмена, окружность талии и рост.
Цель. Изучение взаимосвязи между КМИ и показателями углеводного обмена у пациентов сахарным диабетом (СД) 2-го типа с сопутствующим ожирением.
Материал и методы. в исследовании принимало участие 140 пациентов СД 2-го типа и ожирением. Средний возраст пациентов составил 62,8±1,28 года, продолжительность СД –8,5±0,89 года. Индекс массы тела в среднем – 42,0±0,89 кг/м^2. Все пациенты получали привычную схему сахароснижающей и гиполипидемической терапии. Биохимические показатели в сыворотке крови определяли на биохимическом анализаторе KONELAB Prime 60i (Thermo Scientific, Финляндия). КМИ рассчитывали по формуле, объединяющий липидный профиль – соотношение триглицеридов (ТГ, ммоль/л) к холестерину липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП, ммоль/л) и абдоминальное ожирение (соотношение окружности талии (см) к росту (см)). Индекс инсулинорезистентности HOMA–IR рассчитывался по формуле.
Результаты. Уровень базальной гликемии в среднем по группе составил 6,81±0,27 ммоль/л, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) – 6,61±0,14%, Индекс инсулинорезистентности HOMA–IR − 3,26±0,17. Уровень общего холестерина составил в среднем 5,1±0,11 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,25±0,02 ммоль/л, ТГ − 1,65±0,67 ммоль/л. КМИ в среднем по группе составил 1,1±0,06. Была выявлена умеренная положительная корреляционная связь между КМИ с уровнем глюкозы ($r=0,395$, $p<0,01$), уровнем HbA1c ($r=0,348$, $p<0,01$), а также с индексом инсулинорезистентности HOMA–IR ($r=0,364$, $p<0,01$).
Выводы. *Выявленные корреляционные связи между КМИ и показателями углеводного обмена подтверждают возможность использования маркера КМИ в качестве потенциального прогностического маркера для выявления ранних нарушений углеводного обмена.*

МАКРОФОРМЫ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА КАК ПРИЧИНА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шевчук В.В., Соснин Д.Ю.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. Одной из проблем гипердиагностики гипотиреоза является переоценка и результатов лабораторных исследований. В частности, одной из причин неправильной оценки анализов являются макроформы гормонов, которые, не проявляя биологической активности завышают результаты теста. Выявление при скрининговых обследованиях пациентов чрезмерно повышенного уровня тиреотропного гормона (ТТГ) приводит к гипердиагностике гипотиреоза.
Цель. Целью работы было определить ошибки в диагностике гипотиреоза у пациентов с макроформой ТТГ.
Материал и методы. Оценка уровней ТТГ и гормонов щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин) с использованием общепринятых методик.
Результаты. Под нашим наблюдением находились 6 пациентов с выявленным при амбулаторном скрининге уровне ТТГ от 98,5 до 213 мМЕ/л. При этом у пациентов не было типичных для гипотиреоза жалоб (слабость, сонливость, зябкость, сухость кожи и т.д.), а при дальнейшем исследовании уровень периферических гормонов, в частности Т4св был в пределах нормы (референтный интервал, 10,0–23,0 пмоль/л). Обращает внимание, что трем пациентам при выявлении высокого уровня ТТГ была назначена заместительная терапия левотироксином натрия, которая не повлияла существенным образом на их самочувствие и при повторном визите была отменена. Таким образом, необходимо помнить, что выявление аномально высокого уровня ТТГ требует сопоставления с клинико-анамнестическими и физикальными данными, уровнем Т4св и Т3св при нормальном уровне которых и отсутствии клинической симптоматики диагноз гипотиреоза необоснован, а имеет место эутиреоидное состояние с макроформой ТТГ.
Выводы. *Проблема требует дальнейшего изучения, можно рекомендовать для лабораторного подтверждения методику осаждения полиэтиленгликолем и смешивание образца пациента с образцом пациента с гипотиреозом, в результате происходит уменьшение определяемого уровня ТТГ в сравнении с прогнозируемым уровнем.*

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЭРОБНЫХ ТРЕНИРОВОК В РЕСПИРАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Шеенкова М.В., Яцына И.В.
ФБУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Академия постдипломного образования ФГБУ «ФНКЦ ФМБА», г. Москва, Россия

Актуальность. Пневмокониозы сохраняют высокую медико-социальную значимость вследствие неуклонного прогрессирования фиброзных изменений, ранней инвалидизации и стойкой утраты трудоспособности пациентов. Физические тренировки являются приоритетным направлением респираторной реабилитации, однако данные об их эффективности при пневмокониозах ограничены, что определяет актуальность комплексного клинико-функционального анализа реабилитационных эффектов у данной категории больных.
Цель. Комплексная оценка реабилитационной эффективности аэробных физических тренировок у пациентов с пневмокониозами.
Материал и методы. Обследованы 35 мужчин с пневмокониозом (возраст 45–56 лет). Проведен курс из 15 аэробных тренировок с расчетом нагрузки по формуле Карвонера (целевой процент частоты сердечных сокращений – 40–60%). До и после реабилитации оценивали: индекс массы тела (ИМТ); показатели биоимпеданса: доля скелетно-мышечной массы (процент СММ), основной обмен веществ (ООВ); спирометрию: объем форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), липидный и углеводный профиль, тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), SpO_2, одышку по шкале Борга, психологический статус по тесту самочувствие, активность, настроение (САН). Статистическая обработка с использованием парного t–критерия Стьюдента и критерия Уилкоксона, $p < 0,05$.
Результаты. После курса реабилитации зарегистрировано значимое снижение ИМТ (с 28,52±3,29 до 28,42±3,17 кг/м², $p=0,046$), увеличение процент СММ (с 48,65 до 48,8%, $p < 0,001$) и ООВ (с 1740,00±77,59 до 1746,54±75,76 ккал/сут., $p=0,007$). Отмечена положительная динамика липидного обмена: снижение общего холестерина (с 5,00 до 4,90 ммоль/л, $p=0,008$) и триглицеридов (с 1,77 до 1,70 ммоль/л, $p=0,010$). Показатели гликемии и спирометрии ($ОФВ_1$, ФЖЕЛ, ЖЕЛ) остались без значимых изменений. Дистанция ТШХ возросла с 444,78 до 471,57 м ($p < 0,001$), одышка по шкале Борга снизилась с 3 до 2 баллов ($p < 0,001$). По тесту САН улучшились самочувствие (с 4,82±1,20 до 5,30±1,10 балла, $p=0,015$) и активность (с 4,54±1,32 до 5,10±1,20 балла, $p=0,039$); настроение значимо не изменилось ($p=0,07$). Сатурация кислорода сохранилась без динамики ($p=0,062$).
Выводы. *Аэробные тренировки у пациентов с пневмокониозом обеспечивают повышение толерантности к физической нагрузке, снижение одышки, оптимизацию метаболического профиля и улучшение психоэмоционального статуса. Отсутствие прироста спирометрических показателей подтверждает необратимость фиброзных изменений.*

ОРГАНИЗУЮЩАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО COVID-19

Шкляев А.Е., Малахова И.Г., Шкляева Д.А.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Введение. Пандемия COVID-19 привела к широкому спектру осложнений. Одним из нечасто встречающихся является организующая пневмония, при которой в респираторных отделах происходит избыточное формирование грануляционной ткани. Диагностика организующей пневмонии затруднительна, а своевременная терапия глюкокортикостероидами предотвращает прогрессирование заболевания и улучшает прогноз.
Описание случая. Больной Ш., 82 года, более 30 лет страдает ХОБЛ, курил более 40 лет (в течение 10 лет не курит). В феврале 2022 г. перенес новую коронавирусную инфекцию. В середине марта 2022 г. после переохлаждения и падения на правый бок появились боли в правом подреберье, с 28 марта повысилась температура тела до 40 ºС. В анализе крови подъем СРБ до 170 мг/л, по данным СКТ органов грудной клетки, двусторонняя перибронхиальная инфильтрация с участками консолидации легочной паренхимы. Несмотря на курсовое лечение антибиотиками (кларитромицин, меропенем, ванкомицин), сохранялся лихорадочный синдром, респираторная симптоматика, в связи с чем по экстренным показаниям был госпитализирован в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38 ºС с ознобом, смешанную одышку при движении и разговоре, выраженную общую слабость и редкий малопродуктивный кашель. Состояние при поступлении средней тяжести. Акроцианоз. ЧДД=20 в минуту. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, в нижних отделах справа мелкопузырчатые хрипы, слева шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные. ЧСС=88 в минуту. АД=130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Сатурация гемоглобина – 94%. На фоне бронхолитической терапии назначен курс терапии системными глюкокортикостероидами с положительным эффектом. При выписке температура тела в норме, СРБ – 4,0 мг/л, сатурация гемоглобина – 96%. Окончательный клинический диагноз «диффузное интерстициальное поражение легких по типу криптогенной организующей пневмонии. ХОБЛ, ограничение скорости воздушного потока тяжелой степени (GOLD III ст.), с выраженными симптомами (mMRS 3 балла), частыми обострениями (более 2 раз в год), обострение. ДН II». Выписан под наблюдение участкового терапевта.
Заключение (с указанием особенностей представленного наблюдения). *Клиническая настороженность с проведением СКТ органов грудной клетки позволяет установить диагноз организующей пневмонии в постковидном периоде. Продемонстрированная эффективность системных глюкокортикостероидов подтверждает необходимость их раннего назначения для улучшения прогноза.*

ОЦЕНКА ЭЗОФАГОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шкляев А.Е., Дударев В.М., Чупина М.С.
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России, г. Ижевск, Россия

Актуальность. Эпидемиология неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ) в России 9–18%. Проведенные ранее исследования на аппарате «Гастроскан» доказывают улучшение функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера под действием питьевой бальнеотерапии, однако не показывают влияние минеральных вод на слизистую оболочку пищевода (СОП). Достоверным показателем, отражающим морфологическое состояние СОП является средний ночной базальный импеданс (СНБИ).
Цель. Определить наличие и степень выраженности влияния включения питьевой бальнеотерапии минеральными водами Удмуртской Республики на СОП у пациентов с НЭРБ.
Материал и методы. В исследование включены 96 пациентов с диагнозом НЭРБ в возрасте 46 [29; 57] лет (58 лиц мужского пола и 38 – женского). На 1-м этапе пациентам была выполнена суточная pH-импедансометрия на аппарате «Гастроскан–ИАМ».
На 2-м этапе пациенты были разделены на 3 равные (n=32), сопоставимые по полу и возрасту, группы. Все пациенты принимали стандартную терапию НЭРБ: омепразол 40 мг в сутки и итоприд 150 мг в день. Пациенты группы № 1 дополнительно принимали минеральную воду «Увинская», а пациенты группы № 2 – минеральную воду № 2 санатория «Металлург» (г. Ижевск). Режим бальнеотерапии: 100 мл 3 раза в день до еды, температурой 25 градусов. Через 30 дней лечения – повторная суточная pH-импедансометрия во всех группах. В динамике оценивался уровень СНБИ.
Результаты. До начала лечения в сравниваемых группах уровень СНБИ составил в группе № 1 – 2,16 [1,94; 2,41] кОм, в группе № 2 – 2,18 [1,96; 2,42] кОм, в группе № 3 – 2,15 [1,91; 2,46] кОм; межгрупповые различия при множественном сравнении не достоверны ($p > 0,05$). После 30 дней лечения показатели уровня СНБИ составили: 2,62 [2,46; 2,69] кОм ($p=0,028$), 2,52 [2,41; 2,64] кОм ($p=0,032$) и 2,39 [2,28; 2,52] кОм ($p=0,044$) в группах № 1, 2, 3 соответственно. Все множественные межгрупповые сравнения при определении СНБИ после курсового лечения достоверны ($p < 0,05$).
Выводы. *Включение минеральной воды «Увинская» и минеральной воды № 2 санатория «Металлург» (г. Ижевск) в терапию НЭРБ повышает СНБИ, что свидетельствует об их протективном действии на СОП. Более выраженный эзофагопротективный эффект минеральной воды «Увинская» может быть связан с активацией системы мотилина.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Повзун А.С.
ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Подагра ассоциирована с высоким риском ишемической болезни сердца, в том числе острого коронарного синдрома (ОКС), что подтверждается многочисленными независимыми исследованиями. Однако к настоящему времени имеется недостаточно данных об особенностях течения ОКС у пациентов с подагрой.
Цель. Выявить особенности течения ОКС у больных подагрой.
Материал и методы. Проанализированы истории болезни 105 пациентов с ОКС и подагрой (основная группа) и 305 пациентов с ОКС без подагры (группа сравнения), лечившихся в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2021–2025 гг. Группы сопоставимы по полу, возрасту и типу ОКС ($p > 0,05$). Диагноз «подагра» установлен до госпитализации. Диагностика и лечение ОКС соответствовали рекомендациям РКО. Выполнена статистическая обработка результатов, уровень значимости $p < 0,05$.
Результаты. У больных подагрой достоверно чаще встречались гипертоническая болезнь, перенесенный инфаркт миокарда, ожирение и хроническая болезнь почек 3 стадии и выше. Частота сахарного диабета 2-го типа, дислипидемии и фибрилляции предсердий в группах не различалась. При сравнении лабораторных показателей у пациентов с ОКС и подагрой выявлен исходно более высокий уровень креатинина, что отражает связь подагры с поражением почек. Достоверно выше уровни лейкоцитов и СОЭ, подтверждающие хроническое субклиническое воспаление. Уровень С-реактивного белка был выше, но различия не достигли значимости. В липидном профиле отмечены более низкий уровень ЛПВП и высокий уровень триглицеридов, что отражает связь с атерогенной дислипидемией. По данным коронароангиографии значимых различий в частоте многососудистого поражения не выявлено ($p > 0,05$). В группе ОКС и подагры достоверно чаще развивалось острое повреждение почек. Частота других осложнений и госпитальной летальности не различалась. В многофакторной модели логистической регрессии подагра демонстрировала тенденцию к независимой ассоциации с госпитальной летальностью (OR 3,79; 95% ДИ 0,99–14,46; $p=0,051$), что требует дальнейшего изучения.
Выводы. *1. У больных подагрой выше коморбидная нагрузка. 2. Характер поражения коронарного русла достоверно не отличается. 3. При ОКС на фоне подагры достоверно чаще развивается острое повреждение почек. 4. Выявлена тенденция к независимой ассоциации подагры с госпитальной летальностью, требующая изучения.*

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Щербаков Е.В., Пятченков М.О., Дорощук К.С.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить приверженность лечению больных на программном гемодиализе и изучить ее взаимосвязь с когнитивными расстройствами.
Материал и методы. В исследование включены 260 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет, получающих лечение программным гемодиализом 3 раза в неделю по 4 ч на протяжении не менее 6 мес. Оценку комплаенса проводили с помощью опросника MMAS-8 (шкала Мориски – Грина), показатели которого характеризовались следующим образом: 0–5 баллов – низкая комплаентность, 6–7 баллов – средняя комплаентность, 8 баллов – высокая комплаентность. Исследование когнитивного статуса проводили при помощи скрининговой шкалы MoCA (Montreal Cognitive Assessment). О наличии когнитивных расстройств (КР) судили по сумме баллов <26. Обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 27. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым во всех тестах.
Результаты. Согласно опроснику MMAS-8, высокая приверженность лечению диагностирована у 33% (85/260) больных. Приверженность средней степени выявлена в 38% (100/260), низкой степени (нон-комплаенс) в 29% (75/260) случаев. По данным опросника MoCA, КР диагностированы у 63,5% (165/260) пациентов. При этом тяжесть КР значимо различалась у пациентов с разной степенью приверженности. Было установлено, значимое снижение среднего балла MoCA у пациентов с низкой приверженностью (18,66±3,4), по сравнению с обследуемыми как со средней (23,54±2,8), так и с высокой приверженностью (27,59±2,5), $p < 0,001$. Частота встречаемости КР у пациентов с низкой приверженностью составила 49% (81/165), со средней приверженностью 42% (70/165), с высокой приверженностью 9% (14/165) случаев. Выявлено наличие значимой прямой корреляционной связи высокой силы по шкале Чеддока ($rs=0,865$, $p < 0,001$) между средним суммарным баллом MoCA и показателями опросника MMAS–8.
Выводы. *Результаты этого исследования указывают на то, что КР могут быть важным фактором риска низкой приверженности к лечению пациентов на программном гемодиализе.*

ФЕНОТИП НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЫРАЖЕННОГО СТЕАТОЗА

Юсупова А.А., Булатова И.А.
ФГБОУ ВО ПГМУ имени ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

Актуальность. НАЖБП – самое частое хроническое заболевание печени в мире. В России ее распространенность достигает 38,5% у мужчин и 26,6% у женщин. Фенотип НАЖБП у лиц с нормальной массой тела (НМТ) встречается у 19,2% пациентов с НАЖБП. Риск прогрессирования при НМТ сопоставим с ожирением, летальность может быть выше. В России этот фенотип не диагностируется. Малоизученность определяет актуальность поиска маркеров.
Цель. Разработать метод прогнозирования риска прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у пациентов амбулаторного профиля с нормальной массой тела (НМТ).
Материал и методы. Обследованы 60 пациентов (средний возраст 47,0±1,5 года, индекс массы тела <25 кг/м²) с НАЖБП, верифицированной при УЗИ. Проведено рутинное обследование. Константа и коэффициенты рассчитаны методом множественной регрессии. Зависимая переменная – стадия стеатоза по УЗИ.
Результаты. Пациенты с НМТ разделены на две подгруппы: с начальным стеатозом S1 (n=43, 72,7%) и с выраженным стеатозом S2–S3 (n=17, 28,3%). Отобраны три признака, коррелирующих со степенью стеатоза: глюкоза (r=0,541; p=0,0001), щелочная фосфатаза (r=0,686; p <0,0001) и лептин (r=0,818; p <0,0001). Формула прогноза: SRI=–1,6460 + 0,2895 × Глюкоза + 0,0017 × Щелочная фосфатаза + 0,0124 × Лептин, где SRI – числовой показатель (округленный до целого). При SRI ≥1 прогнозируют высокий риск выраженного стеатоза, при SRI <1 – низкий риск. Диагностическая чувствительность – 94,1%, специфичность – 100%, воспроизводимость – 94,1%.
Выводы. *Предложенный метод основан на доступных лабораторных показателях, обладает высокой диагностической точностью и позволяет определить риск выраженного стеатоза печени у пациентов с НМТ, расширяя возможности неинвазивной диагностики и определяя тактику ведения.*

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ

Юсупова А.Ф., Гимаев Р.Х.
ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Одними из ведущих генов-кандидатов артериальной гипертензии (АГ) являются ген ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), который расположен на 17-й хромосоме и ген рецептора ангиотензина II первого типа (AT2P1) расположенный на 3-й хромосоме. Известен полиморфизм гена АПФ типа I/D (insertion/deletion) в 16-м интроне. Существуют несколько вариантов полиморфизма гена AT2P1, из которых наиболее изучена замена позиций аденина на цитозин в 1166 кодоне (A/C полиморфизм).
Цель. Целью настоящего исследования явилось оценка влияний полиморфизма генов АПФ (полиморфизм I/D) и AT2P1 (полиморфизм A/C) на электрические показатели сердца у лиц с АГ.
Материал и методы. В исследование включены 130 пациентов АГ. Для оценки электрических параметров сердца всем пациентам проводилась стандартная ЭКГ, ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) с оценкой показателей дисперсии и продолжительности интервалов QT, JT и Tpic–end, частоты регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ).
Результаты. Анализ вариантов полиморфизма гена АПФ показал преобладание ID типа – 63 человек (48,5%). Типы II и DD выявлены с частотой – 23,8% (31 человек) и 27,7% (36 человек). Генотипы гена AT2P1 распределились следующим образом – CC тип полиморфизма – 8% (10 человек); AA тип – 56,8% (71 человек), AC генотип – 35,2% (44 человека). У лиц с генотипом DD отмечались достоверно большие значения интервала QT в сравнении с генотипом II (418,7±20,6 и 406,1±21,4 мс, p=0,02). Другие показатели ЭКГ достоверных различий не имели. У лиц с DD вариантом полиморфизма ППЖ регистрировались чаще, чем у лиц с II типом 41,7% (15 человек) и 16,1% (5 человек) –χ^2=3,9, p=0,03. Пациенты с наличием AC и CC вариантов полиморфизма гена AT2P1 имели достоверно более высокие значения интервала QTc в сравнении с гетерозиготным AC полиморфизмом (403,7±19,6 и 409,2±18,4 мс в сравнении и 419,3±20,5 мс соответственно, p <0,05). Показатели дисперсии и продолжительности JT и Tpic-end не имели достоверных различий. Регистрация ППЖ в группе пациентов с CC генотипом была выше, чем у лиц с AA генотипом – 60% (6 человек) и 22,5% (16 человек) соответственно, χ^2 =4,47, p=0,03. В группе пациентов с AC генотипом гена AT2P1 ППЖ выявлены у 38,6% (17 человек), p >0,05.
Выводы. *На электрофизиологические параметры сердца могут оказывать влияние особенности генетического полиморфизма генов РАС. Наличие D аллелей в генотипах гена АПФ, а также C аллелей в гене AT2P1 ассоциируется с удлинением интервала QT и более частой регистрацией ППЖ.*

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГАЛЕКТИНА-3 И NT-PROBNP В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Юшенко Д.В.[1], Илюшина А.С.[2], Лихачев–Мищенко О.В.[3], Хаишева Л.А.[4]
[1] ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»; Клиника «Люди», г. Ростов-на-Дону, Россия
[2] Клиника «Люди», г. Ростов-на-Дону, Россия
[3] ГБУ РО РОКБ; Клиника «Люди», г. Ростов-на-Дону, Россия
[4] ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуются выраженным взаимным отягощением, а радиочастотная катетерная аблация (РЧА) устьев легочных вен остается ключевым методом восстановления и удержания синусового ритма у данной категории пациентов. Несмотря на доказанную эффективность метода, частота рецидива аритмии в течение первого года достигает 25–40%, что обусловливает необходимость поиска объективных предикторов исхода вмешательства.
Цель. Оценить взаимосвязь исходных и динамических уровней галектина-3 и NT-proBNP с исходами РЧА устьев легочных вен у пациентов с ФП на фоне ХСН, а также сопоставить прогностическую ценность обоих биомаркеров.
Материал и методы. В проспективное исследование было включены 87 пациентов (52 мужчины, 35 женщин; средний возраст 61,4±8,7 года) с симптомной пароксизмальной или персистирующей ФП и ХСН II–III функционального класса по NYHA (ФВ ЛЖ от 38 до 55%, медиана 47%), которым выполнялась первичная РЧА устьев легочных вен. Уровни галектина-3 и NT-proBNP определялись методом иммуноферментного анализа перед процедурой, а также через 1, 3 и 6 мес. после вмешательства. Диаметр левого предсердия оценивался эхокардиографически на каждом визите. Период наблюдения составил 12 мес., конечной точкой считался документированный рецидив предсердной тахиаритмии продолжительностью более 30 сек. после истечения 3-месячного «слепого периода».
Результаты. Рецидив аритмии в течение 12 мес. зафиксирован у 29 из 87 пациентов (33,3%). Исходный уровень галектина-3 в группе с рецидивом составил 21,4±5,2 против 13,8±4,1 нг/мл в группе без рецидива ($p < 0,001$), тогда как исходный NT-proBNP составил 612±184 против 398±142 пг/мл соответственно ($p = 0,004$). При проведении ROC-анализа галектин-3 продемонстрировал площадь под кривой (AUC) 0,79 (95% ДИ 0,68–0,87) с оптимальным пороговым значением 17,2 нг/мл (чувствительность 76%, специфичность 71%), тогда как AUC для NT-proBNP составила 0,71 (95% ДИ 0,59–0,81) при пороге 480 пг/мл (чувствительность 69%, специфичность 66%). Комбинация повышенного галектина-3 (>17,2 нг/мл) с диаметром левого предсердия ≥42 мм ассоциировалась с наиболее высоким риском рецидива: в этой подгруппе (n=19) частота рецидива достигала 68,4%, тогда как при сочетании нормального галектина-3 и диаметра предсердия <42 мм (n=31) рецидив зафиксирован лишь у 9,7% пациентов ($\chi^2 = 18,6$, $p < 0,001$). Динамический анализ NT-proBNP показал, что у пациентов без рецидива снижение уровня маркера к 3-му месяцу после аблации составило в среднем 58,3±14,2% от исходного значения.
Выводы. *Полученные данные подтверждают, что галектин-3 обладает преимуществом как маркер исходного фиброзного субстрата и более точно прогнозирует вероятность рецидива ФП после РЧА по сравнению с NT-proBNP.*

РОЛЬ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Яковенко В.А., Моисеева А.Ю., Кобалава Ж.Д.
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва, Россия

Актуальность. Ожирение часто встречается при хронической сердечной недостаточности (ХСН), однако его роль зависит от фракции выброса (ФВ). Индекс массы тела (ИМТ) не отражает распределения жира, тогда как висцеральное ожирение, согласно гипотезе М. Пакера (2025), является драйвером ХСН с сохраненной ФВ (ХСНсФВ). При ХСН со сниженной ФВ (ХСНнФВ) описан «парадокс ожирения». Актуален сравнительный анализ антропометрических показателей при разных фенотипах ХСН.
Цель. Сравнить антропометрические данные (ИМТ, окружность талии (ОТ), индекс талия/бедра (ИТБ), соотношение ОТ/рост) у пациентов с ХСНнФВ и ХСНсФВ, а также оценить связь показателей висцерального ожирения с тяжестью клинического состояния.
Материал и методы. Проведено поперечное исследование, включены 107 пациентов с ХСН II–IV ФК по NYHA, на 5–7-й день госпитализации в УКЦ РУДН в 2025–2026 гг. Критерии включения: возраст ≥18 лет, наличие ХСН. Критерии исключения: ОКС, ХБП С4–С5, цирроз печени, декомпенсированные эндокринопатии и злокачественные новообразования. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа (n=37) – ХСНнФВ (ФВ <40%), 2-я (n=70) – ХСНсФВ (ФВ ≥50%). Пациентам проведены стандартные клинико-лабораторные исследования, ЭхоКГ, антропометрия (ИМТ, ОТ, ИТБ и ОТ/рост). Степень ожирения определена согласно классификации ВОЗ по ИМТ. Оценка функционального статуса проведена по классификации NYHA и тесту 6-минутной ходьбы (Т6МХ). Статистический анализ выполнен с помощью пакета SPSS Statistics 27.
Результаты. В группе ХСНсФВ ожирение встречалось чаще, чем в ХСНнФВ (67,1 vs 51,4%; p=0,04). Распределение по степеням ожирения также различалось: в ХСНнФВ норма – 21,63%, избыток – 32,43%, ожирение I ст. – 24,32%, II ст. – 13,51%, III ст. – 8,11%; в ХСНсФВ – 8,57, 24,29, 27,14, 22,86 и 17,14% соответственно (p=0,03). Значения ОТ, ИТБ и ОТ/рост не различались между группами (p=0,98, p=0,99 и p=0,99 соответственно).
В группе ХСНсФВ выявлены умеренные положительные корреляции ИТБ с NT-proBNP (r=0,28; p=0,02) и функциональным классом NYHA (r=0,24; p=0,04); в ХСНнФВ корреляции отсутствовали (r=0,09; p=0,59 и r=0,10; p=0,55). Дистанция Т6МХ у пациентов с ХСНсФВ и ИТБ ≥0,95 была значимо ниже, чем при ИТБ <0,95 (310 [255; 375] м vs 405 [345; 455] м; p=0,001), а уровень NTproBNP – в 1,9 раза выше (3980 [2100; 6200] пг/мл vs 2100 [1350; 3400] пг/мл; p=0,002). Выявлена отрицательная корреляция ИТБ с дистанцией Т6МХ (r=–0,35; p=0,005). В группе ХСНнФВ значимых различий по NT-proBNP в зависимости от ИТБ не получено (p=0,18).
Выводы. *Повышенный ИТБ ассоциирован с тяжестью ХСНсФВ, но не ХСНнФВ, что подтверждает феномен метаболического резерва. Определение ИТБ и ОТ/рост – простой метод стратификации риска у пациентов с ХСН, особенно при сохраненной фракции выброса.*

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яцына И.В., Шеенкова М.В.
ФБУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

Актуальность. Высокий уровень стресса, ненормированный график и ночные смены у врачей и медсестер активируют симпатоадреналовую систему, что сопровождается высокой распространенностью артериальной гипертензии (АГ) в структуре их заболеваемости. Из-за постоянного стрессового фона фармакотерапия не всегда позволяет достичь целевого давления. Актуален поиск патогенетически обоснованных немедикаментозных методов воздействия на центральные механизмы регуляции сосудистого тонуса для повышения эффективности лечения.
Цель. Анализ кардиоваскулярных факторов риска и оценка клинической результативности включения курса психофизиологической коррекции (резонансно–акустической стимуляции) в комплексную гипотензивную терапию у работников здравоохранения.
Материал и методы. Обследованы 165 сотрудников круглосуточного стационара (70 врачей и 95 медсестер, возраст 27–63 года). Использовались анкетирование (оценка потребления соли, физической активности, курения), шкала психологического стресса PSM-25, расчет индекса массы тела (ИМТ). Диагностика АГ выполнялась по клиническим рекомендациям. Второй этап включил 38 женщин с АГ, разделенных на две группы: основная (n=19, 50,9±9,2 года) на фоне стандартной гипотензивной терапии получила 10 сеансов резонансно-акустической коррекции (ПРАК); контрольная (n=19, 51,2±8,4 года) получала только медикаментозное лечение. Эффективность оценивалась по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) до и после вмешательства по критерию Крамера–Уэлча.
Результаты. По шкале PSM-25 высокий уровень стресса зафиксирован у 42,4% медработников, средний – у 45,5%, низкий – лишь у 12,1%. Избыточная масса тела выявлена у 35,2%, ожирение (ИМТ >29,9) – у 7,2%, гиподинамия – у 31,5%, потребление соли >5 г/сут. – у 27,5%, курение – у 11%. Распространенность АГ составила 34,5% (57 из 165). На старте второго этапа целевое АД на фоне базовой терапии достигнуто у 57,9% в основной группе и у 52,6% в контрольной (различия недостоверны, p >0,05). После завершения 10 сеансов ПРАК в основной группе контроль АД зафиксирован у 84,2% пациенток, прирост составил 26,4% по сравнению с исходным уровнем.
В контрольной группе целевые цифры достигнуты у 63,2% лиц, прирост оказался почти вдвое ниже – 10,6%. Межгрупповое различие в частоте достижения контроля АД после лечения признано статистически значимым (p <0,05). Таким образом, добавление психофизиологической коррекции позволило дополнительно нормализовать давление у каждой четвертой пациентки, не отвечающей на изолированную фармакотерапию.
Выводы. *У медицинских работников доминируют стресс-ассоциированные и метаболические факторы риска АГ. Включение резонансно-акустической коррекции в схему лечения достоверно повышает частоту достижения целевого АД (с 57,9 до 84,2%) и демонстрирует преимущество над изолированной фармакотерапией.*