

Zimnitskiy Congress



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**III Всероссийского конгресса
клинической медицины
с международным участием
имени С.С. Зимницкого**

КАЗАНЬ | 8-9 ДЕКАБРЯ 2022

www.zimnitskiy.ru

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
KSMA – Branch Campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia



**III-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ ИМ. С.С. ЗИМНИЦКОГО**

8-9 декабря 2022 г.

Казань, 2022

УДК 616(082)(043.2)
ББК 53.0/57.8я431
Т 66

Главный редактор:
Д.м.н., член-корр., профессор **Р.Ш. Хасанов**

Редакционный совет:
к.м.н. **Г.М. Ахмедова,**
д.м.н. **Р.Г. Сайфутдинов,**
А.А. Звегинцева

III-й Всероссийский конгресс клинической медицины с международным участием им. С.С. Зимницкого: материалы III-го Всероссийского конгресса клинической медицины с международным участием им. С.С. Зимницкого (Казань, 8-9 декабря 2022 г.). – Казань: Редакционно-издательский отдел КГМА, 2022. – 124 с.

ISBN 978-5-9500387-5-4

© КГМА – филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России

Содержание

Эффективность терапии хронической сердечной недостаточности и динамика фракции выброса у пациента с дилатационной кардиомиопатией при включении в схему терапии препарата сакубитрил и валсартан (Юперо) <i>Абухаммад Н., Сигитова О.Н.</i>	7
Течение COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией <i>Акберов А.Р., Мусеева С.В., Билалова А.Р., Фаткуллин Б.Ш., Мингазова Г. Ф.</i>	8
Особенности течения артериальной гипертонии и поражения органов-мишеней у больных с сахарным диабетом 2 типа <i>Аршавская И.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Совпель Я.А., Кутья А.Е.</i>	11
Изучение антиоксидантной активности в сыворотке крови пациентов розацеа с учетом клинического течения заболевания <i>Аюпова К.Р.</i>	12
Ишемическая болезнь сердца и COVID-19: патогенез, эпидемиология, ассоциация с реваскуляризациями миокарда <i>Батенова Г.Б., Дедов Е.И.</i>	14
Варианты клинического течения острого периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста <i>Болотова Э.Г.</i>	16
Экспериментальное изучение морфофункциональных показателей иммунной системы в динамике длительного воздействия на организм угольно-породной пыли <i>Бугаева М.С., Казыцкая А.С.</i>	17
Клинико-лабораторная характеристика геморрагической лихорадки с почечным синдромом <i>Булатова А.Х., Хаертынова И.М., Шакирова В.Г., Хаертынов Х.С.</i>	20
Возникновение инфаркта миокарда в когорте пациентов, госпитализированных в центр по лечению COVID-19: анализ влияния на смертность, факторы риска <i>Гапонов Н.Д., Калужина А.В., Ионин В.А., Баранова Е.И.</i>	22
Организация и проведение мероприятий по профилактике природно-очаговых заболеваний в Республике Татарстан <i>Гарявина О.А., Л.О. Борисова, Л.Г. Авдонина</i>	24
Токсические эффекты лекарственного средства «Амикацин» на головной мозг крыс <i>Гладкий М.Л.</i>	26
Применение ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитора у больных с сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса левого желудочка <i>Голодников И.А., Приколота А.В., Михайличенко Е.С., Багрий А.Э., Грицкевич О.С.</i>	29
Комплексный подход к кардиореабилитации на стационарном этапе у лиц, перенесших острый инфаркт миокарда <i>Горелкин И.В., Гумарова Л.Ш.</i>	30
Реабилитация пациентов, получающих диализную терапию <i>Гусамова К.А.</i>	31
Формирование комплаентности пациентов по изменению образа жизни при сахарном диабете 2 типа <i>Дука, М. П. Каплиева</i>	32
Анализ хирургических методов преодоления женского бесплодия <i>Журун Ю.А.</i>	34
Актуальные проблемы профилактики микронутриентной недостаточности и возможные пути их решения в Республике Хакасия <i>Захарова Е.В., Сизикова И.Л., Первова Е.Н.</i>	37

Изучение мнения молодых лиц о вейпинге <i>Зиннатуллина А.Р., Пальмова Л.Ю., Кулакова Е.В.</i>	39
Результаты выявления и лечения первичного гиперпаратиреоза в АОКБ <i>Иванова С.Н., Старцева М.А., Гасникова М.Е., Климович Е.В.</i>	41
Сравнительный анализ нарушения осанки у пожилых пациентов с болезнью Форестье и болевым синдромом в спине <i>Ихсанова Э.Р.</i>	43
Изучение антиоксидантных ферментов у пациентов гнездовой алопецией <i>Кажжанова А.М.</i>	45
Клинические особенности течения мигрени у подростков с дисплазией соединительной ткани <i>Карпухина Ю.Р.</i>	48
Показатели гемокоагуляции при постковидном аваскулярном некрозе головки бедренной кости <i>Каюмов Дж. Ш., Каримов М.Ю.</i>	49
Зависимость формы соустья клиновидной пазухи от краниотипа <i>Красножен В.Н., Федорова В.В.</i>	50
Физиологический носовой цикл. Новый подход к изучению <i>Красножен В.Н., Федорова В.В.</i>	51
Московская программа по гистосканированию рака предстательной железы: промежуточные результаты влияния объёма инфильтрационной анестезии на качество навигации <i>Кузин Б.А., Говоров А.В., Генс Г.П., Васильев А.О., Ким Ю.А., Садченко А.В., Пушкарёв Д.Ю.</i>	52
Септический тромбоз кавернозного синуса у больного новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (клинический случай) <i>Кухмазова З.М., Гаджиева А.С., Магомедова С.А.</i>	54
Сравнение методов получения центрального соотношения, основанных на воспроизводимости положений мышечков нижней челюсти в центральном соотношении - Систематический обзор <i>Лысенко Б.А.</i>	56
Цервикогенная головная боль у пациентов с дисплазией соединительной ткани <i>Мансуров Д.М.</i>	57
Младенческая смертность как один из основных демографических показателей <i>Михайлова С.А.</i>	59
Клинический случай тромбоцитопении на фоне приема антиэстрогенного препарата с противоопухолевым эффектом <i>Молоствова А.Ф., Салимова Л.М.</i>	60
Хирургическое лечение пролактином <i>Насыбуллина Ф.А., Ашимова Р.Р., Вагапова Г.Р., Пашаев Б.Ю.</i>	62
Особенности течения аутоиммунного тиреоидита, впервые диагностированного в постковидном периоде <i>Некрасов А.И., Починка И.Г.</i>	65
Оценка качества оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в Республике Татарстан по результатам клинико-эпидемиологического мониторинга в проекте «Мобильный диабет-центр» <i>Нургалиева А.А., Стиридонова О.А., Вагапова Г.Р.</i>	66
Особенности проводимых реанимационных мероприятий в условиях различных чрезвычайных ситуаций <i>Овчинникова В.С.</i>	68
Влияние взрыва на Чернобыльской атомной электростанции на параметры щитовидной железы у населения города Гомеля <i>Орешиак М.Д., Соловей Е.В., Крицкая А.Н.</i>	69

Исследование клеточных популяций печени крыс при гипергомоцистеинемии <i>Пазиненко О.А., Чучкова Н.Н.</i>	72
Формирование мотивации пациентов на предупреждение и преодоление сахарного диабета <i>Погосова Э.А.</i>	73
Функциональный исход у пациентов со злокачественным ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии <i>Салах М.М. Сехвейл, З.А. Гончарова, Д.И. Свирядкина, А.А. Танова</i>	74
Экспрессия CD64 нейтрофилов у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 <i>Салахова Э.А., Хаертынов Х.С., Мустафин И.Г.</i>	76
Клинический случай тяжелой ингибиторной формы гемофилии А с поздним дебютом <i>Салимова Л.М., Молоствова А.Ф.</i>	77
Острая печеночная порфирия. Состояние вопроса в Республике Татарстан <i>Салыхова В.</i>	79
Клинико-лабораторные особенности и иммунологические нарушения у больного с микст-инфекцией ГЛПС и лептоспирозом <i>Сапожникова В.В., Перминова К.К., Торопова А.Р.</i>	82
Анализ маркеров почечного повреждения у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом <i>Саубанова А.Р., Усова Н.В., Петрушкина Е.Н., Шакирова В.Г.</i>	84
Варианты терминального отдела малой подкожной вены с впадением в икроножные вены <i>Семеняго С. А., Семеняго Е.Ф.</i>	86
Значение коррекции пищевого поведения в терапии пациентов с метаболическим синдромом <i>Сергеева-Кондраченко М.Ю., Терина Н.А.</i>	88
Синдром Конна у женщины. Собственное наблюдение <i>Трефилова Ю.С.</i>	90
Факторы риска развития венозных тромбозных осложнений у больных с острым нарушением мозгового кровообращения <i>Уланова Н.Д., Починка И.Г.</i>	91
Изучение уровня тревожности и депрессивных проявлений у лиц молодого возраста <i>Футин Э.В., Белоусова М.В.</i>	92
Деформационные характеристики миокарда в норме и при различных вариантах течения ИБС с оценкой эффективной статинотерапии <i>Хаджилаева Ф.Д.</i>	95
К вопросу диагностики рассеянного склероза у детей в Республике Татарстан <i>Хайбуллина А.Р.</i>	97
Кровохарканье как клинический признак тромбоза легочной артерии <i>Халецкая Н.В., Доценко Э.А.</i>	99
Случай определения инфаркт-ответственной артерии у пациента с многососудистым поражением по данным электрокардиографии <i>Хамидулина А.Р. Харисова Э.Х.</i>	101
Анализ предикторов летального исхода у пациентов с коронавирусной инфекцией <i>Хамидулина З. З., Авзалетдинова Д. Ш., Моругова Т. В., Гареева Д.Ф., Загидуллин Н. Ш.</i>	102
Влияние дефицита железа на динамику систолической функции левого желудочка у пациентов с инфарктом миокарда <i>Хастиева Д.Р., Тарасова Н.А., Хасанов Н.Р.</i>	104
Анализ эффективности эндоскопической трансназальной аденомэктомии, как метода выбора лечения гормон роста-продуцирующих аденом гипофиза <i>Хафизов А.Р., Ваганова Г.Р., Пашаев Б.Ю.</i>	106

Технологии медицинской реабилитации при постковидном синдроме <i>Чайковский Р.О., Бодрова Р.А., Каримова Г.М.</i>	109
Изучение соблюдения правил техники инъекции инсулина у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом типа 1 <i>Чупрова А.В., Кочеткова О.А., Попова А.Ю., Эстер А.С.</i>	111
Нарушение когнитивных функций при рассеянном склерозе <i>Шагиева Э.Р., Галиева Р.Р., Фаззова А.А., Шарипова Д.Н.</i>	113
Чрескожные коронарные вмешательства поражений ствола левой коронарной артерии у пациентов высокого хирургического риска <i>Шарафутдинов Б.М., Ацель Е.А., Абдульянов И.В., Мирвалиев Р.С., Хайруллин Т.Х.</i>	115
Влияние спинномозговой анестезии на артериальное давление <i>Шкаликова Я.В., Ситдикова К.С., Короткова Х.Д.</i>	116
Сравнительный анализ эвакуаторной функции желудка у пациентов с функциональной диспепсией и здоровых (по данным магнитно-резонансной томографии с нагрузочным питьевым тестом) <i>Шкляев А.Е., Максимов К.В., Пантелеев К.Э.</i>	117
Технологии физиотерапии в оздоровлении лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию <i>Юнусова Э.Р., Чайковский Р.О., Фадеев Г.Ю., Остудина А.А.</i>	120

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТА С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СХЕМУ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТА САКУБИТРИЛ И ВАЛСАРТАН (ЮПЕРИО)

Абухаммад Насер¹, Сигитова О. Н.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, Россия; ² Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМ) – это нарушение функционирования миокарда, приводящее к сердечной недостаточности, при которой преобладают дилатация желудочков и систолическая дисфункция. В целом прогноз при ДКМ неблагоприятный, однако он может улучшаться на фоне проводимой терапии. Лечение ДКМ – это лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН). Обычно с этой целью применяют бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), мочегонные средства, сердечные гликозиды, антагонисты альдостерона, и другие препараты.

Валсартан+Сакубитрил (Юперิโอ) рекомендуется применять вместо иАПФ/АРА у пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и сохраняющимися симптомами ХСН, несмотря на оптимальную терапию иАПФ/АРА, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона. Действие препарата Валсартан+Сакубитрил (Юперิโอ) опосредовано новым механизмом, а именно, одновременным подавлением активности неприлизина (нейтральной эндопептидазы) сакубитрилатом и блокадой рецепторов ангиотензина II 1-го типа валсартаном, что приводит к увеличению количества, разрушаемых неприлизином (например, натрийуретические пептиды), при одновременном подавлении негативных эффектов ангиотензина II валсартаном.

Цель. Оценить эффективность терапии ХСН и динамику фракции выброса (ФВ) у пациента Ш с ДКМ при включении препарата Сакубитрил и Валсартан (Юперิโอ) в комплексную терапию ХСН.

Материалы и методы. Анализ клинических данных, лабораторное исследование, электрокардиография, эхокардиография.

Задачи:

1. Оценить эффективности терапии ХСН у пациента Ш. 64 лет до назначения препарата – Сакубитрил и Валсартан (Юперิโอ) и после назначения.

2. Проанализировать клинику, структурно-функциональные нарушения миокарда до и после лечения.

3. Оценить ближайший прогноз заболевания (при наблюдении за пациентом на протяжении 1 месяца после лечения).

Результаты. На фоне лечения ХСН пациента с ДКМ с ХСН 3Б в течение 6 месяцев при назначении общепринятой терапии ХСН без включения препарата Сакубитрил и Валсартан в комплексную терапию ХСН ФВЛЖ увеличилась незначительно: с 16 % до 17%, при этом отсутствовала положительная динамика клинических проявлений ХСН. После включения препарата в течение 1 месяца ФВ ЛЖ повысилась с 17% до 23%, отмечена положительная динамика клинических проявлений.

Выводы.

1. Терапия ХСН у пациента с ДКМ со сниженной ФВ терапия ХСН препарат Сакубитрил и Валсартан (Юперо) в комбинации со стандартной терапией ХСН показал большую эффективность по сравнению со стандартной терапией ХСН.

2. После включения препарата Сакубитрил и Валсартан в комплексную терапию ХСН в течение 1 месяца ФВЛЖ увеличилась с 17 % до 23%.

3. У пациента через 1 месяц после лечения ХСН с включением препарата Сакубитрил и Валсартан выявлена положительная динамика клинических проявлений ХСН: уменьшилась одышка, отеки нижних конечностей, слабость.

ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Акберов А.Р.¹, Моисеева С.В.¹, Билалова А.Р.¹, Фаткуллин Б.Ш.², Мингазова Г.Ф.²

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая инфекционная больница имени профессора А.Ф. Агафонова»

Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение: Эпидемия коронавирусной инфекции (COVID-19) длится уже около 3 лет, она стремительно охватила более чем 200 стран и была объявлена Всемирной организацией здравоохранения глобальной пандемией. В мире ею переболели более 494 миллионов человек и более 6 миллионов умерли (Johns Hopkins University.<https://gisanddata.maps.arcgis.com>). Россия находится в числе стран с наиболее высоким количеством заболевших и умерших от COVID-19. (www.стопкоронавирус.рф.)

Известно, что люди с иммунодефицитом являются наиболее уязвимой группой для заражения и тяжёлого течения COVID-19 (Jakharia N., Subramanian A.K., Shapiro A.E. COVID-19 in the Immunocompromised Host, Including People with Human Immunodeficiency Virus. *Infect Dis Clin North Am.* 2022; 36(2):397-421). Закономерно, напрашивается вопрос – подвержены ли люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека, повышенному риску инфицирования и тяжелого течения заболевания COVID-19. В связи с этим нам было интересно изучить течение COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией.

Цель: изучить клинико-лабораторную характеристику COVID-19 у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Материалы и методы: Проводился ретроспективный анализ историй болезней 28 больных коронавирусной инфекцией на фоне ВИЧ-инфекции, которые были госпитализированы в ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница им. профессора А.Ф. Агафонова» г. Казани в период с 4 января 2022г. по 2 сентября 2022г. Больные были проанализированы по полу, возрасту, сопутствующим и оппортунистическим заболеваниям, данным лабораторных анализов (параметры общего анализа крови) и инструментальной диагностики (компьютерная томография легких (КТ). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик - ООО "Статтех", Россия) и пакета прикладных программ «Statistica-version 10.0».

Результаты: В данное исследование вошли 28 пациентов, из них 13 мужчин и 15 женщин, средний возраст больных составил $44,5 \pm 1,8$ лет. Пациенты были разделены на две группы: I группа - выписавшиеся с улучшением $n=21(75\%)$, II-больные с летальным исходом $n=7(25\%)$. На момент госпитализации антиретровирусную терапию (АРВТ) получали 57,1 % (16) пациентов, без АРВТ - 42,9% (12). В I группе больные были на 3 стадии ВИЧ инфекции – 5 пациентов, 4А-4, 4Б-3, 4В-9 пациентов. Во II группе - на 3 стадии - 1 пациент; на 4В-6, на 4А и 4Б - больных не было. Ведущими жалобами у пациентов I группы были слабость (100%), подъем температуры тела- $39,3 \pm 0,18$ °С (100%), кашель (57,1%) и головная боль (33,3%), реже встречались: боль в горле (23,8%), одышка (19,1%), заложенность носа (14,3%), поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – диарея (19,1%) и рвота (14,3%). Основными жалобами у больных II группы были: слабость (100%), подъем температуры $38,7 \pm 0,3$ °С (100%), головная боль (100%), отсутствие аппетита (100%), одышка (71,4%), кашель (57,1%) и проявления поражения центральной нервной системы (ЦНС) в виде неустойчивой походки (57,1%) и отсутствия речи (42,8%). Важно: у 3-х пациентов II группы анамнез был собран со слов сопровождающего лица, в связи с тяжестью состояния.

Течение коронавирусной инфекции у пациентов I группы проявлялось следующим образом: у 13 (61,9%) пациентов не было поражения легких, но были диагностированы катаральные и гнойные синуситы - фронтит и гайморит у 5(23,8%) больных, еще у 5 больных (23,8%) проявлялось в виде ринофарингита. Пневмония была диагностирована у 8 (38,1%) пациентов: у 4-х (19,05%) в виде вирусно-бактериальной и у 4 (19,05%) - вирусной пневмонии в сочетании с пневмоцистной пневмонией (ПП). Тяжелое течение заболевания было у 4-х (19,1%) больных, средне-тяжелое - у 8 (38,1%), легкое - у 9 (42,8%) пациентов. В кислородной поддержке через аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации нуждались 2 (9,5%) больных. По данным КТ пациенты I группы были распределены следующим образом: КТ0-15 (71,4%) КТ1-4 (19,1%) КТ2-0, КТ3-2 (9,5%). Во II группе больных без поражения легких заболевание протекало у 3-х (42,6%) пациентов, также у 3-х (42,6%) в виде вирусно-бактериальной пневмонии и у 1 (14,3%) вирусная пневмония в сочетании с ПП. Течение заболевания у всех пациентов II группы (100%) было в тяжелой и крайне-тяжелой форме. Все больные находились в отделении интенсивной

терапии, на ИВЛ было 6 пациентов, 1 больной получал кислородную поддержку через лицевую маску. По результатам инструментального обследования органов грудной клетки – КТ0-2 больных, КТ1-1, КТ3 – 4, КТ2-0.

Тяжесть течения у больных обеих групп помимо исследуемого заболевания была обусловлена сопутствующей патологией. Коморбидные состояния регистрировались у всех исследуемых пациентов в обеих группах. Обращали на себя внимание значительно чаще встречающиеся и более тяжелые сопутствующие патологии во II группе пациентов – это поражение ЦНС в виде токсической и дисметаболической энцефалопатии (71,4%), острой сердечно-сосудистой недостаточности (42,8%), сепсиса (57,1%), синдрома полиорганной недостаточности (57,1%), панцитопении (42,9%), анемии (85,7%), тромбоцитопении (71,4%) ($p < 0,05$). Заболевания органов сердечно-сосудистой системы регистрировалось в обеих группах, в виде гипертонической болезни, хронической сердечной недостаточности и поражения клапанов сердца: в I группе 42,9% и во II-28,6%. Также общими для обеих групп были сопутствующие вирусные гепатиты С и В 47,6% (I) и 42,8% (II), в том числе в стадии декомпенсации цирроза 14,3%(I) и 28,6%(II). Сопутствующая патология мочеполовой системы регистрировалась в виде хронической болезни почек, инфекции мочевыводящих путей и острой почечной недостаточности, последняя была диагностирована только у больных II-й группы (57,1%). У 38,1% в I группе было обострение хронических заболеваний органов ЖКТ, у 1 больного – было кишечное кровотечение.

За период госпитализации в стационаре в результате обследования у больных ВИЧ-инфекцией обеих групп были выявлены оппортунистические заболевания. Практически с одинаковой частотой были диагностированы грибковые (*C.albicans*) поражения слизистых и кожи (по 38,1% и 28,6% соответственно). Герпетические инфекции (ЦМВИ, ВЭБ, ВПГ 1,2 типов) были выявлены только у пациентов I группы (38,1%). В обеих группах были диагностированы заболевания, вызванные *M. tuberculosis*, в I группе – менингоэнцефалит ($n=1$), во II группе – посттуберкулезные изменения верхушки правого легкого ($n=1$). Внимание обращала на себя кахексия, которая регистрировалась у 3 (42,9%) больных во II группе и только у 1 (4,8%) в I группе ($p < 0,05$). Интересным был факт бактериального поражения ЦНС у 3 (14,3%) пациентов I группы в виде гнойного менингоэнцефалита (*Ps.Stutzeri.*, *M.tuberculosis*) и отсутствие такового во II группе больных. Поражение ЦНС у больных с летальным исходом было в виде энцефалопатии (токсической и дисметаболической) и было отнесено нами к сопутствующей патологии.

Выводы: У пациентов с летальным исходом при короновирусной инфекции на фоне ВИЧ-инфицирования более часто регистрировались жалобы на: одышку, головную боль, отсутствие аппетита, неустойчивую походку и отсутствие речи. Течение заболевания у данной категории больных протекало в тяжелой и крайне-тяжелой форме, все больные нуждались в госпитализации в отделение интенсивной терапии и кислородной поддержке. Характерным было наличие тяжелой сопутствующей патологии в виде поражения ЦНС

токсической и дисметаболической энцефалопатии, острой сердечно-сосудистой недостаточности, сепсиса, синдрома полиорганной недостаточности, кахексии, панцитопении, анемии и тромбоцитопении.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Аршавская И.А., Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Совпель Я.А., Кутья А.Е.
Государственная образовательная организация Высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
г. Донецк, ДНР*

Введение. Особенности течения артериальной гипертонии (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа, включая характер АГ и особенности поражения органов-мишеней, остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: изучить особенности течения АГ и поражения органов-мишеней у больных с СД 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 139 больных (64 мужчины и 75 женщин в возрасте $73,9 \pm 11,7$ лет) с АГ и СД 2 типа. На основании отечественных и международных рекомендаций выделяли систоло-диастолическую АГ, изолированную систолическую АГ и резистентную АГ. Всем больным по стандартным методикам выполняли общеклинические, биохимические и инструментальные исследования, в т. ч. определяли уровни гликированного гемоглобина (HbA1C), уровни креатинина крови с подсчетом скорости клубочковой фильтрации, альбуминурию, оценивали уровни индексов инсулиночувствительности НОМА-IR и глюкозотоксичности НОМА-В по стандартным формулам, выполняли эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, пробу с реактивной гиперемией (РГ). Для статистической обработки данных использовали программу STATISTICA for Windows/version 10 / StatSoft, Inc. (2011 г.).

Результаты. Систолю-диастолическая АГ имела место в 57,6% случаев, изолированная систолическая АГ – в 42,4%, резистентная АГ – в 41,0%. Среди лиц с изолированной систолической АГ в сравнении с систоло-диастолической АГ выше оказались доли лиц с давностью диабета > 10 лет (50,8 против 38,8%), с уровнем HbA1C $> 8\%$ (47,5 против 25%), с уровнями индекса НОМА-IR > 4 (61,1 против 47,5%) и индекса НОМА-В < 60 (49,2 против 17,5%), с выраженной гипертрофией левого желудочка (52,5 против 27,5%) и его диастолической дисфункцией (81,4 против 55%), с нарушением вазодилататорного ответа плечевой артерии в пробе с РГ (84,7 против 67,5%), все $p < 0,05$. При резистентной АГ в сравнении с АГ без резистентности к лечению выше были доли лиц с HbA1C $> 8\%$ (47,3 против 25,6%), НОМА-IR > 4 (75,4 против 41,4%), альбуминурией (66,7 против 35,4%), скоростью клубочковой фильтрации < 60 мл/мин (43,9 против 13,4%), все $p < 0,05$.

Выводы. Среди больных с АГ в сочетании с СД 2 типа выявлена высокая доля лиц с изолированной систолической АГ и резистентной АГ. Данные категории больных отличались более частой декомпенсацией СД 2 типа, инсулинорезистентностью и глюкозотоксичностью, а также более выраженные структурно-функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, альбуминурией и снижением скорости клубочковой фильтрации.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Аюпова К.Р.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», г. Казань

Розацеа является наиболее распространенным воспалительным дерматозом, развивающимся под влиянием средовых и генетических факторов, характеризуется выраженным поражением центральной части лица с персистирующей эритемой, воспалительными папулами, телеангиэктазиями и гиперплазией соединительной ткани. Показатели распространенности среди населения варьируются от менее одного до 22%, но на эти показатели, вероятно, влияют различия в дизайне исследования, методологии, численности населения, географическом положении, а также культурные и социальные различия в восприятии заболевания. Известно большое количество исследований, связанных с воспалением и активными формами кислорода, которые могут быть непереносимым признаком розацеа. По данным ряда исследователей ферменты, катализирующие образование активных форм кислорода и идентифицированные полиморфизмы могут вызывать повышенный уровень окислительного стресса и управлять патогенезом розацеа. Изменения окислительного стресса играют важную патогенетическую роль в развитии розацеа. У пациентов розацеа среди неблагоприятных факторов нередко встречается сухость кожи, которая сопровождается гиперчувствительностью и повышенной раздражительностью при влиянии экзогенных факторов. К клиническим проявлениям розацеа при неправильном уходе может присоединиться вторичная инфекция. Пидермия считается самым часто встречаемым дерматозом среди всех кожных болезней. Клинические проявления розацеа следует отличать от эксфолиативной эритродермии. Эритродермия может протекать тяжело с повышением температуры, сильным недомоганием. Нарушение регуляции иммунной системы, сосудистые изменения и окислительное повреждение тканей являются факторами, связанными с воспалением розацеа, триггерами которых является и ультрафиолетовое излучение. Поврежденные солнцем участки кожи имеют клинические, гистологические и функциональные изменения, связанные с инсоляцией. Поэтому поиск патогенетических механизмов, связанных с маркерами окислительного стресса, являются весьма актуальным и целесообразным.

Целью исследования явилось изучение антиоксидантной активности в сыворотке крови путем оценки уровня церулоплазмينا у пациентов розацеа с учетом клинического течения заболевания.

Материал и методы исследования.

Нами было проведено исследование 19 пациентов с легкой и средней степени тяжести розацеа. Оценку тяжести течения розацеа определяли по шкале диагностической оценки розацеа (ШДОР), где максимальная сумма баллов составляла 21. Также был проведен метод глобальной оценки заболевания исследователем (Investigator Global Assessment, IGA), который представлял собой оценку по 5-бальной шкале от 0 баллов до 4 баллов. Критерии включения составили пациенты розацеа старше 19 лет, эритематозной и папуло-пустулезной формой, легкой и средней степени тяжести. Критерии не включения вошли пациенты младше 18 лет, имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания, беременность и лактацию. Концентрацию церулоплазмينا в сыворотке крови измеряли с помощью спектрофотометрического метода. Результаты данных исследования обработаны методом математической статистики с помощью программ Statistica.

Результаты исследования. Исследование было проведено у 19 пациентов розацеа в возрасте от 19 до 57 лет. Средний возраст испытуемых составил $37,5 \pm 1,9$ лет в основной группе и $37,49 \pm 2,1$ лет в контрольной группе. Основываясь на полученных результатах, средний возраст начала заболевания составил $32,69 \pm 3,51$ лет, а средняя продолжительность заболевания составила $19,74 \pm 5,37$ лет. Наибольшая длительность течения розацеа наблюдалась в возрастном диапазоне 49 лет и старше. Средний балл ШДОР и IGA составили 13,95 и 3,27 баллов соответственно. Средний уровень содержания церулоплазмينا был значительно ниже у пациентов средней степени розацеа ($112,5 \pm 6,7$ мг/л и $93,7 \pm 4,8$ мг/л у пациентов легкой и средней степени розацеа соответственно). Церулоплазмин является комплексообразователем ионов металлов, которые связывают медь, лишая их склонности формировать свободные радикалы. Входит в первую параллель обороны, состоящей из антиоксидантов, предотвращающих окислительные процессы с подавлением образования радикалов. При этом концентрирует диспропорционирование супероксидного анион-радикала, воссоздает перекись водорода, гидропероксида, формируя менее реакционноспособные молекулы, такие как двухатомный кислород. Настоящие результаты продемонстрировали связь между содержанием церулоплазмينا и клиническим течением розацеа, что подтверждает значимость маркеров окислительного стресса при клинической оценке степени тяжести пациентов розацеа, как диагностического критерия. В ходе проведенного исследования обнаружена корреляция между возрастом и длительностью заболевания. В группе пациентов с розацеа с увеличением возраста зафиксировано увеличение длительности болезни. Среди обследованных пациентов розацеа зуд регистрировался у $52,6 \pm 2,9$ %, жжение – $42,1 \pm 3,1$ %, стягивание кожи – $26,3 \pm 2,4$ %, боль – у $15,7 \pm 2,8$ % пациентов. Наиболее распространенными провоцирующими факторами были стресс у

89,47±3,9 % пациентов; жаркая погода у 57,89±2,3 %, пребывание на солнце у 52,63±2,5 %, холодная погода у 47,38±2,4 %, физические упражнения у 42,10±2,9 %, ветер у 36,84±1,9 %, острая пища у 31,57±2,3 %, горячие напитки у 26,21±2,7 % и алкоголь у 21,95±2,3 % пациентов. Таким образом результаты исследования показали, что клинические симптомы и их тяжесть розацеа варьируются в зависимости от маркера окислительного стресса.

Выводы.

С увеличением показателей степени тяжести розацеа по шкале диагностической оценки розацеа и глобальной оценки заболевания исследователем регистрировалось снижение концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови, что является диагностически значимым критерием розацеа.

У пациентов розацеа с увеличением возраста регистрировалось увеличение длительности заболевания. Стресс (89,47±3,9 %) явился наиболее распространенными провоцирующим фактором пациентов розацеа.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И COVID-19: ПАТОГЕНЕЗ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, АССОЦИАЦИЯ С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯМИ МИОКАРДА

Батенова Г.Б., Дедов Е.И.

*Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет
им. Н.И. Пирогова, Российская Федерация, г. Москва*

Введение. Пандемия COVID-19 привела к многочисленным госпитализациям, смертям и экономическим трудностям во всем мире. Появление нового вируса, официально известного как тяжелый острый респираторный синдром-коронавирус-2 (SARS-CoV-2), стало огромной проблемой для медицинских работников и ученых во всем мире. Высокая вирулентность, заражение людей даже в бессимптомной фазе и относительно высокая контагиозность привели к быстрой передаче этого вируса за пределы Китая, что привело к пандемии. Первый случай COVID-2019 произошел 8 декабря 2019 года в китайской провинции Хубэй. Вовлечение органов дыхания в диапазоне от легкого гриппоподобного заболевания до потенциально смертельного острого респираторного дистресс-синдрома или пневмонии, связанной с COVID, является доминирующим клиническим проявлением COVID-19. Однако менее изучены сердечно-сосудистые проявления этой инфекции. Как и в случае с респираторными инфекциями, ранее существовавшие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний повышают уязвимость к COVID-19. Кроме того, COVID-19 может усугубить бессимптомное течение сердечно-сосудистых заболеваний и даже спровоцировать сердечные осложнения *de novo*. COVID-19 имеет высокое сродство к рецептору ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE-2), который концентрируется в легких и сердечно-сосудистой ткани, что может привести к сердечно-сосудистым повреждениям в случаях COVID-19. Некоторые исследования показали, что ранее существовавшие сердечно-сосудистые заболевания

являются фактором риска развития тяжелой инфекции. Так, согласно результатам опубликованных исследований, у пациентов с COVID-19 вероятно развитие острой сердечной недостаточности, аритмий, нарушений свертываемости крови, острого инсульта, что может привести к неблагоприятным исходам.

Целью нашего исследования было проведение систематического поиска и анализа научной информации об эпидемиологии ишемического поражения миокарда при коронавирусной инфекции и рисках, связанных с реваскуляризацией миокарда.

Материал и методы. Проведен поиск научных публикаций в базах данных и веб-ресурсах по доказательной медицине: PubMed, MEDLINE, UpToDate, TripDatabase, ResearchGate, Google Scholar. Критериями включения были: 1) исследования с участием пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19, 2) разделение популяции на выживших и невыживших, 3) предоставление данных о наличии предшествующей реваскуляризации. Критерии исключения: описание случая, редакционные статьи/бюллетени, серия случаев с менее чем 10 участниками и рандомизированные контролируемые испытания.

Результаты. Влияние коронавирусной инфекции на течение ишемической болезни сердца (патогенез, эпидемиология)

Новый оболочечный РНК-бетакоронавирус вызывает SARS-CoV-2. Семь видов этих бета-коронавирусов вызывают инфекции у людей, четыре из которых проявляются легкими гриппоподобными симптомами, а остальные три приводят к потенциально смертельным заболеваниям (тяжелый острый респираторный синдром, ближневосточный респираторный синдром, COVID-19). Органы дыхания являются основной мишенью для SARS-CoV-2, но есть и пути поражения сердечно-сосудистой системы.

Сообщается о высокой частоте тромбоемболических и геморрагических осложнений у пациентов в критическом состоянии с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) при коронавирусной болезни 2019 (COVID-19). COVID-19 может привести к нарушению каскада свертывания крови с дисбалансом функции тромбоцитов и регуляторных механизмов свертывания крови и фибринолиза. Клинические проявления варьируют от повышенных лабораторных маркеров и субклинических микротромбов до тромбоемболических явлений, кровотечений и диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. После воспалительного триггера механизмом активации каскада коагуляции при COVID-19 является путь тканевого фактора, который индуцирует опосредованную эндотоксином и фактором некроза опухоли продукцию интерлейкина и активацию тромбоцитов. Последующая массивная инфильтрация активированными тромбоцитами может вызвать воспалительные инфильтраты в эндотелиальном пространстве, а также тромбоцитопению.

Выводы: поскольку пандемия COVID-19 продолжается по настоящее время, необходимо провести большое количество высококачественных исследований для всестороннего изучения влияния коронавирусной инфекции на сердечно-сосудистую систему.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Болотова Э.Г.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иркутск

Введение. Ежегодно заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и смертность от них неуклонно растут, поражая лиц трудоспособного возраста. С каждым годом в мире прогнозируется развитие 9,6 млн. инфарктов мозга с преобладанием ишемического инсульта (85%). Церебральный инсульт является лидирующей причиной инвалидизации в Российской Федерации. При этом лишь каждый четвертый больной среди лиц трудоспособного возраста сможет вернуться к прежней работе. Ведение пациентов в острый период ишемического инсульта является определяющим звеном в нейрореабилитации, т.к. раннее начало нейрореабилитационных мероприятий ведет к их эффективности и способствует высокому реабилитационному потенциалу у больных.

Цель. Выявить и изучить варианты клинического течения острого периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста, определить их зависимость от наличия тех или иных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 145 пациентов (111 мужчин и 34 женщины) с ишемическим инсультом в его остром периоде, из них 22 человека (15,2%) молодого и 123 человека (84,8%) среднего возраста. Проанализированы следующие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, гипокинезия, избыточная масса тела, дислипидемия, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, заболевания почек, двигательные, чувствительные, речевые нарушения в момент поступления пациента в стационар и на исходе острого периода ишемического инсульта, своевременная госпитализация в первичное сосудистое отделение в рамках «терапевтического окна», тяжесть ишемического инсульта по шкале NIHSS, проведение внутривенной тромболитической терапии, пораженный сосудистый бассейн головного мозга. В ходе наблюдения за этими пациентами выделены пять вариантов клинического течения острого периода ишемического инсульта: регрессиентное, регрессиентное с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой, стабильное, медленно прогрессиентное и быстро прогрессиентное течения. Регрессиентное течение и регрессиентное течение с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой отнесены к благоприятному течению острого периода ишемического инсульта, стабильное, медленно прогрессиентное и быстро прогрессиентное – к неблагоприятному.

Результаты. Регрессиентное течение наблюдалось у 43 (29,7%) пациентов; регрессиентное с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой - у 78 (53,8%) пациентов; стабильное течение установлено у 4 (2,8%) пациентов; медленно прогрессиентное течение - у 15 (10,3%) пациентов и быстро прогрессиентное течение – у 5 (3,4%) пациентов. Благоприятному течению статистически достоверно способствовали следующие факторы риска: менее выраженные двигательные, чувствительные и речевые нарушения в момент поступления пациента в стационар и на исходе острого периода ишемического инсульта, своевременная госпитализация пациента в первичное сосудистое отделение в рамках «терапевтического» окна, проведение внутривенной тромболитической терапии, легкая степень тяжести ишемического инсульта по шкале NIHSS, поражение вертебро-базиллярного бассейна, отсутствие в анамнезе у пациента ишемической болезни сердца ($p < 0,05$).

Выводы. Установление варианта клинического течения острого периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста и факторов риска его благоприятного течения позволит определить у них прогноз реабилитационного потенциала на этапе ранней реабилитации и дальнейшую тактику лечебных и нейрореабилитационных мероприятий.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ДИНАМИКЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ УГОЛЬНО-ПОРОДНОЙ ПЫЛИ

Бугаева М.С.^{1,2}, Казицкая А.С.²

¹ НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», г. Новокузнецк

Введение. Пневмокониоз занимает ведущее место в структуре профессиональных заболеваний работников угольной промышленности Кузбасса. Длительное воздействие угольно-породной пыли (УПП) приводит к перенапряжению адаптивных возможностей организма и хронизации основных патологических процессов. Наиболее чувствительным показателем реакции организма на действие вредных факторов является состояние иммунной системы. Современная литература широко освещает данные о ее функциональных изменениях при хронических формах профессионального заболевания. Исследования, посвященные оценке состояния иммунной системы на ранних стадиях профпатологии, а также морфологическим проявлениям иммунных реакций, немногочисленны и противоречивы. Изучение ранних компенсаторных реакций иммунной системы, направленных на поддержание гомеостаза, и патологических изменений, свидетельствующих о нарушении иммунной реактивности, дают возможность управлять механизмами иммунной защиты, использовать раскрытые закономерности иммунного ответа для профилактики патологических состояний.

Цель – экспериментальное исследование морфофункциональных показателей иммунной системы в динамике длительного воздействия на организм угольно-породной пыли.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на белых лабораторных крысах-самцах, разделенных на 2 группы: 1 – контрольная; 2 – крысы, вдыхавшие УПП в средней концентрации 50 мг/м^3 в пылевой камере по 4 часа ежедневно в течение 12 недель. Забор крови и внутренних органов (бронхолегочной системы, сердца, печени и почек) производили на 1, 3, 6, 9 и 12 неделях эксперимента, периодах – ассоциированных со стажированностью рабочих во вредных условиях. Для изучения иммунного статуса в крови определяли уровень цитокинов, иммуноглобулинов (Ig A, M, G), белков острой фазы воспаления: церулоплазмина (Ср) и гаптоглобина (Hr). Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 22. Рассчитывали средние значения показателей и стандартные ошибки среднего значения. Для сравнения независимых выборок использован параметрический t-критерий Стьюдента. Различия между выборками считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$ (*). Гистологическое исследование осуществляли по общепринятой методике.

Результаты. На 1-й неделе эксперимента в респираторной части легких в ответ на воздействие УПП отмечалось развитие макрофагального воспаления. Макрофаги являются первым звеном становления иммунитета и играют связующую роль между местными и системными реакциями, участвуя в выявлении антигенных детерминант с последующей передачей информации в иммунную систему. Данные иммунокомпетентные клетки при активации способны стимулировать синтез большого количества медиаторов межклеточных взаимодействий, в частности цитокинов, свободных радикалов, протеаз, участвующих в индукции окислительного стресса и воспаления. Большинство регуляторных эффектов иммунной системы опосредовано цитокинами, они вовлечены во все звенья иммунитета, включая дифференцировку предшественников клеток иммунной системы, представление антигена, клеточную активацию и пролиферацию, экспрессию молекул адгезии и острофазового ответа. Кроме того, цитокины участвуют в активации Т-лимфоцитов с их дальнейшей дифференцировкой в направлении Th1/Th2, определяющей преобладание одного из типов иммунного ответа. На 1-й неделе затравки показано снижение концентрации провоспалительного цитокина IL-6 (контроль: $5,6 \pm 0,75$ пг/мл, опыт: $2,97 \pm 0,58^*$ пг/мл) на фоне повышения уровня противовоспалительного IL-4 (контроль: $2,4 \pm 0,2$ пг/мл; опыт: $4,4 \pm 0,8^*$ пг/мл), являющегося ведущей молекулой межклеточных взаимодействий и блокирующего спонтанную и индуцированную продукцию провоспалительных цитокинов. Уровень остальных исследуемых медиаторов находился в физиологических пределах. На этом фоне отмечалось снижение соотношения IL-2/IL-4 в 3 раза по сравнению с контролем, что свидетельствовало об активации Th2-лимфоцитов, опосредующих в дальнейшем реакции гуморального иммунитета. К 3-й неделе, на фоне продолжающегося воздействия УПП в бронхолегочной системе отмечалось

развитие компенсаторных и адаптивных механизмов, направленных на ограничение повреждающего фактора в виде активного поглощения УПП макрофагами. В сердце, печени и почках также наблюдалось появление лимфоцитарных элементов в строме органов, периваскулярных зонах, стенке и просветах сосудов. В печени, кроме того, отмечалась пролиферация клеток Купфера, являющихся органоспецифическими макрофагами. Для кровеносных сосудов всех органов характерна гипертрофия эндотелиоцитов, что вероятно свидетельствовало об изменении функциональной активности данных клеток. Эндотелий является обязательным компонентом развития многих патологических процессов, в том числе воспалительной реакции и изменений системы иммунорегуляции. Третья неделя эксперимента характеризовалась подавлением секреции провоспалительных цитокинов – IL-1 β (контроль: 7,0 \pm 0,9 пг/мл, опыт: 2,4 \pm 0,6* пг/мл) и IL-6 (контроль: 5,2 \pm 0,23 пг/мл, опыт: 2,57 \pm 0,67* пг/мл), повышением уровня интерферона-гамма (IFN- γ) (контроль: 19,6 \pm 5,17 пг/мл, опыт: 39,8 \pm 14,1* пг/мл) и IL-4 (контроль: 2,4 \pm 0,2 пг/мл, опыт: 4,4 \pm 0,8* пг/мл), что свидетельствовало об активации как клеточного, так и гуморального иммунитета и развитии полноценного иммунного ответа. На активацию гуморального звена также указывало повышение уровня всех классов иммуноглобулинов и концентрации в сыворотке крови белков острой фазы воспаления: Ср (контроль – 12,9 мг/дл, опыт – 16,8*, мг/дл) и Нр (контроль – 31,3 мг/дл, опыт – 53,8* мг/дл).

Несостоятельность фагоцитоза, проявляющаяся образованием большого количества пылевых гранул на 6-й неделе, диффузное разрастание соединительной ткани вне зон отложения пыли, дегенеративные изменения в стенке бронхов свидетельствовали о снижении компенсаторных возможностей организма и начальном дисбалансе в системе воспалительного ответа. Так, на данном сроке отмечалось нарушение в системе иммунорегуляции, сдвиг равновесия между Th1- и Th2-лимфоцитами и усугубление воспалительного процесса. Об этом свидетельствовало подавление продукции противовоспалительного цитокина – IL-10 (контроль: 2,2 \pm 0,42 пг/мл, опыт: 1,2 \pm 0,15* пг/мл) на фоне повышения синтеза медиаторов воспаления IL-2 (контроль: 20,6 \pm 9,1 пг/мл; опыт: 49,5 \pm 5,6* пг/мл) и IL-6 (контроль: 5,2 \pm 0,23 пг/мл; опыт: 6,1 \pm 0,5* пг/мл), высокого содержания Нр (контроль – 31,3 мг/дл, опыт – 50,6* мг/дл) и увеличения уровня IgM при почти двукратном снижении концентрации сывороточного IgA. Таким образом, 6-я неделя затравки явилась переходной между физиологическим и патологическим ответом организма на воздействие УПП.

К 12-й неделе эксперимента регистрировалось снижение уровня IgA и IgG в 1,5 раза; усиление секреции провоспалительных цитокинов – IL-6 (контроль: 4,2 \pm 1,2 пг/мл; опыт: 9,2 \pm 1,0* пг/мл), IL-2 (контроль: 22,9 \pm 6,4 пг/мл; опыт: 35,3 \pm 4,2* пг/мл) и INF- γ (контроль: 20,3 \pm 5,24 пг/мл, опыт: 29,2 \pm 4,6* пг/мл); активация Th1 и хронизация воспалительного процесса. Показателем данных изменений на морфологическом уровне явились: выраженная лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы всех изучаемых органов, гиперплазия клеток Купфера, эндотелиоз сосудов, активное гранулематозное

воспаление в легочной ткани. Формирование асептического воспалительного процесса становилось направленным не на отграничение очага повреждения и вызвавших его факторов, а на деструктивное действие на бронхолегочную систему, что проявлялось выраженными диффузными дегенеративными и склеротическими изменениями стромы и паренхимы.

Выводы. Изменения на ранних сроках затравки УПП свидетельствовали об активации макрофагального воспаления и других иммунокомпетентных клеток внутренних органов и сбалансированном иммунном ответе. Данные процессы были направлены на локализацию очага повреждения, а также адаптацию организма к длительному воздействию вредного фактора. Увеличение сроков эксперимента до 6-ти недель приводило к нарушению в системе иммунорегуляции со сдвигом в сторону Th1 и усугублению воспалительного процесса. На 12-ой неделе отмечалась иммунная недостаточность, угнетение гуморального звена иммунитета, преобладание Th1, хронизация воспаления с выраженным проявлением пневмокониоза.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Булатова А.Х., Хаертынова И.М., Шакирова В.Г., Хаертынов Х.С.

Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Казань

Введение. Наиболее распространенной природно-очаговой инфекцией, регистрируемой на территории Российской Федерации (РФ), является геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС). Республика Татарстан (РТ) является одним из эндемичных регионов, где заболеваемость традиционно превышает средний уровень по РФ в 3-5 раз. Тяжесть и исход заболевания в значительной мере определяется видом хантавируса. Наиболее тяжелые формы ГЛПС в РФ ассоциируются с вирусом Dobrava (DOBV) и Hantaan (HTNV). В европейской части РФ наиболее распространенным возбудителем ГЛПС является вирус Puumala (PUUV), который вызывает преимущественно нетяжелые формы заболевания.

Цель. Изучение клинико-лабораторных особенностей течения ГЛПС в Республике Татарстан на современном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических и лабораторных данных у 188 пациентов с ГЛПС, находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница им. профессора А.Ф. Агафонова» за период с 2017-2022 гг. Возрастной состав пациентов варьировал от 18 до 71 года, медиана (Me) возраста составила 37 [30-46] лет. Большинство пациентов составили лица мужского пола (75%). Медиана продолжительности нахождения пациентов в стационаре составила 10 [8-12]

дней. Диагноз ГЛПС во всех случаях был подтвержден путем обнаружения в крови антител к хантавирусу класса IgM и IgG методом ИФА. Также было проведено обследование пациентов на определение в крови РНК хантавируса.

Результаты. Было установлено, что большинство пациентов (136 человек – 72,4%) госпитализировались в лихорадочный период болезни (с 1-7 день). 51 человек (27,1%) поступили в стационар в олигурическом периоде и 1 (0,5%) – в полиурическом. Основными клиническими проявлениями ГЛПС были: лихорадка, отмечаемая в 100% случаях, головная боль (71,3%), боль в поясничной области (77,7%) и снижение диуреза, регистрировавшееся в 64,4% случаев. Нарушение зрения, одно из характерных признаков ГЛПС, наблюдалось у 30,3% пациентов. У 37,2% пациентов имело место развитие диарейного синдрома, который в 15% случаев отмечался уже с первых дней заболевания, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с острой кишечной инфекцией. Развитие геморрагического синдрома (геморрагической сыпи, носовых кровотечений) наблюдалось у 10%. Медиана продолжительности лихорадки составила 6 [4-8] дней. Наиболее часто регистрируемым лабораторным признаком при ГЛПС является тромбоцитопения, регистрировавшаяся в 74,4% случаев. Повышение в крови уровня мочевины и креатинина отмечалось в 69,6% и 62,7% случаев, соответственно. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) утолщение паренхимы почек наблюдалось у 146 пациентов (77,7%), выпот в плевральную и брюшную полости – у 31 (16,9%) и 3 (1,6%) пациентов, соответственно, еще у 3 (1,6%) больных был выявлен гидроперикард. Исследование пациентов на хантавирусную инфекцию методом ПЦР выявило высокую частоту обнаружения РНК хантавируса в начальном периоде заболевания, составившей 92%. В олигурическом и полиурическом периодах частота выделения РНК хантавируса составила 33 и 18,4%, соответственно.

Выводы. 1. Определение РНК хантавируса в крови в начальном периоде заболевания может быть рекомендовано для ранней диагностики ГЛПС. 2. В 30% случаев ГЛПС протекает без нарушения функции почек. 3. Самым частым лабораторным признаком, регистрируемым при ГЛПС, является тромбоцитопения, встречающаяся в 74,4% случаев. 4. Определение РНК хантавируса в крови в начальном периоде заболевания может быть рекомендовано для ранней диагностики ГЛПС. 5. В 30% случаев ГЛПС протекает без нарушения функции почек. 6. Самым частым лабораторным признаком, регистрируемым при ГЛПС, является тромбоцитопения, встречающаяся в 74,4% случаев.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ COVID-19: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА СМЕРТНОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА

*Гапонов Н.Д., Калужина А.В., Ионин В.А., Баранова Е.И.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

Введение. В ходе пандемии COVID-19 было отмечено увеличение частоты возникновения инфаркта миокарда (ИМ) как внутригоспитального осложнения данного заболевания. До сих пор механизм негативного воздействия вируса SARS-CoV-2 на сердечно-сосудистую систему остается предметом активного изучения. Многочисленные исследования подтверждают влияние системного воспалительного ответа на развитие гиперкоагуляции, тромбообразования, декомпенсации атеросклеротического поражения коронарных артерий. Эти состояния заставляют лечащих врачей с настороженностью ожидать более высокую частоту летального исхода - у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (НКИ) с предрасполагающими факторами значительно возрастает риск развития ИМ и, как следствие, усугубление прогноза выживаемости.

Цель. Определить частоту возникновения ИМ и структуру диагноза в когорте больных COVID-19; проанализировать влияние ИМ, как внутригоспитального осложнения, на смертность; выявить факторы риска развития ИМ у пациентов с НКИ;

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены клинико-anamnestические данные 300 пациентов (141 мужчина (47%), 159 женщин (53%)) госпитализированных в центр по лечению COVID-19 ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России в период с 01.11.2020 по 09.03.2021. Средний возраст составил $57,1 \pm 2,3$ лет. Клинические, лабораторные и инструментальные данные внесены в единую базу. Для статистической обработки данных использовалась программа GraphPad Prism. Исследование выполнено в рамках научно-исследовательского проекта «Приоритет 2030».

Результаты. После обработки данных было установлено, что за период госпитализации по поводу лечения COVID-19 ИМ возник у 27/300 (9%) пациентов.

Распределение структуры диагноза (исходя из записей в историях болезней) выглядело следующим образом:

ИМ 1 типа: 9 случаев (33,33%);

ИМ 2 типа: 7 случаев (25,93%);

ИМ 5 типа: 1 случай (3,7%);

ИМ без указания типа: 10 случаев (37,04%).

Из 27 пациентов с возникшим ИМ умерли 25 (92,59%). Риск смерти у больных с НКИ в сочетании с ИМ в 33 раза выше по сравнению с пациентами, у которых данное осложнение не развилось (ОШ 33,00; 95%ДИ 8,636-142,7; $p < 0,0001$).

После анализа коморбидного статуса, данных лабораторных и инструментальных исследований пациентов были установлены следующие категории больных с повышенным риском возникновения ИМ в период госпитализации по поводу лечения НКИ:

1) Из 53 пациентов с дислипидемией (17,67%) ИМ развился у 9 человек (16,98%). Риск возникновения ИМ в 2,6 раза выше, чем у пациентов без дислипидемии. (ОШ 2,602; 95%ДИ 1,053-5,862; $p \leq 0,05$);

2) Из 52 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) (17, 33%) ИМ возник у 10 (19,23%). Риск развития ИМ в 2,57 раза выше, чем у больных без данного заболевания. (ОШ 2,574; 95%ДИ 1,148-5,828; $p \leq 0,05$);

3) При уровне прокальцитонина от 1 нг/мл и более, установленного у 62 человек (20,67%), риск развития ИМ (выявлен у 16 человек – 25,80%) в 7,18 раз выше по сравнению с теми случаями, когда он был ниже данного уровня (ОШ 7,178; 95%ДИ 3,248-15,59; $p < 0,0001$).

4) При снижении уровня гемоглобина (ниже 130 у мужчин, ниже 120 у женщин) из 188 пациентов (62,67 %) ИМ развился у 22 человек (11,7%). Риск возникновения ИМ в 2,84 раза выше, чем у больных без данного состояния показателя красной крови. (ОШ 2,836; 95%ДИ 1,111-7,034; $p \leq 0,05$).

5) Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60мл/мин/1,73 м² установлено у 197 человек (65,67%); среди них ИМ развился у 25 (12,69%). Риск возникновения ИМ в 7,34 раз выше, чем у больных с СКФ выше 60мл/мин/1,73 м². (ОШ 7,34; 95%ДИ 1,949-31,88; $p \leq 0,05$).

6) При поражении легочной паренхимы более 50% (КТ-3, КТ-4 степени вирусной пневмонии) на компьютерной томографии (КТ) у 131 пациента (43,67%) риск развития ИМ (выявлен у 22 человек данной группы – 16,79%) в 6,62 раз выше по сравнению с теми случаями, когда степень поражения легких составила менее 50% (КТ-1, КТ-2) (ОШ 6,620; 95%ДИ 2,591-16,37; $p < 0,0001$);

При анализе остальных клинико-лабораторных данных статистически значимых результатов обнаружено не было ($p > 0,05$).

Выводы. У пациентов, госпитализированных в центр по лечению COVID-19, при развитии осложнения в виде ИМ риск смерти в 33 раза выше по сравнению с пациентами без данного состояния. Усугубление риска возникновения ИМ связано с такими особенностями коморбидного статуса и клинико-лабораторными данными, как: дислипидемия, ХБП, прокальцитонин более 1 нг/мл, снижение уровня гемоглобина (ниже 130 у мужчин, ниже 120 у женщин), снижение СКФ ниже 60мл/мин/1,73 м², поражение легочной паренхимы более 50% на КТ.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*Гарявина О.А., Борисова Л.О., Авдоница Л.Г.
Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан)
г. Казань*

Территория Республики Татарстан является эндемичной по природно-очаговым заболеваниям - геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС), лептоспирозу, иксодовому клещевому боррелиозу (ИКБ), туляремии (19 районов), и клещевому вирусному энцефалиту (30 районов).

В 2021 году в Республике Татарстан зарегистрировано 228 случаев заболевания ГЛПС, показатель заболеваемости составил 6,14 на 100 тыс. населения, что в 2 раза ниже показателя 2020 года (449 случаев или 12,03 на 100 тыс. населения) и на 66,7% ниже среднесноголетнего уровня (18,46 на 100 тыс. населения). Диагноз ГЛПС лабораторно подтвержден в 100% случаев (в 2020 году – 100%). Уровень заболеваемости ГЛПС в Республике Татарстан на 5,8% ниже показателя Приволжского федерального округа (ПФО - 6,52).

В 2021 году зарегистрированы 4 завозных случая клещевого вирусного энцефалита и 25 случаев иксодового клещевого боррелиоза, что в 1,4 раза выше показателя 2020 г. Не зарегистрировано случаев сибирской язвы, туляремии, бешенства.

В эпидемический сезон 2021 г. на 29,8% снизилась обращаемость населения в медицинские организации по поводу присасывания клещей (обратилось 6638 человек).

В целях изучения эпидемиологической ситуации по природно-очаговым инфекциям и организации профилактических мероприятий в республике ежегодно принимаются постановления Главного государственного санитарного врача по Республике Татарстан «Об изучении эпидемической ситуации по клещевым инфекциям, геморрагической лихорадке с почечным синдромом, лихорадке Западного Нила, туляремии и организации профилактических мероприятий» с определением мониторинговых исследований внешней среды. Имеется Соглашение о творческом сотрудничестве в выполнении научно-исследовательской работы между Управлением, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» (далее - Центр гигиены и эпидемиологии), ФБУН «Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора и Федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

По результатам проводимого мониторинга за численностью и инфицированностью грызунов и клещей в республике с 2018г. отмечается снижение процента инфицированности мелких мышевидных грызунов возбудителем ГЛПС - в весенний период с 23,0% до 7,3% в 2021 году и в осенний период с 9,5% до 7,7% соответственно, что выше показателя 2020 года

(4,6% и 4,2% соответственно) и ниже среднемноголетнего уровня (16,6% и 7,4% соответственно).

В 2021 году на территории Республики Татарстан выделено 20 положительных проб на туляремию из объектов окружающей среды (грызуны, вода открытых водоемов, погадки хищных птиц, помет грызунов и др.), что свидетельствует о циркуляции возбудителя.

В 2021 г. вирус клещевого вирусного энцефалита обнаружен в 0,06% исследованных клещах, снятых с людей (в 2020 г. – 0,06%), возбудители боррелиоза – в 23,7% (в 2020 г. – 23,7%); из внешней среды исследовано 302 клеща, вирусоформность к боррелиям составила 11,6% (в 2020г. - 5,9%), клещей инфицированных вирусом клещевого энцефалита, как и в 2020г. не выявлено.

С целью изучения циркуляции вируса лихорадки Западного Нила (далее - ЛЗН) среди населения с 2011 года проводится мониторинг за возбудителями ЛЗН из объектов внешней среды и исследования напряженности иммунитета против ЛЗН населения. В 2021 году на базе лаборатории диагностики особо опасных и вирусных инфекций Центра гигиены и эпидемиологии были проведены исследования 1000 комаров на вирус ЛЗН, результаты отрицательные.

В целях своевременного и эффективного проведения профилактических обработок Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) (далее - Управлением) ежегодно проводятся совещания с руководителями организаций дезинфекционного профиля, специалистами территориальных отделов Управления, филиалов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» по основным требованиям и вопросам при организации и проведения профилактических обработок.

В соответствии с Законом Республики Татарстан от 16.03.2006г. № 19-ЗРТ «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований в Республике Татарстан отдельными государственными полномочиями Республики Татарстан в области здравоохранения» ежегодно на проведение противоэпидемических мероприятий из бюджета Республики Татарстан выделяются субвенции. В 2021 году на 3,8% увеличилось финансирование противоэпидемических мероприятий относительно 2020 года.

Управлением и территориальными отделами совместно с муниципальными образованиями проводится корректировка территорий, подлежащих профилактическим обработкам с учетом результатов зоологического мониторинга.

В 2021г. объемы профилактических дератизационных работ, проводимых в Республике Татарстан на объектах населенных пунктов и открытой территории составили 883,9 млн кв. м. Общий объем барьерных дератизационных работ по субвенциям составил 9590,4 га, что на уровне 2020 года (9565,2 га); акарицидными обработками охвачено 2049,500 га открытых территорий республики (в 2020г. - 2293,5 га), в т.ч. в летних оздоровительных учреждениях противоклещевые обработки проведены в текущем году на площади 639,900 га (104% от плана).

В целях предупреждения распространения ЛЗН во всех муниципальных районах республики дезинсекционные обработки открытых территорий и водоемов проведены на площади 5342, га, в т.ч. в оздоровительных организациях, местах массового пребывания населения (парки, скверы) и др.

Таким образом, эпизоото-эпидемиологический мониторинг позволяет своевременно выявлять наличие активных природных очагов, что способствует своевременному принятию управленческих решений и разработке профилактических мероприятий, направленных на снижение случаев природно-очаговых заболеваний среди людей.

ТОКСИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «АМИКАЦИН» НА ГОЛОВНОЙ МОЗГ КРЫС

Гладкий М.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Введение. Аминогликозидные антибиотики обладают широким спектром действия и имеют многочисленные области применения. Преимуществами этих препаратов являются их быстрая активация, низкая скорость бактериальной устойчивости, синергическое действие с группой β -лактамовых антибиотиков и низкая стоимость. Однако побочные эффекты, которыми они обладают, ограничивают использование аминогликозидных препаратов. Среди побочных эффектов особенно выделяется нефротоксичность, которая в большинстве случаев является обратимой и ототоксичность (в отличие от нефротоксичности необратима), частота которой достигает 80%, негативно влияющая на восприятие высоких частот звуковых волн.

Лекарственное средство Амикацин представляет собой полусинтетический аминогликозидный препарат III-го поколения, который является продуктом ацетилирования канамицина А (аминогликозид I-го поколения). Данная модификация делает лекарственное средство Амикацин устойчивым к бактериальным ферментам, которые инактивируют природные аминогликозиды, такие как гентамицин, канамицин и тобрамицин; таким образом, лекарственное средство Амикацин имеет самый широкий спектр активности среди аминогликозидных препаратов. Как и другие аминогликозиды, Амикацин оказывает ототоксическое действие, которое приводит к стойкой потере слуха.

Поскольку информация о влиянии лекарственного средства Амикацин на центральный отдел слухового анализатора в литературных источниках отсутствует, возник интерес исследовать эффект воздействия данного средства на височную кору головного мозга крыс.

Цель исследования - изучить морфологические изменения в нейронах височной и пириформной коры головного мозга крыс после инъекций лекарственного средства Амикацин.

Материал и методы исследования. Исследования выполнены на 16 белых беспородистых крысах-самцах массой 200-220 г (8 крыс группы контроля и 8

крыс опытной группы). Введение лекарственного средства Амикацин проводили крысам опытной группы однократно внутрибрюшинно в дозе 200 мг/кг в течение 14 дней. Крысам из контрольной группы также однократно внутрибрюшинно вводился физиологический раствор 1000 мг/кг в течение 14 дней.

По истечении 14 дней проводили декапитацию, немедленно изымался головной мозг животного. Образцы фиксировали в свежеприготовленном комбинированном фиксаторе – цинк-этанол-формальдегиде (1 грамм $ZnCl_2$, 10 мл 38% формальдегида и 100 мл 96% этанола) при +40С в течение 20 часов. Далее проводили обезвоживание в спиртах возрастающей концентрации, просветляли в ксилолах и заключали в парафин общепринятым методом.

С использованием микротомы Leica 2125 RTS (Германия) изготавливали парафиновые срезы толщиной 5 мкм и монтировали на предметные стекла. Для выявления хроматофильного вещества срезы окрашивали 0,1%-м толуидиновым синим по методу Ниссля.

Изучение препаратов и их цифровое микрофотографирование проводили при различных увеличениях микроскопа Axioskop 2 plus (Zeiss, Германия) и цифровой видеокамеры Leica DFC 320 (Leica Microsystems GmbH, Германия) и программы компьютерного анализа изображения (ImageWarp, США). Идентификацию структур головного мозга проводили с помощью стереотаксического атласа. У каждого животного оценивали не менее 100 нейронов изученных слоев коры головного мозга. Подсчитывали количество нормохромных, гиперхромных не сморщенных и гиперхромных сморщенных нейронов.

Для электронно-микроскопического исследования забирали образцы, размером каждый около 1x1x3 мм, призматической формы, так, чтобы длинная ось призмы была перпендикулярна поверхности коры и включала все слои серого вещества, а также прилегающий к последнему тонкий слой белого вещества. Для описания выбирали нейроны, имеющие пирамидную форму с четко определяемым апикальным дендритом.

Полученные данные анализировали с помощью пакета программ Microsoft Excel и Statistica 10.0. Для оценки различий между контрольной и опытной группами в силу малой выборки использовали методы непараметрической статистики – U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне $p < 0,05$.

Результаты: В V слое височной доли коры наблюдается снижение числа нормохромных нейронов на 20,5% ($p < 0,000018$) и увеличение числа гиперхромных сморщенных нейронов на 18,4% ($p < 0,0036$). Доля гиперхромных не сморщенных нейронов при этом не изменяется. Вокруг крупных пирамидных нейронов слоя отмечается перичеселлюлярный отек, а отростки некоторых гиперхромных сморщенных нейронов приобретают штопорообразный вид.

Во II слое пириформной коры головного мозга животных из опытной группы происходит снижение доли нормохромных нейронов на 56,6% ($p < 0,000003$) с одновременным увеличением долей гиперхромных и

гиперхромных сморщенных нейронов на 28,2% и 28,4% соответственно (рис. 3). Таким образом, нейроны II слоя пириформной коры, относящейся к палеокортексу, оказались более чувствительными к действию лекарственного средства амикацин в сравнении с нейронами V слоя височной коры.

В контрольных препаратах пирамидные нейроны имеют округлые ядра с многочисленными неглубокими инвагинациями кариолеммы. В цитоплазме большинства клеток содержится множество митохондрий, диктиосомы пластинчатого комплекса, единичные лизосомы; элементы гранулярного эндоплазматического ретикулума располагаются в основном около ядерной мембраны, вокруг них лежат свободные рибосомы.

В большинстве пирамидных нейронов опытной группы, в отличие от контроля, наблюдается выраженная гипертрофия гранулярного эндоплазматического ретикулума (ГЭПР), цистерны которого располагаются преимущественно на периферии клетки, между канальцами лежат многочисленные полисомы. Нейроны нередко содержат многочисленные крупные липофусцинсодержащие остаточные тельца. Обнаруживаются единичные гибнущие клетки, имеющие выраженную конденсацию цитоплазмы и хроматина. В таких клетках ядро мультилопастное, иногда сожержит фибриллярные структуры. Цитоплазма с измененными органоидами: многочисленные профили канальцев гранулярного цитоплазматического ретикулума, которые размещаются как у ядерной мембраны, так и на периферии клетки, между канальцами располагается большое количество свободных рибосом, Аппарат Гольджи (АГ) имеет расширенные цистерны.

Увеличение числа гиперхромных сморщенных нейронов в V слое височной коры, а также гиперхромных и гиперхромных сморщенных нейронов во II слое пириформной коры свидетельствует о чрезмерной нагрузке на эндоплазматический ретикулум в нервных клетках (стресс эндоплазматического ретикулума).

Выводы.

1) Введение внутривенно лекарственного средства Амикацин дозой 200 мг/кг крысам однократно в течение 14 дней вызывает обратимые (гиперхромия нейронов без сморщивания) и необратимые (гиперхромия и сморщенность нейронов) морфологические изменения в структуре II слоя пириформной коры.

2) Изменение хроматофилии, такие как гиперхромность, гипохромность, а также сморщенность нейронов V слоя височной коры являются результатом введения внутривенно лекарственного средства Амикацин дозой 200 мг/кг крысам однократно в течение 14 дней.

3) В пирамидных нейронах опытной группы отмечается повышение накопления липофусцинсодержащих включений и изменение ультраструктуры митохондрий, ГЭПР и АГ.

ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И НЕПРИЛИЗИНА ИНГИБИТОРА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

¹Голодников И.А., ¹Приколота А.В., ¹Михайличенко Е.С., ¹Багрий А.Э., ²Грицкевич О.С.
¹Государственная образовательная организация Высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР
²Дорожная клиническая больница станции Донецк, г.Донецк, ДНР

Введение: Ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АРНИ) представляет собой оптимальную комбинацию (валсартан/сакубитрил, В/С) для блокирования ренин-ангиотензиновой системы (РАС) в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), при этом возможности применения данной комбинации у больных с ХСН в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД2) остаются недостаточно изученными и обоснованными.

Цель: оценить и сравнить эффективность и безопасность применения АРНИ и блокатора ангиотензиновых рецепторов 2 типа лосартана у лиц с СД2 в комбинации с ХСН и низкой ФВ ЛЖ.

Материал и методы исследования. В исследование включены 32 больных (15 мужчин и 17 женщин в возрасте $66,2 \pm 11,7$ лет) с СД2, перенесенными инфарктами миокарда в анамнезе и клиническими проявлениями ХСН II-III функциональных классов (ФК) с ФВ ЛЖ $<40\%$. Гликозилированный гемоглобин (HbA_{1c}) составил $8,2 \pm 1,4\%$, давность диабета – $11,4 \pm 4,2$ года, ФВ ЛЖ – $35,2 \pm 7,3\%$. Всем больным рекомендовали изменения образа жизни, адекватную сахароснижающую и органопротекторную терапию. Были выделены 2 группы: группа А (12 больных, прием В/С, начальная доза 100 мг/сут, с титрованием до 200 мг/сут) и группа Б (20 больных, прием лосартана, начальная доза 50 мг/сут, с титрованием до 150 мг/сут). В процессе лечения проводили клинико-лабораторные исследования, оценивали уровни индексов НОМА-IR и НОМА-В, в динамике выполняли эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, пробу с реактивной гиперемией (РГ). Продолжительность наблюдения составила $11,1 \pm 2,5$ мес. Статистическую обработку выполняли с использованием пакета Statistica for Windows release 4,3 (StatSoft, Inc.1993).

Результаты. На фоне лечения в группе А в сравнении с группой Б отмечена более значимая благоприятная динамика клинических проявлений и следующих изучавшихся параметров, представленных в виде Δ – разницы между конечным и исходным значениями: Δ НОМА-IR (в группе А $-1,88 \pm 0,24$, в группе Б $-0,94 \pm 0,19$), Δ НОМА-В (соответственно, $8,31 \pm 1,22$ и $4,55 \pm 0,72$), Δ ФК ХСН ($-1,14 \pm 0,09$ и $-0,69 \pm 0,12$), Δ ФВ ЛЖ ($5,82 \pm 1,13$ и $3,17 \pm 0,49\%$), Δ толщины комплекса интима-медиа сонных артерий ($-0,31 \pm 0,08$ и $-0,19 \pm 0,03$ мм), Δ индекса резистивности плечевых артерий ($-1,82 \pm 0,27$ и $-1,03 \pm 0,22$), все $p < 0,05$.

Лечение в обеих группах удовлетворительно переносилось – повышение уровней креатинина и/или калия на $\leq 30\%$ от исходного отмечено в 25% случаев в группе А и в 20% - в группе Б.

Выводы. Использование комбинированной нейрогуморальной блокады с применением АРНИ (В/С) продемонстрировала хорошую эффективность и удовлетворительную переносимость у лиц с СД2 и ХСН с низкой ФВ ЛЖ и может быть использована в клинической практике. Терапия АРНИ сопровождалась выраженным благоприятным изменением индексов НОМА-IR, НОМА-В, ФК ХСН, ФВ ЛЖ, толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, индекса резистивности плечевых артерий в пробе с РГ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Горелкин И.В.¹, Гумарова Л.Ш.^{1,2}

*¹Городское автономное учреждение здравоохранения городская клиническая больница №7,
г. Казань*

*²Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального
государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного
профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г.Казань*

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения на 2019 год ведущей причиной смерти в мире стала ишемическая болезнь сердца (ИБС). Одним из наиболее тяжелых осложнений ИБС является инфаркт миокарда (ИМ) [Гинзбург М.Л., 2016]. Доказано, что кардиореабилитация у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, способствует снижению сердечно-сосудистых факторов риска, смертности и повторной госпитализации [Anderson L., 2015], а также улучшает аэробную выносливость [Sjolin I. et al., 2020].

Цель. Оценить эффективность комплексной кардиореабилитации на стационарном этапе у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Под наблюдением в отделении медицинской реабилитации взрослых для пациентов с соматическими заболеваниями ГАУЗ ГКБ №7 находилось 37 человек (27 мужчин и 10 женщин), перенесшие острый инфаркт миокарда различной локализации. Средний возраст пациентов составил $64 \pm 1,9$ года. Все пациенты, с учетом показаний и противопоказаний, получали патогенетическое медикаментозное лечение (иАПФ, β -адреноблокаторы, статины, антиагрегантную терапию), аэробные физические нагрузки, медицинский массаж, низкоинтенсивную лазеротерапию на область сердца, психологическую коррекцию с использованием аудиовизуальных акустических комплексов с биологической обратной связью. В качестве целостной оценки динамики и эффективности проведенных реабилитационных мероприятий применяли оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), шкале Меры функциональной независимости (Functional independence

measurement, FIM), тест с 6-минутной ходьбой (Т6Х), трансторакальную эхокардиограмму с исследованием динамики фракции выброса левого желудочка методом Симпсона (ФВЛЖ) до начала и в конце курса медицинской реабилитации. Статистическая обработка данных проведена при помощи программного обеспечения GraphPadPrism 7.0.

Результаты. В результате проведенной комплексной кардиореабилитации были достигнуты следующие результаты: у пациентов повысилась ФВЛЖ на 5,9% (до – 51%, после – 54%), $p=0,001$; Т6Х повысился на 17,8% (до - 360 м; после - 424 м), прирост показателей по шкале FIM при выписке из стационара составил 18,3% (до – 75 баллов, после – 98 баллов), $p=0,01$. 89% пациентов при выписке из стационара были оценены на ШРМ 2 балла, что соответствует легким ограничениям жизнедеятельности.

Выводы. Проведение комплексной кардиореабилитации позволяет улучшить состояние пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда, повысить толерантность к физическим нагрузкам, уровень социально-бытовой активности и, соответственно, качество жизни.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДИАЛИЗНУЮ ТЕРАПИЮ

Гусамова К.А.

Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. В связи с увеличением продолжительности жизни диализных пациентов в последнее время стала особо актуальной проблема их реабилитации, что отражается в современных протоколах лечения пациентов, имеющих хроническую болезнь почек (ХБП)

Цель. Изучить приверженность пациентов, получающих терапию методом программного гемодиализа (ПГД), к реабилитационным мероприятиям. Материалы и методы: В амбулаторных условиях проведено исследование 20 пациентов, получающих терапию методом ПГД. Больные получали лечение по стандартному протоколу 12 ч в неделю. В исследование были включены пациенты, находившиеся на лечении ПГД не менее 3 месяцев. Средний возраст – 58 лет \pm 24, длительность лечения на ПГД – 43,5 (3-84) мес. Всем пациентам проводилась оценка приверженности к реабилитационным мероприятиям на основании предложенных стандартных вопросов о физической нагрузке, возможности выполнения профессиональных обязанностей, диете, приеме лекарственных препаратов, качестве жизни. Ответы оценивались по шкале от 0 до 5.

Результаты. Почти половина (45% человек) из опрошенных пациентов занимаются каким-либо видом физической культуры. В основном они предпочитают прогулки пешком, езду на велосипеде, суставную зарядку по утрам. Больные занимаются физической культурой только в междиализные

дни, поскольку в дни диализа отмечают слабость. Остальные пациенты не занимаются физической культурой из-за выраженной слабости, страха усугубить заболевание, повредить артериовенозную фистулу. Доля пациентов без привычки к физическим упражнениям увеличивается с увеличением возраста и стажем диализной терапии.

40% опрошенных – неработающие пенсионеры. С началом диализной терапии покинули место работы 20% пациентов в связи со слабостью, 10% по причине совпадения графика процедур ПГД с графиком работы, однако 20% пациентов сохранили прежнюю работу и должность, а 10% перешли на удаленный режим работы в связи с необходимостью соблюдения расписания ПГД.

Рекомендуемую диету соблюдают только 40% опрошенных. Большая часть больных получает привычную пищу «с общего стола». Это связано с тягой к излюбленным продуктам с большим содержанием фосфора, калия и натрия. Также они не соблюдают водный режим.

90% опрошенных полностью соблюдают назначенное лечащим врачом лечение. Остальные 10% не имеют возможности приобрести все необходимые лекарственные препараты.

Большинство опрошенных больных (80%) оценивают свое качество жизни как удовлетворительное (на 3 балла по шкале от 0 до 5), 15% как хорошее (на 4 балла) и 5% как очень хорошее (на 5 баллов). Все отмечают однозначное улучшение самочувствия с началом диализной терапии по сравнению с преддиализным периодом.

Выводы.

- приверженность к реабилитационным мероприятиям в группе диализных пациентов низкая.

- в основном больные соблюдают рекомендации врача по лекарственной терапии, не более половины – диету, водный режим, занятия физической культурой.

- выявлена связь между регулярными занятиями физкультурой, сохранением работы и более высокой субъективной оценкой качества жизни (на 4-5 баллов).

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Дука М.А., Каплиева М.П.

«Гомельский государственный медицинский университет», г.Гомель

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) патогенетически обусловлен инсулинорезистентностью, триггером для которой является висцеральное ожирение. По валидации факторов риска СД типа 2 наиболее значимыми являются гиподинамия и алиментарный дисбаланс, способствующие дисфункции β -клеток островкового аппарата поджелудочной железы, глюкозотоксичности и последующему цитолизу этих клеток.

За последние два десятилетия в Республике Беларусь отмечается значительный рост численности людей с избыточной массой тела и ожирением с сопутствующим СД 2 типа, который чаще всего выявляется случайно при общеклиническом обследовании в поликлинике или стационаре. Манифестная гипергликемия свидетельствует о многолетнем нарушении углеводного обмена, предшествующем установлению диагноза.

Основным принципом лечения СД 2 типа является изменение образа жизни, включающее диету и физическую активность, а также гипогликемизирующая терапия. Большинство пациентов готово принимать пероральные сахароснижающие препараты, не уделяя должного внимания образу жизни и питанию, без соблюдения которых невозможно успешное лечение СД 2 типа.

Цель. Проанализировать особенности соблюдения диеты у пациентов с СД 2 типа и избыточной массой тела.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение 12 лет находились 36 пациентов с СД 2 типа. На момент установления диагноза показатели гликемии натощак в капиллярной крови в этой группе пациентов по данным индивидуального анализа были выше 6,5 ммоль/л и ниже 9,9 ммоль/л, а показатель гликированного гемоглобина находился в пределах от 6,0 до 7,5 %. У всех пациентов была избыточная масса тела, индекс массы тела (ИМТ) составлял 27,4 кг/м² (25,8; 33,6). В анамнезе острых сосудистых событий не было.

Результаты. Со всеми пациентами при установлении диагноза индивидуально проводилась беседа о правилах питания и режимах физической активности. Обязательным требованием было ведение пациентами «дневника диабетика» с записями измерений тощаковой и постпрандиальной гликемии минимум два раза в день, а также состава и количества пищи на каждый прием ежедневно. Из гипогликемизирующих средств всем был назначен метформин в титрационном режиме. Мотивация изменения образа жизни базировалась на психологических доминантах: самовоспитание организованности; самодисциплина; получение удовольствия от результатов работы над собой. Ежемесячные консультации в первый год наблюдения пациентов показали, что лишь 15 человек (подгруппа 1) из 36 соблюдали все рекомендации и выполняли требования по ведению «дневника диабетика». В течение первого года наблюдения у всех пациентов не было увеличения ИМТ. В подгруппе 1 доминанта «самодисциплина» сформировалась через 1,3 года (1,1 ; 2,4). За период 3 года у всех пациентов подгруппы 1 нормализовался ИМТ, доза метформина была уменьшена у 11 человек, а у 4 – метформин был отменен. Показатели углеводного обмена соответствовали компенсации и субкомпенсации. Доминанта получения удовольствия от самоконтроля образа жизни сформировалась через 4,3 года (3,2; 5,4) у пациентов подгруппы 1. В течение 12 лет наблюдения у 12 пациентов из подгруппы 1 выявлены минимальные проявления дистальной диабетической полинейропатии (по данным компьютерной миографии и подиатрического обследования). Лечение СД 2 типа поддерживалось соблюдением образа жизни без наращивания сахароснижающей терапии. У 21 человека (подгруппа 2), не соблюдавших

строгие рекомендации образа жизни и не сформировавших внутреннюю самодисциплину, отмечалась хроническая декомпенсация углеводного обмена и увеличение ИМТ. Через 12 лет наблюдения в этой подгруппе 16 человек получают инсулинотерапию, из них у 2 человек установлен синдром диабетической стопы и у 1 – выполнена ампутация нижней конечности. За период наблюдения 8 человек перенесли острые сосудистые события.

Таким образом, анализ результатов динамического наблюдения пациентов с СД 2 типа и избыточной массой тела показал, что ранняя диагностика заболевания и соблюдение диабетической диеты играют наиважнейшую роль в успешном лечении и компенсации СД 2 типа, предупреждении сосудистых событий и сохранении качества жизни. Мотивация и приверженность лечению диетой является ключевым фактором в ведении пациентов с СД 2 типа.

Выводы. 1. Назначение диетотерапии при СД 2 типа должно быть персонализированным и сопровождаться обязательным ведением «дневника диабетика» при амбулаторном ведении пациентов. 2. Результаты самоконтроля должны всегда анализироваться врачом и обсуждаться с пациентом, что формирует мотивацию успешного лечения СД 2 типа. 3. Формирование приверженности диетотерапии должно опираться на воспитание организованности пациентов, самодисциплину и получение удовольствия от результатов работы над собой. 4. Адекватная диетотерапия и физическая активность способствуют сохранению эндогенной секреции инсулина, а также редукции гипогликемизирующей терапии у пациентов с СД 2 типа.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Журун Ю.А., Смолей Н.А

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно

Введение. Известно, что бесплодный брак представляет собой отсутствие наступления беременности у супружеской пары, не использующей контрацепцию в течение 12 месяцев совместной регулярной половой жизни. По данным статистики в Республике Беларусь на 100000 населения регистрируется 148,3 случаев женского бесплодия и 23,8 мужского. При этом удельный вес бесплодных супружеских пар составляет 14,5-15 %. Женское бесплодие – неспособность женщины репродуктивного возраста к зачатию. Бесплодие считается первичным, если женщина никогда не имела беременности. Вторичным бесплодием называют те случаи, когда женщина в анамнезе имела беременности, независимо от их исхода: роды, искусственные или самопроизвольные аборты, эктопическая беременность. Также выделяют абсолютное бесплодие, связанное с необратимыми патологическими изменениями в половых органах, исключающими возможность зачатия (врожденное отсутствие внутренних половых органов или их хирургическое удаление, двусторонняя окклюзия маточных труб).

По данным современной отечественной и зарубежной литературы основными этиологическими факторами развития женского бесплодия являются: нарушение функции яичников (нерегулярность или отсутствие овуляции), которое может быть вызвано синдромом поликистозных яичников, снижением овариального резерва, функциональной гипоталамической аменореей, неправильной функцией гипоталамуса и гипофиза, а также преждевременной менопаузой; обструкция маточных труб, риск которой могут увеличить инфекции органов малого таза, в том числе, инфекции, передающиеся половым путем, эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу; врожденные и приобретенные аномалии матки, такие как, полипы эндометрия, адено- и фибромиомы, аплазия и гипоплазия матки, двурогая матка. К факторам риска, увеличивающим вероятность развития бесплодия, относят: возраст, курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, нарушение жирового обмена, стрессы. Формы женского бесплодия классифицируют в соответствии с ведущим фактором, приведшим к возникновению патологии. Так, выделяют трубно-перитонеальное, маточное, шейечное, эндокринное и иммунологическое бесплодие. Если не удастся установить точную причину развития бесплодия, то его называют идиопатическим (частота встречаемости его составляет в среднем 10-14%).

Диагностика женского бесплодия включает в себя: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, микробиологическое исследование биоценоза влагалища, различные тесты на овуляцию, посткоитальный тест, определение уровня гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин, кортизол, эстрогены, тестостерон, прогестерон), УЗИ органов малого таза, гистеросальпингографию, диагностическую лапароскопию, гистероскопию. С целью лечения женского бесплодия применяют различные консервативные методы и хирургические. К последним относят гистероскопию и лапароскопию, выполняющиеся как с диагностической, так и с лечебной целью.

Известно, что гистероскопия обеспечивает прямую визуализацию полости матки, эндоцервикса и устья маточных труб с помощью эндоскопа с доступом через шейку матки, а также лечение выявленной патологии с использованием механических или электрохирургических инструментов. Показаниями к данному методу диагностики и лечения являются патология эндометрия, подтвержденная данными ультразвукового исследования, эндометриоз, инфекции органов малого таза, подозрение на окклюзию маточных труб или другие ситуации, требующие уточнения диагноза. При этом противопоказаниями являются подтвержденный рак шейки или тела матки, острый воспалительный процесс в малом тазу, активная герпетическая инфекция, стеноз шейки матки. Гистероскопия позволяет выполнить довольно широкий спектр лечебных манипуляций: рассечение и лизис внутриматочных синехий, полипэктомия, резекция субмукозного миоматозного узла, удаление внутриматочных контрацептивов и инородных тел, трубная катетеризация. Кроме того, выполнение гистероскопии имеет ряд преимуществ: высокая информативность, малая травматичность, совмещение диагностики и лечения,

отсутствие необходимости длительного пребывания в стационаре, быстрый реабилитационный период.

Диагностическая лапароскопия – это метод малоинвазивной хирургии, позволяющий установить причины хронической тазовой боли или бесплодия, провести диагностику эндометриоза, установить степень спаечного процесса, а также оценить малый таз на наличие иной видимой патологии. Важно отметить, что пациенты должны быть информированы о возможности завершения диагностической лапароскопии лапаротомией при невозможности доступа к пораженному участку с помощью эндоскопического оборудования. Лапароскопия, как правило, сопряжена с немногими осложнениями. Из них травмы органов, вызванные проколом или электрохирургическими инструментами, являются наиболее частыми серьезными осложнениями. Показаниями для диагностической лапароскопии являются: синдром тазовых болей неясной этиологии, бесплодие, генитальный эндометриоз, миома матки, хронический воспалительный процесс с рецидивами (2 и более в год) в сочетании с бесплодием. Противопоказания включают в себя разлитой перитонит, нарушение жирового обмена или астения, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, геморрагический шок, острую и хроническую почечно-печеночную недостаточность, объемные процессы в малом тазу, антикоагулянтную терапию, выраженную спаечную болезнь. Преимущество данного вида хирургического лечения состоит в том, что при помощи данного метода можно выполнить эндокоагуляцию эндометриоидных гетеротопий, консервативную миомэктомию, сальпингоовариолизис, фимбриолизис, фимбриопластику, сальпингонеостомию, висцеролиз.

Цели работы: установить основные причины женского бесплодия, провести анализ методов лечения, оценить эффективность хирургических методов коррекции женского бесплодия.

Материалы и методы: индивидуальные карты беременной и родильницы, истории родов, медицинские карты стационарного пациента, компьютерная программа для статистической обработки данных Статистика 10.0.

Результаты и их обсуждение. Нами был проведен анализ хирургического лечения женского бесплодия в учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно» за период с 2017 по 2021гг. Количество установленных случаев бесплодия – 44, из них доля первичного бесплодия составила 59,1%, вторичного – 40,9% случаев. При исследовании анамнеза заболевания нам удалось установить основные причины развития женского бесплодия. В 27,3% случаев пациенты страдали миомой матки, 18,2% обследованных пациентов имели полипы различной локализации, в 13,6% случаев был выявлен СПКЯ, 13,6% случаев приходились на хронический двусторонний аднексит, в 13,6% случаев было диагностировано бесплодие трубно-перитонеального генеза.

Для диагностики и лечения выявленной патологии было выполнено хирургическое лечение. При этом в 68,2% случаев применялась диагностическая лапароскопия с проверкой проходимости маточных труб, в 22,7% случаев проводилась гистерорезектоскопия в то время, как в 9,1%

случаев применялись оба метода совместно. Также нами было установлено, что у 81,8% пациенток беременность наступила в течение года естественным путем в то время, как 18,2% женщин были даны рекомендации по подготовке к вспомогательным репродуктивным технологиям.

Выводы: Анализируя данные литературы и результаты собственных исследований, можно сделать вывод, что бесплодие имеет высокую частоту распространения и широкий спектр причин развития и факторов риска. Это приводит к тому, что диагностика данной патологии весьма сложная и индивидуальна для каждого конкретного пациента. В лечении используются консервативные методы и хирургические вмешательства. Полученные нами результаты показали достаточно высокую эффективность хирургических методов коррекции, что дает возможность широко применять их на практике.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Захарова Е.В.², Сизикова И.Л.¹, Первова Е.Н.¹

¹ *ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»,
г. Абакан*

² *НГИУВ филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» МЗ РФ, г. Новокузнецк*

Введение. За последние годы в статистике неинфекционных заболеваний и причин преждевременной смертности населения весомую долю заняли алиментарно-зависимые заболевания. Высокие темпы роста йоддефицитных состояний и заболеваний щитовидной железы вызывают тревогу. Ситуация требует внимания и профилактических мер на государственном уровне. В Республике Хакасия организован комплекс мероприятий в данном направлении, в частности, проводится коррекция микронутриентной недостаточности с использованием специализированных продуктов питания в медицинских организациях, а также мотивация населения к здоровому образу жизни и рациональному питанию с помощью различных средств массовой информации (СМИ). Анализ состояния здоровья населения за последние 10 лет и результаты динамики изменений представлены в данной работе.

Цель работы – оценка эффективности мероприятий по профилактике микронутриентной недостаточности у населения Республики Хакасия. Для достижения поставленной цели решались задачи по сбору и анализу статистических данных в динамике за 10 лет, определение связи их изменения с мерами по борьбе с микронутриентной недостаточностью, поиск и реализации профилактических программ в профилактике йоддефицитных состояний.

Материалы и методы. Источником информации послужили данные первичной заболеваемости в разрезе возрастных групп и территорий Республики Хакасия в динамике за 2011-2020 гг. по показателям годовых статистических отчетов (форма 12) в расчете на 100 тыс. населения по следующим классам: болезни эндокринной системы, в том числе ожирение и йоддефицитные состояния; болезни крови и кровеносных органов, в том числе анемия.

За последние 10 лет в Республике Хакасия Правительством целенаправленно проводился комплекс мероприятий, включающий мониторинг заболеваемости и пропаганду здорового образа жизни через средства массовой информации. Финансирования данных мероприятий не предусматривалось. Проведена оценка гипотезы влияния профилактических мер на изменение показателей заболеваемости методом оценки достоверности χ^2 .

Основные результаты. За весь период наблюдения в Республике Хакасия увеличилось число больных, состоящих под диспансерным наблюдением: с болезнями эндокринной системы на 9,4 тысячи человек (14,8%); с ожирением на 5,1 тысячи (в 2,5 раза); с анемией на 2,1 тысячи (на 6,1%). Таким образом, ожидаемого снижения показателей первичной заболеваемости в период реализации комплекса мероприятий не достигнуто.

В Республике Хакасия отмечается ежегодный рост на 4-5% у взрослого населения болезней, связанных с недостаточностью йода – эндемический зоб и гипертиреоз, при этом крайне низкие показатели (не более 20 случаев в год) впервые выявленных йоддефицитных состояний у детей и подростков. Анализ ситуации свидетельствует о том, что не уделяется достаточного внимания профилактике микронутриентной недостаточности во всех группах населения.

Сопоставляя данные о первичной заболеваемости населения алиментарно-зависимыми заболеваниями и отчеты о пропаганде здорового образа жизни (количество мероприятий и охват населения) в динамике за последние 5 лет мы получили подтверждение гипотезы о том, что публикации в СМИ о здоровом питании не влияют на уровень заболеваемости населения ($\chi^2 = 8,3$ при $n=6$).

Медицинские организации Республики Хакасия с 2014 года обогащают рацион лечебного питания стационарных пациентов витаминно-минеральным комплексом (ВМК), содержащим йод, витамины группы В, жирорастворимые витамин А и Е, другие микроэлементы.

За семилетний период в стационарах республики снизились показатели послеоперационных осложнений на 3,2%, уменьшилась средняя длительность лечения в стационаре с 11 дней до 9,7 дней, исходы лечения «выздоровление» и «с улучшением» суммарно составляют до 97% в учреждениях третьего уровня (республиканских).

С учетом уменьшения длительности лечения в стационаре в среднем менее 10 дней, мы можем констатировать тот факт, что пациент получает обогащенный витаминами и микронутриентами рацион только находясь в лечебном учреждении. Следовательно, медицинские организации не оказывают существенного влияния на ситуацию с микронутриентной недостаточностью в республике.

В настоящее время ведущими специалистами республики разрабатываются протоколы по подготовке к плановым хирургическим вмешательствам, а также реабилитационные программы, содержащие рекомендации по питанию, включая препараты йода, биологически-активные вещества и витаминно-минеральные комплексы. Это позволит улучшить состояние пациентов на период лечения и восстановления после заболеваний.

Однако, решение глобальной проблемы профилактики алиментарно-зависимых заболеваний требует более широкого охвата населения программными мероприятиями и их целевого финансирования.

Выводы. Для достижения положительной динамики снижения заболеваемости йоддефицитными состояниями и другими заболеваниями, связанные с питанием, требуется индивидуальный подход и персональные рекомендации пациенту с учетом его факторов риска и состояния здоровья, обучение навыкам правильного питания на тренингах и в школах здорового питания, целевые финансовые инвестиции в профилактические мероприятия, включая медикаментозную (йодсодержащие препараты, витаминно-минеральные комплексы) поддержку различных групп населения.

Важную роль в работе с населением могут и должны оказывать врачи-диетологи на амбулаторном приеме. Но огромный дефицит кадров в этом профиле и организационные проблемы не позволяют продвинуться вперед в повышении доступности диетологической помощи. Как вид деятельности «амбулаторный прием врача-диетолога» утвержден Федеральным порядком оказания медицинской помощи по профилю «диетология», но не определены источники финансирования данной работы, в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) не установлены тарифы. Вопрос о включении профиля «диетология» в систему ОМС находится в компетенции Федерального уровня и требует безотлагательного решения.

В рамках реализации Федерального проекта «Демография» предусмотрены финансовые средства на профилактические мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, мотивации населения в данном направлении, на региональном уровне разработаны меры профилактики алиментарно-зависимых заболеваний.

Мониторинг показателей продолжен, оценка эффективности планируется по завершению Национальных проектов.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛИЦ О ВЕЙПИНГЕ

Зиннатуллина А.Р., Пальмова Л.Ю., Кулакова Е.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань*

Введение. Неуклонно продолжающийся научно-технический прогресс постоянно вносит изменения в жизнь нашего общества. Но далеко не все современные изобретения являются безопасными. Одно из них – электронные сигареты (ЭС), генерирующие высокодисперсный аэрозоль, который вдыхает пользователь. На их основе были созданы вейпы, содержащие ароматические вредные соединения. Подобного рода изобретения привели к появлению в мировой врачебной практике новой респираторной патологии – EVALI (легочное повреждение, ассоциированное с электронными сигаретами и продуктами вейпинга, болезнь вейперов, повреждение легких, связанное с вейпингом, VAPI, EVALI или E/VAPI). EVALI впервые была описана в США 2019 году, а в 2021 году проблема вейпинга обозначилась и в России.

Цель. Изучение отношения молодых лиц к различным средствам доставки никотина.

Материалы и методы. Посредством собственной разработанной анкеты был проведен онлайн-опрос молодых людей, являющихся студентами различных ВУЗов («Google Форма»). Обработка результатов проводилась с помощью таблиц Microsoft Excel 2019. В исследуемую группу вошли 137 человек, из них 67 мужчин (48,9%) и 70 женщин (51,1%). Средний возраст в группе составил 22 ± 4 года.

Результаты. Среди мужчин 55,2% (37 чел.) оказались курящими, среди женщин – 50% (25 чел.). Стаж курения в группе мужчин составил $5,53 \pm 9,14$ лет, среди женщин - $3,03 \pm 2,96$ лет ($p=0,06$). Самым часто встречаемым методом употребления никотина в обеих подгруппах явилось использование вейпов: 45,3% (29 чел.) в группе мужчин и 53,7% (29 чел.) в группе женщин. Вторым по частоте применения явилось курение обычных сигарет. Среди мужчин их оказалось 37,5% (24 чел.), среди женщин достоверно меньше - 20,3% (11 чел.) ($p<0,05$). Курение кальянов выбрали 17,2% (11 чел.) мужчин и 25,9% (14 чел.) женщин. Комбинированные методы употребления никотина использовали 13 (35,1%) женщин и 16 (44,4%) мужчин. При этом среди женщин наиболее частая комбинация состояла из вдыхания кальяна и вейпинга (15%), а среди мужчин – сигарет и вейпов (20,6%).

В отношении субъективных ощущений, связанных с использованием вейпов, юноши наиболее часто указывали на кашель 15,9% (7 чел.), девушки – на головокружение, головную боль 15,8% (9 чел.) и кашель 12,3% (7 чел.). Реже встречаемые симптомы в подгруппах мужчин и женщин соответственно выражались в затруднении вдоха или выдоха (6,8% и 5,3%), ухудшении переносимости физической нагрузки (9,1% и 8,8%), сердцебиении (9,1% и 8,8%), приступах удушья (4,6% и 3,5%), учащении простудных заболеваний (4,6% и 1,8%).

В 43,3% случаев мужчины (29 чел.) и в 65,7% женщины (46 чел.) отмечают, что любой способ употребления никотина наносит одинаковый вред здоровью человека. В тоже время 16,4% (11 чел.) мужчин и 7,1% (5 чел.) женщин считают, что современные устройства являются менее вредными, чем обычные сигареты, в связи с чем активно используют именно их. Планируют бросить курить 44,1% (15 чел.) опрошенных мужчин и 43,6% (17 чел.) женщин, что примерно одинаково в обеих подгруппах.

Интересно было узнать, где молодые люди предпочитают использовать вейпы. Так 75% (21 чел.) мужчин и 65,6% (20 чел.) женщин используют вейпы «где угодно», в том числе в общественных местах, лишь небольшое число курильщиков использует их вдали от людей: 7,1% (2 чел.) мужчин и 9,7% (3 чел.) женщин соответственно. Остальные опрошенные (17,9% мужчин и 25,8% женщин) прибегают к подобного рода устройствам только в домашних условиях.

Выводы.

1. Мужчины и женщины в возрасте 22 ± 4 лет употребляют табак одинаково часто, при этом наиболее популярным методом курения является вейпинг. Большинство опрошенной молодежи (77%) использует вейпы в общественных

местах, что выносит эту проблему далеко за пределы личных границ курильщиков.

2. Желание отказаться от вредной зависимости в будущем высказали 43,8% молодых лиц, независимо от пола.

3. В данной возрастной группе нет должного осознания вреда от использования электронных сигарет и вейпов, что диктует необходимость усиления профилактической работы по повышению медицинской грамотности молодого поколения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В АОКБ

Иванова С.Н.^{1,2}, Старцева М.А.², Гасникова М.Е.², Климович Е.В.²

¹-Северный Государственный Медицинский Университет

²-ГБУЗ АО Архангельская областная клиническая больница, г. Архангельск

Введение. Гиперпаратиреоз – эндокринное заболевание, в основе которого лежит избыточная продукция ПТГ ОЦЖ. В 80-85% случаев обусловлен солитарной аденомой околощитовидной железы (ОЦЖ), в 10-15 % случаев – гиперплазией нескольких/всех ОЦЖ; в 1-5% – раком ОЦЖ. Соотношение мужчин и женщин - 1:3. Заболевание может развиваться в любом возрасте, но чаще болеют лица старше 55 лет (2%). Среди наиболее доказанных теорий в возникновении первичного гиперпаратиреоза – теория о том, что к развитию данного заболевания может приводить длительный дефицит витамина D. В крови отмечается дефицит витамина D, усиление всасывания кальция из пищи становится невозможным. Паратгормон в подобной ситуации оказывает свое влияние на почки – снижает выделение кальция с мочой, и на кости – повышает разрушение костной ткани. ПГПТ проявляется полиорганными нарушениями различной степени выраженности и, как следствие, может приводить к существенному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти.

Цель. Проанализировать методы выявления и результаты лечения первичного гиперпаратиреоза у пациентов, поступавших в АОКБ г. Архангельска.

Материалы и методы. Нами было ретроспективно проанализирована 31 история болезни пациентов, поступивших в АОКБ с диагнозом первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ), с 2008 по 2021 годы. Из них две пациентки поступали повторно. В основном это были женщины – 27, а мужчин – 2. Возраст пациентов варьировал от 23 до 78 лет, в среднем - 56 лет. Большинство больных не работали – 65,5%, из них большинство пенсионеры – 55,2%. У женщин менопауза была отмечена у 20, у 7 данных не было. Средний возраст наступления менопаузы – 49 лет. Средняя продолжительность заболевания ПГПТ составила 3,5года (самый продолжительный – 16 лет). Артериальная гипертензия была зарегистрирована у 21 пациента: АГ 2 степени - 8, АГ 1 степени - 7, АГ 3 степени - 2, у 2 максимальные цифры АД неизвестны.

Мочекаменная болезнь была отмечена у 9, ЖКБ у 4, ЯБ -2 пациентов. В анамнезе у 12 человек встречались переломы: самые распространенные переломы лучевой кости - 6, костей нижних конечностей – 7, переломы позвоночника – 2 и у 3-х переломы ребер. Утиная походка была отмечена в 2 случаях.

Результаты. Предъявляли жалобы 22 пациента, у 3 при поступлении жалоб не было, у 4 – не отмечено в истории болезни. Самыми типичными были жалобы на болевые ощущения в костях и мышцах, они отмечались у 17 пациентов. Самая частая локализация болей была в нижних конечностях (тазобедренные, голеностопные и коленные суставы), крестец – у 10 пациентов. Боли в спине были отмечены у 3 пациентов. Так же у 5 пациентов боли в нижних конечностях сочетались с болями в суставах и костях верхних конечностей, грудном отделе позвоночника. При поступлении похудание было зарегистрировано у 4 человек, у 25 –изменения веса не было. В среднем похудание составило 7,75 кг. У 17 пациентов отмечалась слабость, в большинстве случаев общая - у 15 пациентов, у остальных 2-х – слабость в ногах и руках.

Все пациенты были обследованы. ОАК проводили в 25 случаях: был выявлен лейкоцитоз – у 4, лейкопения - у 1 человека, повышенный уровень гемоглобина у 2, анемия у 8, ускоренное СОЭ у 10. Уровень общего кальция сыворотки крови определялся у всех пациентов: нормальный уровень выявлен в 2 случаях, повышенный в 26, пониженный в 1; в среднем составил 3,0 ммоль/л, максимальный уровень составлял 4,47ммоль/л, а минимальный – 1.42 ммоль/л. Уровень ионизированного кальция определялся в 30 случаях: нормальный уровень отмечался у 10 пациентов, повышенный у 12, пониженный у 7. В среднем составил 1,4 ммоль/л, максимальный – 2,6 ммоль/л, минимальный - 0,7 ммоль/л. Уровень общего кальция в сыворотке крови после операции определялся у 15 пациентов: нормальный уровень - 5, низкий уровень - 9, высокий - 1. Начальный уровень ПТГ определялся только в 24 случаях: высокие показатели - 23, а нормальный показатель - 1. Максимально высокий уровень ПТГ был 4227 пг/мл. После лечения уровень ПТГ определялся только у одной пациентки, и этот показатель был высоким - 120.70 пг/мл. Уровень глюкозы измерялся у 21 пациента: гипергликемия была зарегистрирована в 2 случаях, гипогликемия в 1, а в остальных без патологии. Витамин D3 обследовался у 7 пациентов: недостаточность витамина D3 была выявлена у 2, дефицит витамина D3 у 4 пациентов.

При проведении УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) и паращитовидной железы (ПЩЖ) всем пациентам: увеличение ЩЖ было диагностировано в 6 случаях, увеличение ПЩЖ – в 17 случаях, а узел ПЩЖ – в 19 случаях. Преимущественной локализацией узла была правая ПЩЖ, у 3 пациентов была выявлена гиперплазия ПЩЖ, у 13- аденома одной из ПЩЖ.

ЭКГ проводилась 24 пациентам, у 14 была выявлена ГЛЖ, мышечные изменения в миокарде выявлены у 6, полная/неполная блокада ножек пучка Гиса у 3 пациентов, экстрасистолы у 2, синусовая тахикардия у 3, синусовая брадикардия у 3.

ФГДС проводилась 12 пациентам: хронический гастрит - 5, кандидамикоз пищевода - 1, эрозивный эзофагит - 1, рефлюкс-гастрит – 1, функциональная недостаточность кардии - 1.

КТ шеи проводилось 9 пациентам, у всех были обнаружены признаки аденомы ПЩЖ. Сцинтиграфия проводилась 8 пациентам, у всех обнаружился признак аденомы ПЩЖ. Денситометрия проводилась 4 раза, у всех диагноз остеопороза подтвердился. Рентгенография костей таза проводилась всего 16 пациентам: у 14 были выявлены очаги деструкции в костях таза, у 2 очаги деструкции бедренных костей, у 2 двухсторонний сакроилеит 1 ст. по Дали, у 1 двухсторонний коксартроз справа 1-2 ст., слева 1 ст.

Оперативное вмешательство проводилось 15 пациентам: субтотальная резекция одной из долей ЩЖ + удаление аденомы одной из ПЩЖ проводилось 5, субтотальная резекция одной из долей ЩЖ + удаление одной из ПЩЖ - 4, паратиреоидэктомия - 3, аденомэктомия – 2 пациентов. Послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов: осиплость голоса, одышка, удушье, отечность правой кивательной мышцы, тяжесть в области груди, живота, онемение в руках и несколько меньше ногах, судороги кистей рук. В историях болезни было отмечено гистологическое исследование, у всех подтвердился диагноз аденомы ПЩЖ. Часть пациентов была направлена на лечение в центральные НИИ, часть для динамического наблюдения. Положительная динамика после проведенного лечения наблюдалась у всех пациентов.

Выводы. При анализе случаев ПГПТ у пациентов, поступивших в АОКБ за 14 лет, нами было выявлено, что чаще он встречался у женщин в 93,1%, в основном постменопаузального возраста. Нормокальциемический вариант ПГПТ был в 3 случаях, что составил 10,4%, а гиперкальциемический – 89,6%. Длительность заболевания в среднем составляла 3,5 года, а самое продолжительное время до постановки диагноза было 16 лет. Симптомный ПГПТ с классическими формами был отмечен в 24 случаях – 82,8%, из них смешанная форма отмечалась у 12 – 50%, костная – 4 (16,7%), висцеральная – 8 (33,3%). Трем пациентам было назначено консервативное лечение и наблюдение эндокринолога, остальные были успешно прооперированы в условиях АОКБ и центральных НИИ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ И БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В СПИНЕ

Ихсанова Э.Р.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань

Введение. Заболевания опорно-двигательного аппарата – одни из самых распространенных заболеваний у пациентов всех возрастов, включающая большую группу дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, объединяемых общим термином "дорсопатия". При этом клинические,

лабораторные и рентгенологические проявления как воспалительных (анкилозирующий спондилит, болезнь Бехтерева), так и механических дорсопатий имеют схожую картину, что приводит к неизбежным ошибкам диагностики и, соответственно, выбору ошибочных методов лечения. Среди всех дорсопатий сложность в диагностике вызывает болезнь Форестье. Болезнь Форестье (анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз) - относительно редкое, малоизученное заболевание скелета, встречающееся преимущественно у пожилых лиц, чаще мужчин. Анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз протекает с поражением позвоночного столба. Клиническая картина при болезни Форестье характеризуется скованностью движений в пораженном отделе позвоночника и нарушением осанки.

Целью работы явилось исследование и сравнительный анализ нарушения осанки у пожилых пациентов с болезнью Форестье и болевым синдромом в спине другого генеза.

Материалы и методы. В исследование были включены 21 пациент с болью в спине и нарушением осанки в возрасте от 60 до 74 лет, из них 14 (66,7%) мужчин и 7 (33,3%) женщин. Все пациенты были обследованы по единой схеме, включающей неврологическое и нейроортопедическое обследование, стандартные лабораторные исследования, рентгенологическое исследование, рентгеновскую денситометрию. Для оценки восприятия боли использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Болезнь Форестье диагностировалась на основе рентгенологических признаков, для оценки осанки использовались визуальный метод, метод Ковальковой и метод Васильевой. Критерии исключения: отсутствие согласия пациента. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc).

Полученные результаты. В результате проведенного исследования пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 13 (61,9%) человек, имеющих рентгенологические признаки болезни Форестье с признаками нарушения осанки: из них 9 (69,2%) мужчин и 4 (30,8%) женщины. Диагноз анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз ставился на основании рентгенографии позвоночника в прямой и боковой проекциях: непрерывность оссификации передней продольной связки на протяжении не менее 4-х соседних сегментов позвоночника; отсутствие или слабо выраженные признаки дегенеративных изменений межпозвонковых дисков (их высота, отсутствие вакуум-феномена и краевого склероза тел позвонков); отсутствие рентгенологических признаков анкилоза дугоотростчатых суставов и сакроилеита, характерных для болезни Бехтерева, а также рентгенологических исследований в динамике: рентгенологически характеризуется массивными костными напластованиями, толщина которых может достигать 1,5 см и сохраняется примерно одинаковой в пределах одного отдела позвоночника. В грудном отделе обычно такие напластования больше выражены справа. Поясничный отдел поражен полностью, но изначально костеобразование более выражено в околодисковых областях и слева. Лабораторную диагностику при болезни Форестье проводили с целью исключения воспалительного

характера обнаруженных патологических изменений. Во 2 группу вошли 8 человек (38,1%) с признаками нарушения осанки, но не имеющих рентгенологические признаки болезни Форестье, из них 5 (62,5%) мужчин и 3 (37,5%) женщины. Среди пациентов с нарушением осанки на фоне болезни Форестье у 10 (76,9%) были выявлены грудной кифоз, выпрямление шейного и поясничного лордоза, асимметричное положение надплечий, лопаток, треугольников талии, ягодичных складок, во 2 группе лишь 3 (37,5%) больных имели аналогичную патологию ($p < 0,05$). По данным оценки осанки визуальным методом, методом Ковальковой и методом Васильевой было выявлено, что в 1 группе достоверно чаще ($p < 0,05$) встречается поражение более 4-х соседних сегментов позвоночника – у 8 (61,5%) человек, по сравнению со 2 группой, где выявлялось поражение лишь одного сегмента позвоночника – у 3 (37,5%) пациентов. Оценка субъективного восприятия боли по ВАШ показала следующие результаты: в 1 группе показатели колебались в пределах $8,5 \pm 1,5$, во 2 группе $5,9 \pm 1,5$. Длительность болевого синдрома более 3 месяцев, что можно расценить как хронический болевой синдром, была выявлена в 1 группе у 12 (92,3%) человек, во второй группе лишь у 2 (25%) пациентов, ($p < 0,05$).

Обсуждение и выводы. Среди пожилых пациентов с болевым синдромом в спине достоверно чаще встречается нарушение осанки при болезни Форестье ($p < 0,05$). Показатели ВАШ среди больных с болезни Форестье выше, чем у пожилых пациентов без болезни Форестье. Длительность болевого синдрома в группе пожилых пациентов с болезни Форестье соответствует хронической боли. У пожилых пациентов с болезни Форестье наиболее частой причиной нарушения осанки являются снижение высоты межпозвоночных дисков, клиновидная деформация тел позвонков в среднегрудном отделе, массивные краевые костные разрастания передних углов тел шейных, грудных и поясничных позвонков с массивным обызвествлением передней продольной связки во всех отделах позвоночника на всем протяжении с клювовидными разрастаниями в шейных и средне-, нижнегрудных отделах, артрозы дугоотростчатых суставов.

ИЗУЧЕНИЕ АТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кажжанова А.М.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер имени профессора А.Г. Ге», г. Казань

Введение: Гнездная алопеция является распространенным хроническим органоспецифическим аутоиммунным воспалительным заболеванием с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и ногтевых пластин до 66% больных, стойким или временным нерубцовым выпадением волос. Гнездную алопецию следует дифференцировать от других заболеваний, когда может наблюдаться сильное выпадение волос, ногтевые пластинки утолщаются и легко отходят от поверхности ногтевого ложа. Частота встречаемости гнездной алопеции

у пациентов, обращающихся в дерматологические клиники, составляет от 0,7% до 3,9%. Заболеваемость оценивается в 1–2% от общей численности населения. В общей популяции как у мужчин, так и у женщин заболевание развивается одинаково часто. Начало заболевания обычно происходит в детстве или в молодом возрасте, но может появиться в любой период жизни. В пожилом возрасте, когда старение кожи является безвозвратным биологическим процессом в организме, обусловленным стойкостью клеточных структур к свободно–радикальному повреждению и разрушительным влиянием внешней среды у пациентов гнездой алопецией активные формы кислорода функционируют как вторичные клеточные передатчики, которые образуются в ходе физиологических процессов клеточного метаболизма. В патогенезе алопеции в первую очередь подчеркивается роль иммунной системы и аутоиммунной детерминации этого заболевания. Гнездовая алопеция будучи аутоиммунным заболеванием находится в числе дерматозов, при которых как первичное нарушение барьера вызывает развитие иммунологических реакций, так и иммунологические реакции становятся причиной нарушения кожного барьера. Параллельно с основными изменениями при гнездой алопеции существует множество нарушений, включая дисфункцию окислительно–антиоксидантного баланса, имеющего патофизиологическое и клиническое значение и обеспечивающее основу для принятия как профилактических, так и терапевтических решений.

Целью данного исследования явилось изучение состояния антиоксидантных ферментов у пациентов с гнездой алопецией путем оценки глутатионпероксидазы, каталазы и супероксиддисмутазы у этих больных.

Материалы и методы.

В исследование были включены 23 пациента с гнездой алопецией основной группы и 17 человек не имеющих кожных заболеваний контрольной группы, сопоставимые по возрасту, полу и социальному положению. Диагноз гнездой алопеции устанавливался согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра «**Гнездовая алопеция**» (L.63) и на основании подробного анамнеза, трихоскопии, клинического обследования. У пациентов с гнездой алопецией тяжесть выпадения волос оценивалась с помощью инструмента тяжести алопеции Severity Alopecia Tool (SALT). Для оценки антиоксидантных ферментов были определены концентрации глутатионпероксидазы, каталазы и супероксиддисмутазы в сыворотке крови. Сывороточные концентрации всех показателей оценивали с помощью спектрофотометрии (Shimadzu UV-1800, Shimadzu, Япония) в соответствии с протоколом, предоставленным производителем. Для сравнения различий между группами использовался t–критерий Стьюдента. Результаты исследования были обработаны с использованием статистических программ Word, Excel (2010).

Результаты.

Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с гнездой алопецией **в возрасте от 18 до 65 лет**. Среди них 15 женщин и 8 мужчин, средний возраст которых составил $39,5 \pm 15,7$ лет. Средний показатель тяжести выпадения волос, оцененный с помощью индекса тяжести SALT составил 31%. Известно, что

окислительный стресс является физиологическим следствием аэробного метаболизма клеток. Однако в некоторых случаях его интенсивность превышает адаптивность организма, что в последствии может привести к развитию заболеваний на свободнорадикальном фоне. Ферментативные антиоксидантные механизмы, нейтрализующие активные формы кислорода должны формировать последовательную и эффективную систему антиоксидантной защиты. С этой целью у пациентов с гнездной алопецией оценивали активность наиболее важных антиоксидантных ферментов, глутатионпероксидазы, каталазы и супероксиддисмутазы. Нарушение окислительно–антиоксидантного баланса было продемонстрировано статистически значимым снижением уровня активности глутатионпероксидазы в образцах эритроцитов крови пациентов с гнездной алопецией ($7,39 \pm 3,65$ в основной группе и $11,38 \pm 3,57$ в группе контроля, соответственно, $p < 0,001$). Глутатионпероксидаза участвует в восстановлении перекиси водорода и органических гидропероксидов. В дополнение к защитной функции по отношению к клеточным мембранам (защищает от их повреждения перекисным окислением), она также контролирует правильный ход клеточного метаболизма. Активность глутатионпероксидазы изменяется при нарушениях, возникающих в организме в результате окислительного стресса [8, 9]. Значительное снижение этого фермента, наблюдаемое при гнездной алопеции, может свидетельствовать о нарушении окислительно–антиоксидантного баланса, связанного с этим состоянием. В результате исследования у пациентов с гнездной алопецией регистрировалась тенденция к снижению активности каталазы ($56,81 \pm 12,67$ в основной группе и $63,25 \pm 11,79$ в группе контроля, соответственно, $p > 0,05$) и тенденция к повышению активности супероксиддисмутазы ($687,41 \pm 83,65$ в основной группе и $671,53 \pm 71,69$ в группе контроля, соответственно, $p > 0,05$). Наблюдаемое снижение активности каталазы и более повышенная активность супероксиддисмутазы у пациентов с гнездной алопецией могут еще больше усугубить концентрацию перекиси водорода в волосяном фолликуле. Полученные результаты могут указывать на неэффективность ферментативных систем антиоксидантной защиты при гнездной алопеции и даже объяснять причину появления седых волос у этой группы пациентов. Проведенная оценка активности отдельных антиоксидантных ферментов дает ценную информацию о состоянии ферментативного антиоксидантного барьера при гнездной алопеции. Однако более широкое использование способности определять активность этих ферментов, как в диагностико–прогностических, так и в профилактических целях, остается предметом дополнительных исследований.

Выводы. Снижение концентрации глутатионпероксидазы и каталазы сопровождалось тенденцией к повышению супероксиддисмутазы и коррелировало со степенью тяжести пациентов с гнездной алопецией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ У ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Карпухина Ю.Р.

Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

г. Казань

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.Х. Хайбуллина

Введение: Первичные головные боли выявляются в педиатрической практике преимущественно в виде мигрени и головных болей напряжения. До начала периода полового созревания мигрень встречается у девочек и мальчиков с одинаковой частотой, после периода полового созревания у девочек в 3 раза чаще. По данным исследований хроническая мигрень, т. е. наличие ≥ 15 дней с головной болью в месяц, встречается у 0,8–1,8% детей в возрасте от 12 до 17 лет. Мигрень у подростков приводит к снижению их трудоспособности и ухудшению успеваемости в школе и снижению социальной активности.

В последние годы широко обсуждается проблема соединительнотканной дисплазии в контексте различных заболеваний. На сегодняшний день имеется небольшое количество работ, посвященных теме дисплазии соединительной ткани и головной боли среди детей и подростков. У пациентов с синдромом гипермобильности нередко встречаются клинические симптомы головной боли по типу мигрени. Поэтому выявление факторов возникновения и хронизации мигрени, правильная организация и проведение специализированного лечения является актуальной задачей практического здравоохранения.

Цель: выявить клинические особенности течения мигрени у подростков с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. Объектом обследования стали подростки в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,2 \pm 1,3 года), обратившиеся с жалобами на головную боль в неврологическое отделение. Всего было обследовано 102 детей (из них 57 девочек и 45 мальчиков) с проведением стандартного неврологического обследования, фенотипирование признаков ДСТ проводилось с использованием таблицы «Диагностический коэффициент и коэффициент информативности признаков дисплазии соединительной ткани и малых аномалий развития», также использованы диагностические критерии МКГБ-III (2018) и лучевые методы исследований по показаниям. Внешние признаки ДСТ были выявлены у 48 (47,1%) пациентов. Группу контроля составили 20 пациентов с мигренью.

Критерии исключения: неврологические заболевания с выраженной очаговой симптоматикой, перенесенная черепно-мозговая травма, эпилепсия, острые воспалительные заболевания ЛОР органов.

Результаты и обсуждение. Хроническая мигрень с ДСТ была выявлена у 11 подростков (22,9%), у 37 (77,1%) обследованных мигрень носила

эпизодический характер, в группе контроля – 2 пациента (10 %) имели хроническую мигрень и 18 (90%) – эпизодическую.

Выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) у пациентов с мигренью и ДСТ составила $6,8 \pm 1,3$ баллов, в группе контроля – $5,6 \pm 0,8$ баллов. Пациенты обеих группах описывали болевой синдром, как пульсирующую боль и чаще, с одной стороны, в некоторых случаях отмечалась давящая двухсторонняя головная боль. Сопутствующими жалобами были: тошнота с эпизодами рвоты, ограничение обычной физической активности, фото и фонофобия, несистемное головокружение. Обращает на себя внимание то, что у пациентов с признаками ДСТ чаще встречается фотофобия – 48 (100%), в группе контроля – 17 (85 %); фонофобия встречалась у 37 (77 %) пациентов с ДСТ и у 13 (65%) человек в группе контроля. Также в основной группе головная часто сопровождалась несистемным головокружением.

В основной группе у всех пациентов с признаками ДСТ отмечалось напряжение и болезненность при пальпации перикраниальных мышц, также выявлялась болезненность и функциональное блокирование позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) шейного отдела позвоночника, с преимущественной локализацией функциональных блокад на уровне С1-СII. В группе контроля болезненность и напряжение перикраниальных мышц у 12 пациентов (60%).

Коморбидные расстройства, такие как – тревога, повышенная утомляемость, затруднение мышления, несистемное головокружение, депривация сна у детей с ДСТ составила - 72,9 % (35 пациентов), в контрольной группе соответственно – 45% (9 пациентов).

Выводы. Подростки с мигренью и признаками ДСТ имеют более выраженные клинические проявления, значительно чаще отмечались коморбидные расстройства, а также увеличение частоты хронизации мигрени по сравнению с пациентами без ДСТ.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ АВАСКУЛЯРНОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Дж.Ш. Каюмов, М.Ю. Каримов
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент*

Цель изучить реологических свойств крови у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости перенесших COVID-19.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 40 пациентов (основная группа) с сентября месяца 2020 года по март 2021 год. Контрольную группу включены 41 больные, оперированы в период с 2017 по 2019 годы (до COVID-19). В предоперационном периоде основная группа больных были обследованы на антитела к SARS-CoV-2 IgG и IgM, где в крови подтвердился наличия антитела IgG. Женщин - 55, мужчин - 26. Средний возраст составил $60,5 \pm 5,5$ лет (от 55 до 75 лет). Все больные обследованы стандартной цифровой рентгенографии тазобедренного сустава в положении стоя. Состояния сустава

дополнительно изучено на 1.5-тесловый МРТ устройстве, экспертного класса *Essenza*. В пред и послеоперационном периоде основной акцент из лабораторных анализов было направлено на изучения коагуляционных свойств крови. Качество жизни пациентов оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (*ВАШ*) и метода SF-36 (*Short-Form Health Status Survey*). Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено 81 пациентам. В предоперационном периоде у всех пациентов, перенесших COVID-19, наблюдалась гиперкоагуляция по сравнению с контрольной группой. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений, в пред и послеоперационном периоде проводилась строго контролируемая антикоагулянтная терапия.

Заключение. В предоперационном периоде у больных перенесших COVID-19 необходимо тщательно изучить коагуляционные свойства крови. Для предотвращения таких осложнений, как ТЭЛА и ТГВ, всем пациентам в предоперационном периоде следует проводить лечение антикоагулянтами и антиагрегантами до тех пор, пока параметры свертывания крови не вернуться к норме.

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМЫ СОУСТЬЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ОТ КРАНИОТИПА

Красножен В.Н., Федорова В.В.

*Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань*

Введение: Различные размеры и формы носа у людей вызваны историческими эволюционными механизмами в связи с необходимостью адаптации людей к различными климатическим условиям в ходе заселения земли *Homo sapiens*. Форма внешнего носа незначительно, но коррелирует с формой внутреннего носа, в свою очередь влияющего на аэродинамику проходящего через него воздуха, что в свою очередь влияет на функциональные возможности носа. В настоящее время, без знания закономерностей анатомии черепа невозможно выполнение оперативных вмешательств с применением современных технологий. По данным мировой литературы недостаточно информации о соотношении краниотипа и формы соустья клиновидной пазухи

Цель: определить связь краниотипа с формой соустья клиновидной пазухи и возможности прогнозирования заболевания.

Материалы и методы: Представлен собственный опыт обследования 50 кадавров, среди них мужчин 24 (48%), женщин 26 (52%). Проведен анализ краниотипов и соустьев клиновидной пазухи. Исследование выполнено инструментальными методами, применялось следующее техническое оснащение: Штангенциркуль «ЧИЗ кл.2. 0,1мм», жесткий эндоскоп «ELEPS d=4

мм, 30*», осветитель «ELEPS», видеокамера «Эндомедиум». Исходя из полученных данных обследования мы оценивали форму соустья и краниотип.

Результаты: для определения краниотипа было произведено вычисление черепного указателя 50 кадаверных материалов. Для этого мы измеряли продольный (от точки glabella до точки opisthokranion) и поперечный (расстояние между точками euryon) размеры черепа. Пятьдесят кадаверных материалов были разделены на три группы в зависимости от краниотипа: долихоцефалия, мезоцефалия, брахицефалия. Среди долихоцефалов мужчин оказалось 1 (4,2%) случай, женщин – 3 (11,5%). Мезоцефалы: мужчин – 9 (37,5%), женщин – 11 (42,3%). Брахицефалы: мужчин – 14 (58,3%), женщин – 12 (46,2%). При исследовании определены следующие формы соустья клиновидной пазухи: круг, овал, щель.

Выводы: Исходя из полученных данных было определено следующее: для разных краниотипов характерны различные формы соустьев, а именно для большинства брахицефалов характерна округлая форма соустья (58%), для мезоцефалов овальная форма соустья (80%), для долихоцефалов смешанная (50% и 50%).

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ НОСОВОЙ ЦИКЛ. НОВЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ

Красножен В.Н., Федорова В.В.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. По результатам различных исследований изучение мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой оболочки полости носа человека, характеризуется выраженной не идентичностью полученных данных.

Цель. Изучить зависимость активного транспорта секрета (АТС) верхнечелюстных и клиновидных пазух от физиологического носового цикла (ФНЦ)

Материалы и методы. В работе представлен собственный опыт выполнения эндоскопических операций на околоносовых пазухах (ОНП) у 40 пациентов с двусторонним изолированным кистозным процессом, из них мужчин 15 (37,5%), женщин 25 (62,5%). Изучение ФНЦ выполнено на примере вазоконстрикции и вазодилатации нижних носовых раковин (в области их передних отделов). Использован комплекс диагностических исследований, включающий в себя общеклинические (сбор жалоб, анамнез), гистологические, гистохимические и иммуногистохимические методы, всем выполнена диагностическая эндоскопия полости носа и, при возможности, ОНП, а также рентгеновская компьютерная томография (РКТ) носа и ОНП

Результаты. Фаза-плато во время регистрации ФНЦ обнаружена у 28 пациентов (70%). При исследовании активности МЦТ дана оценка движению следа крови по слизистой оболочке верхнечелюстных и клиновидных пазух

после эндоскопического удаления кист. В результате выявлено следующее: в симметричных пазухах активность МЦТ имеет попеременный характер; АТС в верхнечелюстных и клиновидных пазухах, совпадала с периодом вазоконстрикции нижних носовых раковин в 100% случаев.

Выводы. Установлена и доказана связь периодов АТС и тонуса вазоконстрикторов нижних носовых раковин. Выявленный асинхронизм периодов АТС в верхнечелюстных и клиновидных пазухах – физиологический процесс, очевидно регулируемый носовым циклом, исключая функциональные перегрузки слизистой оболочки.

МОСКОВСКАЯ ПРОГРАММА ПО ГИСТОСКАНИРОВАНИЮ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ ОБЪЁМА ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КАЧЕСТВО НАВИГАЦИИ

^{1,3}Кузин Б.А., ^{1,2}Говоров А.В., ^{2,4}Генс Г.П., ^{1,2}Васильев А.О.,
^{1,2}Ким Ю.А., ^{1,2}Садченко А.В., ^{1,2}Пушкарёв Д.Ю.

¹ Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», ² ГБУЗ «ГКБ им С.И. Спасокукоцкого ДЗМ»,

³ ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» МО РФ,

⁴ Клинический медицинский центр «Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

Введение

Рак предстательной железы в настоящий момент занимает место одного из наиболее актуальных и изучаемых злокачественных заболеваний, поскольку занимает второе место по встречаемости у мужчин среди всех раков. Ранняя диагностика рака предстательной железы (РПЖ) является необходимым условием для снижения смертности, так как выявление этого заболевания на ранней стадии является, зачастую, единственным шансом для излечения пациента. Единственным способом верификации диагноза остается биопсия предстательной железы, однако РПЖ не обнаруживается у 70% пациентов, направленных на первую биопсию предстательной железы с установленными показаниями к ее проведению. Насколько правильной будет тактика в отношении каждого конкретного пациента зависит не только от показаний к биопсии, но и от точности и техники её выполнения. Использование методики «фьюжн»-биопсий, в том числе с использованием системы «HistoScanning»tm позволяет снизить число ложноотрицательных результатов биопсии, что достигается путем выполнения объемного сканирования простаты с возможностью визуализации очагов, наиболее подозрительных на РПЖ, что позволяет минимизировать количество «ненужных» пункций предстательной железы во время процедуры биопсии и свести к минимуму количество ложноотрицательных результатов.

Цели исследования.

Целью данного исследования является оптимизация методики биопсии простаты под контролем гистосканирования путём создания единого алгоритма действий врача, выполняющего «гистофьюжн» биопсию предстательной железы.

Материалы и методы.

В 2019 г. в 11 медицинских учреждениях г. Москвы установлено оборудование для гистосканирования (ГС) простаты «HistoScanning»tm, а также проведения биопсии предстательной железы под контролем ГС. С ноября 2019 г. по настоящее время начата и реализуется «Московская программа по «Гистофьюжн»-биопсиям», создан и внедрен единый регистр гистосканирования (<http://www.historegistr.ru>). Проведен тренинг медицинского персонала по технике выполнения биопсий предстательной железы с использованием программного обеспечения «TRUE TARGETING». Не смотря на общие принципы работы по выполнению биопсий под контролем гистосканирования, в определенных центрах отмечалось наличие особенностей проведения данных манипуляций, отличающихся в последовательности производимых вколов, положению пациента и количества вводимого анестетика. За время работы выполнено >5000 биопсий с использованием системы «HistoScanning»tm, результаты которых были и продолжают вноситься в вышеуказанный регистр.

Данное исследование основано на результатах комплексного обследования 1500 пациентов в возрасте от 33 лет до 98 лет (средний возраст 66 лет), с уровнем оПСА от 2,5нг/мл до 1062,1нг/мл (средний уровень ПСА составил 19,28 нг/мл), с объемом предстательной железы от 27 см³ до 200 см³ (средний объем предстательной железы 56,55 см³), с общим средним процентом повторных биопсий 14%.

Пациенты были разбиты на 2 группы: в первой группе объем местно-вводимого анестетика составлял 20 мл, а во второй группе объем был > 20 мл (5-20мл в первой группе, 30-50мл во второй группе). Задачей исследования было выяснить, влияет ли возникающая «подушка» от инфильтрации ткани прямой кишки и параректального пространства на качество навигации в процессе выполнения биопсии предстательной железы под контролем ГС.

Результаты.

В первой группе пациентов из 750 обследованных объем suspicious участков варьировал в пределах 0,22 – 26,59 см³. Во второй группе пациентов - 0,4 – 32 см³.

Процент выявленных случаев РПЖ на 1500 пациентов составил 45%. Количество выявленных случаев РПЖ в первой группе составило 50,5%, во второй – 39,6%. Суммарно на 1500 пациентов процент выявленного РПЖ стадии T1 составил 23,4%, стадии T2 – 66,4%, стадии T3 – 9% и стадии T4 – 1,2%. При этом статистически значимо отмечалась лучшая выявляемость клинически значимого РПЖ.

По данным многофакторного анализа, учитывающего ряд показателей, объем инфильтрационной анестезии являлся достоверным прогностическим фактором выявления РПЖ как для первичной биопсии, так и в случае повторной биопсии предстательной железы.

При этом общее количество возникших осложнений после проведенной биопсии под контролем гистосканирования оставалось низким (Clavien-Dindo – I-II степень): 1% (150 случаев) на 1500 пациентов, из которых 0,2% (3 случая)

приходилось на потерю сознания пациентами, 0,47% (7 случаев) приходилось на кровотечение/гематурию, 0,27% (4 случая) – на болевой синдром и в 0,07% (1 случай) на острый простит/септические осложнения.

Выводы.

Объем инфильтрационной анестезии и, как следствие, возникающая «подушка» от инфильтрации ткани прямой кишки и параректального пространства, влияет на качество навигации в процессе выполнения биопсии предстательной железы под контролем ГС. Для оптимизации выявления рака предстательной железы объем вводимого анестетика не должен превышать 20 мл.

Подтверждено, что процент выявляемости рака предстательной железы напрямую зависит от степени выраженности изменения ткани предстательной железы при онкологическом процессе.

«Гистофьюжн» биопсия предстательной железы остается одним из наиболее безопасных методов диагностики рака предстательной железы.

СЕПТИЧЕСКИЙ ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА У БОЛЬНОГО НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кухмазова З.М., Гаджиева А.С., Магомедова С.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Махачкала*

Введение: наиболее типичным проявлением COVID-19 является поражение дыхательной системы различной тяжести – от острой респираторной инфекции до пневмонии и дистресс-синдрома. Однако течение заболевания нередко отягощается изменением реологических свойств крови, образованием тромбов в сосудах различных органов, септическими осложнениями. Сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистые патологии, а также хронические заболевания печени и почек, повышают риск развития осложнений, вплоть до летального исхода у пациентов с COVID-19.

Цель: Описание клинического случая возникновения септического тромбоза кавернозного синуса у пациентки с новой коронавирусной инфекцией (НКВИ), отягощенной сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы: Анализ медицинской карты стационарного больного ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД», г. Махачкала.

Результаты: Пациентка И., 68 лет, поступила в ГБУ Республики Дагестан РЦИБ и СПИД 03.11.2021 г. на 8 сутки от начала заболевания в тяжелом состоянии с диагнозом: коронавирусная инфекция; сахарный диабет 2 типа; диабетическая ангиоретинопатия; диабетическая полинейропатия, сенсомоторная форма, дистальный тип; гипертоническая болезнь; цирроз печени в исходе хронического гепатита С, класс В по Чайлд-Пью. При поступлении -

сознание ясное, SpO₂ без респираторной поддержки 88%, ЧДД 28/мин, температура 38,3°C. По тяжести состояния пациентка госпитализирована в палату интенсивной терапии. В стационаре пациентке проводились лабораторные и инструментальные исследования.

В ОАК отмечается: анемия, лейкопения и тромбоцитопения, повышение СОЭ при поступлении пациентки в стационар. К 29.11.2021 г. в анализах отмечается повышение уровня гранулоцитов, снижение СОЭ и лейкоцитоз с лимфопенией, что свидетельствует о развитии бактериального осложнения на фоне НКВИ. В биохимическом анализе крови отмечается: повышенный уровень АСАТ, СРБ, ЛДГ, нижней границы. общего белка на момент госпитализации. К 25-29.11. 2021 г. повысились уровни билирубина, АЛАТ, АСАТ, креатинина и мочевины, а также ЛДГ, а уровни общего белка в крови и СРБ снизились (табл. 2). Это указывает на развитие полиорганной недостаточности. В коагулограмме: пониженный уровень фибриногена, повышенный уровень Д-димера. Несмотря на проводимую терапию, на 16 день болезни (11.11.21г) состояние тяжелое, артериальное давление 180/100 мм.рт.ст., кашель со слизистой мокротой и прожилками крови, ЧДД - 27 в мин. Учитывая отрицательную динамику по клинико-лабораторным данным, для купирования гипериммунной реакции была назначена таргетная терапия левилимабом (324мг п/к), усилена антикоагулянтная терапия – (фондапаринукс натрия 5,0 мг вечером и 2,5 мг утром п/к). В связи с отсутствием положительной динамики, через сутки повторно вводился левилимаб (324 мг). Поддержание нормального уровня гликемии проводилось препаратами инсулина.

На 30 день болезни (25.11.21г) у пациентки выступили гематомы на лице, появились отеки на веках, проявился экзофтальм правого глаза. Проведена консультация офтальмолога, был поставлен диагноз: ретробульбарная гематома. В заключении КТ от 26.11.2021 г. – дефект наполнения кавернозного синуса и правой глазной вены, инфильтрация интра- и экстракониальных пространств глаз, а также экзофтальм 3 степени справа, экзофтальм 1 степени слева. В связи с ухудшением состояния 26.11.2021 г. пациентка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. На момент перевода состояние пациентки расценивалось как тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью и развитием тромбоза синуса. Несмотря на проводимую терапию у пациентки отмечалось нарастание отека параорбитальной области и двустороннего экзофтальма. Проведена консультация гематолога, рекомендована трансфузия тромбоцитарной массы. На 34 сутки заболевания (29.11.2021 г.) наступила смерть пациентки.

Выводы Анализ представленного клинического случая позволяет познакомиться с таким редким явлением, как тромбоз кавернозного синуса, который стал достаточно частым осложнением при COVID-19. с наличием клинических, лабораторных и инструментальных данных в динамике. Системное действие вирусных частиц SARS-CoV-2, в особенности диффузное поражение эндотелия сосудов, усугубило патологию свертывающей системы крови, в результате чего у пациентки произошло кровоизлияние в

ретробульбарную клетчатку, а затем появились клинические признаки септического тромбоза кавернозного синуса в результате присоединения бактериальной инфекции – отёчность век, двусторонний экзофтальм и офтальмоплегия. Предпосылкой к торпидному развитию септического тромбоза также послужило наличие сахарного диабета 2 типа и не поддающееся контролю препаратами повышение уровня глюкозы в крови.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ПОЛУЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ, ОСНОВАННЫХ НА ВОСПРОИЗВОДИМОСТИ ПОЛОЖЕНИЙ МЫШЦЕЛКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ СООТНОШЕНИИ – СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Лысенко Б.А.

Казанская государственная медицинская академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение: определение термина «центральное соотношение челюстей» пересматривалось множество раз в течение многих лет. В последнем издании «The Glossary of Prosthodontic Terms» центральное соотношение определяется как «соотношение верхней и нижней челюстей, не зависящее от зубных контактов, в котором суставные головки нижней челюсти находятся в передне-верхнем положении на задних скатах суставных бугорков; в этом положении нижняя челюсть ограничена чисто вращательными движениями; из этого ненапряженного, физиологического положения пациент может совершать вертикальные, латеральные или протрузионные движения; это клинически удобное, повторяемое исходное положение».

Целью данного систематического обзора было сравнение техник получения центрального соотношения (управляемый, графический, физиологический методы), чтобы проверить, какая техника определения центрального соотношения обеспечивает наибольшую воспроизводимость положения мышцелков нижней челюсти в центральном соотношении.

В качестве материала для обзора использовались статьи, опубликованные в базах данных PubMed, Cochrane Library, Scopus и Web of Science. Методами сбора информации, ее классификации, сравнения и анализа были найдены 6 статей с подходящими критериями. Критерии для выбора статей были следующие: клинические исследования на русском или английском языках, лица без височно-нижнечелюстной дисфункции и с полными или почти полными зубными рядами или наоборот полной адентией; сравнение между методиками определения центрального соотношения, основанных на воспроизводимости положения мышцелков в центральном соотношении. Для каждого метода получения центрального соотношения рассматривались следующие техники: управляемый метод (ведение точки подбородка и бимануальная манипуляция); графический метод (интраоральное и

экстраоральное прослеживание готической дуги); и физиологический метод (глотание и проведение языка кзади вдоль нёба).

Результаты: три статьи пришли к выводу, что бимануальный метод показал большую воспроизводимость положения мышечков в центральном соотношении, чем метод ведения точки подбородка. Две статьи показали эквивалентность между этими методами, и одна статья пришла к выводу, что метод ведения точки подбородка показал большую воспроизводимость положения мышечков при центральном соотношении, чем бимануальный метод.

Выводы: таким образом, в данном систематическом обзоре бимануальная техника часто превосходила (обеспечивала большую воспроизводимость центрального соотношения) или, по крайней мере, была эквивалентна технике ведения точки подбородка. Поэтому для людей с полным прикусом и без височно-нижнечелюстных расстройств бимануальная техника является наиболее предпочтительной. Физиологические методы оказались наименее точными в воспроизводимости центрального соотношения.

ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мансуров Д.М.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань

Введение. Цервикогенная головная боль (ЦГБ) в структуре всех головных болей у пациентов среднего возраста составляет от 4 до 21,4%. Большинство пациентов с мигренью или головной болью напряжения предъявляют сопутствующую жалобу на боль в шее, что представляет большую трудность при дифференциальной диагностике головных болей. Дисфункция структур шейного отдела позвоночника (ШОП) часто встречается у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и может сопровождаться различными типами головной боли.

Цель исследования. Проанализировать особенности ЦГБ и роль функциональных нарушений со стороны шейного отдела позвоночника и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в реализации ЦГБ у пациентов с ДСТ.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 55 лет с клиническими проявлениями ДСТ и ЦГБ. Обследование включало анализ эпизодов ЦГБ с оценкой их интенсивности по ВАШ, анализ дневника головной боли, стандартное неврологическое обследование, мануальное тестирование структур ШОП, рентгенография ШОП с функциональными пробами. Соединительнотканная дисплазия подтверждалась проведением фенотипирования по таблицам предложенными Т.И. Кадуриной.

Критерием включения в исследование являлось наличие ЦГБ, признаков ДСТ, возраст от 18 до 55 лет, наличие информированного согласия пациента. Критериями исключения являлись: возраст моложе 18 лет и старше 55 лет, беременность, ревматологическая патология, онкологические заболевания, травмы позвоночника. Все пациенты были проконсультированы стоматологом с целью выявления стоматологических заболеваний и аномалий прикуса.

Статистическая обработка проводилась с помощью табличного редактора MS EXCEL, пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $29,7 \pm 10,2$ года. Отмечалось преобладание лиц женского пола над мужским: 78% и 22% соответственно. Пациенты предъявляли жалобы на одностороннюю, пульсирующую, ноющую, тянущую боль в шейно-затылочной области с иррадиацией боли в одну или несколько зон головы с гомолатеральной стороны, а также пациентов беспокоила фоновая боль и дискомфорт в шее. Головная боль сопровождалась тошнотой у 26%, фотофобия встречалась у 34% пациентов, несистемное головокружение 55%, фонофобия у 8% пациентов. Среднее значение по ВАШ в группе пациентов с ДСТ составило $6 \pm 0,9$ баллов по ВАШ. По результатам неврологического обследования у большинства пациентов выявлена микроочаговая симптоматика: нарушение плавного движения глазных яблок, диффузная мышечная гипотония, легкие нарушения координации движений, наличие двусторонних кистевых знаков. При мануальном тестировании выявлено нарушение физиологических изгибов позвоночника, сколиоз, нарушение конфигурации таза, плоскостопие, аномалии прикуса, дисфункция ВНЧС, гипермобильность на уровне ШОП, выявляемая клинически. Обращает внимание высокая частота сопутствующих скелетно-мышечных болевых синдромов различной локализации. У всех обследованных пациентов оказались заинтересованными шейный и верхнегрудной отдел позвоночника. При этом частота выявления функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов оказалась следующей: С0-С1-100% случаев, С1-С2 – 17 (34%), С2-С3 – 18 (36%), С3-С4 – 35 (70%), С4-С5 – 22 (44%), С5-С6 – 9 (18%), С6-С7 – 8 (17%), С7-ThI – 22 (44%), ThI-ThII – 12 (24%), ThII-ThIII – 10 (20%). Кроме того, в 29 (58%) случаях были диагностированы аномалии прикуса, у 44 (88%) пациентов была обнаружена дисфункция ВНЧС. Наиболее частыми признаками дисфункции ВНЧС были: щелканье и «хруст» в суставе 37 (74%), болезненность при пальпации сустава отмечалась у всех пациентов. Миофасциальный болевой синдром, обусловленный напряжением жевательной, височной и крыловидной мышц выявлен у всех пациентов с дисфункцией ВНЧС. Блокирование ВНЧС было диагностировано у 43 (86%) пациентов. Кроме того, все обследованные пациенты имели активные миофасциальные триггерные зоны (МФТЗ) в мышцах шейной и перикраниальной области. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника с функциональными пробами у 88% пациентов визуализировалась нестабильность ПДС. Хронические формы ЦГБ имели место у 42% пациентов

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что ЦГБ у пациентов с признаками ДСТ всегда сопровождается функциональным блокированием ПДС шейного и верхнегрудного отделов позвоночника на фоне нестабильности у 88% пациентов, в более половине случаев сопровождается аномалиями прикуса и дисфункцией ВНЧС. Также обращает на себя внимание наличие дополнительной симптоматики в виде тошноты, фотофобии, несистемного головокружения у пациентов с ЦГБ с признаками ДСТ. Хронический характер ЦГБ у пациентов с ДСТ может быть обусловлен нестабильностью шейного отдела позвоночника с формированием и последующей рецидивирующей активацией МФТЗ и функциональных блокад ПДС шейного и верхнегрудного отделов позвоночника.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Михайлова С.А.

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Казань*

Введение. Младенческая смертность - смертность среди детей в возрасте до одного года; один из основных статистических показателей демографии, является важной характеристикой общего состояния здоровья и уровня жизни населения страны, региона, города.

Это своеобразный показатель, отражающий все виды помощи детям и матерям, социально-экономическую ситуацию в стране, материальные и санитарные условия. Этот показатель также включает в себя благосостояние населения, эффективность профилактической работы по эпидемиологическим мероприятиям. Этот показатель также включает в себя благосостояние населения, эффективность профилактической работы по эпидемиологическим мероприятиям. Уровень младенческой смертности является наиболее чувствительным показателем в оценке качества оказания медицинских услуг и социально-экономического уровня развития страны.

Цель исследования. Анализ и оценка показатель младенческой смертности по республике и стране.

Материалы и методом исследования послужил анализ данных статистической отчетности, современных литературных источников, определяющих общую тенденцию по демографической ситуации в стране и республике. В ходе исследования использовали методы изучения и обобщения опыта, аналитический, статистический.

Результаты: Младенческая смертность в России в 2021 году снизилась до нового минимума в 4,4 смерти на тысячу детей, родившихся живыми. В 2021 году смертность новорожденных в Татарстане снижалась почти на 20% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, 3,8 случая на тысячу родившихся живыми детей. Это на 19,7% меньше, чем за такой же период 2020 года.

Заключение: Уровень смертности является ключевым показателем здоровья нации и развития государства, также не следует забывать, что развитие болезней и смертность зависят от работы системы здравоохранения и эффективности этого процесса. Младенческая смертность имеет ряд причин, влияющих на её уровень: заболевание матери или состояние последа, патология беременности и родов, врожденные аномалии, инфекционные заболевания, несчастные случаи, респираторными заболеваниями

Проблема снижения показателей ранней детской смертности является одним из приоритетных направлений в сфере здравоохранения, и благодаря внедрению комплекса мероприятий, направленных на снижение младенческой смертности в целом по стране, повышение профессионального уровня специалистов перинатальной медицины в РФ, обеспечение специалистов-неонатологов современными высокотехнологичными средствами и методами терапии новорожденных, отмечается тенденция к снижению данного показателя.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИЭСТРОГЕННОГО ПРЕПАРАТА С ПРОТИВООПУХОЛЕВЫМ ЭФФЕКТОМ

Молоствова А.Ф., Салимова Л.М.

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Казань*

Введение. Рак молочной железы является наиболее распространенным видом онкологических заболеваний. Согласно регистру в 2020 г. рак молочной железы был диагностирован у 2,3 миллиона женщин, при этом в мире было зарегистрировано 685 000 случаев смерти от этого заболевания. В случае выявления рака молочной железы на ранней стадии, эффективность лечения и прогноз для жизни благоприятный. На практике чаще применяется комбинированный метод лечения рака молочной железы, включающий хирургическое удаление опухоли, лучевую терапию и медикаментозное лечение (гормональную терапию, химиотерапию и/или таргетную биологическую терапию).

Цель. Определить особенности развития тромбоцитопении при приеме антиэстрогенных препаратов с противоопухолевым эффектом.

Материалы и методы. Представлен клинический случай тромбоцитопении на фоне приема антиэстрогенного препарата с противоопухолевым эффектом у пациента, получающего лечение в связи с раком молочной железы.

Результаты. Под наблюдением врача терапевта попала пациентка П.С.Л. 1964 года рождения, которой в 2021 году был диагностирован рак молочной железы. Проведена левосторонняя мастэктомия, с последующим назначением тамоксифена по 10 мг в сутки. Через 4 месяца приема препарата пациентка отметила появление мелкоочечной сыпи на нижних конечностях. С данной

жалобой, пациентка обратилась к участковому врачу, который рекомендовал сдать общий анализ крови (ОАК). В ОАК уровень гемоглобина 124 г/л, эритроциты $3,94 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $29 \cdot 10^9$ /л. В связи с низким уровнем тромбоцитов, врачом было принято решение в экстренном порядке госпитализировать пациента в терапевтическое отделение по месту жительства, где проводились трансфузии тромбоконцентрата, и пероральный прием преднизолона. Состояние улучшилось. При выписке кожные покровы чистые без геморрагической сыпи. В ОАК уровень гемоглобина 120 г/л, эритроциты $3,64 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $80 \cdot 10^9$ /л. Пациентка выписана с улучшением, рекомендована постепенная отмена преднизолона в течении двух недель. После выписки анализы не контролировала

В мае 2022 года отмечается повторное появление геморрагической сыпи на теле. Пациентку повторно госпитализируют в терапевтическое отделение. В ОАК гемоглобин 117 г/л, эритроциты $3,64 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $16 \cdot 10^9$ /л. Для дальнейшего лечения переводят в гематологическое отделение одного из стационаров города Казани, где уровень тромбоцитов падает до $1 \cdot 10^9$ /л. Проведено введение тромбоконцентрата, преднизолон перорально 85 мг в сутки. После консультации онколога рекомендована отмена тамоксифена. При выписке состояние с положительной динамикой В ОАК гемоглобин 127 г/л, эритроциты $3,58 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $13,3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $65 \cdot 10^9$ /л. В ходе дифференциально-диагностического обследования был выставлен диагноз: Идиопатическая тромбоцитопения с выраженным геморрагическим синдромом. Рекомендовано наблюдение гематолога по месту жительства, постепенная отмена преднизолона.

При последующем наблюдении уровень тромбоцитов не снижался.

Выводы. Нередко врачу-клиницисту бывает трудно идентифицировать ведущую причину тромбоцитопении. В зависимости от механизма развития выделяют несколько патогенетических форм тромбоцитопений: 1) обусловленные сниженной продукцией тромбоцитов в костном мозге, гипопродуктивные тромбоцитопении; 2) тромбоцитопении, связанные с повышенным разрушением или потреблением тромбоцитов: а) иммунные (повышенное разрушение тромбоцитов); б) неиммунные (повышенное потребление тромбоцитов); 3) тромбоцитопения распределения (при спленомегалии); 4) наследственные тромбоцитопении. Согласно данным крупных исследований, тромбоцитопения увеличивает риск развития жизнеугрожающих кровотечений при количестве тромбоцитов ниже 10×10^9 /л, исход этих кровотечений непредсказуем. Тромбоцитопения может возникать при приеме лекарственных препаратов, таких как антикоагулянты, ингибиторы гликопротеина IIb/ IIIa (абциксимаб, тирофибан, эптифибатид), антиаритмические препараты (хинидин, прокаинамид), дезагреганты, тиазидные и петлевые диуретики, α -метилдопа, гидралазин, препараты наперстянки, НПВС, антибиотики (пенициллин, ампициллин, рифампицин), сульфаниламиды, нитрофураны, ранитидин, ингибиторы протонной помпы, транквилизаторы, барбитураты и др.

Учитывая анамнез заболевания (дебют через несколько месяцев после начала приема препарата, не продолжительный эффект от приема глюкокортикостероидов и введения тромбоконтрата, а также улучшение состояния после отмены тамоксифена), мы пришли к выводу, что прием антиэстрогенного препарата с противоопухолевым эффектом стал причиной развития тяжелой тромбоцитопении. Несмотря на низкую частоту встречаемости тромбоцитопении в качестве осложнения от приема тамоксифена, врачу необходимо контролировать показатели ОАК для предупреждения развития жизнеугрожающих кровотечений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАКТИНОМ

Насыбуллина Ф.А.¹, Ашимова Р.Р.¹, Вагапова Г.Р.¹, Пашаев Б.Ю.²

¹Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань,

²ФГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань

Введение: Пролактин - секретирующие аденомы гипофиза (пролактиномы) составляют до 40% от всех гормонально-активных опухолей гипофиза. Их распространенность варьирует от 100 до 755 случаев на 1 миллион взрослого населения, заболеваемость, в среднем, колеблется от 6 до 10 новых случаев на 1 миллион взрослого населения в год. Цели лечения пролактином включают нормализацию уровня пролактина (ПРЛ); уменьшение размеров опухоли; устранение симптомов гиперпролактинемического гипогонадизма; предотвращение рецидива гиперпролактинемии или возобновления роста опухоли. Согласно современным рекомендациям для курации пролактином используется три метода: медикаментозный, хирургический и лучевой, либо их комбинации. Методом первого выбора является медикаментозная терапия агонистами дофамина (каберголин), в связи с их высокой эффективностью в отношении нормализации уровня ПРЛ и уменьшения размеров аденомы, что достигается в 81-96% и в 48-83% случаев, соответственно. Хирургическое лечение пролактином рекомендуется при наличии абсолютных показаний для операции, либо при непереносимости или резистентности к лекарственной терапии, которая констатируется у 10%-20% пациентов. Известно, что успешное медикаментозное лечение агонистами дофамина примерно в 50% случаев сопровождается рецидивами болезни после прекращения приема препарата. В этой ситуации требуется длительный или пожизненный прием лекарственных препаратов, что, в свою очередь, сопровождается снижением приверженности к лечению и создает риск нахождения пациентов в состоянии хронической гиперпролактинемии, ассоциированной со множеством репродуктивных, неврологических и метаболических нарушений. В связи с этим, актуальным является вопрос о

расширении показаний к хирургии пролактином, учитывая возможность одномоментного достижения полной ремиссии заболевания после операции, либо повышения эффективности лекарственной терапии в меньших дозах вследствие сокращения размеров опухоли. Впервые в 2006 году эксперты Общества по изучению гипофиза (Pituitry society) стали рассматривать возможность проведения оперативного лечения пролактином, в качестве метода первой линии, если это является предпочтением пациентов, не соглашающихся на длительную медикаментозную терапию. В последние годы такой подход в мировой практике все чаще используется в специализированных нейрохирургических центрах.

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения пролактином по частоте достижения ремиссии или биохимического контроля заболевания.

Материалы и методы: В исследование проспективно было включено 32 больных с ПРЛ-секретирующими аденомами гипофиза, которым в период с 2007 по 2021 гг. в условиях ГАУЗ «МКДЦ» МЗ РТ высококвалифицированным хирургом (опыт более 1000 операций на гипофизе) была выполнена трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия под эндоскопическим контролем. Степень инвазивности пролактином оценивалась по классификации E. Knosp, 1993 г. в зависимости от расположения латеральной части опухоли относительно кавернозного сегмента внутренней сонной артерии по данным МРТ гипофиза (всего 5 градаций – 0, 1, 2, 3 и 4 степени). Инвазивными считались аденомы 2, 3 и 4 градаций. Степень агрессивности пролактином оценивалась по величине индекса пролиферации Ki-67 (<3 или $\geq 3\%$ положительных ядер), который определялся иммуногистохимическим методом в образцах послеоперационного материала. Уровень ПРЛ оценивался в раннем (через 1 и 7 дней) и в позднем (через 1, 3, 6 и 12 месяцев) послеоперационном периодах. МРТ гипофиза с контрастным усилением по стандартному протоколу проводилось через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Ремиссия заболевания устанавливалась на основании констатации полного удаления аденомы по данным МРТ и сохранения нормального уровня ПРЛ в сыворотке крови во всех контрольных исследованиях в динамике.

Биохимический контроль заболевания подразумевал достижение нормальных значений ПРЛ в сыворотке крови на фоне приема каберголина у пациентов с остаточным фрагментом опухоли в кавернозном синусе после оперативного вмешательства.

Результаты: из 32 прооперированных пациентов 10 человек (32%) достигли полного излечения и отвечали критериям ремиссии в течение всего периода наблюдения. У всех пациентов, достигших ремиссии, аденомы были неинвазивными (имели 0 и 1 градацию по Knosp) и неагрессивными (Ki-67 в послеоперационном материале был $<3\%$ (среднее значение - 1,0%). Средний уровень ПРЛ в первый день после операции у них составил 295,2 мМЕд/л и не отличался от референсных значений нормы (женщины – 102-496 мМЕд/л, мужчины – 86-324) ($p>0,1$)

Биохимический контроль был достигнут у 9 прооперированных пациентов (28%). В этой группе у 4 человек (44%) аденомы были неинвазивными (0 и 1 градаций по Knosp), у 5 (56%) – инвазивными (2, 3 градаций по Knosp). В удаленной опухолевой ткани у всех пациентов этой группы Ki-67 был <3% (среднее значение – 1,53%). Среднее значение ПРЛ в первый день после операции составило 1244 мМЕд/л. Значительное сокращение объема пролактином после хирургической резекции (более, чем на 80%), позволило добиться нормализации уровня ПРЛ на фоне более низких доз каберголина, по сравнению с дозами препарата, принимавшимися до операции: 1 мг/неделю против 3,5 мг/неделю, соответственно ($p < 0,05$)

Пациенты, не достигшие послеоперационной ремиссии и биохимического контроля, составили 40% от общего количества больных. Эта группа состояла из лиц с большими (более 4 см) и гигантскими (более 6 см) инвазивными опухолями (3,4 градаций по Knosp), с величиной индекса пролиферации Ki-67 $\geq 3\%$ (среднее значение – 7,1%), что соответствовало высокой степени инвазивности и агрессивности опухоли. Среднее значение ПРЛ в первый день после операции в этой группе составило 19348 ± 7816 мМЕд/л. Если в первых двух группах основным показанием к оперативному лечению было отсутствие контроля уровня ПРЛ на фоне медикаментозной терапии, то в данной группе наряду с неконтролируемой гиперпролактинемией пациенты имели абсолютные показания к неотложной операции, такие как кровоизлияние в аденому, назоликворея, интракраниальная гипертензия, грубый хиазмальный синдром и др.

Таблица 1. Сравнение результатов хирургического лечения пролактином в зависимости от степени их инвазивности и агрессивности

Показатели	Полная послеоперационная ремиссия (n=10 чел.)	Биохимический контроль (n= 9 чел.)	Отсутствие послеоперационной ремиссии/биохимического контроля (n=13чел.)	p
	1	2	3	
Градация аденомы по E. Knosp	0, 1	0, 1, 2, 3	3, 4	p1-2 = 0,008 p1-3 < 0,0001 p2-3 = 0,0004
Среднее значение ПРЛ в первый день после операции (мМЕд/л)	$285,7 \pm 63$	1222 ± 203	19348 ± 7816	p1-2 = 0,0006 p1-3 = 0,016 p2-3 = 0,019
Среднее значение индекса Ki-67 (%)	1,0	1,53	7,1	p1-2 = 0,24 p1-3 = 0,0002 p2-3 = 0,0003

Выводы: Трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия под эндоскопическим контролем является эффективным методом лечения ПРЛ-секретирующих аденом гипофиза, приводит к полной послеоперационной ремиссии в 32% случаев и в 28% случаев позволяет добиться биохимического контроля заболевания на фоне приема каберголина.

Степень инвазивности ПРЛ-секретирующих аденом гипофиза по классификации E. Knosp на дооперационном этапе и концентрация ПРЛ в сыворотке крови в первый день после операции, наряду с величиной индекса пролиферации Ki-67, являются предикторами наступления ремиссии заболевания после хирургического лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Некрасов А.И., Починка И.Г.

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород*

Цель: оценить особенности клинического течения аутоиммунного тиреоидита (АИТ), впервые диагностированного в постковидном периоде.

Материалы и методы: обследован 71 больной, из числа последовательно обратившихся в консультативное лечебное учреждение в октябре-мае 2021-2022 гг, где им впервые был поставлен диагноз АИТ. Из них 21 отрицал перенесенный COVID-19 (контрольная группа), тогда как 50 имели его в ближайшем анамнезе (основная группа, давность коронавирусной инфекции - не более 6 мес). В основной группе до развития COVID-19 было вакцинировано 25 человек (в большинстве случаев использовался Sputnik V), и 25 не были привиты против коронавирусной инфекции.

Результаты. Основная и контрольная группы не различались по возрасту ($53,1 \pm 13,38$ и $52,9 \pm 16,15$ лет), полу (мужчин - 1 (2,0%) и 1(4,8%)), индексу массы тела ($26,7 \pm 5,40$ и $27,9 \pm 6,48$ кг/м²), спектру выявленных коморбидных заболеваний ($p > 0,05$ по всем показателям). Несмотря на это, АИТ, впервые диагностированный в постковидном периоде, значительно чаще сопровождался нарушениями функции щитовидной железы ($p = 0,010$), особенно гипотиреозом (22 (44,0%) vs 4 (19,0%), $p = 0,040$), в том числе субклиническим (16 (32,0%) vs 2 (9,5%), $p = 0,041$). Внутри группы перенесших COVID-19 пациентов отдельно сопоставлялись подгруппы лиц с предшествующей вакцинацией и без нее. Больные, воздержавшиеся от вакцинации, в постковидном периоде в 2 раза чаще имели на момент первого обследования гипотиреоз ($p = 0,046$).

Выводы. Аутоиммунный тиреоидит, развивающиеся после перенесенной коронавирусной инфекции, чаще ассоциируются с нарушениями тиреоидного гормонального статуса, особенно с гипотиреозом. Предшествующая вакцинация уменьшает риск выявления дисфункции щитовидной железы в постковидном периоде.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ПРОЕКТЕ «МОБИЛЬНЫЙ ДИАБЕТ-ЦЕНТР»

Нурғалиева А.А., Спиридонова О.А., Вагапова Г.Р.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. Проект «Мобильный диабет-центр» (МДЦ) стартовал в 2002 году в рамках

Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» с целью создания системы клинико-эпидемиологического мониторинга диабетологической службы в регионах РФ. Проект реализуется ФГБОУ НМИЦ эндокринологии Минздрава России при поддержке Министерства здравоохранения РФ.

МДЦ представляет собой передвижную научно-исследовательскую клинику, оснащенную современным лабораторным и инструментальным диагностическим оборудованием, что позволяет выявлять все осложнения сахарного диабета в экспресс-формате. МДЦ включает кабинеты кардиолога, офтальмолога, специалиста по диабетической стопе и диабетолога.

Научно-практические данные, полученные в ходе реализации проекта, позволяют высветить характерные для конкретного региона проблемы в работе диабетологической службы и разработать основные направления для их решений.

С 16 по 27 мая 2022 года МДЦ работал в Республике Татарстан (РТ), что позволило оценить динамику оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом (СД) за долговременный период с 2002 по 2022 гг.

Цель исследования. Провести мониторинг качества оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в Республике Татарстан на основе комплексного обследования в мобильном медицинском центре по сравнению с данными регионального сегмента Федерального регистра сахарного диабета (ФРСД).

Материалы и методы. Объектом исследования стали 318 пациентов с СД 1 и 2 типов, постоянно проживающие на территории Республики Татарстан, которые были отобраны для обследования в МДЦ методом случайной выборки из базы данных регионального сегмента ФРСД по РТ.

Из них группа пациентов, впервые обследованных в МДЦ, включала 237 человек (СД 1 типа – 49, СД 2 типа - 185), группа динамического контроля была сформирована из 81 человека, обследованных в МДЦ в 2002 г., (СД 1 типа – 46, СД 2 типа - 35).

Всем пациентам в сыворотке крови определялся общий холестерин и его фракции, гликированный гемоглобин (HbA1c), креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ); по разовой порции утренней мочи

оценивалось отношение альбумин/креатинин; регистрировалась электрокардиограмма. С результатами исследований пациенты направлялись к узким специалистам, завершал осмотр диabetолог, который формулировал общее заключение, рекомендации по контролю и лечению.

Был проведен сравнительный анализ результатов, полученных при обследовании в МДЦ, с данными по пациентам, внесенными в ФРСД в 2022 г. на последнем визите к эндокринологу в медицинской организации по месту жительства.

Результаты. HbA1c является контрольным показателем эффективности лечебной тактики и критерием прогноза при СД. Определение HbA1c включено в стандарты и в критерии оценки качества оказания медицинской помощи при СД. Средний уровень HbA1c в МДЦ при СД1 составил 8,7%, при СД2 – 8,3%, что превышало средние значения HbA1c у этих пациентов в ФРСД на 0,4% и на 1%, соответственно. Полученное расхождение в показателях HbA1c между МДЦ и ФРСД обусловлено тем, что в ФРСД вносятся результаты HbA1c, который может определяться как лабораторно, так и рассчитываться исходя из 3 последних показателей глюкозы крови. По данным ФРСД в РТ HbA1c при СД1 фактически определялся в 80% случаев, расчетный HbA1c составил 20%; при СД2 - 61% и 39%, соответственно. Более выраженное расхождение в результатах HbA1c при СД2 по сравнению СД1 (1% против 0,4%, соответственно) подчеркивает необходимость его лабораторного определения.

Анализ осложнений СД по результатам обследования в МДЦ и данными ФРСД показал отсутствие значимых различий по распространенности макроангиопатий (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, цереброваскулярные заболевания, заболевания артерий нижних конечностей, синдром диабетической стопы) и наличие существенных расхождений в диагностике диабетических микроангиопатий (нефропатия, ретинопатия) и диабетической нейропатии.

Наличие диабетической нефропатии (ДН) и степень ее тяжести определяют выбор сахароснижающих препаратов при СД2 и значимо влияют на прогноз при СД1 и СД2. В связи с этим исследование на микроальбуминурию и расчет СКФ для скрининга ДН включены в стандарты и в критерии оценки качества оказания медицинской помощи при СД. По данным ФРСД из 318 обследованных больных 232 (72,96%) человека имели ДН. В МДЦ у 122 больных (38,4%) впервые была диагностирована ДН или изменена ее степень, у 28 (8,8%) больных диагноз ДН был снят. Что объясняется с одной стороны - низкой диагностикой ДН, с другой стороны - невнесением в ФРСД данных по пациентам с впервые установленным диагнозом ДН, а также - показателей креатинина и альбуминурии в динамике с целью оценки степени прогрессирования ДН.

В клинических рекомендациях по СД указывается, что принципиально важное значение для выявления лиц с риском развития тяжелой диабетической ретинопатии (ДР), предотвращения ее прогрессирования и утраты зрения занимает ежегодный скрининг всех больных СД. По данным ФРСД из 318 обследованных больных у 219 (68,87%) был установлен диагноз ДР. В МДЦ

этот диагноз был снят у 66 (20,75%) пациентов, и впервые выставлен – у 23 (7,23%). Гипер- и гиподиагностика ДР может объясняться отсутствием в протоколах офтальмологического осмотра данных достаточных для классификации стадии ДР.

По данным ФРСД из 318 обследованных больных у 230 (72,33%) был установлен диагноз - диабетическая сенсорная полинейропатия (ДСП). В МДЦ у 87 (27,36 %) человек этот диагноз был снят. Гипердиагностика ДСП может быть обусловлена невыполнением алгоритма обследования с целью ее скрининга (использование градуированного камертона 128 Гц, монофиламента 10 г) с одной стороны и высокой распространенностью периферической нейропатии другой этиологии – с другой.

Выводы

1. Необходимо привести порядок динамического наблюдения больных сахарным диабетом в РТ в соответствие с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ в части: оценивать HbA_{1c} лабораторным методом 1 раз в 3 месяца.; определять уровень креатинина с расчетом СКФ и отношения альбумин/креатинин 1 раз в год; проводить осмотр офтальмолога с исследованием остроты зрения и состояния сетчатки 1 раз в год; осуществлять скрининг диабетической нейропатии 1 раз в год.

2. Необходимо повышать информированность врачей-эндокринологов РТ относительно вопросов скрининга, определения стадии и мониторинга диабетической нефропатии, диабетической ретинопатии и диабетической нейропатии.

3. Необходимо улучшить работу врачей-эндокринологов РТ по своевременному внесению данных по курируемым пациентам в Федеральный регистр сахарного диабета.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВОДИМЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Овчинникова В.С., Зимина Е.В.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Барнаул*

Введение: реанимационные мероприятия, являются актуально проблемой общества, так не вовремя оказанная помощь может привести к летальному исходу, либо тяжёлым последствиям для пострадавшего.

Цель исследования: выявить различия в реанимационных мероприятиях в зависимости от вида чрезвычайных ситуаций (далее - ЧС).

Материал и методы: изучение литературы (научные статьи, монографии, учебники). Изучение способов оказания реанимационной помощи. Сравнительный анализ алгоритмов оказания помощи в ВПУ и ДТП.

Результаты исследования и их анализ: мы изучили научную литературу, по способам оказания реанимационной помощи, пришли к выводу, что в ВПУ и ДТП применяется: эвакуация, СЛР, иммобилизация. Провели лекции для сотрудников ГУ МЧС, Росгвардии, и обучили оказанию первой помощи при ЧС. Мы изучили способы реанимации и выявили характерные особенности. Сходства: проведение СЛР, поддержание проходимости дыхательных путей, наличие аварийно-спасательных машин на 3 этапе, эвакуация пострадавшего в медицинское учреждение на 3 этапе, медицинская сортировка, остановка кровотечения, обезболивание, наложение давящей повязки, придание оптимального положения тела пострадавшего. Выявили различия: В красной зоне в ВПУ остановка кровотечения и обезболивание, работает принцип тройки, длится не более 10 минут, а в ДТП в I зоне находятся спасатели и оказывают первую помощь, неограниченное количество людей, нет ограничения по времени. В жёлтой зоне в ВПУ - восстановление дыхания, путём проведения СЛР, обезболить (если это не было сделано ранее), а Во II зоне в ДТП размещены аварийно-спасательные средства. В зелёной зоне в ВПУ может быть оказана дополнительная помощь: тампонада раны, ослабление жгута, а В III зоне в ДТП эвакуация. Инфузионная терапия в ДТП оказывается на I этапе, а ВПУ в зелёной зоне. Медицинская сортировка, наложение давящей повязки, фиксация повреждённой конечности в ДТП на I этапе, а ВПУ в жёлтой зоне.

Вывод: таким образом, мы выявили общие сходства в ДТП и ВПУ наличие трёх зон, но при этом в ВПУ это означает красную, жёлтую и зелёную, а в ДТП 1,2,3, зон в которых выполняются АСР. В ВПУ в отличии от ДТП на первом этапе осуществляется: остановка кровотечения и обезболивание. В ДТП на первом этапе осуществляется СЛР, медицинская сортировка, наложение повязки, фиксация повреждённой конечности. В ВПУ эти мероприятия осуществляются в жёлтой зоне. Провели мероприятия в рамках которых обучили сотрудников ГУ МЧС, Росгвардии оказанию первой помощи при ЧС в симуляционном центре.

ВЛИЯНИЕ ВЗРЫВА НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ НА ПАРАМЕТРЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Орешак М.Д., Соловей Е.В., Крицкая А.Н.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Введение. Авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) 26 апреля 1986 г. по масштабам и совокупности последствий является самой крупной ядерной катастрофой современности, общенародным бедствием, затронувшим судьбы миллионов людей, проживающих на огромных территориях.

Чернобыльская катастрофа относится к числу глобальных в истории человеческой цивилизации. Общеизвестно, что она повлекла за собой разнообразные широкомасштабные социальные последствия и медицинские

проблемы. Беспрецедентный характер атомной аварии прежде всего связан с облучением щитовидной железы у множества людей радиоактивным йодом.

Целью нашей работы является анализ влияния последствий аварии на Чернобыльской АЭС на параметры щитовидной железы у молодежи г. Гомеля.

Материалы и методы исследования. В ходе нашей исследовательской работы были использованы снимки УЗИ щитовидной железы из архива Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны. Снимки были рассмотрены одной возрастной категории – 18-23 года. Это позволило нам провести анализ данных.

Результаты. Влияние радиации ощущают на себе не только эвакуированные и отселенные люди, ликвидаторы, но и те, кто проживает в загрязненной местности. В то же время площадь таких территорий постепенно сокращается. За послеаварийный период коллективная доза облучения щитовидной железы за счет радиойода у жителей города Гомеля составила более 8 тысяч человек. Это 9% от общего количества пораженных.

Наибольшую опасность среди радиоактивных выбросов представляет короткоживущие изотопы йода. Поступая в организм, они быстро включаются в те же метаболические цепочки, что и стабильный $J271$. При распаде радиоактивного йода β -частицы непосредственно воздействуют на молекулы и клетки, оказывая на них повреждающее влияние и вызывая патологический процесс. Критическим органом для лучевого воздействия радиоизотопов йода является щитовидная железа.

Тиреоидная ткань поглощает 30% йода, поступившего в системную циркуляцию, которую он покидает в течение длительного времени – с биологическим периодом полувыведения 120 суток.

Раньше Гомельская область характеризовалась йодной недостаточностью, что может быть связано с близким территориальным расположением города к месту аварии. Рак щитовидной железы связан с выбросами радиоактивного йода, который на фоне йодной недостаточности мог поглотиться в большей дозе. Но не все заболевания щитовидной железы связаны с недостатком йода, в частности аутоиммунные. У населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях, регистрируется более высокая заболеваемость болезнями нервной и эндокринной системы, злокачественными новообразованиями щитовидной железы по сравнению с населением, не проходящим специальную диспансеризацию.

Узлами в щитовидной железе называются округлые образования, развивающиеся из тканей самой железы. Причины возникновения узлов в щитовидной железе в недостатке йода, поступающего в организм с пищей и водой.

При рассмотрении снимков УЗИ щитовидной железы мы сравнивали в первую очередь ее размеры с нормой, которая должны соответствовать таким категориям: ширина 1,5-2 см, длина 2,5-6 см, толщина 1-1,5 см.

Исходя из полученных данных архивных снимков УЗИ было выявлено у некоторых пациентов (32% от изучаемого количества) наличие узлов, которые делились на два типа – обычный и с кальцинатом. Такие результаты могут

свидетельствовать о патологических процессах, протекающих в щитовидной железе, что может быть связан с влиянием радиации [3]. В основном отклонения от нормы наблюдается у лиц старше 20 лет. На снимках представлены щитовидные железы с патологическими процессами и без них (рисунок 1,2).

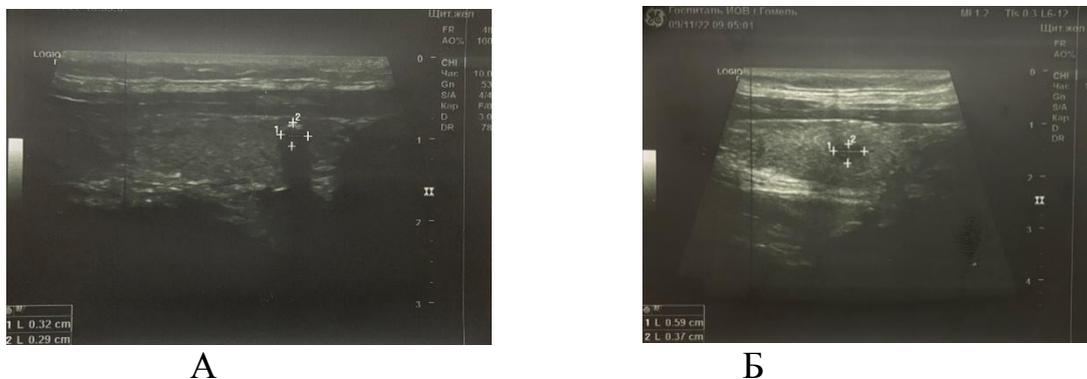


Рисунок 1. А – узел в щитовидной железе с кальцинатом. Б – просто узел



Рисунок 2. Щитовидная железа в норме

При этом, среднее значение длины и ширины щитовидной железы в изучаемой группе находится в норме. Помимо этого, встречаются случаи с появлением узлов. В Гомеле такая частота встречаемости данных патологий наблюдается из-за влияния радиации после взрыва на ЧАЭС. При этом можно заметить, что с годами отклонений от нормы становится меньше.

Выводы. Любая аварийная ситуация в атомной энергетике и на радиомеханических предприятиях непредсказуемая и чрезвычайная. В этих условиях мероприятия по радиационной защите должны проводиться в экстренном порядке, осмысленно и четко. Но в случае подобных инцидентов не следует забывать о важности проведения серьезной разъяснительной работы среди населения, которая может снять психоэмоциональный стресс, позволит довести до сознания каждого жителя цель и жизненную значимость проводимых мероприятий по радиационной защите щитовидной железы.

Изучение состояния щитовидной железы среди населения позволяет отслеживать состояние здоровья нации и при необходимости вовремя проводить профилактические мероприятия. Также знания такого рода помогают моделировать развитие патологического процесса в изучаемой железе, что способствует разработке профилактических и лечебных действий.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Пазиненко О.А, Чучкова Н.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Введение. Повышенный уровень гомоцистеина в крови является маркером развития сердечно-сосудистых заболеваний и фактором риска для ряда других заболеваний. Печень играет ключевую роль в метаболизме метионина и гомоцистеина. Изменение режима питания (потребление продуктов, богатых метионином), прием ряда лекарственных препаратов (например, в спорте, бодибилдинге) приводят к изменению состояния печеночной ткани, следствием которых является повышение уровня гомоцистеина в крови (гипергомоцистеинемия, ГГЦ).

Цель. Оценить морфофункциональные характеристики печени крыс при длительном введении метионина.

Материалы и методы. Белым беспородным крысам (№24) в течение 3-х недель в корм добавляли метионин (DL-метионин кормовой, Бельгия) в дозе 1,5 мг/кг с добавлением 1% раствора метионина в питьевую воду. Животные контрольной группы содержались на стандартном рационе вивария. У животных после эвтаназии забиралась печень для подготовки гистологических препаратов. Срезы печени толщиной 5-7 мкм окрашивались гематоксилином и эозином для оценки гисто- и цитоструктуры органа. При увеличении в 800 раз в 40 полях зрения с помощью морфометрической линейки рассчитывали площади клетки, ядра, цитоплазмы, ядерно-цитоплазматическое отношение (ЯЦО), численную плотность гепатоцитов и показатель паренхиматозной плотности, количество звездчатых макрофагов.

Результаты. Через 4 недели введения метионина происходит повышение уровня гомоцистеина до $28,9 \pm 2,65$ мкмоль/л, что в 3,4 раза выше исходных данных контроля ($8,5 \pm 0,6$ мкмоль/л) ($p > 0,05$). Было отмечено, что при гипергомоцистеинемии наблюдается снижение количества гепатоцитов на площадь среза с $448,1 \pm 23,3$ до $256,2 \pm 15,5$. У экспериментальных животных популяция гепатоцитов представлена более мелкими размерами клеток, площадь цитоплазмы достоверно снижается с $328,1 \pm 14,17$ до $235,5 \pm 11,02$ мкм² ($p \leq 0,05$), тогда как размеры ядра не меняются ($52,51 \pm 4,5$ – контроль, $56,68 \pm 5,58$ – опыт, мкм²). В связи с этим, в 1,2 раз повышается ЯЦО: с $0,197 \pm 0,12$ – контроль до $0,236 \pm 0,11$ – опыт ($p \leq 0,05$). При гипергомоцистеинемии количество звездчатых макрофагов возрастало на 22,38% (в 100 мкм²): с $130,32 \pm 2,57$ (контроль) до $159,48 \pm 4,18$ ($p < 0,05$). Наблюдались некротические изменения отдельных гепатоцитов.

Выводы. Избыточное поступление метионина в организм экспериментальных животных нарушает процессы его трансметилирования в серосодержащую аминокислоту гомоцистеин в печени, следствием чего

является состояние гипергомоцистеинемии. Повышенная функциональная нагрузка на клетки печени приводит к избытку гомоцистеина в крови, что вызывает морфологические изменения на тканевом и клеточном уровнях. Морфологические изменения в печени представлены снижением объема функциональной паренхимы (совокупной площади гепатоцитов), повышением ядерно-цитоплазматического отношения, увеличением количества звездчатых макрофагов, дистрофическими изменениями клеток.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРЕОДОЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Погосова Э.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России, г. Москва

Введение. Формирование мотивации пациентов на предупреждение и преодоление сахарного диабета»- на сегодняшний день является актуальнейшей темой так как, сахарный диабет (СД) – острейшая медико-социальная проблема, относящаяся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенным нормативными актами ВОЗ. Драматизм и актуальность проблемы сахарного диабета определяются широкой распространенностью СД, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. Данное заболевание помимо медикаментозного лечения, нуждается в психологическом сопровождении лечебного процесса. От психологического сопровождения напрямую зависит эффективность лечения. Мотивационное консультирование, снижение тревожности, работа над адекватным восприятием заболевания, и в целом над эмоциональным состоянием пациента - резко повышают уровень приверженности лечению. Пациенты дисциплинированно соблюдают медицинские рекомендации, придерживаются полезного рациона питания, своевременно проходят все лечебно-диагностические процедуры.

Цель. Повышение уровня адаптации и качества жизни у пациентов с сахарным диабетом и преддиабетом. Задачи исследования: повысить приверженность лечению у пациентов с сахарным диабетом, изучить варианты внутренней картины болезни у пациентов с СД, предупредить сахарный диабет на стадии преддиабета.

Материалы и методы. Клинико-anamnestическое полужформализованное интервью, психометрические методы исследования, опросные методы исследования.

В данном исследовании планируется изучить и описать психологические особенности пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Выявить наиболее эффективные методы взаимодействия для повышения приверженности лечению в рамках мотивационного консультирования. Выявить эффективность мотивационного консультирования при работе с пациентами в состоянии

преддиабета путем динамического наблюдения за уровнем гликированного гемоглобина и глюкозы натощак.

Результаты. Результаты данного исследования помогают выстроить алгоритм психологического сопровождения пациентов с сахарным диабетом и преддиабетом, повышают эффективность лечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В БАССЕЙНЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

*Салах М.М. Сехвейл, З.А. Гончарова, Д.И. Свиридкина, А.А. Танова
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону*

Поражение 50% и более зоны кровоснабжения бассейна средней мозговой артерии (СМА) при злокачественном ишемическом инсульте (ЗИИ) приводит к обширному развитию отека полушария головного мозга результатом которого является возникновение дислокационного синдрома, подавляющего числа пациентов. Консервативная терапия ЗИИ в бассейне СМА сопровождается летальным исходом в более 80 % случаев, выжившая часть пациентов характеризуются высокой степенью инвалидизации. Декомпрессивная гемикраниэктомия является наиболее эффективным способом хирургического лечения ЗИИ, снижающим частоту летального исхода, и в ряде случаев позволяющим улучшить функциональный статус пациентов.

Цель исследования: провести анализ качества жизни пациентов со злокачественным ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.

Материал и методы исследования: нами проанализированы истории болезни 57 пациентов со ЗИИ, из них 64,9 % составили женщины. В исследование были включены пациенты в возрасте от 49 до 90 лет, средний возраст составил 72,7 года. Всем пациентам проводились клинко-лабораторное обследование, бесконтрастная мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга на момент поступления в стационар и в динамике. В исследование включены пациенты, у которых объем ишемии полушария головного мозга составил 145 см³ и более. Патогенетический подтип ишемического инсульта определялся согласно классификации Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Проводилась ежедневная оценка уровня сознания по шкале ком Глазго, оценка тяжести неврологического дефицита по шкале инсульта национального института здоровья (NIHSS), оценка функционального статуса пациента по модифицированной шкале Рэнкина, Ривермед и по шкале Бартела. В зависимости от тактики лечения все больные были разделены на 2 группы. Пациенты I группы (n=47, 82,5 % от общего количества) подвергались только консервативному лечению. Во II

группу вошли 10 человек (17,5 % общего количества), которые были прооперированы. Катамнез пациентов изучали в течение года с момента развития инсульта. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: у 61,4 % пациентов имело место поражение правого полушария головного мозга. Кардиоэмболический патогенетический подтип выявлен у 44,0 % пациентов, атеротромботический - у 24 %, ишемический инсульт неустановленной этиологии - у 32 % пациентов. Средний возраст пациентов консервативной группы составил $76,1 \pm 1,3$ лет (от 49 до 90 лет). Оценка тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS на момент поступления у пациентов консервативной группы составила от 11 до 39 баллов, в среднем - $20,1 \pm 0,0$ баллов с прогрессивным нарастанием. На момент поступления у пациентов консервативной группы оценка функционального статуса по шкале Ривермед составила от 0 до 15 баллов, в среднем - $1,1 \pm 0,4$ балл, по шкале Бартела - от 0 до 45 баллов, в среднем - $8,7 \pm 2,2$ баллов, по модифицированной шкале Рэнкина - от 1 до 5 баллов, в среднем - $5 \pm 0,3$ балла. На фоне лечения у пациентов консервативной группы оценка тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS составила от 6 до 37 баллов, в среднем - $19,2 \pm 2,1$, оценка по шкале Ривермед - от 0 до 11 баллов, в среднем - $1,1 \pm 0,4$ балл, по шкале Бартела - от 0 до 45 баллов, в среднем - $8,0 \pm 2,5$ баллов, по модифицированной шкале Рэнкина - от 4 до 5 баллов, в среднем - $4,6 \pm 0,2$ балла, что соответствует высокой степени инвалидизации пациентов. У пациентов II группы, средний возраст составил $57 \pm 2,7$ лет (от 47 до 76 лет). Оценка тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS составила от 19 до 25 баллов, в среднем - $22,3 \pm 0,8$ балла. Оценка функционального статуса на момент поступления по шкале Ривермед составила от 0 до 1 балл в среднем $0,4 \pm 0,1$ балла, по шкале Бартела от 0 до 25 баллов, в среднем - $5,5 \pm 2,9$ баллов, оценка по модифицированной шкале Рэнкина у всех пациентов составила 5 баллов. На фоне проведения хирургического лечения к моменту выписки пациента из стационара, оценка тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS составила в среднем $16,5 \pm 1,1$ баллов, оценка по шкале Ривермед составила от 0 до 1 баллов, в среднем - $1 \pm 0,2$ балл, по шкале Бартела у всех пациентов 0 баллов, оценка по модифицированной шкале Рэнкина - 5 баллов, что соответствует высокой степени инвалидизации пациентов.

Выводы. Наиболее тяжелой формой ишемического инсульта является злокачественный подтип, характеризующийся высокой степенью инвалидизации пациентов и в подавляющем большинстве случаев неблагоприятным прогнозом. Пациенты, которые подвергаются хирургическому лечению характеризуются более тяжелым течением заболевания и инвалидизацией, так как изначально, пациенты имеют более тяжелое течение в виде нарастающего дислокационного синдрома и сопровождающих его вторичных осложнений.

ЭКСПРЕССИЯ CD64 НЕЙТРОФИЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Салахова Э.А., Хаертынов Х.С., Мустафин И.Г.

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Казань*

Введение. Тяжелые формы COVID-19 у взрослых характеризуются увеличением в крови количества нейтрофилов и повышенной экспрессией на них мембрано-связанного рецептора CD64. При этом, частота развития бактериальных осложнений при COVID-19 не превышает 6,9% случаев. Вероятно, что в развитии нейтрофилеза при COVID-19 участвуют механизмы, не связанные с формированием бактериального процесса. Причиной повышения в крови количества нейтрофилов и увеличения экспрессии на них CD64 у пациентов с COVID-19 может быть участие этих клеток в тромбообразовании. Известно, что тяжелые формы COVID-19 сопровождаются повышенным образованием нейтрофильных внеклеточных ловушек, являющихся одними из ключевых триггеров гиперкоагуляции и тромбообразования. Взаимосвязь между экспрессией CD64 нейтрофилов и тромбообразованием при COVID-19 не изучена.

Цель: определение активности нейтрофилов крови у пациентов с тяжелым течением COVID-19 и изучение ассоциации между активностью этих клеток и тромбообразованием.

Материал и методы. Обследовано 31 пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 в возрасте от 41 до 83 лет. У 8 пациентов объем поражения легких составил от 10 до 25% (КТ-1), у 13 – от 25 до 50% (КТ-2), у 10 – от 50 до 75% (КТ-3). РНК SARS-COV2 из носоглотки была выделена у 25 пациентов (80,6%). У всех пациентов отмечались коморбидные заболевания, среди которых наиболее часто регистрировались артериальная гипертензия (84%), ожирение (58%) и сахарный диабет (32%). У всех пациентов отмечалось развитие синдрома системного воспалительного ответа, что проявлялось лихорадкой и повышением в крови концентрации С-реактивного белка (СРБ). У одного пациента была диагностирована бактериальная инфекция без установленного очага инфекции. В 6 случаях заболевание завершилось летальным исходом. Контрольную группу составили 10 пациентов аналогичного возраста.

Проведено изучение количества и активности нейтрофилов периферической крови. Активность нейтрофилов оценивалась по экспрессии на поверхности этих клеток CD64 и осуществлялась методом проточной цитофлуометрии с использованием соответствующих моноклональных антител (*Biologend, США*). Забор крови для исследования проводился однократно, в первые 3 дня госпитализации.

Результаты. Изучение активности нейтрофилов выявило достоверно более высокую экспрессию CD64 у пациентов с COVID-19 по сравнению с контрольной группой ($p=0,01$). Выраженность экспрессии CD64 нейтрофилов

была заметно выше у пациентов с объемом поражения легких с КТ-3, чем с КТ-1 ($p=0,02$). Была установлена прямая корреляционная связь между выраженностью экспрессии CD64 нейтрофилов и абсолютным количеством нейтрофилов периферической крови ($R=0,42$, $p=0,018$). Корреляционный анализ между экспрессией CD64 нейтрофилов и другими маркерами воспаления (СРБ, ферритин, фибриноген) аналогичной зависимости не выявил.

Установлено, что выраженность экспрессии CD64 нейтрофилов прямо коррелировала с уровнем Д-димера ($R=0,42$, $p=0,019$).

Выводы. Коронавирусная инфекция COVID-19 протекает на фоне повышения экспрессии CD64 нейтрофилов, выраженность которой коррелировала с объемом поражения легких. Установленная корреляция между степенью экспрессии CD64 нейтрофилов крови и уровнем Д-димера указывает на участие нейтрофилов в тромбообразовании.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМЫ ГЕМОФИЛИИ А С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Салимова Л.М.^{1,2}, Молоствова А.Ф.^{1,2}

*ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Казань,*

ГАУЗ «Городская клиническая больница 16» г. Казань

Введение. Гемофилия А представляет собой наследственное X-сцепленное рецессивное заболевание, вызванное дефицитом или отсутствием фактора свертывания крови VIII (кодируется геном F8). В зависимости от уровня VIII фактора свертывания крови, традиционно выделяют 3 степени тяжести гемофилии: тяжелая степень ($<1\%$), средняя степень ($1-5\%$) и легкая степень (от $> 5\%$ до $<40\%$). Распространенность гемофилии по населению в целом оценивается как 1:10 000, примерно у 70% больных имеется положительный семейный анамнез по заболеванию, и только в 30-35% случаев возможны спорадические мутации без наличия семейного анамнеза заболевания. Около 60-70% всех диагностированных случаев гемофилии составляют тяжелые формы заболевания, для которых характерны спонтанные геморрагические эпизоды (преимущественно гемартрозы и гематомы мягких тканей различных локализаций). Для тяжелой формы гемофилии характерно появление геморрагического синдрома преимущественно на первом году жизни. Поражаются в основном крупные суставы: коленные, голеностопные, локтевые и тазобедренные. Гемофилия средней тяжести имеет сходные проявления. Первые признаки, как правило, развиваются после года. У пациентов с активностью факторов свертывания крови более 2% реже возникают кровоизлияния в суставы, забрюшинные гематомы, гематурии. Наиболее типичны посттравматические гематомы и длительные кровотечения, особенно при травмах слизистых оболочек. Легкая гемофилия может никак не проявляться на протяжении всей жизни. Геморрагический синдром обычно возникает вследствие значительных травм или при хирургическом лечении.

Поражение опорно-двигательного аппарата встречается чрезвычайно редко. К сожалению, в некоторых случаях при лечении гемофилии возникает ингибиторная форма гемофилии. Ингибитор – поликлональное высокоаффинное IgG-антитело, которое специфически нейтрализует прокоагулянтную активность факторов свертывания крови. Появление ингибиторов связано с ухудшением прогноза: более высокая частота кровотечений, ускорение развития артропатии и снижение качества жизни. Согласно литературным данным, наиболее высокий риск появления ингибиторов наблюдается у пациентов, в период первых 50–100 введений концентрата фактора VIII. На данный момент единственной опцией контроля кровотечений при ингибиторных формах остается применение препаратов шунтирующего действия: антиингибиторного коагулянтного комплекса (АИКК) и активированного эптакога альфа (rFVIIa).

Цель. Изучить клинический случай спорадической формы гемофилии А с дебютом заболевания в пожилом возрасте.

Материалы и методы. Представлен клинический случай спорадической формы гемофилии А у пациента 60 лет.

Результаты. На прием к врачу терапевту обратился мужчина З.Ф.Ю. 60 лет с жалобами на боли в области правой икроножной мышцы. Со слов пациента, с декабря 2021 года стал отмечать появление гематом при минимальных ударах, боли в мышцах. Пациент был направлен на консультацию хирурга, где была исключена острая хирургическая патология, пациенту было рекомендовано наблюдение в динамике и контроль анализов крови. В общем анализе крови (ОАК): гемоглобин 92 г/л, лейкоциты $6,91 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $3,28 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты $456 \cdot 10^9$ /л.

В коагулограмме: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 107 сек, фибриноген 5,1 г/л, протромбиновый индекс (ПТИ) 86%, международное нормализованное отношение (МНО) 0,89. В биохимическом анализе крови общий билирубин 8,5 мкмоль/л, прямой билирубин 1,2 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 26 Е /л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) 20 Е /л, общий белок 69 г/л, креатинин 73 мкмоль/л. В анамнезе язвенный колит, длительная терапия глюкокортикостероидами и сульфасалазином. За 2 месяца до появления клиники поменял работу, перешел на акриловый завод. Со слов наследственность не отягощена. С диагнозом: Коагулопатия неуточненного генеза. Гипокоагуляция по внутреннему пути свертывания. Гипохромная анемия вероятно постгеморрагического характера был направлен на консультацию гематолога.

Консультирован гематологом. В связи с выраженным гемаррагическим синдромом в виде множественных гематом на теле был госпитализирован в гематологическое отделение, где проводилась гемостатическая терапия, а также исследование фактора IX который составил 68,3%, фактора VIII, который составил 4%. Пациенту был выставлен диагноз: Гемофилия А средней степени тяжести. Гипохромная анемия постгеморрагического характера. Назначена заместительная терапия концентратом фактора свертывания VIII. С положительной динамикой пациент был выписан для динамического

наблюдения гематолога по месту жительства. При динамическом наблюдении отмечалось возобновление геморрагического синдрома в связи с чем принято решение о контроле титра ингибитора VIII фактора свертывания, который составил 14,2 ВЕ. Проведено заочное консультирование в Центре по лечению гемофилии, г. Санкт-Петербург. Пациенту выставлен диагноз: Гемофилия А, тяжелая ингибиторная форма, (D66). Титр ингибитора к фактору VIII-14,2 ВЕ. С целью терапии пациенту был назначен эптаког альфа (активированный) в дозе 4,8 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии геморрагический синдром не повторялся.

Выводы. Учитывая данный клинический случай, следует помнить о том, что гемофилии не всегда являются наследственными, возможно появление спорадических случаев даже в пожилом возрасте. В условиях современных реальностей, необходимо стараться повысить уровень качества жизни этих пациентов.

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРФИРИЯ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Саляхова В.

*Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань*

Введение. Актуальностью орфанных заболеваний является то, что они представляют серьезную медико-социальную проблему. Одна из них - острая порфирия. Суть ее заключается в дефекте какого-либо из 8 ферментов синтеза органической части гема. В норме синтез гема состоит из восьми ферментативных реакций, которые начинаются в митохондриях с конденсации сукцинил-коэнзим А (КоА) с глицином с образованием δ -аминолевулиновой кислоты (АЛК). Эта реакция катализируется δ -аминолевулинатсинтазой (ALAS). При острой печеночной порфирии (ОПП) латентный генетический дефект заключается в дефиците третьего фермента синтеза гема, порфобилиногендезаминазы. Заболевание является генетически обусловленным и наследуется по аутосомно-доминантному типу. При воздействии порфириногенных факторов, появляется избыточное накопление в печени предшественников порфиринов δ -аминолевулиновой кислоты (АЛК) и порфобилиногена (ПБГ), обладающих выраженными нейротоксическими эффектами и опосредующих развитие острого приступа порфирии. В связи с тем, что ОПП считается некурабельным заболеванием, отсутствие ранней диагностики его, позднее начало лечения, направленное на ингибирование синтеза порфиринов часто имеет неблагоприятный прогноз и приводит к тяжелой инвалидизации. Вопрос о повышении качества жизни и ее продолжительности, остается не решенным для данной категории больных.

Цель. Поиск методов диагностики «предвестников» острой атаки и повышения эффективности терапии у пациентов с орфанным заболеванием: острой печеночной порфирией.

Материалы и методы. В Республике Татарстан на 2022г. зарегистрировано 8 больных ОПП, что составляет 0,2 на 100000 населения РТ. Мы проанализировали течение болезни пациентов страдающих ОПП, и пришли к выводу, что частота спонтанных обострений порфирии имеет большую вариабельность с промежутками от нескольких месяцев до нескольких лет, с чем связано значительное ухудшение качества жизни пациентов. Проанализировав нарушения патогенетического звена острой порфирии, мы пришли к выводу, что при снижении в печени активности фермента изомера I уропорфириногенсинтазы (УПГсинтаза-I) и повышения активности синтазы δ -аминолевулиновой кислоты (δ -АЛсинтаза) вызывают: во-первых, снижение активности УПГсинтазы-I, приводя к уменьшению образования уропорфириногена I (УПГ-1) и, далее по биохимической цепочке синтеза гема, соответственно уменьшая образование: копропорфириногена III (КПГ-III), протопорфирионгена IX (ППГ- IX) и протопорфирина IX; во-вторых, повышение активности δ -АЛсинтазы вызывает увеличение синтеза δ -аминолевулиновой кислоты (δ -АЛК) и порфобилиногена (ПБГ). Объективные причины низкой эффективности проводимого лечения, следующие: патогенетическая терапия ОП, направленная на ингибирование синтеза порфиринов, назначается слишком поздно; проводимое в отечественных клиниках лечение не адекватно тяжести состояния больного и в целом почти не затрагивает патогенетические звенья заболевания, назначение лекарственных препаратов, обладающих порфириногенным действием. Все вышесказанное приводит к нарастанию в гепатоците концентрации δ -АЛК и ПБГ. Избыточное содержание в гепатоците последних двух соединений повысит концентрацию их в крови с повреждением тканей и органов. Далее, часть этих двух веществ попадает в билиарную систему, в желчный пузырь и в кишечник. Попавшая в кишечник δ -АЛК и ПБГ обратно всасывается в систему воротной вены и возвращается в печень, оказывая на нее токсическое воздействие. Часть δ -АЛК и ПБГ, всосавшиеся из печени, опять в кровяное русло, также будут повреждать ткани и органы. Таким образом, для прерывания энтерогепатической циркуляции токсических веществ, а именно, δ -АЛК и ПБГ, и снижения их концентрации в печени и в крови, предлагается назначение сорбента и гепатопротектора в до приступный период, во время приступа и после его купирования, с целью уменьшения накопления в организме этих токсических веществ.

Результаты. Выдвинута гипотеза и выявлены критерии оценки эффективности лечения у пациентов с ОПП и предложены признаки - «предвестников» приступа ОПП и ведение пациентов в до приступный период, во время приступа и после его купирования. При ОПП практически отсутствует методы диагностики «предвестников» острой атаки и способы облегчения дальнейшего течения приступа. Следствием этого является низкая и поздняя его выявляемость. Поэтому при ОПП существует трудность в прогнозировании

и планировании потребности в лекарственных препаратах для их купирования. Отсюда в период «не диагностированной» начальной фазы атаки ОПП, пациент не получает лекарственные препараты, способствующие облегчению течения приступа или его предупреждения. Чаще всего заболевание проявляется у молодых женщин и девушек. Провоцируется оно беременностью, родами, приемом ряда лекарственных средств: барбитуратов, сульфаниламидных препаратов, анальгина и т.д. Особенно сильные обострения наступают после операций, когда для премедикации используется тиопентал-натрий. Поэтому, клинически данное заболевание проявляется не сразу, а в период полового созревания. То есть печень, до этого момента, справляется со своими обязанностями и, из сукцинил-КоА и глицина при содействии фермента синтазы δ -аминолевулиновой кислоты (δ -АЛсинтаза) синтезируется δ -АЛК, а из 2 молекул δ -АЛК, при содействии фермента порфобилиногенсинтазы (ПБГсинтаза) - порфобилиноген (ПБГ). Далее согласно биохимическому пути – гем. Таким образом, провоцирующие факторы могут вызвать повреждение печени со изменением активности изомера I уропорфириногенсинтазы (УПГсинтаза-I), δ -АЛсинтазы и ПБГсинтазы с возрастанием в печени и в крови, соответственно δ -АЛК и ПБГ, вызывая токсическое воздействие на организм. Гидролизат плаценты человека (ГПЧ) из всех существующих гепатопротекторов является наиболее лучшим и безопасным. Поэтому, назначение его пациентам с ОПП будет способствовать нормальной работе печени, а значит и ферментов изомера I уропорфириногенсинтазы (УПГсинтаза-I), δ -АЛсинтазы и ПБГсинтазы, снижая риск развития приступа, более легкого его течения и уменьшая повреждение печени и другие ткани организма после окончания приступа. В таких случаях, по видимому, целесообразно назначение гепатопротектора и сорбента. При их профилактическом применении, в свою очередь, можно было бы добиться снижения частоты обострения атак острой порфирии, и облегчение течения заболевания. Теоретически сорбент может связывать и выводить из организма токсические продукты (5-АЛК, и порфобилиноген). Также у больных с острой порфирией, вследствие нарушения обменных процессов, развивается синдром метаболической интоксикации. Таким образом, последняя играет важную роль в лечении больных с ОПП. В связи с этим, поиск и применение лекарственных средств, способствующих предотвращению, или более легкому течению острой атаки порфирии очень актуально.

Заключение. Достижение успеха в лечении пациентов с ОПП – это поиск фармакотерапевтических средств для предотвращения приступов и облегчения их течения.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНОГО С МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ ГЛПС И ЛЕПТОСПИРОЗОМ

Сапожникова В.В, Перминова К.К, Торопова А.Р.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров*

Введение. Геморрагическая лихорадка и лептоспироз являются острыми природно-очаговыми инфекциями, актуальными для Кировской области и характеризуются общими синдромами: выраженной интоксикацией, поражением почек и геморрагическим синдромом. ГЛПС (мышьяная лихорадка) – заболевание, вызванное вирусами рода *Hantavirus*, с аэрозольной передачей, протекающее с системным поражением мелких кровеносных сосудов и нефрозонофритом. Лептоспироз является бактериальной инфекцией, вызванной *L. interrogans* с преимущественно водным путем передачи, помимо поражения почек при лептоспирозе возможны проявления гепатита. Клиническая картина и иммунологические нарушения при микст-инфекции ГЛПС с лептоспирозом изучены недостаточно. Цель: определить клинические особенности и иммунологические сдвиги при микст-инфекции ГЛПС с лептоспирозом.

Материалы и методы. В 2021-2022 году оценена клиническая картина и лабораторно-иммунологические показатели у пациента с микст-инфекцией: ГЛПС и лептоспироз. Больной мужчина, В., 30 лет, поступил в инфекционное отделение 15.09.2021., при поступлении жаловался на выраженную слабость, подъем температуры тела до 38,5-39,2⁰С, головную боль, отсутствие аппетита. Анамнез заболевания: болен с 10.09.2021, остро возникла общая слабость, повышение температуры до 38⁰С, больной принимал тера-флю, трекрезан, гриппферон. В течение 2 суток сохранялась слабость, повышение температуры до 39⁰С, снижение аппетита. 12.09.2022 получен отрицательный результат ПЦР носоглоточного отделяемого на коронавирус. КТ легких от 13.09.2021 – патологии не выявлено, новая коронавирусная инфекция была исключена. Больной лечился амбулаторно. Госпитализирован в инфекционное отделение. Особенности эпидемиологического анамнеза: перед заболеванием был на даче со 2.08.2021 (инкубационный период составил 39 дней). На участке и в доме были грызуны, также пациент пил некипяченую воду из колодца. При поступлении: пациент жалуется на нарушение зрения (нечеткость зрения ОУ), общую слабость. Общее состояние больного средней степени тяжести. Отмечается инъекция сосудов склер, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. Выявлены кровоизлияния на коже шеи, живота, подмышечных впадин. Определено повышение АД до 140/60 мм рт ст, ЧСС до 112 в мин. В стационаре – сохранялась лихорадка 37,2-38,5⁰С и интоксикационный синдром в течение 7 суток (до 22.09.2022). Выявлены сдвиги в общем анализе крови на 5 день болезни – понижение уровня гемоглобина до 121 г/л и (анемия), и тромбоцитов до 70*10⁹/л (тромбогеморрагический синдром) моноцитоз 14,2% и

ускорение СОЭ до 25 мм/ч (интоксикационный синдром в лихорадочном периоде). В биохимическом анализе крови отмечались изменения: понижение уровня общего белка до 54,5 г/л (нарушение белково-синтетической функции печени), повышение АСТ до 68,9 Ед/л (цитоллиз), а также повышение С-реактивного белка до 87,6 мг/л (интоксикационно-воспалительный синдром). Мочевина, креатинин, коагулограмма, электролиты крови (5 день болезни) были в пределах нормы. В общем анализе мочи в олигурическом периоде (6 день болезни) выявлялась кислая среда (рН 5,0), протеинурия (1,864 г/л), билирубинурия (34 мкмоль/л), эритроцитурия 11 в п/зр, гиалиновые цилиндры – 6 в п/зр, повышение плотности мочи (1,031), признаки нефрозонофрита. В полиурическом периоде (11 день заболевания) в ОАМ выявлены признаки изогипостенурии (плотность мочи 1.006). УЗИ почек (11 день болезни) – диффузные изменения паренхимы обеих почек. КТ мозга (7 день болезни) – без патологии. Специальная диагностика: ИФА крови (парные сыворотки, антитела к хантавирусу) – 7 день болезни – IgM – 12,32, IgG 1.87 (КП) и 13 день болезни IgM – 11,99, IgG 7,44 (КП). Реакция микроагглютинации, диагностика лептоспироза в парных сыворотках, 7 и 13 дни болезни – положительные результаты. Было назначено лечение – режимные мероприятия, диета, противовирусные (рибавирин) и антибактериальные препараты, дезинтоксикация, жаропонижающие средства. Выставлен диагноз: микст-инфекция ГЛПС и лептоспироз, средней степени тяжести. При анализе иммунограммы на 5 день болезни выявлены: понижение уровня лейкоцитов до 4500 кл в мкл (возрастная норма 5700-8700 кл в мкл), понижение относительного количества лимфоцитов (22,2%; возрастная норма 30-46%), понижение абсолютного количества лимфоцитов (999 кл в мкл; возрастная норма 2000-2700 кл в мкл). При исследовании популяций лимфоцитов выявлены: понижение абсолютного количества В-лимфоцитов CD3-/CD19+ до 7,7%, 77 кл в мкл (норма 7–17 %, 111–376 кл в мкл), снижение абсолютного количества Т-лимфоцитов CD3+/CD19- до 73,2%, 731 кл в мкл (норма 61-85%, 946-2079 кл в мкл), снижение абсолютного количества Т-хелперов CD3+CD4+ до 53,6%, 535 кл в мкл (норма 35-55%, 576-1336 кл в мкл), понижение содержания Т-цитотоксических лимфоцитов CD3+CD8+ до 16,7%, 167 кл в мкл (норма 19–35%, 372-974 кл в мкл), повышение соотношения CD4/CD8 до 3,2 (норма 1,5-2,6), нормальный уровень ранних активированных Т-хелперов – 1,8%, 18 кл в мкл (норма 0,5-6,0%, 7-165 кл в мкл), понижение относительного содержания регуляторных Т-лимфоцитов до 1,28%, 12,8 кл в мкл (возрастная норма 1,6-5,8%, 9-98 кл в мкл). Выводы: у больного с микст-инфекцией ГЛПС и лептоспирозом клинико-лабораторными особенностями являются выраженный интоксикационный синдром, геморрагические проявления (нарушения зрения при микроциркуляторных нарушениях в сетчатке, кровоизлияния в слизистых и коже), сочетанное поражение почек и печени. Выявленные нарушения в иммунограмме (понижение содержания Т- и В-лимфоцитов) могут быть связаны с нарушением дифференцировки лимфоцитов при микст-инфекции ГЛПС и лептоспирозе.

АНАЛИЗ МАРКЕРОВ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Саубанова А.Р., Усова Н.В., Петрушкина Е.Н., Шакирова В.Г.

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение: Основной причиной смерти при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) является острое почечное повреждение (ОПП) с распространенным синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. При ГЛПС зарегистрировано повреждение ткани почек. Гистологически, хантавирусная инфекция определяется как тубулоинтерстициальный нефрит с заметной инфильтрацией лейкоцитов и интерстициальными кровоизлияниями. Изучение биоптатов почек, полученных при ГЛПС - идеальный подход для изучения механизмов почечного повреждения. Однако сбор образцов тканей во время острого периода болезни часто не представляется возможным, особенно у пациентов с тяжелым нарушением функции почек. Поэтому большая часть наших знаний о повреждении ткани почек при ГЛПС получено от изучения собранной ткани посмертно. Однако посмертная ткань отражает поздние стадии заболевания и не показывают изменения, происходящие на ранних стадиях и при легком течении инфекции. В настоящее время используются несколько методов для оценки функции почек, включая измерение креатинина и мочевины крови. Но этим традиционным маркерам присущи недостатки, ограничивающие ценность их использования.

Целью нашего исследования явилась идентификация биомаркеров почечного повреждения в моче больных ГЛПС, а также с помощью уренальных маркеров определить наличие повреждения конкретных нефронных структур.

Материалы и методы. Обследованы образцы мочи 98 пациентов (82 мужчин и 16 женщин), госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу им. профессора А.Ф. Агафонова г. Казани. Образцы мочи у каждого больного собирались при поступлении в периоде олигурии ($7,8 \pm 2,5$ день болезни) и перед выпиской периоде полиурии ($14,2 \pm 2,5$ день болезни). Изменения функции почек анализировали с использованием панели нефротоксичности 1 и 2 (Bio-Rad) в соответствии с рекомендациями производителя. Панель нефротоксичности 1 определяла кальбиндин (Calbindin), кластерин (Clusterin), глутатион S-трансферазу-π (GST-π), IL-18, молекулу повреждения почек-1 (Kidney injury molecule-1, KIM-1) и моноцитарный хемотаксический белок-1 (Monocyte chemotactic peptide 1, MCP-1); панель нефротоксичности 2 определяла альбумин (Albumin), бета2-микроглобулин (β_2M), цистатин С (Cystatin C), ассоциированный с нейтрофильной желатиназой липокалин (Neutrophile gelatinase-associated lipocalin, NGAL), остеопонтин (Osteopontin), и фактор трилистника 3 (Trefoil factor 3, TFF3).

В исследовании мы изучали уренальные маркеры почечного повреждения, отражающие поражение определенной области нефрона.

Образцы мочи олигурического периода ГЛПС характеризовались в 10 раз более высоким уровнем кластерина и КИМ-1 по сравнению с контролем. Также в начале заболевания отмечалось повышение уровня MCP-1, IL-18 и NGAL по сравнению с таковыми в контрольной группе. Хотя средние значения кальбиндина в раннем периоде ГЛПС были выше, чем в контрольной группе, но различия были не значительные. Уровень β_2 M был даже ниже у больных ГЛПС по сравнению с контролем. Уровни GST- π , TFF3, альбумина, цистатина, и остеопонтин мочи в начальном периоде ГЛПС не повышались и сохранялись на уровне контроля

Анализ образцов мочи собранных у больных ГЛПС в период полиурии выявил повышение активности кластерина, КИМ-1, IL-18 и MCP-1 по сравнению с контрольными. Как и в раннем периоде заболевания, уровни кальбиндина, альбумина, TFF3 и остеопонтин не отличались от такового в контроле. Однако, в период полиурии выявлено повышение уровня GST- π и цистатина С. Интересно отметить, что уровень NGAL снизился в поздней фазе ГЛПС до уровня показателей в контрольной группе.

Анализ биомаркеров токсичности почек показал, что поражение почечных канальцев является отличительной чертой ГЛПС. Вероятно, поражение эпителия канальцев почек может приводить к снижению его функциональной активности. Это предположение основано на том факте, что биомаркеры функции канальцев, такие как, кластерин, КИМ-1, NGAL, IL-18, цистатин С существенно повышались при ГЛПС по сравнению с контролем. В то время как уровень β_2 M, указывающий на поражение клубочков, был даже ниже в образцах мочи у больных ГЛПС по сравнению с контрольной группой. Кроме того, мы обнаружили, что при ГЛПС существенно повышаются именно маркеры поражения проксимальных отделов канальцев – кластерин, КИМ-1 NGAL. Значительная активность GST- π была обнаружена в образцах мочи больных ГЛПС, собранных в период полиурии. GST π локализован в эпителии дистального отдела канальцев и высвобождается в моче при повреждении эпителиальных, что указывает на повреждение дистального нефронного эпителия. Так как повышенная регуляция GST- π в моче была обнаружена только в период полиурии, мы заключаем, что повреждение эпителия проксимального отдела канальцев может определять симптомы почечного повреждения на поздних стадиях ГЛПС.

Выводы: Определение кластерина, КИМ-1 в моче может служить маркером ОПП при ГЛПС. Повышение активности кластерина и КИМ-1, NGAL, IL-18 в моче больных ГЛПС, в период олигурии свидетельствует о поражении проксимальных канальцев нефрона, тогда как высокий уровень кластерина, КИМ-1, IL-18, NGAL и цистатин С, а также GST- π в период полиурии указывает на поражение проксимальных и дистальных канальцев.

ВАРИАНТЫ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ С ВПАДЕНИЕМ В ИКРОНОЖНЫЕ ВЕНЫ

Семеняго С. А.¹, Семеняго Е. Ф.²

¹*Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь;*

²*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь*

Введение. Топография терминального отдела малой подкожной вены (МПВ), как и в целом венозного русла нижней конечности, отличается высокой вариабельностью. МПВ может сливаться с подколенной (ПкВ) в области подколенной ямки и образовывать сафенопоплитеальное соустье (СПС), а может продолжаться на заднюю поверхность бедра без впадения в ПкВ с образованием краниального продолжения (КрП), которое также отличается высокой степенью разнообразия топографических вариантов [Куликов В.П. и др., 2007]. Указанная топографическая вариабельность МПВ приводит к разнообразию существующих классификаций. Так, различные авторы выделяют от трёх [Золотухин И.А. и др., 2007] до шести [Гуч А.А. и др., 2008] вариантов топографии МПВ. Отсутствие единого подхода в классифицировании влияет на аспекты, связанные с вынесением максимально информативного и точного заключения при обследовании пациентов с хронической венозной патологией, что, в свою очередь, может отразиться не в лучшую сторону на выборе подходящей хирургической тактики лечения заболевания [Мазайшвили К.В. и др., 2016]. Кроме того, установление частоты встречаемости вариантов топографии МПВ и описание наиболее редких из них позволило бы ещё глубже унифицировать подходы диагностики и лечения хронической венозной патологии и снизить риск развития рецидивов заболевания.

Целью исследования явилось установление и описание наиболее редких вариантов взаимоотношения терминального отдела МПВ и глубоких вен.

Материалы и методы. Методом ультразвукового дуплексного сканирования было обследовано 130 пациентов обоего пола возрастом от 18 до 59 лет, без признаков сосудистой патологии на аппарате экспертного класса Mindray с использованием линейного датчика по стандартному протоколу исследования вен нижних конечностей. Исследование проводилось как в продольной, так и в поперечной плоскости сканирования. Замеры диаметра сосудов проводились в положении пациента стоя. Отсутствие патологии со стороны вен определялось по следующим критериям: наличие эхонегативного просвета, толщина стенок не более 2 мм с гладкой внутренней поверхностью без пристеночных наложений, положительная проба с компрессией датчиком. Среди пациентов соотношение мужчин и женщин составило 55,3% и 44,7% соответственно. Был произведён расчёт процентного соотношения различных типов терминального отдела МПВ среди обследованных. Для проверки гипотезы о равномерности распределения паттернов в генеральной

совокупности произведено сравнение наблюдаемых и ожидаемых частот. Статистическая обработка проводилась с использованием программ MS Office Excel 2010 и Statistica 10.0.

Результаты. В основу классификации выявленных нами типов терминального отдела МПВ был положен принцип разделения на топографоанатомические области. Взаимоотношения поверхностных и глубоких венозных стволов описывались только в пределах подколенной ямки, что позволило исключить влияние на классификацию весьма вариабельной топографии КрП, во внимание принималось лишь наличие либо отсутствие последней. Для удобства описания топографии был введён термин «сафенопоплитеальный паттерн», который характеризует взаимоотношение МПВ и глубоких вен в области подколенной ямки. Всего было выделено пять таких паттернов:

- 1) образование СПС (впадение МПВ в ПкВ), отсутствие КрП;
- 2) образование СПС, наличие КрП;
- 3) МПВ переходит в КрП, но связана с ПкВ анастомотической веной.

Под анастомотической веной понимается сосуд значительно меньшего диаметра, чем МПВ, отходящий от последней как правило перпендикулярно (дальнейший ход может быть различным);

- 4) МПВ переходит в КрП без связи с ПкВ;
- 5) МПВ впадает в одну из икроножных вен.

Анализ данных показал, что различные сафенопоплитеальные паттерны распределены неравномерно ($\chi^2=60,38$, $p=0,0001$). Среди общего числа пациентов было выявлено преобладание первого и второго паттерна, при которых образуется СПС: 33,07% и 32,31% соответственно.

Процент пациентов с четвёртым паттерном также был достаточно высок – 27,69%. Наименьшим оказалось количество пациентов с третьим и пятым паттерном: 3,86% и 3,07% соответственно.

Как видим, наиболее редким сафенопоплитеальным паттерном оказался вариант, когда МПВ впадает в одну из икроножных вен. Нами было описано четыре таких случая, при этом данный вариант наблюдался исключительно монолатерально. Во всех случаях МПВ на границе верхней и средней трети голени отклонялась медиально и покидала своё фасциальное ложе, выходя в подкожную клетчатку. Проксимальнее этого места ложе оставалось пустым, никаких дополнительных притоков не наблюдалось, соответственно СПС не образовывалось. Далее, на уровне 4-5 см ниже подколенной складки, МПВ прободала собственную фасцию и часть медиальной головки икроножной мышцы, впадая в ствол медиальной икроножной вены и имея характер мышечного перфоранта. Ход венозного ствола при этом был прямым, без извитостей. Диаметр МПВ до прободения собственной фасции составлял в разных случаях от 2,2 до 3,0 мм, после прободения изменялся незначительно – от 1,9 до 2,8 мм. Как было указано выше, расширенных венозных притоков и признаков патологии не наблюдалось.

Выводы. Среди всех вариантов топографических взаимоотношений МПВ и глубоких вен в области подколенной ямки можно выделить пять основных

сафенопоплитеальных паттернов. Наиболее редкими (3,07%) являются случаи впадения МПВ в икроножные вены. МПВ при этом покидает своё фасциальное ложе и имеет характер мышечного перфоранта диаметром 2,2–3,0 мм, прободая проксимальную часть медиальной головки икроножной мышцы и впадая в ствол медиальной икроножной вены.

ЗНАЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сергеева-Кондраченко М.Ю., Терина Н.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Пенза

Введение. Выраженное негативное влияние метаболического синдрома (МС) на развитие многих коморбидных состояний (сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых, ревматологических, гастроэнтерологических, респираторных заболеваний и др.), его тяжелое течение, высокая летальность и инвалидизация, связанные с нарушением параметров метаболического здоровья прежде всего у лиц трудоспособного возраста, определяют необходимость оптимизации терапии у данной категории больных. В основе лечения всех хронических неинфекционных заболеваний лежит изменение образа жизни пациента, которое заключается в формировании рационального питания, оптимизации физической активности, нормализации сна, минимизации стресса, отказе от вредных привычек. МС не является исключением. С целью понимания полноценной картины заболевания и осуществления персонализированного подхода к лечению особое значение приобретает оценка типа пищевого поведения у каждого пациента с МС.

Цель и задачи: изучить частоту встречаемость нарушений пищевого поведения у пациентов с МС.

Материалы и методы: 73 пациентам (58 женщин и 15 мужчин) с МС в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст - $46,8 \pm 11,3$ лет) проведено анкетирование с использованием валидизированного Голландского опросника пищевого поведения DEBQ для определения типа пищевого поведения. Опросник включает 33 вопроса с пятью вариантами ответа: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «очень часто». Вопросы делятся на три группы с целью выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения. Среднее арифметическое из суммы баллов по каждой группе вопросов, превышающее значения 2,4; 1,8 и 2,7 баллов, соответственно, расценивалось как наличие нарушений пищевого поведения. Для подтверждения диагноза МС использовали критерии Международной диабетической федерации (IDF, 2005 г.). Всем пациентам проведены антропометрические обследования с определением роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). Полученные результаты обработаны при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты: анализ результатов анкетирования, согласно Голландскому опроснику пищевого поведения, показал, что 83,6% обследованных пациентов с МС имели расстройства пищевого поведения.

Экстеранный тип пищевого поведения выявлен у 12,7% пациентов, среди них 67% женщин и 33% мужчин. Распределение по возрасту (классификация ВОЗ, 1963 г.) составило: молодой возраст (18-44 года) – 44,4%, средний (45-59 лет) – 44,4%, пожилой (60 лет и более) – 11,2%. При определении антропометрических показателей ОТ в данной группе пациентов была – $92,4 \pm 10,6$ см, масса тела – $79,1 \pm 12,8$ кг, ИМТ – $28,1 \pm 3,4$ кг/м².

Ограничительный тип пищевого поведения наблюдался у 13,7% пациентов с МС (90% лиц женского пола и 10% – мужского), при этом 70% обследованных относились к категории среднего, 20% – пожилого, 10% – молодого возраста. ОТ в этой группе пациентов составила – $99,8 \pm 15,2$ см, масса тела – $86,2 \pm 15,8$, ИМТ – $31,6 \pm 5,5$ кг/м².

Эмоциогенный тип пищевого поведения был выявлен у одного мужчины 48 лет, что составило 1,4% от количества проанкетированных пациентов с МС. Антропометрические показатели данного пациента: ОТ – 107 см, масса тела – 90 кг, ИМТ – 33,1 кг/м².

Сочетание ограничительного и эмоциогенного типов пищевого поведения, согласно Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ, имело место у 6,8% пациентов. Соотношение женщин и мужчин составило 80% и 20% – соответственно. При этом, 80% – лица молодого и 20% – среднего возраста. В данной группе средние показатели по: ОТ – $101,2 \pm 23,4$ см, массе тела – $89,4 \pm 26,0$ кг, ИМТ – $31,7 \pm 8,1$ кг/м².

Эмоциогенный тип пищевого поведения сочетался с экстернальным у 9,6% пациентов. 14,3% опрошенных – лица мужского пола, 85,7% – женского. 28,6% проанкетированных пациентов относились к пациентам молодого, 57,1% – среднего, 14,3% – пожилого возраста. Антропометрические показатели: ОТ – $97,1 \pm 16,0$ см, масса тела – $86,6 \pm 14,4$ кг, ИМТ – $31,9 \pm 6,5$ кг/м².

Комбинацию ограничительного и экстернального типов пищевого поведения имели 26,0% среди прошедших анкетирование пациентов. Соотношение женщин и мужчин – 84,2% : 15,8% – соответственно. По возрасту: 47,4% пациентов – молодого, 42,1 – среднего, 10,5% – пожилого возраста. Антропометрические данные: ОТ – $93,2 \pm 13,9$ см, масса тела – $80,6 \pm 17,9$ кг, ИМТ – $29,0 \pm 5,1$ кг/м².

Все три типа нарушений пищевого поведения наблюдались у 13,7% пациентов, среди них было 80% женщин и 20% мужчин. В эту группу вошли пациенты молодого (50%) и среднего (50%) возраста. По результатам антропометрического исследования: ОТ – $93,2 \pm 13,9$ см, масса тела – $90,9 \pm 11,7$ кг, ИМТ – $33,5 \pm 4,1$ кг/м².

Выводы: нарушения пищевого поведения выявлены у 83,6% пациентов с МС по результатам анкетирования с использованием Голландского опросника пищевого поведения DEBQ. У 56,2% обследованных наблюдались различные варианты сочетания изменений пищевого поведения.

Максимальные показатели ОТ и массы тела наблюдались у пациентов с эмоциогенным типом пищевого поведения, а также при сочетании эмоциогенного и ограничительного или всех трех типов пищевого поведения. Среди пациентов молодого возраста преобладало наличие экстернального типа пищевого поведения, как изолированно, так и в смешанной форме (в сочетании с ограничительным пищевым поведением или всех трех типов нарушений), а также одновременное сочетание ограничительного и эмоциогенного типов пищевого поведения.

Полученные результаты очередной раз доказывают необходимость комплексного и персонализированного подхода к терапии пациентов с МС с обязательным определением типа пищевого поведения и своевременной коррекции выявленных нарушений с целью повышения эффективности терапии у данной когорты пациентов.

СИНДРОМ КОННА У ЖЕНЩИНЫ. СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Трефилова Ю.С.

Научный руководитель – проф., Р.Г. Сайфутдинов

Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. Первичный гиперальдостеронизм (ПГА) - синдром, характеризующийся артериальной гипертензией (АГ) в результате автономной (или относительно автономной) гиперпродукции альдостерона. Лечение базируется на проведении адреналэктомии при альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника или длительной медикаментозной терапии антагонистами минералокортикоидных рецепторов при двусторонней гиперплазии надпочечников. Представленный клинический случай отражает актуальность проблемы своевременной диагностики и лечения ПГА у пациентов с резистентной АГ.

Цель. Изучение истории развития, клинической картины, этапов диагностики и лечения первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) у женщины на клиническом примере.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе АО «ГКБ №12» г. Казани. Объектом наблюдения являлась пациентка 45 лет, подписавшая информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании, поступившая с жалобами на общую слабость, головную боль, онемение и слабость в руках и ногах, повышение систолического АД до 180 мм рт.ст. Клиническое обследование пациентки включало сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование и комплекс лабораторно-инструментальных исследований с изучением биохимических, гематологических показателей и маркеров первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна).

Результаты. В результате своевременно поставленного диагноза первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) и, проведённого в последующем оперативного вмешательства у пациентки достигнута стойкая нормотензия, нормализация электролитных и нейромышечных нарушений, полностью восстановлена трудоспособность.

Выводы. Представленный клинический случай показывает, что для раннего распознавания ПГА врачи первичного звена, должны владеть актуальной информацией по проблемам его диагностики и лечения. Учитывая, что среди больных АГ частота ПГА колеблется в пределах 5–10%, необходимо широкое внедрение в клиническую практику скринингового тестирования групп риска, позволяющего верифицировать ПГА на начальном этапе диагностического поиска. Также врачи должны внимательно анализировать ЭКГ на наличие признаков гипокалиемии и значение интервала QT.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Уланова Н.Д., Починка И.Г.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород*

Введение. инсульт остается одной из ведущих причин смерти во всем мире, унося около 5,5 млн жизней ежегодно (Wang W., 2017). В Российской Федерации заболеваемость инсультом составляет 3,7 случаев на 1000 населения в год среди лиц мужского пола и 2,4 среди женщин, при этом смертность от инсульта составляет 0,7 и 0,5 случаев на 1000 населения соответственно (Стаховская Л.В., 2021). Известно, что развившаяся венозная тромбоэмболия существенно ухудшает прогноз пациента и может явиться непосредственной причиной смерти у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Цель. выявить факторы риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у госпитализированных больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. проведено ретроспективное регистровое исследование. Госпитальный регистр ОНМК включает всех больных, последовательно госпитализированных с ОНМК в ГБУЗ НО ГКБ №13 автозаводского района города Нижнего Новгорода в течение 21-го месяца с 1/01/2021 – 30/09/2022. Регистр включает в себя 3604 случаев ОНМК. Основную группу составили пациенты с зарегистрированными ВТЭО, а контрольную группу без установленных ВТЭО.

Результаты. всего зарегистрировано 49 случаев ВТЭО у пациентов с ОНМК, что составило 1,36 % от общего количества больных, включенных в регистр. Из них у 38 (78%) пациентов выявлен тромбоз глубоких вен (ТГВ), а у 23 (47%) – ТГВ, осложненный тромбоэмболией легочных артерий (ТЭЛА). Основная группа и группа контроля не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, наличию фибрилляции предсердий, сахарного

диабета, гипертонической болезни, типу инсульта, наличию в анамнезе инфаркта миокарда, злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции, стажа курения, Covid-19 или приему оральных антикоагулянтов. По данным компьютерной томографии головного мозга поражение более 1/3 бассейна встречалось среди больных с ВТЭО в 34% случаев vs с 14% случаев среди больных не имеющих ВТЭО ($p < 0,001$, χ^2 -Pearson). Выявлена статистически значимая связь между тяжестью ОНМК, оцененной по шкале National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) и Rivermead Mobility Index (RMI), и риском ВТЭО: медиана и интерквартильный интервал у больных основной группы составил 18 [11; 26] баллов по NIHSS vs 6 [3; 15] у больных, не имеющих ВТЭО ($p < 0,01$, Mann–Whitney); а также 0 [0; 1] баллов по шкале RMI vs 3 [0; 7] соответственно ($p < 0,001$, Mann–Whitney). По данным однофакторного регрессионного анализа увеличение NIHSS при поступлении на каждый 1 балл сопровождается увеличением риска ВТЭО на 6%, ОШ 1,06 (95%ДИ 1,03–1,08). Среди больных с ВТЭО летальность в стационаре составила 55% vs 18% случаев среди больных без ВТЭО ($p < 0,001$, χ^2 -Pearson).

Выводы. у больных с ОНМК детерминирующим фактором риска развития ВТЭО является тяжесть инсульта.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Футин Э.В.¹, Белоусова М.В.²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Казань,

²Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань

Введение: Регистрируемый рост депрессивных проявлений и тревожных расстройств у населения за последние три года обусловлен масштабностью внешних вызовов (пандемия), трудностью прогнозирования развития событий и степени личностной вовлеченности в них, а также спецификой внешних угроз, с которыми население ранее не сталкивалось. По данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 02.03.2022, за первый год пандемии, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, распространенность в мировом сообществе тревожных расстройств и депрессивных нарушений увеличилась на 25%. В декабре 2020 года, в докладе главы Европейского бюро ВОЗ Ханса Клюге прозвучала информация о том, что тревожность или депрессию испытывает каждый второй молодой человек в возрасте 19–29 лет. В бюллетене ВОЗ от 13.09.2021 отмечается, что 280 млн человек в мире страдают от депрессии, но диагностика этого расстройства, особенно на раннем этапе, затруднена, поэтому свыше 75% пациентов не получают необходимой помощи. По данным ВОЗ от 12.08.2022, у лиц молодого возраста депрессия является

частой причиной заболеваний и приводит к инвалидности, а суицид занимает третье место среди причин смерти у лиц от 15 до 19 лет. Результаты исследования, проводимого Аналитическим центром НАФИ (март 2022 года), в котором приняли участие 1600 человек из 53 регионов России в возрасте от 18 лет и старше, свидетельствуют о том, что 70% опрошенных россиян испытывают тревогу различной степени выраженности. Таким образом, ранняя диагностика тревожных и депрессивных расстройств является актуальным направлением исследования психического здоровья.

Цель: изучение уровня тревожности и депрессии у студентов ВУЗов, испытывающих стресс из-за интенсивной учебной деятельности и не имеющих диагностированных ранее нарушений психического здоровья. Данное исследование проведено в июле 2022 года. Были использованы следующие методики: 1) шкала депрессии PHQ-9 - модуль из опросника оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire), позволяющий обнаруживать депрессивные проявления [6] и 2) шкала GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder -7), предназначенная для выявления признаков тревожности, как в рамках генерализованного тревожного расстройства, так и в отношении других эмоциональных состояний, основным проявлением которых является тревога.

В тестировании участвовали 38 человек (17 девушек и 21 юноша), в возрасте от 18 до 25 лет.

В результате тестирования с помощью PHQ – 9 были получены следующие результаты: количество набранных баллов 0–4 (отсутствие депрессии) наблюдалось у 8 (21,1%) студентов; сумма баллов 5–9 отмечалась у 14 (36,8%) человек. И хотя набранные ими баллы были не столь высоки, относительно максимально возможных 27 баллов, но данная группа студентов соотносится с группой риска по развитию депрессии. Результаты теста, превышающие 10 баллов, свидетельствуют о наличии депрессивных проявлений различной степени выраженности (тест считается положительным) и предусматривают необходимость обращения к специалисту для последующей терапевтической работы или психологического сопровождения. По результатам опроса: сумма баллов - 10–14, соответствующая умеренному риску развития депрессии, обнаруживалась у 10 (26,32%) студентов; сумма баллов 15–19, соотносимая с достаточно высокой выраженностью депрессивной симптоматики выявлена у 5 (13,16%) студентов; сумма баллов 20–27 определялась у 1 (2,63%) респондента и свидетельствовала о необходимости срочной консультации врача и начала терапии.

Кроме балльной оценки симптомов, анализировались и качественные характеристики ответов респондентов. Значительное число респондентов указывали на: снижение настроения (35 (92,1%)), утрату интереса от приносящих ранее радость занятий (32 (84,2%)); негативное представление о себе (снижение самооценки, неуверенность в собственных силах) (29 (76,3%)); снижение работоспособности (28 (73,7%)); нарушения сна в виде трудностей засыпания, дневной сонливости (27 (71%)); расстройство пищевого поведения в виде снижения аппетита или переедания (24 (63,1%)); постоянное ощущение

усталости (22 (57,9%)). Суицидальные мысли эпизодически отмечались у 9 (23,68%), часто у 3 (7,9%) опрошенных.

Параллельно у респондентов изучался уровень тревожности. Результаты тестирования с помощью GAD - 7 были следующими: сумма набранных баллов 0–4 (минимальный уровень тревожности) наблюдалась у 16 (42%) студентов; сумма баллов 5–9 - у 13 (34,2%) человек, что свидетельствовало об умеренном уровне тревожности; сумма баллов 10–14 обнаруживалась у 6 (15,8%), что соответствовало среднему уровню тревожности; сумма баллов 15–21 выявлена у 3 (8%) студентов, что показывает высокий уровень тревожности. Анализируя ответы респондентов, было выявлено, что в качестве наиболее частых отмечались: избыточное беспокойство по несущественному поводу (29 (76,32%)), раздражительность (26 (68,42%)), неспособность расслабиться (24 (63,16%)); недостаточная саморегуляция, неспособность совладать с волнением (23 (60,53%)); опасения чего-то страшного, пугающая неопределенность (22 (57,9%)).

Таким образом, депрессивные проявления легкой, умеренной и значительной степени выраженности обнаружены у 16 (42%) студентов; повышенный уровень тревожности отмечался у 22 (57,9%) студентов. Все респонденты, будучи уверенными в отсутствии у себя проблем с психическим здоровьем, не рассматривали полученные ответы и балльные оценки, как проявления дисфункциональности/ болезни. Такие характеристики своего психического статуса, как снижение работоспособности и концентрации внимания, нарушение витальных функций (сна и пищевого поведения), а также – собственно депрессивные и тревожные проявления, требующие внимания специалистов, не стали причиной, заставившей студентов обратиться за психологической или медицинской помощью, и были интерпретированы ими, как «дань» интенсивной и энергозатратной учебе. Депрессивные и тревожные проявления, будучи не распознанными и не откорректированными, несут в себе риски развития более серьезной психической патологии, как в плане нарастания данной симптоматики вплоть до клинической манифестации, так и в плане ее «маскированности», с последующей соматизацией психических расстройств, или поиску избавления от негативного психоэмоционального состояния через импульсивные поступки или аддикции.

Учитывая актуальность проблемы и ее социальное значение, считаем целесообразным проводить подобные тестирования (в рамках скрининга) в образовательных учреждениях с последующей «обратной связью» и конкретными рекомендациями (или маршрутизацией) для участников тестирования.

ДЕФОРМАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИОКАРДА В НОРМЕ И ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ИБС С ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ

Хаджилаева Ф.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, г. Ставрополь

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности среди других болезней сердца. Продолжительность и качество жизни пациентов после инфаркта миокарда зависят от структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ), характеризующегося нарушением сократительности миокарда и зачастую значительным снижением его насосной функции. Вместе с тем дисфункция миокарда у пациентов с ИБС может быть обусловлена не только участками рубцовой ткани.

Цель. Рассмотреть деформационные характеристики миокарда в норме и при различных вариантах течения ИБС с оценкой эффективной статинотерапии.

Материалы и методы. Исследование включало 260 человек, в том числе 200 пациентов и 60 человек, отобранных в результате скрининга различных вариантов течения ИБС вместе с гипертонией стадии 2-3 и дислипидемией – практически здоровыми лицами.

Результаты. Диагноз заболевания коронарной артерии основан на наличии 50% стеноза по крайней мере в одной из крупных коронарных артерий по результатам анамнеза, клинических проявлений заболевания, признаков коронарной недостаточности по результатам теста с физической активностью и/или коронароангиографии; у некоторых пациентов-то, что они испытали в прошлом, доказано повышением кардиоспецифических ферментов и/или наличием рубцовых изменений на ЭКГ. Кроме того, необходимым условием для включения пациентов в исследовательскую группу было не хроническое сердечная недостаточность (ХСН) 3-4 ФК, умеренная и тяжелая систолическая дисфункция и тяжелая Гипертрофия ЛВ (ГЛФ). Наличие дислипидемии было установлено в соответствии с национальными руководящими принципами общая концентрация холестерина для профилактики атеросклероза и его осложнений соответственно. В сыворотке крови (ОХС) не должно превышать 5,0 ммоль/л, триглицериды – 1,7 ммоль/л, низкие липопротеины плотность составляет 3,0 ммоль/л, а уровень липопротеинов высокой плотности должен находиться 1,0–1,89 ммоль / л. В настоящее время у людей с доказанными ИБС и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями 33 (сердечно-сосудистые заболевания)) и уровни липидов диабетической мишени значительно изменились и составляют ОХС < 4,5 ммоль / л, ЛПНП < 2,5 ммоль / л. Для пациентов с ИБС использовались следующие критерии включения октября: подписанное информированное согласие, включая диагностический КАГ, в

возрасте 50 лет 90 лет, отсутствие противопоказаний к приему статинов, умственная и физическая способность к участию исследование. Группы были сопоставимы с возрастом, антропометрические показатели, уровни сердечного ритма, кровяное давление, липидный спектр. Работа доминирует мужские лица пол связан с гендерной характеристикой распространения заболевания. Значения ИМТ в группах соответствовали критерии избыточного веса. Все пациенты получали стандартное лечение, прежде чем они были включены в исследование при ИБС в умеренных терапевтических дозах: 66,6 – - IAPP (Эналаприл, фосиноприл, Периндоприл, Лизиноприл, зофеноприл), 2,22 % - дек (Лозартан, валсартан), 66 % - β-блокаторы (Бисопролол, Карведилол, метапролол, Атенолол), 44% - нитраты, 71,1% - аспирин, 6,6% - антагонисты кальция (Амлодипин), 6,6% - диуретики (Индапамид), 55,5 % – статины (симвастатин, Аторвастатин, Розувастатин) в неэффективных дозах, о чем показатели липидного спектра. На этапе участия в исследовании все пациенты лечение исправлено: при необходимости назначаются разлагатели, статины, β-блокаторы и ACE Кровяное давление, антагонисты кальция и мочегонные препараты, по требованию – нитраты короткие. Все пациенты прошли антропометрическое обследование, биохимический анализ крови, запись Ультразвук сердца с ЭКГ, измерение артериального давления, оценка деформации и скорость деформации миокарда методом xstrain™, диагностическая коронароангиография, а также анализ амбулаторных карт. Он был заполнен с целью оценки клинической эффективности у пациентов с различными формами ИБС опрос по оценке качества жизни. Анализ обследования показал, что у большинства пациентов он был на фоне лечения, пациенты, получавшие лечение максимальными дозами аторвастатина, имели увеличение оценки здоровья, тенденцию для повышения толерантности к физической нагрузке. При обследовании 260 пациентов было обнаружено, что деформационные свойства составляли 80,3 97,8% сегментов инфаркта и 97,8% нормальных сегментов были правильно идентифицированы методом точечного мониторинга серая шкала. Согласно международным исследованиям, большинство эффективными препаратами из синтетической группы статинов являются аторвастатин. Агрессивный в работе АВЕРТА терапия аторвастатином доказала свою действительность, безопасность и высокую эффективность у 245 пациентов с клиническими проявлениями ИБС и гиперлипидемии. Минимальный стеноз был обнаружен у всех пациентов с КАГ ка более 50%. Лечение аторвастатином в дозе 80 мг/сут. Это заняло 18 месяцев. В параллельной группе пациентов с ИБС была проведена ангиопластика и назначена стандартная схема лечения. Необходимость повторного использования реваскуляризация была зарегистрирована у 13% пациентов, получавших аторвастатин в конце исследования, и у 21% пациентов, получающих лечение после ангиопластики. Эффективность лечения стабильных пациентов с ИБС при интенсивном снижении уровня ЛПНП не ниже согласно оценке ангиопластики. Кроме того, лечение высокими дозами аторвастатина важно он может служить альтернативой клиническим преимуществам и ангиопластике. Значимое позднее отсутствие преимущества

коронарной ангиопластики были показаны в исследовании. Несомненно, плейотропное действие статинов требует более глубокого изучения из-за влияния на эндотелиальную дисфункцию, "стабилизация" и обратное развитие атеросклеротической бляшки, стимуляция ишемического ангиогенеза особенно интересен при лечении пациентов с ИБС.

Выводы. Агрессивная терапия статинами заслуживает особого внимания и требует дальнейшего изучения. Имеющиеся данные свидетельствуют не только об их высокой эффективности, но и потенциальной способности данных препаратов составить серьезную конкуренцию интервенционным методам хирургического лечения хронической ИБС. Современные диагностические технологии в кардиологии позволяют получить объективное представление о контрактильной функции сердца. Использованный в настоящем исследовании метод оценки деформационных характеристик миокарда X-страин показал большие потенциальные возможности и преимущества применения.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Хайбуллина А.Р.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ф.Ф. Хабиров

*Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань*

Введение: Рассеянный склероз (РС) – хроническое заболевание, которое характеризуется появлением распространенных в пространстве и времени очагов воспалительной аутоиммунной демиелинизации в головном и спинном мозге, приводящее к развитию стойкой инвалидизации пациентов. В мире зарегистрировано 2,8 миллиона случаев заболевания на 2020 год. Каждые 5 лет наблюдается увеличение количества случаев на 10%. Считается, что заболевание чаще встречается у пациентов в возрасте 18- 57 лет. Однако, наблюдаются случаи дебюта болезни у детей с наибольшей частотой в возрасте от 13 до 16 лет. Распространённость заболевания варьирует в зависимости от пола и возраста пациентов, также, как и во взрослой популяции. Считается, что до 10-летнего возраста мальчики болеют чаще девочек, но начиная с 12-летнего возраста превалирует заболеваемость среди девочек, что связано с началом изменения гормонального фона.

Цель: верифицировать количество подтвержденных случаев рассеянного склероза у детей в республике Татарстан за период 2020-2022 годы.

Материалы и методы: в 2020-2022 годы с диагнозом «Рассеянный склероз» на консультацию в Республиканский клиничко-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям нервной системы МЗ РТ было направлено 100 детей в возрасте от 2 до 18 лет. Все пациенты были разделены на две возрастные группы: до 11 лет и 11-18 лет, что связано с использованием

критериев МакДональда 2017 года, которые являются недостаточно валидными для пациентов в возрасте младше 11 лет. Всем пациентам был проведен неврологический осмотр, магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга (МРТ), а также определение в ликворе иммуноглобулинов класса G (тип синтеза II), определение сывороточных антител к аквапорину-4 и к MOG. В случае подтверждения диагноза РС проводилась оценка по шкале EDSS.

Результаты. Из общего числа (100 человек) направленных на консультацию пациентов было выявлено 19 случаев демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы, из которых диагноз «рассеянный склероз» был подтверждён в 6 случаях. У других 6 пациентов был диагностирован острый рассеянный энцефаломиелит. По 1 случаю составили «изолированная оптическая невропатия» и «заболевание спектра оптиконевромиелита». У 3 пациентов диагноз «демиелинизирующее заболевание ЦНС» был выставлен в качестве предварительного, так как для верификации требовалось динамическое наблюдение. Различные варианты наследственных лейкодистрофий и лейкоэнцефалопатий были выявлены у 3 пациентов. У 5 обследованных имела место эпилепсия, носящая в 3 случаях идиопатический, а в 2 - структурный характер. Еще у 3 пациентов наблюдалась вегетативная дисфункция по ваготоническому типу. Также было выявлено по 1 случаю объёмного образования ЦНС, синдрома NABIA, PANDAS-синдрома, идиопатической лицевой невропатии, дискинетической формы детского церебрального паралича, непрогрессирующей миопатии, изолированного косоглазия. Более чем в половине случаев (58 пациентов) было диагностировано резидуальное органическое поражение головного мозга.

Выводы. В детском возрасте частота подтвержденных случаев рассеянного склероза, по результатам наших исследований, составляет около 6% от общего количества пациентов с аналогичным предварительным диагнозом.

В большинстве случаев поводом для постановки предварительного диагноза служит наличие очаговых изменений на МРТ головного мозга.

Для подтверждения или исключения клинического диагноза «рассеянный склероз» требуется проведение диагностических мероприятий в более широком спектре.

КРОВОХАРКАНЬЕ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Халецкая Н.В.¹, Доценко Э.А.²

¹*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

²*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Введение. Кровохарканье составляет 10–15% среди причин госпитализаций в пульмонологические отделения. По данным различных авторов частота кровохарканья при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) наблюдается в 25% при массивной и до 45 % при немассивной ТЭЛА. Однако у пациентов с кровохарканьем не всегда проводится дифференциальная диагностика острых сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Очень важно исключить данную патологию до назначения фибробронхоскопии (ФБС) и гемостатических препаратов. При подтверждении тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с кровохарканьем, тромболитическая или антикоагулянтная терапии показана в максимально ранние сроки.

Цель. Провести анализ случаев кровохарканья у пациентов с ТЭЛА, госпитализированных в пульмонологические отделения. Использовать полученные результаты при дальнейшей разработке алгоритмов дифференциальной диагностики и лечения пациентов с кровохарканьем.

Материалы и методы. Анализ проводился на базе Учреждения «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Всего за период с 2017 по 2019 гг. в стационаре был установлен диагноз ТЭЛА 39 пациентам. Но в исследование были включены 23 пациента, у которых ТЭЛА верифицирована по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием сосудов. 16 пациентов (41 %) из исследования были исключены в связи с отсутствием достоверных данных ТЭЛА по МСКТ.

В последующем 23 пациента были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 15 пациентов с кровохарканьем, которое развилось на фоне ТЭЛА. Во вторую группу вошли 8 пациентов с ТЭЛА без кровохарканья.

Оценивали пол, возраст пациентов, анамнез заболевания, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, лечение. Обработка данных проводилась непараметрическими методами с помощью программы «Statistica 12.6».

Результаты. В обеих группах исследования преобладали мужчины: в первой группе – 13 (86,6 %), во второй – 5 (62,5 %). Средний возраст пациентов первой группы составил 48 лет, а второй группы 66 лет.

Первая группа 15 пациентов с кровохарканьем составила (65,2 %) от всех случаев ТЭЛА, верифицированных в стационаре и преобладала над группой сравнения 8 (34,7 %).

При изучении медицинской документации было выявлено, что 9 пациентов (60%) из первой группы были направлены в стационар с диагнозом пневмония, 4 пациента (26,6%) с диагнозом кровохарканье из неустановленного источника, 1 пациент (6,6%) с диагнозом плеврит. Только 1 пациент (6,6%) поступил из другого лечебного учреждения с подозрением на рецидив ТЭЛА. То есть

кровохарканье на догоспитальном этапе чаще расценивалось как признак воспалительного заболевания легких. Данным пациентам своевременно не была исключена острая сердечно-сосудистая патология и они были госпитализированы в учреждение «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Пульмонологический профиль стационара подразумевает лечение пациентов и с инфекционными заболеваниями респираторной системы, в связи с этим госпитализация пациентов с ТЭЛА являлась нежелательной.

12 пациентам из первой группы (80%) при поступлении назначалась гемостатическая терапия, что могло привести к неблагоприятному исходу заболевания.

Таким образом, диагностический алгоритм при кровохарканье необходимо начать с исключения острой сердечно-сосудистой патологии до назначения гемостатических препаратов, для этого необходимо выполнить комплекс обследований, включающий коагулограмму, определение количественного уровня продуктов деградации фибрина (D-димера), ЭКГ, эхокардиографию, УЗИ сосудов нижних конечностей, диагностическую МСКТ с контрастированием сосудов, сцинтиграфию легких или ангиопульмонографию.

Так как ТЭЛА является противопоказанием для проведения фибробронхоскопии, необходимо исключить острую сердечную патологию пациентам с кровохарканьем и подозрением на ТЭЛА до назначения данного метода исследования. МСКТ ОГК должна быть первоочередным методом исследования при стабильном состоянии пациента.

Назначение антикоагулянтов в первой группе проводилось: на 1-2 день госпитализации у 2 пациентов (13,3%), на 3-4 день госпитализации у 5 пациентов (33,3%), на 5-7 день у 6 пациентов (40 %), у 2 пациентов (13,3%) антикоагулянты были назначены позже 10 дня госпитализации.

Во второй группе антикоагулянты были назначены у всех 8 пациентов (100%) в 1 день госпитализации. То есть диагноз ТЭЛА значительно быстрее устанавливался пациентам без признаков кровохарканья, и они получали адекватную терапию с первого дня госпитализации.

Выводы. Кровохарканье на фоне ТЭЛА встречается чаще у мужчин среднего и пожилого возраста.

Наблюдается низкая настороженность медицинских работников в отношении острых (ССЗ) при обращении пациентов с кровохарканьем.

Диагностический алгоритм при кровохарканье необходимо начать с исключения острых (ССЗ) до назначения ФБС. Для этого выполнить коагулограмму, определить уровень D-димера, ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ сосудов нижних конечностей, МСКТ с контрастированием сосудов, сцинтиграфию легких или ангиопульмонографию.

Пациентам с кровохарканьем нельзя назначать гемостатические препараты не исключив ТЭЛА.

Тромболитическая или антикоагулянтная терапия пациентам с ТЭЛА должна быть начата максимально рано.

СЛУЧАЙ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНФАРКТ-ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Хамидулина А.Р., Харисова Э.Х.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

Введение. Известно, что наличие депрессии сегмента ST в грудных отведениях при элевации в отведениях aVR, V1, ассоциируется с поражением ствола левой коронарной артерии. В ряде случаев незначительные колебания сегмента ST (с.ST) позволяют заподозрить на раннем этапе многососудистое поражение. Стоит отметить, что элевация с. ST в отведениях aVR, V1 в исследованиях и методических рекомендациях часто трактуется произвольно. Одновременно, при многососудистом поражении можно потерять время на расчет всех операционных рисков, следуя рекомендованным шкалам.

Цель исследования. Анализ электрокардиографических изменений для определения инфаркт-ответственной артерии у больного инфарктом миокарда в остром периоде.

Материалы и результаты. Представлен клинический случай Пациента Н., 66 лет. В течение 2 часов с момента начала болей, бригадой СМП была снята ЭКГ: трепетание предсердий с переменным коэффициентом проведения, средней частотой до 150 ударов в минуту, ось сердца смещена влево, депрессия сегмента ST (с.ST) до 12-15 мм в отведениях I, II, aVL, V3-V6 и подъемом сегмента ST в отведениях aVR, V1 до 3-5 мм. На данном этапе можно заподозрить многососудистое поражение со значимым стенозом в области левой нисходящей артерии на месте выше отхождения первой септальной ветви за счет подъема с.ST в отведении aVR и V1 и сочетанной депрессии в I, aVL, V3-V6. После проведена необходимая терапия и пациент транспортирован в ближайший центр для проведения ангиографии. На ЭКГ в момент поступления в центр: фибрилляция предсердий со средней частотой сердцебиений 110 ударов в минуту, сохранение депрессии сегмента ST в отведениях I, II, aVL, aVF, V5, V6 и подъем до 2 мм в отведениях aVR, V1. Стоит отметить, что в отведении V2 и V3 регистрировался высокий и заостренный зубец T. По данным экстренной коронароангиографии: тип кровоснабжения миокарда правый. Гемодинамически значимые стенозы были обнаружены в терминальном отделе ствола левой коронарной артерии, стеноз передней нисходящей артерии в проксимальном отделе 40%, медиальном сегменте 70%, субокклюзия устья диагональной ветви. Стеноз огибающей артерии с устья до 50%, стеноз проксимального сегмента ветви тупого края до 45%. А также, неровность контуров правой коронарной артерии с диффузным стенозом от 40 до 55%. Было принято решение о стентировании терминального отдела ствола левой коронарной артерии и проксимального отдела передней нисходящей артерии. Гемодинамика пациента за время нахождения в условиях отделения

ангиографии и после стентирования стабилизировалась. После транспортировки в отделение реанимации, картина ЭКГ заметно изменилась: синусовый ритм с частотой 78 ударов в мин, единичные желудочковые экстрасистолы, сегмент ST изоэлектричен во всех отведениях.

Выводы. Корректная оценка кардиографических изменений у пациентов с инфарктом миокарда и многососудистым поражением позволит практикующему врачу определить место приложения для стентирования. Потому, важен разбор случаев с расшифровкой данных электрокардиографии и чрескожного коронарного вмешательства для формирования наиболее приемлемой тактики ведения пациентов.

АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Хамидуллина З. З., Авзалетдинова Д. Ш.,
Моругова Т. В., Гареева Д. Ф., Загидуллин Н. Ш.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа*

CoronaVirus Disease 2019 (COVID-19) остается жизнеугрожающим заболеванием, особенно для пациентов группы риска. По состоянию на 2 ноября 2022 г., во всем мире зарегистрировано более 627 млн подтвержденных случаев заболевания и более 6,5 млн случаев смерти. Изучение предикторов смертности у пациентов с COVID-19 является актуальной проблемой.

Цель исследования: провести анализ предикторов летального исхода у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезней 2442 пациентов, госпитализированных в Клинику БГМУ с диагнозом COVID-19 в 2020 г. Оценивался возраст, продолжительность заболевания и длительность стационарного лечения, жалобы, анамнез, результаты физикальных, лабораторных и инструментальных исследований, исход лечения.

Статистический анализ проводился в программе MedCalc. Для анализа вида распределений применялся критерий Колмогорова–Смирнова. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного интервала [25; 75], массовой доли (%). Показатели в изучаемых группах сравнивали при помощи U-критерия Манна–Уитни, χ^2 Фишера. Уровень значимости для всех проверяемых гипотез $p < 0,05$.

Результаты. За исследуемый период госпитализировано 2442 пациентов с подтвержденным диагнозом коронавирусная инфекция. Медиана возраста пациентов составила 59 лет [58; 59], среди которых были 1062 мужчин с медианой возраста 57 лет [56; 58] и 1380 женщин с медианой возраста 59 лет [59; 60], $p < 0,0001$. У 94,3% ($n=2303$) пациентов отмечается положительный

исход лечения: выписаны из стационара с улучшением состояния, а у 5,7% (n=139) – летальный исход.

Среди исследуемых пациентов выявлены 353 (14,5%) пациентов с ранее установленным диагнозом сахарный диабет в анамнезе и 1078 (44,1%) – с впервые выявленной гипергликемией, $p < 0,0001$. Установлено, что 60,43% случаев летального исхода приходится на пациентов с впервые выявленной гипергликемией и 33,09% на пациентов с сахарным диабетом в анамнезе, $p < 0,0001$.

Смертельный исход наступал чаще у мужчин, чем у женщин (54,68% против 45,32%, $p = 0,0080$). Также наблюдается повышение смертности с возрастом (медиана возраста умерших пациентов составила 70 лет [67; 71], а у выписанных - 58 лет [57; 59], $p < 0,0001$). У пациентов со смертельным исходом COVID-19 по сравнению с выписанными медиана процента поражения легких при поступлении (52% [48;60] против 40% [36;40], $p < 0,0001$), потребности в кислороде (76,19% против 23,81%, $p < 0,0001$) и искусственной вентиляции легких (81,51% против 18,49%, $p < 0,0001$) были достоверно выше. Пациенты предъявляли жалобы в основном на слабость, ломоту в теле, одышку в покое и физической нагрузке, однако статистически достоверно посчитать оказалось невозможным, поскольку некоторые пациенты не предъявляли жалоб в силу своего тяжелого состояния.

Медиана продолжительности заболевания (17 дней [13; 25] против 15 дней [13; 17], $p < 0,0001$) и длительности вентиляции легких (5 дней [2; 11] против 0 дней [0; 0], $p < 0,0001$), была выше у умерших, а сравнение длительности стационарного лечения (количества койко-дней) не выявило статистически значимого различия (11 дней [7; 16] против 11 дней [9; 13], $p = 0,9800$).

Несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию, у пациентов с летальным исходом отмечены выраженные признаки активации системы гемостаза, которые характеризуются повышением Д-димера и международного нормализованного отношения (МНО), пролонгированием протромбинового времени (ПВ), тромбоцитопенией: Д-димер (490,5 нг/мл [141; 1397] против 221 нг/мл [0; 418,5], $p < 0,0001$), МНО (1,08 [1,0; 1,27] против 1,02 [0,95; 1,1], $p < 0,0001$), протромбиновое время (14,6 сек [13,58; 16,9] против 13,8 сек [13,0; 14,8], $p < 0,0001$), тромбоциты (162×10^9 /л [125,25; 208,75] против 198×10^9 /л [154; 258], $p < 0,0001$).

При поступлении у пациентов со смертельным исходом наблюдается более выраженная лимфопения и нейтрофилез: медиана абсолютного количество лимфоцитов ($0,832 \times 10^9$ /л [0,6; 1,22] против $1,13 \times 10^9$ /л [0,8170; 1,59], $p < 0,0001$) и нейтрофилов (8,295 [4,1; 13,7] против $3,93 \times 10^9$ /л [2,54; 6,66], $p < 0,0001$).

По результатам клинико-лабораторных анализов наблюдается, что медианы С-реактивного белка (74,75 мг/л [36; 87,8] против 24,0 мг/л [0,0; 57,4], $p < 0,0001$), интерлейкина-6 (62,37 пг/мл [13,09; 149,6825] против 5,68 пг/мл [1,09; 23,65], $p < 0,0001$), ферритина (469,72 нг/мл [308,74; 502,0] против 358,03 нг/мл [186,59; 500], $p = 0,0011$), аланинаминотрансферазы (АЛТ) (37,1 Ед/л [23,8; 57,4] против 28,9 Ед/л [19,6; 45,5], $p = 0,0002$), аспаратаминотрансферазы (АСТ) (43 Ед/л [27,85; 66,63] против 28,0 Ед/л [21,4;

39,5], $p < 0,0001$), креатинина (104,0 мкмоль/л [86,15; 129,1] против 89,8 мкмоль/л [80,6; 101,2], $p < 0,0001$), глюкозы плазмы натощак (8,97 ммоль/л [6,92; 12,63] против 6,3 ммоль/л [4,84; 7,73] $p < 0,0001$), креатинфосфокиназы (182 Ед/л [88; 409] против 106 Ед/л [61; 212], $p < 0,0001$), мочевины (8,89 ммоль/л [6,29; 12,4] против 5,45 ммоль/л [4,34; 6,9], $p < 0,0001$) и медиана скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (56 мл/мин/1,73м² [42; 70,25] против 70 мл/мин/1,73м² [60,0; 81,0]) статистически значимо выше у пациентов с летальным исходом коронавирусной инфекции.

Выводы. Изменения показателей количества тромбоцитов, МНО, протромбинового времени, Д-димера, отражающих коронавирус-индцированные коагулопатии, являются предикторами летального исхода. COVID-19 сопровождается каскадом патологических процессов, связанных с активацией системной воспалительной реакции, что проявляется в виде повышения содержания СРБ, интерлейкин-6, ферритина в плазме крови. Уровни СРБ, интерлейкин-6, ферритина были достоверно выше при поступлении у пациентов с последующим летальным исходом. При присоединении коронавирусной инфекции развиваются полиорганные нарушения с летальным исходом, характеризующиеся изменениями уровня креатинина, СКФ, мочевины, АЛТ, АСТ, креатинфосфокиназы. Впервые выявленная гипергликемия и сахарный диабет в анамнезе являются неблагоприятным признаком, отягощающим прогноз пациентов с COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19; коронавирусная инфекция; летальный исход; предикторы смертельного исхода; впервые выявленная гипергликемия.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ДИНАМИКУ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хастиева Д.Р., Тарасова Н.А., Хасанов Н.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань

Введение: согласно проведенным исследованиям, анемия отягощает клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ), ухудшает прогноз пациентов и ассоциируется с снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) (Н. L. Dauerman, 2018; V. Kanic, 2019). Наиболее частой причиной анемии у пациентов с ИМ является дефицит железа (ДЖ), распространенность которого достигает 60%. Рядом исследований продемонстрировано влияние ДЖ на прогноз пациентов с ИМ. По данным T.Zeller (2018 г.), у пациентов с ИМ и ДЖ увеличивается риск возникновения повторного ИМ и сердечно-сосудистой смерти. Однако, по данным N. Cosentino (2019 г.), некорректируемый ДЖ, напротив, ассоциируется с меньшим числом повторных госпитализаций.

По некоторым данным, уровень железа в организме является прогностически значимым и в отношении функции ЛЖ. С. Huang (2014 г.) было показано, что более высокий уровень железа связан с положительной

динамикой систолической функции ЛЖ, определявшийся по фракции выброса ЛЖ в течение 6 месяцев после первичной ангиопластики у пациентов с ИМ.

Ранее установлено, что суммарный индекс подвижности миокарда левого желудочка (ИСПМ ЛЖ) в большей мере отражает степень миокардиального повреждения, систолическую функцию ЛЖ и является более прогностически значимым параметром в отношении развития основных сердечно-сосудистых событий в сравнении с фракцией выброса ЛЖ у пациентов, перенесших ИМ (R.Lebeau, 2018).

Цель. Сравнить систолическую функцию левого желудочка путём оценки ИСПМ ЛЖ в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда у пациентов с дефицитом железа и нормальным статусом железа.

Материал и методы. В исследование включены 18 пациентов, 12 мужчин и 6 женщин, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии по поводу ИМ. Средний возраст пациентов 63 ± 11 лет. Всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие. В день госпитализации у пациентов проводились забор крови с определением уровня сывороточное железа, сывороточного ферритина, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), сатурации трансферрина (TSAT %), и трансторакальная эхокардиография с расчетом ИСПМ ЛЖ с использованием 16-ти сегментной модели. Через 3 месяца и 6 месяцев пациентам проводилась повторная трансторакальная эхокардиография с расчетом ИСПМ ЛЖ. Дефицит железа определялся как уровень ферритина < 100 мкг/л (абсолютный ДЖ) или от 100 до 299 мкг/л при КНТЖ $< 20\%$ (функциональный ДЖ). Пациентам с диагностированным ДЖ проводилась коррекция ДЖ препаратами железа. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Сравнение двух групп по количественному показателю выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. При поступлении в стационар ДЖ диагностирован у 9 пациентов (50%). Средние значения ИСПМ ЛЖ при первом эхокардиографическом исследовании не отличались в группах пациентов с нормальным статусом железа и ДЖ ($1,7708 \pm 0,294$ и $1,5417 \pm 0,268$ соответственно, $p=0,1$). Через 3 месяца наблюдалось значимое снижение ИСПМ ЛЖ в группе ДЖ по сравнению с исходным значением ($p=0,032$). Через 3 месяца ИСПМ ЛЖ в группе ДЖ был значимо ниже, чем ИСПМ ЛЖ в группе пациентов с нормальным статусом железа (ИСПМ ЛЖ = $1,3750 \pm 0,252$ и $1,7725 \pm 0,341$, соответственно, $p=0,026$). Через 6 месяцев ИСПМ ЛЖ в группе ДЖ оставался значимо ниже, чем ИСПМ ЛЖ в группе пациентов с нормальным статусом железа (ИСПМ ЛЖ $1,4028 \pm 0,284$ и $1,75 \pm 0,375$, соответственно, $p=0,042$).

У пациентов с нормальным статусом железа не наблюдалось значимого изменения ИСПМ ЛЖ от исходного уровня как через 3 месяца ($p=0,5$), так и через 6 месяцев ($p=0,7$)

Выводы. Систолическая функция ЛЖ, оцененная путем исследования ИСПМ ЛЖ, у пациентов с дефицитом железа и нормальным статусом железа в первые сутки после инфаркта миокарда не отличалась. Дефицит железа, в условиях его коррекции препаратами железа, ассоциирован с лучшей систолической функцией ЛЖ, оцененной путем исследования ИСПМ ЛЖ, у пациентов через 3 месяца и через 6 месяцев после инфаркта миокарда

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ, КАК МЕТОДА ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОН РОСТА-ПРОДУЦИРУЮЩИХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Хафизов А.Р.¹, Вагапова Г.Р.¹, Пашаев Б.Ю.²

¹*Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань*

²*ФГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Казань*

Введение. Акромегалия – хроническое тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное патологической гиперсекрецией гормона роста (ГР) аденомой гипофиза или эктопированной опухолью, приводящее к повышенной продукции инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1) печенью. Хроническая гиперсекреция ГР и ИФР-1 вызывает неконтролируемую гиперплазию тканей и органов с нарушением их структуры и функции, повышение риска новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений, сахарного диабета и патологии костно-суставной системы. Медленно прогрессирующий характер развития заболевания, приводит к поздней диагностике на стадии сформировавшихся осложнений и коморбидных патологий. Чаще всего заболевание диагностируется в возрасте 40 - 49 лет. Задержка в назначении специфической терапии и связанное с ней хроническое пребывание пациента в состоянии высоких уровней ГР и ИФР-1 обуславливает существенное повышение риска инвалидизации и смертности. ГР-продуцирующие аденомы гипофиза (соматотропиномы) составляют до 16% среди всех опухолей аденогипофиза, с распространенностью от 30 до 140 случаев на 1 миллион взрослого населения. Современные методы лечения акромегалии включают: хирургический, медикаментозный и лучевой. Трансназальная аденомэктомия является методом первого выбора, так как позволяет в кратчайшие сроки добиться полной ремиссии заболевания, уменьшить масс-эффект опухоли, улучшить ее ответ на последующую медикаментозную терапию. Эффективность хирургического лечения во многом зависит от морфологических особенностей опухоли (размеры, направление роста, распространение в кавернозные синусы и др.), влияющих на возможность ее радикального удаления. Соматотропиномы представляют собой

гетерогенную группу опухолей, отличающихся по генетическим, биохимическим, молекулярным и другим характеристикам, влияющим на степень их агрессивности и инвазивности. Несмотря на явные преимущества трансназальной хирургии, признанной во всем мире в качестве метода первого выбора для лечения ГР-продуцирующих аденом гипофиза, доступность этого метода в Российской Федерации (РФ) остается не высокой. Согласно Российскому регистру опухолей гипоталамо-гипофизарной области, к 2019 году нейрохирургическое лечение получили только 49,6% пациентов с акромегалией. В Республике Татарстан (РТ) эндоскопическая эндоназальная трансфеноидальная аденомэктомия пациентам с опухолями гипоталамо-гипофизарной области проводится на базе нейрохирургического отделения ГАУЗ «МКДЦ» МЗ РТ с 2007 года. К настоящему моменту выполнено более 1000 операций.

Цель. Проанализировать эффективность хирургического лечения гормон роста-продуцирующих аденом гипофиза с учетом факторов, влияющих на результативность оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения в сплошной выборке из 221 пациента с соматотропиномами из базы данных пополняемого с 2007 г. регистра больных с опухолями гипоталамо-гипофизарной области (ОГГО) в Республике Татарстан (РТ). Полная послеоперационная ремиссия акромегалии констатировалась на основании следующих критериев: тотальное удаление аденомы по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ); нормализация базальной концентрации ИФР-1 в сыворотке крови в соответствии с половыми и возрастными нормами; подавление уровня СТГ в сыворотке крови на фоне стандартного перорального глюкозотолерантного теста ниже 1 нг/мл (<2,7 мЕд/л) минимум в одной точке измерения (30 мин., 60 мин., 90 мин., 120 мин.). Биохимический контроль констатировался при достижении нормальных (в соответствии с полом и возрастом) уровней СТГ и ИФР-1 на фоне назначения аналогов соматостатина длительного действия у пациентов с неполным удалением опухоли. При анализе учитывались гендерные различия; возраст пациентов; данные МРТ, отражающие размеры аденомы и степень ее инвазии в кавернозные синусы (по классификации Е. Knosp, 1993); иммуногистохимические маркеры агрессивности опухоли (индекс Ki-67).

Результаты. По данным на октябрь 2022 года в регистр ОГГО был внесен 221 пациент с соматотропиномой. Эндоскопическое трансназальное удаление аденомы проведено у 94,6% больных (209/221). Из них полная послеоперационная клиничко-лабораторная ремиссия заболевания была достигнута у 35% пациентов (73/209). Полученные результаты коррелируют данным международных регистров акромегалии, где хирургический метод применялся в среднем в 78,8% случаев с частотой послеоперационной ремиссии не более 65%.

Уровни СТГ и ИФР-1 напрямую коррелируют с тяжестью течения и плохим прогнозом акромегалии. Биохимический контроль позволяет снизить риски развития осложнений акромегалии, коморбидных заболеваний и

смертности. Комбинации двух (хирургический и медикаментозный) или трех методов лечения (хирургический, лучевой и медикаментозный) позволили добиться биохимического контроля у 59,6% пациентов (124/209). Необходимо подчеркнуть, что по данным регистров акромегалии эффективность медикаментозной терапии без предшествующего хирургического лечения составляет лишь 28,6% в РТ и 28,9% в РФ.

При микроаденомах (размер <1 см) полная послеоперационная ремиссия наблюдалась в 46,6% случаев (20/45), при макроаденомах (размер 1 – 4 см) - в 36,5% (58/159), и при гигантских аденомах (размер >4 см) - в 20% случаев (1/5).

При неинвазивных соматотропиномах (KNOSP 0-1 степени) частота ремиссия заболевания составила 30,2% (63/209). При инвазивных аденомах (KNOSP 2-4 степени) радикальная аденомэктомия и ремиссия акромегалии была достигнута только в 4,8% случаев (10/209).

При агрессивных соматотропиномах с уровнем Ki-67 $\geq 3\%$ в ткани удаленной опухоли, частота радикальных операций составила 59% (16/27), при неагрессивных аденомах с Ki-67 <3% - 49% (22/45). Отсутствие разницы в результатах хирургии агрессивных и неагрессивных соматотропином не согласуется с литературными данными, но может быть объяснено тем, что в группе агрессивных аденом преобладали микроаденомы 26% (7/27), а в группе неагрессивных аденом преобладали макроаденомы 82% (37/45).

Пол пациентов и их возраст на момент оперативного вмешательства не показали статистически значимого влияния на результаты хирургического лечения.

Выводы. Нейрохирургическое лечение акромегалии, применяемое в качестве метода первой линии, является высоко эффективным и позволяет добиться полной ремиссии или биохимического контроля заболевания у 35% и 59,6% больных соответственно.

Результаты хирургического лечения напрямую зависят от опыта нейрохирурга (количество выполненных им оперативных вмешательств), размеров аденомы и степени ее инвазии в кавернозные синусы.

Необходимо повысить доступность хирургического метода лечения акромегалии в РФ для максимального сокращения времени нахождения пациентов в состоянии декомпенсации и снижения материальных затрат государства на пожизненное, малоэффективное, дорогостоящее медикаментозное лечение.

ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

Чайковский Р.О., Бодрова Р.А., Каримова Г.М.

*Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань*

Важным направлением борьбы с мутирующими формами коронавирусной инфекции является интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей, разработка новых средств профилактики, лечения и медицинской реабилитации после перенесенной инфекции. Внедрение реабилитационных технологий, в частности, физических методов лечения для профилактики осложнений и повышения качества жизни пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции является актуальной задачей современной медицины.

Все *физиотерапевтические* (ФТ) методы профилактики заболеваний органов дыхания, в том числе, при *COVID-19*, условно можно разделить на 3 группы: ФТ методы, обладающие вируцидными, бактерицидными свойствами; ФТ методы, обладающие общим иммуностимулирующим, противовоспалительным, противоотечным, репаративно-регенераторным действием; ФТ методы, направленные на нормализацию психо-эмоционального состояния и вегетативной регуляции организма.

К ФТ методам, обладающим вируцидными и бактерицидными свойствами, применяемые для профилактики заболеваний органов дыхания, относятся *ультрафиолетовое излучение* (УФ-излучение) и озонотерапия.

Исследования показали, что УФ-излучение может инактивировать коронавирусы, включая *коронавирус с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV)* и *коронавирус с ближневосточным респираторным синдромом (MERS-CoV)*. В реанимационных и стационарных палатах, помещениях для медицинского персонала применяется УИКб-01-«Альфа». Данный аппарат является эффективным методом дезинфекции и способствует созданию и поддержанию благоприятной эпидемиологической обстановки внутри лечебно-профилактических учреждений.

Лечебное воздействие озонотерапии делится на местные и общие (системные) методы. Проведенные исследования показали, что озонотерапия затянувшихся пневмоний значительно повышает эффективность антибактериального лечения. Так же ускоряет сроки рассасывания инфильтративных изменений, определяемых рентгенологически. Позволяет на 2-3 недели раньше, чем в контрольной группе, добиться санации мокроты при посевах на микоплазмы и хламидии. Значительно улучшает общее состояние пациентов.

Ко второй группе физиотерапевтических методов, используемых для профилактики заболеваний органов дыхания, относятся технологии,

обладающие общим иммуностимулирующим противовоспалительным, противоотечным, репаративно-регенеративным действием такие как, полихроматическое поляризованное излучение, *крайне высокочастотная терапия* (КВЧ), нормоксическая баротерапия, галотерапия, гипокситерапия, лазерная терапия, низкочастотная магнитотерапия.

В зависимости от клинических проявлений и сопутствующей патологии, возможно назначение различных световых фильтров. Продолжительность процедуры составляет 10-

20 минут, проводится 1-2 раза в день, на курс – 8-10 процедур. Курсовое воздействие монохроматического поляризованного света способствует выраженному регрессу симптомов и снижению частоты повторных острых респираторных заболеваний. Иммуностимулирующий эффект данной процедуры применим с целью профилактики и лечения заболеваний органов дыхания и, в том числе новой коронавирусной инфекции *COVID-19*.

К лечебным методам воздействия *электромагнитным излучением* (ЭМИ) *миллиметрового* (мм) диапазона (1–10 мм), крайне высокой частоты (30–300 ГГц) и низкой интенсивности (менее 10 мВт/см²) относится крайне высокочастотная терапия. Применение КВЧ-терапии активизирует механизмы повышения неспецифической резистентности организма и иммунитета.

Лечебные эффекты галотерапии, определяются особыми физико-химическими свойствами галоаэрозоля. Выявлено, что галотерапия оказывает выраженное влияние на интерферогенез и, прежде всего, на продукцию гамма-интерферона, также увеличивается содержание лизоцима, что указывает на активацию факторов местного иммунитета.

При возникновении острого бронхита и обострение хронического бронхита, с обструктивным компонентом использование лазерной терапии, в частности, *низкоинтенсивного лазерного излучения* (НИЛИ), приводит к более быстрому наступлению ремиссии. В схему лазерной терапии целесообразно включать один из методов общего воздействия (лазеропунктура или внутривенное лазерное облучение крови), и местное, чрескожное воздействие, непосредственно на область поражения.

Третья группа ФТ методов, направлена на нормализацию психо-эмоционального состояния и вегетативной регуляции организма. Использование физических методов, таких как аэроионотерапия, селективная хромотерапия и *транскраниальная электростимуляция* (ТЭС-терапия), будут способствовать улучшению сна, повышению общего тонуса организма, уравниванию процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга.

Селективная хромотерапия применяет лечебное действие монохроматического видимого излучения. Каждый компонент света (инфракрасный, красный, зеленый, желтый, оранжевый, синий и др.) обладает специфическим действием и может применяться для оптимального лечения различных симптомов новой коронавирусной инфекции *COVID-19*. Для физиопрофилактики используется излучение зеленого света, которое проникая через оптическую фокусирующую систему глаза и волокна зрительного нерва, оказывает успокаивающее действие.

Импульсная *транскраниальная электростимуляция* (ТЭС-терапия) представляет собой неинвазивный метод селективной активации защитных механизмов мозга. В результате многолетних исследований в Институте физиологии им. И.П. Павлова РАН и ряде других ведущих научных и клинических медицинских учреждений РФ было установлено, что прямоугольные импульсы тока определенной частотой и длительностью, подаваемые на электроды, расположенные на коже головы фронтально-ретромастоидально, избирательно активируют эндорфинергические (β -эндорфина) и серотонинергические структуры антиноцицептивной системы мозга, оказывают выраженный иммуномодулирующий эффект [41]. Все аппараты типа «Трансаир» предназначены для селективной электростимуляции защитных механизмов мозга с учетом квазирезонансных свойств структур мозга, поэтому общей их особенностью является запрограммированные характеристики импульсного электровоздействия. Применяется видоспецифичная для человека частота электроимпульса, равная 77,4 Гц. Во время проведения процедуры могут быть неотчетливые ощущения, преходящее легкое покалывание под прокладками, подергивание и субъективное ощущение мелькания света при закрытых веках. Курсовое лечение состоит из 12-15 процедур, длительностью от 15-20 до 30-40 минут.

Таким образом, современные технологии медицинской реабилитации позволяют улучшить общее состояние, повысить толерантность к физической нагрузке, нормализовать психоэмоциональный статус и тем самым качество жизни лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

ИЗУЧЕНИЕ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВИЛ ТЕХНИКИ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

*Чупрова А.В., Кочеткова О.А., Попова А.Ю., Эстер А.С., Елсукова О.С.
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Киров*

Введение. Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных заболеваний в мире, которое составляет более 50% среди эндокринных заболеваний. В 2021 году более 500 миллионов человек имеют сахарный диабет. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) прогнозирует увеличение численности людей, живущих с СД, к 2030 году более 600 миллионов.

Основная цель терапевтической тактики при сахарном диабете – это достижение и длительное поддержание компенсации углеводного обмена. При сахарном диабете 1 типа основным и единственным видом лечения является инсулинотерапия. Для достижения хорошего контроля СД 1 типа, снижения вариабельности всасывания и получения оптимального эффекта от использования препарата необходима правильная техника инъекций инсулина. Для соблюдения этих правил в 2017 году Российской ассоциацией эндокринологов были выпущены Российские национальные рекомендации по технике инъекций и инфузии при лечении сахарного диабета. Однако большая

часть пациентов ежедневно допускает ошибки, которые могут привести к декомпенсации и прогрессированию осложнений сахарного диабета.

Цель. Изучение информированности пациентов о правилах техники инъекции инсулина и применение их в повседневной жизни.

Материалы и методы. Проведено обследование пациентов на базе эндокринологического отделения №1 КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7». Среди них были пациенты с СД 1 типа в количестве 16 человек в возрасте от 17 до 44 лет 22[19;33] лет (Me[Q25;Q75]). Длительность СД составила от 1 до 31 лет, 12[6;17] лет. Все пациенты имели уровень гликированного гемоглобина выше целевого значения, HbA1c составил 10,3[9,7;11] %. Пациенты ранее проходили школу по управлению СД, их обучали правильной технике инъекции инсулина, самоконтроля гликемии в домашних условиях. На момент обследования у большинства пациентов выявлены осложнения СД. Полинейропатия нижних конечностей у 87,5 %, ретинопатия у 12,5%, нефропатия - 12,5%, макроангиопатия -12,5%. Экстренно поступили 5 пациентов (29%) в состоянии кетоацидоза. Респонденты заполняли анкеты, содержащие вопросы по технике инъекции инсулина и самоконтролю гликемии. Аспекты оцениваемой анкеты: устройства, используемые для инъекции инсулина, частота смены игл, анатомическая область при инсулинотерапии, угол и глубина введения, длина иглы, наличие липогипертрофий, болезненных ощущений при введении инсулина, хранение инсулина. Результаты опросов были обработаны с помощью программы Microsoft Excel и установлены зависимости между различными категориями.

Результаты. В качестве устройства для введения инсулина большинство пациентов использовали одноразовую шприц-ручку (68,75%), 18,75% - находятся на помповой инсулинотерапии, 12,5% используют инсулиновый шприц. В среднем, опрошенные меняют иглы в шприц-ручках 1 раз в неделю или 1 раз в 3 дня (по 37,5% соответственно). Наиболее предпочтительная анатомическая область для введения инсулина – живот. Фактически половина опрошенных формирует кожную складку во время инъекции. 75% меняют место инъекции при каждом введении инсулина. Под углом 30 градусов осуществляют введение инсулина 12,5% пациентов, под углом 60 градусов – 18,75%. Большая часть пациентов (56,25%) вводит под углом 90 градусов. 12,5% предпочитают угол 45 градусов. При введении инсулина огромную роль играет время удерживания иглы в подкожно-жировой клетчатке. 31,25% пациентов удерживают в течение 3 секунд, 68,75% пациентов – больше 3 секунд. Большинство пациентов (37,5%) используют иглу длиной 6 мм, 31,25% пациентов – 4 мм, 6,25% пациентов – 8 мм. Четыре пациента (25%) ввиду неисправности инсулиновой помпы использовали инсулиновый шприц. Липогипертрофии являются актуальной проблемой пациентов, находящихся на инсулинотерапии. 62,5% опрошенных подтвердили, что имеют уплотнение в подкожно-жировой клетчатке. При этом болевые ощущения в месте введения инъекции отмечают 12,5% пациентов, преимущественно которые пользуются инсулиновым шприцом. 87,5% пациентов хранят открытую шприц-ручку при комнатной температуре, 12,5% – в холодильнике. Все пациенты хранят шприц-

ручку с иглой. Основная часть респондентов (93,75%) хранят запас инсулина в холодильнике, остальные (6,25%) – при комнатной температуре.

Выводы. Не все пациенты СД типа 1, проходящие ранее обучение, знают и соблюдают правила техники инъекции инсулина. Большинство опрошенных редко меняют иглу в шприц-ручках, что может являться одной из причин появления уплотнений в подкожно-жировой клетчатке – липогипертрофий. Другая причина появления липогипертрофий - частое использование одной области места введения инсулина (живот). Около трети опрошенных вводят инсулин под неправильным углом и непродолжительное время удерживают иглу в подкожно-жировой клетчатке. Таким образом, обучение пациентов должно быть непрерывным.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Шагиева Э.Р., Галиева Р.Р., Фаезова А.А., Шарипова Д.Н.

*ФГБОУ ВО “Ижевская государственная медицинская академия” Минздрава России,
г. Ижевск*

БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

Введение. Рассеянный склероз (РС) – воспалительное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы с нейродегенерацией. Демиелинизация белого вещества головного мозга является фактором риска развития когнитивных нарушений. Когнитивные расстройства при РС являются неочевидными при диагностике пациентов с данным заболеванием, они не учитываются в расширенной шкале оценки степени инвалидизации (EDSS). В то же время когнитивная дисфункция представляет социальную проблему, так как является ограничивающим фактором в данном случае для молодых людей трудоспособного возраста. Выявление предикторов нарушения когнитивных функций при РС позволит вести активную профилактическую терапию у пациентов, имеющих риск развития деменции. Клинически значимые когнитивные расстройства развиваются при длительности заболевания более пяти лет, что свидетельствует о существовании раннего терапевтического окна. Современные превентивные методы терапии позволяют изменять течение демиелинизирующего заболевания. Поэтому для своевременного выявления когнитивных нарушений при РС необходим поиск клинических предикторов с целью прогноза, оценки степени тяжести заболевания и социальной дезадаптации для разработки новых методов коррекции когнитивной дисфункции и трудовой реабилитации.

Цель. Оценить степень нарушения когнитивных функций у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с РС, получающих лечение в БУЗ УР “1 РКБ МЗ УР” в 2021-2022 гг, и 30 здоровых людей. Средний возраст обследуемых с РС составил 40,8±9,74 лет, мужчин – 33,3%, женщин – 66,7%. Продолжительность заболевания составила 9,67±6,96

лет. Проведен сравнительный анализ когнитивных функций у пациентов с РС и здоровых людей. Оценка когнитивных нарушений осуществлялась с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) и слухового теста Paced Auditor Serial Addition (PASAT) на последовательное сложение чисел на скорость. Статистический анализ был проведен с использованием пакета программ Statistica SoftStat 10.

Результаты. Нарушение когнитивных функций у пациентов с РС выявлено в 73,3% случаев. Среднее значение результатов MoCA теста у пациентов с РС составило $22,7 \pm 3,71$ баллов, теста PASAT-3 $62,91 \pm 25,51\%$, PASAT-2 $56,97 \pm 28,14\%$. Данные контрольной группы: MoCA тест - $26,26 \pm 3,73$ баллов, тест PASAT-3 $83,12 \pm 8,69\%$, PASAT-2 $80,78 \pm 7,68\%$. Среднее значение баллов Монреальского теста обследуемых с рассеянным склерозом было на 13,56% ниже, чем у контрольной группы, теста PASAT-3 - на 24,31%, PASAT-2 на 29,48% ниже показателей здоровых лиц соответственно ($p < 0,05$). Установлено, что у женщин когнитивный уровень при РС остается более высоким по сравнению с мужчинами: по тесту PASAT-2 выше на 7,17% ($p < 0,05$), что, вероятнее, связано с большим количеством эстрогеновых рецепторов в участках головного мозга, ответственных за память и когнитивную функцию. Возраст заболевших не имеет корреляции с показателями тестов PASAT-3 и PASAT-2 ($R = -0,15$, $p > 0,05$; $R = -0,16$, $p > 0,05$). В то же время сравнительный анализ результатов тестов пациентов разных возрастных групп с РС показал, что в группе 36-44 лет интеллектуальный резерв больше, чем у лиц 18-35 лет на 7,3%, 45-59 лет на 7,66% согласно тестам PASAT соответственно ($p < 0,05$), данные Монреальского теста статистически не значимы ($p > 0,05$). Продолжительность заболевания до 10 лет имела связь с процентом PASAT-3 и PASAT-2 ($R = 0,57$, $p < 0,05$; $R = 0,42$, $p < 0,05$ соответственно).

Значимы различия в показателях тестов при ремитирующем течении - PASAT-3 $63,24 \pm 25,89\%$, PASAT-2 $58,14 \pm 27,9\%$ и вторично-прогрессирующем - PASAT-3 $59,81 \pm 25,28\%$, PASAT-2 $54,25 \pm 28,25\%$, результаты MoCA-теста статистически не значимы ($p > 0,05$). Степень когнитивных расстройств коррелировала с баллом EDSS. Выявлена связь результатов Монреальского теста и аудиальных тестов PASAT-3 и PASAT-2 со степенью инвалидизации ($R = -0,58$, $p < 0,05$; $R = -0,84$, $p < 0,05$; $R = -0,86$, $p < 0,05$ соответственно). При EDSS 7,5-9 баллов значение MoCA-теста было ниже на 9,57% ($p < 0,05$), теста PASAT-2 на 19,76% меньше ($p < 0,05$) по сравнению с легкой степенью EDSS.

Не выявлено статистически значимой разницы в результатах MoCA-теста и слуховых тестов у пациентов с высшим и средним образованием ($p > 0,05$).

Вывод. У пациентов с РС показатели когнитивных тестов значительно ниже, чем у здоровых лиц. Согласно проведенному исследованию когнитивные расстройства при РС были более выражены у мужчин. Наиболее низкие показатели тестов отмечены у лиц с вторично-прогрессирующим типом течения РС, что объясняется выраженной степенью нейродегенерации. Степень когнитивных расстройств имела связь с баллом EDSS. Когнитивные нарушения

не коррелируют с возрастом заболевших. Уровень образования пациентов не влиял на выраженность когнитивных расстройств.

Монреальский тест является неспецифичным для оценки когнитивных расстройств при рассеянном склерозе. Аудиальный тест PASAT является более чувствительным при анализе когнитивных нарушений у лиц с данным заболеванием.

Выявление клинических предикторов когнитивной дисфункции при РС является важной задачей для оценки прогноза, осуществления рациональной терапии и поддержания социальной адаптации пациентов, открытия новых звеньев патогенеза заболевания.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

*Шарафутдинов Б.М.^{1,2}, Ацель Е.А.¹, Абдульянов И.В.¹,
Мирвалиев Р.С.², Хайруллин Т.Х.².*

¹Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань,

²Медико-санитарная часть Казанского Федерального университета, г. Казань

Введение. Пациенты с поражением ствола левой коронарной артерии, в том числе в сочетании с многососудистым поражением, относящиеся к категории высокого хирургического риска, до внедрения рентгенэндоваскулярных методов лечения подвергались открытой кардиохирургической операции либо вовсе считались неоперабельными ввиду повышенного риска развития тяжёлых периоперационных осложнений вплоть до летального исхода. На данный момент число выполненных чрескожных вмешательств на стволе левой коронарной артерии постепенно растёт, показывая результаты, сопоставимые с коронарным шунтированием, и тем самым снижая потребность в проведении открытой операции. К преимуществам таких вмешательств следует отнести отсутствие стернотомии, подключения аппарата искусственного кровообращения, кардиopleгии и общей анестезии, сокращение времени процедуры, короткие сроки госпитализации и психологический комфорт для пациента. Соответственно, встаёт вопрос о расширении показаний для выполнения стентирования ствола как альтернативы коронарному шунтированию.

Цель работы: оценить непосредственные результаты выполнения стентирования незащищенного ствола левой коронарной артерии у пациентов высокого хирургического риска.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 16 пациентов (n=16) высокого хирургического риска со стенокардией напряжения III функционального класса с незащищенным стволом левой

коронарной артерии, стентированных по поводу стеноза ствола левой коронарной артерии в период с 01.06.2022 по 11.11.2022. Степень хирургического риска высчитывалась по шкале EuroScore. Стеноз ствола левой коронарной артерии оценивался по данным полипроекционной коронарографии, также оценивались длительность процедуры, объём введенного контрастного препарата, частота осложнений, время послеоперационного пребывания в стационаре и исходы. Числовые данные представлены в формате - медиана [минимальное; максимальное значения].

Результаты. Средний возраст пациентов равнялся 82,5 [67;89] годам. Оценка хирургического риска по шкале EuroScore показало среднее значение в 18,5 [6,43;26,27] баллов. Степень стеноза ствола в среднем составляла 87,5 [50;97] %. У всех 16 пациентов (100%) наблюдалось клиническое улучшение, купировались симптомы загрудинной боли и одышки. Длительность коронарографии с последующим стентированием составляла 55,5 [25;130] минут. Все стентирования выполнялись трансрадиальным доступом без конверсии на бедренный доступ. Среднее время послеоперационного пребывания в стационаре составило 5,5 [2;12] дней. В периоперационном периоде не зафиксировано ни одного случая летального исхода. Осложнений в виде жизнеугрожающих аритмий, тромбозов, эмболий, контраст-индуцированной нефропатии также не было отмечено.

Выводы. Стентирование незащищенного ствола левой коронарной артерии у пациентов высокого хирургического риска показало высокую эффективность и безопасность. Использование современных поколений стентов значительно снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде и улучшает долгосрочные прогнозы. Таким образом, возможно расширение показаний для интервенционных вмешательств при поражении ствола левой коронарной артерии.

ВЛИЯНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

*Халимов Э.В., Шкаликова Я.В., Ситдикова К.С., Короткова Х.Д.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск*

Введение: На данный момент спинномозговая анестезия (СМА) широко распространяется, благодаря своей простоте и доступности, блокировке болевых импульсов. СМА вызывает расслабление, предупреждает формирование многочисленных нейровегетативных реакций в процессе оперативных вмешательств. Кроме того, СМА имеет некоторые недостатки.

Цель: изучить изменение артериального давления (АД) у больных при спинномозговой анестезии в ходе операции.

Задачи: провести анализ пациентов, поступивших в нейрохирургическое отделение, которым проводили спинномозговую анестезию. Оценить динамику АД после введения препарата в зависимости от пола, возраста, сопутствующей патологии. Изучить возможные причины осложнений СМА, их частоту и предложить способы профилактики.

Методы и материалы исследования: проанализировано 43 истории болезни пациентов, поступивших в нейрохирургическое отделение БУЗ УР «ГКБ №7 МЗ УР». Всего СМА во время хирургических вмешательств проведена у 43 больных с межпозвоночной грыжей в возрасте от 29 до 77 лет (15 мужчин и 28 женщин).

Полученные результаты: у 85% больных, оперированных при помощи СМА, снизилось АД. Не изменилось АД у пациентов, не имевших хронических заболеваний. Снижение АД выявлено у 56% женщин и у 44% мужчин. В зависимости от возраста также наблюдалось разное снижение АД. В группе 26-35 лет снижение АД отмечалось у 17% больных и составляло в среднем 21 мм.рт.ст.; в возрасте 36-49 лет – у 28% больных, снижалось на 23 мм.рт.ст.; в возрасте 50-77 лет – у 55%, в среднем на 26 мм.рт.ст. На снижение АД также влияют хронические заболевания пациента. Чаще всего снижение АД отмечалось при сопутствующей гипертонической болезни – у 47% больных; при сахарном диабете – у 12%; при пиелонефрите, гастрите, анемии у 6% пациентов соответственно. В большинстве случаев среднее артериальное давление снижается через 20 минут на 18 мм.рт.ст., а через 40 минут еще на 6 мм.рт.ст. Возможно снижение АД обусловлено снижением тонуса артериол, так как снижается общее периферическое сосудистое сопротивление, затем нарушается регуляция сосудистого тонуса, происходит вазодилатация. Чаще всего для предупреждения снижения АД больному проводится внутривенная преинфузия 1-2 л жидкости (электролитов или коллоидов)

Вывод: Спинномозговая анестезия вызывает снижение артериального давления у 85% пациентов, чаще у женщин, у людей старше 50 лет, с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Это важно учитывать для профилактики данного осложнения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ И ЗДОРОВЫХ (ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С НАГРУЗОЧНЫМ ПИТЬЕВЫМ ТЕСТОМ)

Шкляев А.Е.^{1,2}, Максимов К.В.², Пантелеев К.Э.¹

¹ – ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, Российская Федерация),

² – БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» (426039, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57, Российская Федерация)

Введение. На современном этапе отмечается значительное увеличение распространенности функциональных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, характеризующихся варибельным сочетанием продолжительных или возникающих с определенной частотой клинических симптомов, причина которых не обусловлена органическими или биохимическими отклонениями. Наиболее распространенным дисрегуляторным поражением гастродуоденальной зоны является синдром функциональной диспепсии (ФД), распространенность которого в мире по

данным разных авторов варьирует от 10 до 40%. Согласно Римским критериям IV пересмотра, в зависимости от доминирующего симптомокомплекса выделяют две клинические формы ФД: синдром эпигастральной боли и постпрандиальный дистресс-синдром. Диагноз ФД по-прежнему остается диагнозом исключения, так как из множества предложенных на сегодняшний день методов лабораторно-инструментальной диагностики не существует единого, принимаемого за "золотой стандарт", поэтому остается актуальным вопрос разработки и внедрения в практическую гастроэнтерологию новых методов диагностики ФД, которые отвечали бы таким критериям, как доступность, безопасность, информативность, неинвазивность. Таким критериям соответствует метод магнитно-резонансной томографии (МРТ), который в комбинации с нагрузочным питьевым тестом (НПТ) позволяет получить визуальную картину эвакуации содержимого желудка в динамике.

Цель

Провести сравнительный анализ состояния эвакуаторной функции желудка у пациентов с функциональной диспепсией и здоровых, полученных с помощью метода МРТ в сочетании с НПТ.

Материалы и методы

Всего в исследовании приняло участие 30 человек (15 мужчин и 15 женщин в возрасте $23,0 \pm 2,13$ лет). Контрольная группа включала 15 исследуемых (7 мужчин и 8 женщин), у которых на момент исследования была исключена органическая и функциональная патология гастродуоденальной зоны. Группа наблюдения включала 15 исследуемых (8 мужчин и 7 женщин), у которых на основании клинической картины и всестороннего обследования был установлен диагноз ФД. На базе БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска всем исследуемым было проведено МРТ-исследование желудка с НПТ. Предложенный метод исследования включает проведение нагрузочного питьевого теста (исследуемый принимает внутрь натощак 1000,0 мл негазированной воды комнатной температуры) с последующим сканированием области желудка на высокопольном аппарате МРТ закрытого типа Philips Interna 1,5 Тесла в абдоминальном томографическом режиме в положении лежа на спине; сканирование проводится в трех проекциях: корональной, аксиальной и сагиттальной, в режимах T1 взвешенное изображение, T2 взвешенное изображение, T2 Spair, В FFE. Сканирование проводится через каждые 5 минут в течение 40 минут. В программе просмотра послойных томографических отображений RadiAnt DICOM Viewer производился расчет объема желудочного содержимого соответственно каждому временному интервалу с целью определения динамики эвакуации жидкости из желудка в двенадцатиперстную кишку. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе функционального анализа Microsoft Excel.

Результаты

В группе наблюдения на 1 минуте сканирования среднее значение объема жидкости в желудке составило $983,2 \pm 5,97$ мл, в группе контроля $964,2 \pm 19,28$ мл ($p \leq 0,05$). На 5 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение

объема жидкости в желудке составило $845,6 \pm 78,46$ мл, что в 1,27-1,74 раза больше, чем в группе контроля $567,4 \pm 36,34$ мл ($p > 0,05$). На 10 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $710,4 \pm 133,78$ мл, что в 1,59-3,16 раза больше, чем в группе контроля $314,1 \pm 46,98$ мл ($p > 0,05$). На 15 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $545,6 \pm 187,0$ мл, что в 2,01-4,58 раза больше, чем в группе контроля $168,8 \pm 9,15$ мл ($p \leq 0,05$); при этом в контрольной группе на 15 минуте исследования происходит эвакуация 81,16-83,37% от исходного объема жидкости, в то время как в группе наблюдения происходит эвакуация 36,25-74,96% от исходного объема. На 20 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $414,9 \pm 167,13$ мл, что в 2,27-9,17 раза больше, чем в группе контроля $86,1 \pm 22,67$ мл ($p \leq 0,05$). На 25 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $333,5 \pm 134,96$ мл, что в 5,98-26,7 раза больше, чем в группе контроля $25,5 \pm 8,0$ мл ($p > 0,05$). На 30 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $280,7 \pm 122,98$ мл, что в 21,3-42,94 раза больше, чем в группе контроля $8,4 \pm 1,0$ мл ($p > 0,05$). На 35 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $234,7 \pm 114,64$ мл, что в 18,96-95,18 раза больше, чем в группе контроля $5,0 \pm 1,33$ мл ($p \leq 0,05$). На 40 минуте сканирования в группе наблюдения среднее значение объема жидкости в желудке составило $171,5 \pm 79,58$ мл, что в 16,2-76,59 раза больше, чем в группе контроля $4,5 \pm 1,17$ мл ($p \leq 0,05$).

Выводы

1. Метод магнитно-резонансной томографии в комбинации с нагрузочным питьевым тестом позволяет получить визуальную картину эвакуации содержимого желудка с расчетом объемных показателей в динамике.

2. У здоровых людей эвакуация большей части жидкости (81,16-83,37% от исходного объема) происходит к 15 минуте исследования, в то время как у пациентов с функциональной диспепсией к этому времени эвакуируется лишь 36,25-74,96% исходного объема жидкости.

3. В группе наблюдения отмечены большие референтные отклонения от усредненного показателя объема жидкости, чем в группе контроля, что, вероятно, обусловлено различной степенью выраженности дисрегуляции моторики гастродуоденальной зоны.

4. Отмечается значительное замедление опорожнения желудка у пациентов с функциональной диспепсией в сравнении со здоровыми с увеличением разницы в объемах незвакуированной жидкости между группами с каждым последующим сканированием (на 5 минуте в 1,27-1,74 раза, на 40 минуте в 16,2-76,59 раза).

ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Юнусова Э.Р., Чайковский Р.О., Фадеев Г.Ю., Остудина А.А.

*Казанская государственная медицинская академия - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Казань*

Физиотерапевтические методы необходимо также включать в оздоровительные технологии, после перенесенной инфекцией COVID-19. К таким методикам относятся электросонотерапия, спелеотерапия, аэроионотерапия, нормоксическая баротерапия или гипербарическая оксигенация, рефлексотерапия, углекислые ванны и ЛФК-методы.

В механизме действия электросонотерапии лежат рефлекторное и непосредственное, прямое воздействие тока на образования мозга. Выделяют две фазы электросна – тормозная и растормаживания. В тормозную фазу проводят стимуляцию импульсным током подкорковых образований, что клинически проявляется дремотой, сонливостью, сном, урежением пульса и дыхания, снижением биоэлектрической активности мозга по данным электроэнцефалограммы. В фазу растормаживания, наблюдается активация функций мозга, проявляющаяся клинически бодростью, повышенной работоспособностью, хорошим настроением, стимуляцией биоэлектрической активности мозга; возникающей после завершения процедуры. Под влиянием электросна происходит снижение условно-рефлекторной деятельности, выравнивание дыхательных волн, выявляется тенденция к расширению мелких и средних сосудов, уменьшение эмоционального напряжения и чувства тревоги.

Применение спелеотерапии (использование микроклимата естественных и искусственных пещер, соляных копей, шахт) также является важным звеном в оздоровительных мероприятиях. Тишина и необычная обстановка пещеры восстанавливает процессы торможения в коре головного мозга, запах свежего и насыщенного воздуха приводит к легкости дыхания и психоэмоционального комфорта. Процедуры проводят в карстовых пещерах (классическая спелеотерапия), соляных шахтах, калийных рудниках, гротах. Образующие их породы определяют физико-химический состав воздуха пещер и горных выработок. Основным действующим фактором воздушной среды соляных копей и пещер является мелкодисперсный аэрозоль солей натрия, кальция, калия, магния, отрицательные аэроионы.

Аэроионотерапия является методом, применения легких отрицательных ионов воздуха (озонидов, озона), обладающих вируцидным, бактерицидным и противовоспалительным действием. Аэроионотерапию проводят индивидуально или в группах.

В оздоровительные мероприятия рекомендуется включать нормоксическую баротерапию или гипербарическую оксигенацию. Данная

процедура приводит к насыщению тканей кислородом, способствует увеличению органного кровотока, улучшению тканевого дыхания, уменьшению альвеолярной гипоксии, улучшает клинические и вентиляционные показатели, улучшает психоэмоциональный статус.

В оздоровления и профилактике необходимо широко использовать методы рефлексотерапии (акупунктуры). Перед применением рефлексотерапии рекомендуется проведение акупунктурной диагностики, которая позволяет выбрать метод воздействия, составить индивидуальный акупунктурный рецепт и осуществить последующий контроль эффективности проводимой рефлексотерапии. По мере накопления информации о COVID-19 и опыта в лечении мы получаем более глубокое понимание болезни. Опыт Китая в борьбе с COVID-19 методами традиционной китайской медицины показал свою эффективность и уникальность и поддержан ВОЗ. Таким образом, протоколы западной медицины в сочетании с методами традиционной китайской медицины являются признанными и эффективными в лечении и профилактике COVID-19.

Наиболее оптимальным является интегрированный подход с использованием, как эмпирических положений древневосточных теорий, методов традиционной китайской медицины, так и нейрофизиологических концепций современной рефлексотерапии, с использованием современных модификаций воздействия на акупунктурные точки.

В профилактике и оздоровлении после перенесенной инфекции *COVID-19*, используют различные методы рефлексотерапии. Наиболее эффективно комплексное лечение с применением различных методов рефлексотерапии, поэтому целесообразно использовать их сочетание во время одного сеанса. К методам рефлексотерапии относятся: иглоукалывание, цзю, поверхностная многоигольчатая стимуляция, микроиглотерапия, виды восточного массажа, аппликационная рефлексотерапия, краниопунктура и другие современные модификации рефлексотерапии (электропунктура, электроакупунктура, лазеропунктура и другие), широко используемые в настоящее время.

Использование рефлексотерапии повышает защитные силы организма, положительно влияет на функцию органов дыхания, обладает достоверным положительным влиянием на бронхиальную проходимость, легочную гемодинамику, регионарную вентиляцию легких, функциональную способность диафрагмы, вегетативную регуляцию, показатели кровотока в сосудах головного мозга, способствует восстановлению обоняния и вкусовых ощущений. Методы рефлексотерапии уменьшают проявления болевого миофасциального синдрома, поражающего дыхательную мускулатуру, восстанавливают мышечную силу, снижают уровень личностной и реактивной тревоги. Опыт, представленный в исследованиях специалистов разных стран, способствует повышению эффективности комплексной реабилитации и качества жизни пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

К оздоровительным методам, после перенесенной новой коронавирусной инфекции, относятся углекислые ванны, обладающие гипотензивным,

кардиотоническим, катаболическим, репаративно-регенеративным эффектом. Данная процедура снижает частоту сердечных сокращений, удлиняет диастолу и снижает тонус коронарных сосудов. Концентрация CO_2 в ваннах должна быть от 1 до 1,4 г/л, температура воды 32–35°C, по 8–15 минут, проводимых через день или 2 дня подряд с перерывом на третий; курс составляет 10–12 сеансов.

Лечебная физкультура (ЛФК) так же играет важную роль в оздоровлении и направлена на постепенное увеличение толерантности к физической нагрузке. К таким ЛФК-методам можно отнести: лечебную гимнастику, терренкур 500 м – 1,5 км, йога-терапию, занятия на тренажерах – физкультурных имитаторах.

Таким образом, опыт исследований многих отечественных и зарубежных авторов, а также наш собственный опыт работы с контингентом пациентов, перенесшим *COVID-19 (SARS-CoV-2)* показал важность использования оздоровительных технологий.

Целесообразно использовать физиопрофилактические, физиооздоровительные, рефлексотерапевтические методы людям, перенесшим новую коронавирусную инфекцию *COVID-19*. Данные методы обладают возможностью одновременного воздействия на несколько ведущих патофизиологических механизмов нарушений, после перенесенной новой коронавирусной инфекции *COVID-19*. В восстановительный период позволяют повысить физическую работоспособность организма, улучшить эмоциональный фон, положительно влиять на функцию органов дыхания, нервной, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, эндокринной и мышечной системы, а также усилить компенсаторные механизмы и увеличить резервные возможности организма.

Для заметок

Главный редактор:
Хасанов Рустем Шамильевич

Редакционный совет:
Ахмедова Гузель Марсовна
Сайфутдинов Рафик Галимзянович
Звегинцева Альбина Айратовна

**III-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ИМ. С.С. ЗИМНИЦКОГО**

(8-9 декабря 2022 г.)

Материалы утверждены и рекомендованы к изданию
Методическим Советом КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета

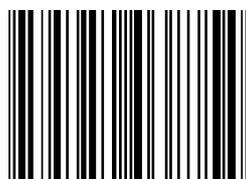
Формат 60–84. Печать Цифровая 7,75 усл.п.л.

Тираж 50 экз. Заказ № 115

Подписано к печати: 22.12.2022

Редакционно-издательский отдел КГМА
(420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 36)

ISBN 978-5-9500387-5-4



9 785950 038754