



XI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ В 2021 ГОДУ. УРОКИ ПАНДЕМИИ»

1 АПРЕЛЯ 2021 КАЗАНЬ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



ПАРТНЕРЫ

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

WWW.EUAT.RU

СОДЕРЖАНИЕ

О ЕАТ	1
Организационный комитет	2
Партнеры - Спонсоры	4
Список тезисов	7
Тезисы	9

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

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



ВСТУПИТЬ В ЕВРАЗИЙСКУЮ АССОЦИАЦИЮ ТЕРАПЕВТОВ

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

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

* Вступить в Ассоциацию можно бесплатно.

СТАВ ЧЛЕНОМ ЕАТ, ВЫ СМОЖЕТЕ:

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

Мы в социальных сетях



Eurasian Association
of Therapists



Евразийская
Ассоциация Терапевтов



@euat_official
#euat



Сайт: www.euat.ru

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

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

ОРГАНИЗАТОР

Евразийская Ассоциация Терапевтов

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

- Министерство Здравоохранения Российской Федерации
- Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- Департамент здравоохранения Москвы
- Ассоциация кардиологов Республики Казахстан
- Европейская федерация внутренней медицины

ПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ

Арутюнов Григорий Павлович

Доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист терапевт, президент Евразийской Ассоциации Терапевтов, член-корреспондент РАН (Российская Федерация, Москва)

Галявич Альберт Сарварович

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии КГМУ, главный внештатный кардиолог ПФО

Никитин Игорь Геннадьевич

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

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Арутюнов Александр Григорьевич

доктор медицинских наук, профессор, генеральный секретарь Евразийской Ассоциации Терапевтов (Российская Федерация)

Бакулин Игорь Геннадьевич

Доктор медицинских наук, профессор, Главный внештатный терапевт СЗФО РФ (Российская Федерация)

Галстян Гагик Радикович

Доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Козиолова Наталья Андреевна

доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Орлова Яна Артуровна

доктор медицинских наук, профессор, Ученый секретарь ЕАТ (Российская Федерация)

Салухов Владимир Владимирович

доктор медицинских наук (Российская Федерация)

Сарыбаев Акпай Шогаилович

доктор медицинских наук, профессор (Республика Кыргызстан)

Сугралиев Ахметжан Бегалиевич

кандидат медицинских наук (Республика Казахстан)

Тарловская Екатерина Иосифовна

доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Чесникова Анна Ивановна

доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

КОМИТЕТ ПО ОЦЕНКЕ СТЕНДОВЫХ ДОКЛАДОВ:**Председатель:**

Григорьева Н.Ю. (Нижний Новгород)

Экспертный совет:

Орлова Я. А. (Москва)

Сугралиев А.Б (Алматы)

Тарловская Е.И. (Нижний Новгород)



**АО «БАЙЕР»
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР**

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., дом 18, строение 2.

Тел.: +7 495 234 20 00 Факс: +7 495 231 12 02.

e-mail: drugsafety.russia@bayer.com

Сайт компании: <https://www.bayer.ru/>

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



**ООО «ЭББОТТ ЛЭБОРАТОРИЗ»
ГЛАВНЫЙ ПАРТНЕР**

ООО «Эбботт Лэбораториз»

125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16А, строение 1

Тел.: (495) 258-4280, факс: (495) 258-4281

Сайт: <http://www.ru.abbott/>

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

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

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



**«БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ»
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР**

Сайт: www.boehringer-ingelheim.ru

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

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

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

Более подробную информацию можно найти на официальном сайте компании.



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

STADA в мире

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

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

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

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

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

STADA в России

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



БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

БЕРЛИН-ХЕМИ/А. МЕНАРИНИ
СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР

123112, Москва, Пресненская набережная, д.10,
БЦ «Башня на набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-0100 Факс: (495) 785 0101
e-mail: info@berlin-chemie.ru
Сайт: www.berlin-chemie.ru

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

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

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

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



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

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

Е Ё 1357

ДЕДУШКИНЫХ ШУТОК

КАК ВАЖНО ЭТО СОХРАНИТЬ!

КСАРЕЛТО[®] Международное непатентованное наименование: ривароксабан. **Лекарственная форма:** таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка покрытая пленочной оболочкой содержит 15,00 мг или 20,00 мг ривароксабана микроинкапсулированного. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий неэкстренного происхождения – лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТБВ и ЭТЛА. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышение чувствительность к ривароксабану или любым его компонентам, входящим в состав; наличие клинически значимых активных кровотечений (например, внутримозговое кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения), повреждение или состояние, связанное с повышенным риском большого кровотечения, например, имеющееся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие эрозивных ступиц с высоким риском кровотечения, недавние травмы головы или спинного мозга, операции на головном, спинном мозге или глазах, внутримозговое кровоизлияние, диагностированное при предоперационной оценке венозной системы, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или гипотония сосудов головного или спинного мозга, сопутствующая терапия какими-либо другими антикоагулянтами, например, непрямыми антикоагулянтами, гепаринами, низкомолекулярными гепаринами (эноксанами, далтепарин и др.), производными гепарина (фундапаринукс и др.), пероральными антиагулянтами (вафарин, апиксабан, дабигатан и др.), кроме случаев перехода с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера; заболванение печени, сопровождающее с гепатопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечения; беременность и период грудного вскармливания; детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность у пациентов данной возрастной группы не установлены); тяжелая степень нарушения функции почек (КлКр <15 мл/мин) (клинические данные о применении ривароксабана у данной категории пациентов отсутствуют); врожденный дефицит фактора V; непереносимость лактозы, глюкозалактатная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). **ОСТОРОЖНОСТЬ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, тяжелой болезни желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сопутствующей ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении и анамнезе). При лечении пациентов со средней степени нарушения функции почек (КлКр 30-49 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие концентрацию ривароксабана в плазме крови. При лечении пациентов с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15-29 мл/мин). У пациентов, получающих одновременно лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, например, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), антиагреганты, другие антитромботические средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗС). Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, этаконазолом) или ингибиторами протезы ВИЧ (например, ритонавиром). Пациенты с тяжелой степенью нарушения функции почек (КлКр 15-29 мл/мин), повышенным риском кровотечения и пациенты, получающие сопутствующее системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы или ингибиторами протезы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Учитывая механизм действия, применение препарата Ксарелто[®] может сопровождаться повышенным риском скелетного или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постморальной анемии. Риск развития кровотечения может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами,

влияющими на гемостаз. Признаки, симптомы и степень тяжести (включая возможный летальный исход) варьируются в зависимости от локализации, интенсивности или продолжительности кровотечения и/или анемии. Геморрагические осложнения могут проявляться в виде слабости, бледности, головокружения, головной боли или необычным отеком, одышкой или шока, развитие которого нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях вследствие анемии развивались симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), головные боли, головокружение, головная боль, кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), выраженное снижение артериального давления, гематома, носовое кровоизлияние, кровоизлияние, кровооточивость десен, желудочно-кишечные кровотечения (включая ректальные кровотечения), боль в животе, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, кожный зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экзема, кожные и подкожные кровоизлияния, боль в конечностях, кровоизлияние из уретрального тракта (включая гематурию и микрогематурию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины), лихорадка, периферические отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению), повышение активности «печеночных трансаминаз», кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемия и кровоизлияние из раны), гематома.

* Наблюдались преимущественно после больших ортопедических операций на нижних конечностях.
† Наблюдались при лечении ВТЖ как очень часто у женщин в возрасте <55 лет.

Регистрационный номер: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 10.03.2020. 5. Зедлер В.К. et al. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Ксарелто[®] 15/20 мг ЛП-001457 от 10.03.2020. 5. Зедлер В.К. et al. Clin Ther. 2011 Jun; 33(1): 62-73. 6. Mahant K.J. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7; (9): CD006505.

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

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

PR-XAR-RU-0434-1

Ксарелто[®]
РИВАРОКСАБАН

1. Приверженность гиполипидемической терапии пациентов с диабетической нефропатией на фоне сахарного диабета 2 типа (стр.9)
2. Возможности градиентного бустинга в предсказании летальности пациентов с острыми формами ИБС на фоне острой недостаточности мозгового кровообращения (стр.9)
3. Нерациональная терапия глюкокортикостероидными препаратами и ее последствия во время пандемии COVID-19 (стр.10)
4. Стратегии подбора препаратов в рамках мультифункционального подхода к пациентам с сердечно-сосудистой патологией (стр.11)
5. Дополнительные эффекты эплеренона у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (стр.12)
6. Подбор антиаритмической терапии больным с пароксизмальной фибрилляцией предсердий и имплантированными электрокардиостимуляторами (стр.13)
7. Полиморфизм гена эндотелина-1 и уровень эндотелина-1 у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа (стр.14)
8. Систолическая и диастолическая дисфункция левого и правого желудочков и NT-proBNP (стр.15)
9. Наиболее частые осложнения у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (стр.16)
10. Обоснованность назначения антибактериальных препаратов у пациентов с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции на амбулаторном этапе (стр.19)
11. Синдром Чарга-Стросса в клинической практике. Особенности дифференциальной диагностики. (стр.20)
12. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у пациента с тяжелым течением, осложненная синдромом Гийена-Барре, острым вирусным миокардитом, полиорганной недостаточностью, сепсисом и ДВС-синдромом. (стр.21)
13. Неалкогольная жировая болезнь печени: готовы ли врачи первичного звена работать по системе клинических рекомендаций? (стр.22)
14. Дебют миокардита под маской ревматоидного артрита после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) (стр.23)
15. Исследование особенностей иммунного ответа у пациентов с COVID-19 на фоне дисплазии соединительной ткани. (стр.26)
16. Изучение факторов риска инфицирования коронавирусом SARS-COV-2 (стр.26)
17. Эпидемиологическое исследование связи хронической сердечной недостаточности с синдромом старческой астении (стр.28)
18. Клинико-статистический анализ результатов лечения пациентов с хронической болезнью почек по данным регистра сахарного диабета ГБУЗ РМ «Поликлиника №2» (стр.28)
19. Features of hypodynamics in rural and urban residents of the republic of Uzbekistan (стр.29)
20. Реабилитация пациентов с новой коронавирусной инфекцией на амбулаторном этапе (стр.30)

21. Основные характеристики лабораторных показателей у пациентов, перенесших COVID-19 (стр.31)
22. Изучение факторов, предопределяющих вероятность развития цитокинового шторма, у лиц с новой коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2 (стр.32)
23. Иммунный ответ у пациентов в зависимости от длительности описторхозной инвазии (стр.33)
24. Экстрапульмональные проявления COVID-19 у пациентов инфекционного госпиталя с сердечно-сосудистыми заболеваниями (стр.34)
25. Особенности вирусного поражения легких, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (стр.35)
26. Мультидисциплинарный подход к лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 при беременности у пациентки с синдромом Бланда-Уайта-Гарланда (стр.36)
27. Распространенность модифицированных факторов риска сахарного диабета 2 типа в Республике Мордовия по данным диспансеризации в 2020 году (стр.37)

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

Доклады опубликованы на официальном сайте конференции: <https://conf11.euat.ru/>

1. Возможности экспериментального прибора «Кардиоскоп» в оценке вариабельности ритма сердца
Соловьева Дарья Вячеславовна
2. Genetic polymorphisms of Matrix Metalloproteinase - 9 and Tissue Inhibitor of Metalloproteinase - 1 in the development of new onset of atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery
Olesya Rubanenko, Yurii Shchukin
3. Распространенность субклинического атеросклеротического поражения брахиоцефальных и коронарных артерий у пациентов с гипертонической болезнью
Лобанова Н.Ю., Чичерина Е.Н.
4. Фенотипы старения пациентов с метаболическим синдромом
Грищенко О.О., Баженова О.В., Бродовская Т.О., Гришина И.Ф
5. Изучение факторов, предопределяющих вероятность развития цитокинового шторма, у лиц с новой коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2
Скрипченко Е. А.
6. Подбор антиаритмической терапии больным с пароксизмальной фибрилляцией предсердий и имплантированными электрокардиостимуляторами
А. Н. Воловченко, А. Л. Сыркин, Е. А. Сыркина

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА*Алексеева Р.И., Пилипенко В.В.**ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи».*

Введение. Диабетическая нефропатия является основным микрососудистым осложнением сахарного диабета 2 типа. Своевременное комплексное лечение пациентов с диабетической нефропатией сопряжено со снижением риска прогрессирования поражения почек и атеросклеротических сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: оценить приверженность гиполлипидемической терапии у пациентов с диабетической нефропатией на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе отделения болезней обмена веществ и диетотерапии. Были проанализированы 30 историй болезни пациентов диабетической нефропатией, на фоне сахарного диабета 2 типа, находящимся на стационарном лечении в отделении болезней обмена веществ и диетотерапии в 2019 году. У всех пациентов выявлена артериальная гипертензия 3 ст., дислипидемия. Всем пациентам в составе комплексной терапии были назначена гиполлипидемическая терапия (прием статинов). Уровень гликированного гемоглобина в среднем по группе составил $6,93 \pm 0,21\%$, уровень гликемии натощак - $6,9 \pm 1,44$ ммоль/л. СКФ - $55,0 \pm 3,87$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Уровень общего холестерина в среднем по группе составил $4,75 \pm 0,46$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $3,47 \pm 0,15$ ммоль/л, липопротеинов высокой плотности $1,28 \pm 0,21$ ммоль/л, триглицеридов - $1,98 \pm 0,14$ ммоль/л.

В исследование были включены 20% с ожирением I степени, 24% - с ожирением II степени, 56% - с ожирением III степени.

Результаты: результаты исследования показали, что при повторной госпитализации только 18 пациентов (60%) принимали назначенную ранее гиполлипидемическую терапию.

Выводы: исследование показало низкую долгосрочную приверженность приема гиполлипидемических препаратов у пациентов диабетической нефропатией на фоне сахарного диабета 2 типа. Разработка мероприятий, направленных на повышение приверженности приема гиполлипидемической терапии, является важной стратегической тактикой при лечении пациентов с диабетической нефропатией на фоне сахарного диабета 2 типа.

Источник финансирования: нет

ВОЗМОЖНОСТИ ГРАДИЕНТНОГО БУСТИНГА В ПРЕДСКАЗАНИИ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС НА ФОНЕ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ*Алексеек А.Н., Случич О.И., Антипина Е.О.**«Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь, Гродно.*

Актуальность. Концепция доказательной медицины базируется на выборе решений, основанных на данных. Подходы к диагностике, терапии, профилактики формируются на основе оценки вероятности тех или иных событий и осложнений.

Цель работы. Построить модель машинного обучения GBM (градиентный бустинг), позволяющую предсказывать исход у пациентов с ишемическим инфарктом головного мозга (ИГМ), осложненным острыми формами ИБС.

Идея. Использование алгоритмов машинного обучения для определения реального положения дел у конкретного пациента, основываясь на данных предыдущих наблюдений может быть полезным в медицинской сортировке и определении тактики лечения пациентов.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 3523 историй болезни пациентов с ИГМ, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной больнице медицинской реабилитации за период с 2016 по 2019 год из которых у 113 из которых развились острые формы ИБС. Была сформирована объектно-признаковая матрица с признаками: пол, возраст, локализация инфаркта головного мозга, наличие фибрилляции предсердий (ФП), форма острой ИБС, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), наличие патологического Q-зубца (Q-ИМ), наличие сахарного диабета (СД), исход: смерть, жизнь.

Статистический анализ полученных данных проводили Python 3. Две независимые группы сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни. При сравнении долей (процентов) использовался точный тест Фишера. Статистически значимыми различия в группах были приняты на уровне значимости $p < 0,05$.

Анализ проводился в программе Python 3, статистический анализ проводился в библиотеке SciPy, GBM в библиотеке H2O. Данные были разделены на тренировочную (80%) и тестовую (20%) выборки случайным образом. Таргетный параметр: жизнь, летальный исход. Обучение проводилось на тренировочной выборке, а анализ качества моде-

ли, на тестовой выборке. Подбор гиперпараметров осуществлялся при помощи алгоритма поиска «по сетке» с использованием кросс-валидации. Метрики качества: AUC (площадь под ROC-кривой), чувствительность и специфичность.

Результаты. Отобранные пациенты были разделены на 2 подгруппы (ПГ) в зависимости от исхода. ПГ1 составил 61 пациент с летальным исходом, ПГ2 – 52 выживших пациента. Средний возраст в ПГ1 $78 \pm 7,8$ лет, в ПГ2 – $75,6 \pm 9,8$ ($p=0,12$). В ПГ1 было 47 женщин (73,4%) и 30 мужчин (26,6%), в ПГ2 – 36 (50%) женщин и 16 (48%) мужчин. В ПГ1 нестабильная стенокардия (НС) была у 2 (3,3%) человек, инфаркт миокарда (ИМ) – у 59 (96,7%), из них у 26 (46%) человек Q-ИМ. В ПГ2 НС была у 23 (44,2%) пациентов ($p<0,01$), ИМ – у 29 (55,8%) пациентов, из них у 7 (24%) человек был Q-ИМ. В ПГ1 СД был у 30 пациентов (49,1%), в ПГ2 – у 11 человек (21,2%) ($p=0,04$). ФП выявлена у 35 (57,4%) пациентов ПГ1 и у 36 (69,2%) пациентов ПГ2. Медина СКФ (мл/мин/1,73м²) в ПГ1 составила 33 (25; 43), в ПГ2 – 48 (38; 69) ($p<0,01$). Анализ качества модели: AUC на тестовой выборке – 0,99. Чувствительность предсказаний на тестовой выборке составила 100%, специфичность 91%.

Заключение. Продемонстрированная эффективность построенной модели машинного обучения на тестовой выборке позволила со 100% чувствительностью предсказать исход у пациентов с ИГМ, осложненного острыми формами ИБС, таким образом, внедрение данного алгоритма в практику может способствовать выбору адекватной тактики наблюдения и терапии данной категории пациентов. Несмотря на впечатляющие метрики качества модели, существует недостаток в конкретной реализации: пациенты с ИГМ в сочетании с ИМ заведомо находятся в категории пациентов с высоким риском летального исхода и должны быть определены как пациенты в тяжёлом состоянии. Также терапевтический спектр возможностей у данной категории пациентов значительно ограничен, спецификой взаимоотношения заболеваний, когда терапия, направленная на улучшение прогноза по ИМ может приводить к ухудшению прогноза по ИГМ. С другой стороны, использование такого рода моделей машинного обучения могут быть крайне полезны в случае других патологических состояний. Что может позволить планировать подход к терапевтическим и реабилитационным мероприятиям, базируясь на данных конкретного пациента как приближение к индивидуализированной медицине.

Источник финансирования: нет

НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Бровкина С.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра внутренних болезней №3

Введение. Нерешенная проблема пандемии COVID-19 – лечение с доказанной эффективностью. Исследование RECOVERY, проведенное в Великобритании, доказало снижение смертности при применении дексаметазона у пациентов, получающих респираторную поддержку (95% ДИ, 0,75 - 0,93; $p<0,001$). Российские временные клинические рекомендации также поддержали возможность терапии глюкокортикостероидами (ГКС) в стационаре. Однако широкая доступность ГКС, непонимание их побочных эффектов, низкая биологическая грамотность как медицинских работников, так и населения грозит их бесконтрольным применением на амбулаторном этапе.

Цель исследования. Провести анализ серии клинических ситуаций с нерациональным назначением ГКС при новой коронавирусной инфекции COVID-19 в амбулаторных условиях, оценить последствия применения данной группы препаратов. Материалы и методы. Под наблюдением находились 5 пациентов, обратившихся к терапевту для получения второго мнения относительно лечения: 3 женщины (28, 33, 52 года) и 2 мужчины (18 и 61 год), из 4 городов России: Москва, Сочи, Екатеринбург, Ростов-на-Дону. Контакт с пациентами проводился с помощью телемедицинских технологий, рекомендации выполнялись после очного осмотра врача по месту жительства пациентов.

Новая коронавирусная инфекция во всех случаях подтверждена методом полимеразной цепной реакции. У 4 из 5 спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки выявила вирусную пневмонию (КТ1). СКТ выполнили во всех случаях без направления врача. Сатурация - 96-99%, максимальное повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Пациенты получали лечение на дому (нестероидные противовоспалительные препараты, отхаркивающие, антибактериальные препараты, антитромботическую терапию), а также ГКС (дексаметазон, преднизолон) по назначению терапевта или рекомендации родственников. 3 из 5 пациентов предоставили лабораторные данные:

общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ). Один из пациентов сдал интерлейкин-6 (ИЛ-6).

Результаты. Терапия ГКС начата на 7-10 день болезни. 3 из 5 получали 8 мг/сут дексаметазона по назначению терапевта, пациент 18-ти лет - 4 мг дексаметазона, пациентка 33-х лет - преднизолон 30 мг по совету родственников. Длительность терапии: 3-12 дней и около 20 дней в двух случаях, когда ГКС принимали без назначения врача. В контрольных анализах выявлены: лимфоцитоз, тромбоцитопения. СРБ не превышал двух норм. ИЛ-6 одного из пациентов на верхней границе нормы. На 7-10 день проводимой терапии 3 пациента (женщины 33, 52 года, мужчина 61 год) отметили сухость во рту, прибавку веса до 6 кг. Глюкоза венозной плазмы натощак на фоне ГКС: 6,2 - 6,8 ммоль/л, гликированный гемоглобин без отклонений. У женщин с гипергликемией впервые выявлена гипертензия. Эти проявления расценены как экзогенный синдром Кушинга.

Пациент 18-ти лет на фоне ГКС отметил слабость в руках и ногах. Исключена неврологическая, аутоиммунная патология, улучшение наступило после отмены ГКС, в связи с чем установлена стероидная миопатия.

Всем пациентам ГКС отменены с постепенным снижением дозы, контроль глюкозы, артериального давления не выявил отклонений. Контроль базального кортизола исключил развитие надпочечниковой недостаточности.

Выводы. В результате проведенного анализа у пациентов с COVID-19, находящихся на амбулаторном лечении, ГКС применялись без показаний, что противоречило актуальной версии нормативных документов Министерства здравоохранения РФ. Несмотря на желание «подстраховаться», пациентам с легкой и умеренной тяжестью COVID-19 ГКС не показаны.

Необоснованное использование ГКС опасно развитием побочных эффектов. У 3 пациентов выявлены кардио-метаболические изменения, у 1 – стероидная миопатия. Различие побочных эффектов можно объяснить изначально разным фоном (пациенты с метаболическими нарушениями имели избыточную массу тела, ожирение до старта ГКС), а также индивидуальной чувствительностью к препаратам.

В связи с выявленной высокой встречаемостью побочных эффектов ГКС в данной серии случаев (4 из 5 пациентов), рациональным представляется сравнение частоты побочных эффектов ГКС среди пациентов с COVID-19 и у пациентов с другими па-

тологиями. Так как в настоящее время недостаточно информации о возможном патогенетическом влиянии новой коронавирусной инфекции на тяжесть и распространенность побочных эффектов ГКС.

Источник финансирования: нет

СТРАТЕГИИ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ МУЛЬТИ-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Будагова Е.Са., Ушаева Л.А.

ФГКУЗ «2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», г. Пятигорск

Актуальность. Несмотря на предпринимаемые меры по недопущению распространения инфекции во всем мире уровень заболеваемости новой коронавирусной инфекции продолжает оставаться высоким. Лидером по количеству подтвержденных случаев остаются США, наша страна на четвертом месте.

Цель работы. Проведение ретроспективного анализа историй болезни военнослужащих с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, изучение влияния вируса на сердечно-сосудистую систему. Выделение групп высокого риска по осложненному течению инфекции, коррекция базовой терапии коморбидных состояний.

Материал и методы. За период с мая по декабрь 2020 года во втором клиническом госпитале пролечено 278 пациентов с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, из которых 94 (34 %) с легкими формами, 170 (61 %) - среднетяжелыми и 14 (5 %) - тяжелыми. Мужчин 240, женщин 38.

Средний возраст составил 32,8 года. Из них с коморбидным состоянием: идиопатическим нарушением ритма - пароксизмальной формой фибрилляций предсердий, тахисистолией, политопной суправентрикулярной экстрасистолией - 1; артериальной гипертензией - 13; сахарным диабетом - 7 человек; ожирением - 6.

Всем пациентам выполнялось клиничко-биохимическое обследование, регистрация электрокардиограмм, компьютерная томография органов грудной клетки, определение SARS-CO-2 методом ПЦР и ИФА крови на антитела класса иммуноглобулины G и M. Оценены критерии высокого риска по осложненному течению инфекции COVID-19.

Результаты. Анализ пролеченных пациентов со средне-тяжелыми и тяжелыми формами течения коронавирусной инфекции показал зависимость течения болезни от пола, возраста, наличия коморбидной патологии, в частности ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, нарушений сердечного ритма. Эти заболевания не играют ведущую роль в заболеваемости, но увеличивают риск тяжелого течения COVID-19 и повышают вероятность летального исхода.

В случае заболевания COVID-19 кардиологического пациента требовалась коррекция базисной терапии. Терапия, направленная на стабилизацию атеросклеротической бляшки (статины) – это ведущая позиция, поскольку острый коронарный синдром может быть первым проявлением инфекции. Блокаторы ренин ангиотензиновой системы, статины, β -адреноблокаторы – препараты первой линии.

Учитывая проведение противовирусной терапии при коронавирусной инфекции COVID-19 применение статинов ограничивалось дозой (розувастатин не более 10 мг в сутки, аторвастатин не более 20 мг в сутки, симвастатин – противопоказан).

Противовирусные препараты и β -адреноблокаторы обладают гепатотоксичным действием, и при совместном применении со статинами требует более пристального контроля трансаминаз и уровня билирубина.

На фоне противовирусной терапии требуется снижение дозировки антагонистов кальция в 2 раза, мониторинг калия.

На фоне тяжелого течения инфекции возможно развитие гипотензии, что влечет необходимость снижения дозировки гипотензивных препаратов.

Использование азитромицина в комплексном лечении новой коронавирусной инфекции повышает риск сердечно-сосудистых катастроф, поскольку удлиняет интервал QT.

За счет повреждающего действия вируса на клетку, гипертермии, гипоксемии и «цитокинового шторма» возможно появление нарушений ритма, которых не было, или усугубление состояния, если таковое отмечалось ранее. Возможно развитие практически всех нарушений ритма, но диагностически значимыми являются пароксизмальная фибрилляция предсердий, желудочковые тахикардии. Вероятность клинически значимых аритмий тем выше, чем тяжелее протекает заболевание. Возникновение желудочковых тахикардий у пациентов с тяжелым течением COVID-19 на фоне

искусственной вентиляции легких фатально в 99 % случаев.

Наиболее тяжелым является лечение аритмий (в первую очередь фибрилляций предсердий) после перенесенной инфекции.

Заключение. Ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных у военнослужащих с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией показал влияние вируса на сердечно-сосудистую систему. Наличие коморбидной патологии (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, нарушений сердечного ритма, ожирения, сахарного диабета) отягощает течение болезни и требует коррекции базисной терапии.

Источник финансирования: нет

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭПЛЕРЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Чепурненко С.А., Бурцева Н.В., Шавкута Г.В.

ГБОУ ВПО Рост ГМУ, Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», г.Ростов-на-Дону. ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва.

Дилатация левого предсердия (ДЛП) является фактором, повышающим риск развития фибрилляции предсердий. Основной причиной дилатации левого предсердия является гипертрофия и диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ), а также клапанная регургитация. Наиболее часто ЛП увеличивается у пациентов с повышенной массой тела и артериальной гипертензией. Однако до настоящего времени нет эффективных способов обратного ремоделирования ЛП.

Цель работы: оценить эффективность добавления эплеренона (Э) к стандартной терапии у пациентов с дилатацией левого предсердия и нормальными размерами левого желудочка после проведения реперфузионной терапии по поводу ишемического повреждения.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента (мужчин 97%, женщин 3%) после чрескожного коронарного вмешательства по поводу острого инфаркта миокарда. Исходный размер ЛП составил $42,85 \pm 2,90$ мм. При этом исходный конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ

не превышал 56 мм и был равен $54,56 \pm 3,37$ мм. Возможными причинами дилатации ЛП в обсуждаемой группе пациентов являлось ожирение. Пациенты с нормальной массой тела встречались всего в 11,8% случаев. Избыточная масса тела выявлена в 32,4% случаев. Ожирение I степени обнаружено в 50%, ожирение II степени в 2,9%, ожирение III степени так же в 2,9% случаев. В послеоперационном периоде пациенты основной и контрольной группы находились на стандартной терапии, включающей рамирил, бисопролол, статины, двойную антиагрегантную терапию в максимально рекомендованных дозах. Пациенты основной группы дополнительно принимали эплеренон (Э), начиная с 25 мг с увеличением дозы через 1 месяц до 50 мг. Контрольную группу составили 20 пациентов (мужчин 95%, женщин 5%), которые получали только стандартную терапию. Средний возраст пациентов основной группы составил $59,12 \pm 8,44$ года, контрольной - $60,13 \pm 6,96$ лет. Эхокардиоскопия выполнялась по стандартной методике, при первом обращении и через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Результаты. У пациентов с дилатированным ЛП, находящихся на терапии эплереноном в добавление к стандартной терапии уже через 6 месяцев отмечалось достоверное уменьшение ЛП на 6,1% ($p=0,0006$) по сравнению с исходными данными. Через 9 месяцев постоянного приема эплеренона разница стала еще более достоверной и составила 7,1% по сравнению с первоначальными показателями ($p=0,00009$). Через 12 мес. результаты стали намного лучше, чем исходные параметры. Разница составила уже 11,6% ($p=0,000000001$). При этом, несмотря на исходно нормальные размеры ЛЖ наблюдалось так же значимое уменьшение по сравнению с первоначальными показателями. Исходно конечный диастолический объем (КДО) ЛЖ в основной группе был равен $151,00 \pm 20,94$ мл. На фоне терапии достоверное его уменьшение выявлено уже через 6 мес. на 7,54% ($p=0,05$), через 12 мес. разница стала еще более значимой и составила 8,81% ($p=0,03$). Исходно фракция выброса (ФВ) ЛЖ в основной группе была несколько снижена и составила $51,35 \pm 6,36\%$. Через 6 мес. обнаружено достоверное увеличение этого показателя на 5,38% ($p=0,04$). Через 9 мес. разница по сравнению с исходными данными составила уже 6,29% ($p=0,01$), а через 12 мес. 7,4% ($p=0,003$).

Несмотря на положительную динамику со стороны левых камер сердца, отмечено недостоверное уменьшение полости правого желудочка (ПЖ). Исходно размер ПЖ составил $26,82 \pm 1,70$ мм. Через

12 мес. отмечено уменьшение на 4,62% ($p=0,1$). В контрольной группе несмотря на стандартную терапию размер ЛП возрос на 5,2% ($p<0,05$). КДР ЛЖ и КДО увеличились на 6,4% и 16,2% ($p<0,05$). ФВ ЛЖ в динамике уменьшилась на 3,7%.

Выводы:

1. Добавление эплеренона к стандартной терапии у пациентов перенесших ИМ с дилатацией левого предсердия способствовало достоверному уменьшению размера левого предсердия, уже с 6 месяца от начала приема. С увеличением длительности приема разница по сравнению с исходными показателями стала еще более достоверной.

2. Несмотря на исходно нормальные размеры левого желудочка, добавление эплеренона способствовало достоверному уменьшению его объема, начиная с 6 месяца и достоверному увеличению насосной функции сердца.

Источник финансирования: нет

ПОДБОР АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИО-СТИМУЛЯТОРАМИ

Воловченко А.Н., Сыркин А.Л., Сыркина Е.А.

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

Подбор антиаритмической (АА) терапии пациентам с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП) и синдромом слабости синусового узла (СССУ) и/или атрио-вентрикулярными блокадами проводится после имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). С одной стороны, это дает возможность существенно улучшить контроль эффективности и безопасности терапии за счет информации, содержащейся в памяти устройства. С другой стороны, АА-препараты могут влиять на работу ЭКС, а правожелудочковая стимуляция провоцирует усугубление хронической сердечной недостаточности (ХСН), коморбидной ФП.

Цель работы. Улучшение подбора и контроля терапии у больных с пароксизмальной ФП и ЭКС. Материалы и методы. В исследование были включены 103 пациента (39 мужчин, 64 женщины; средний возраст составил $76,4 \pm 8,9$ лет) с пароксизмальной формой ФП и имплантированными

de novo двухкамерными ЭКС. Была назначена антиаритмическая терапия препаратами Ic, II и III классов. Всем пациентам при включении выполнены электрокардиография, холтеровское мониторирование и тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), через три месяца – первая проверка ЭКС и повторный ТШХ. Пациенты с правожелудочковой стимуляцией больше 40% были разделены на две группы: 1 – 20 человек, с прогрессированием ХСН, 2 – 18 человек без него. Статистическую обработку информации проводили с помощью Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica 10.0. Основные характеристики групп сравнивались с использованием критерия χ^2 или метода Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При проверке ЭКС были выявлены: кратковременные пароксизмы ФП и эпизоды высокой предсердной частоты – у 48 (46,6%) больных, переход ФП в постоянную тахисистолическую форму – у 9 (8,7%), пробежки желудочковой тахикардии на фоне приема препаратов Ic класса – у 2 (1,9%). Уже в течение первого месяца были зарегистрированы 68% имевших место аритмий. Коррекция настроек ЭКС в связи с ФП и/или антиаритмической терапией потребовалась 20 (19,6%) больным. При сравнении групп с правожелудочковой стимуляцией $>40\%$ установлено достоверно более частое повышение функционального класса ХСН (по результатам ТШХ) у пациентов с гипертрофией и диастолической дисфункцией левого желудочка и с дилатацией правого желудочка ($p < 0,05$, ОР 1,85). Проведение ТШХ позволило также выявить хронотропную некомпетентность у 15 (14,6%) больных; все они имели в анамнезе СССУ. Никто из больных самостоятельно не отметил ни аритмию (в том числе переход ФП в постоянную тахисистолическую форму), ни снижение переносимости нагрузок.

Заключение. Для улучшения контроля эффективности и безопасности антиаритмической терапии больным с пароксизмальной ФП первую после имплантации проверку ЭКС следует проводить раньше (желательно через месяц), чем больным с синусовым ритмом. При частом включении правожелудочкового электрода у больных с дилатацией правого желудочка, гипертрофией и диастолической дисфункцией левого желудочка контроль ЭКС рекомендовано дополнить ТШХ для своевременной коррекции диуретической терапии. Больным с СССУ в анамнезе также желательно проводить ТШХ для выявления хронотропной некомпетентности.

Работа прошла этическую экспертизу в Этиче-

ском комитете от 13.11.2019 г №14-19. Исследование одобрено в рамках диссертационной работы.

Источник финансирования: нет.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ЭНДОТЕЛИНА-1 И УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

¹Давыдчик Э.В., Снежицкий В.А.

²Мартинкевич О.Н.

¹ Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь, г. Гродно

² Учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника», Беларусь, г. Гродно

Введение. Актуальной проблемой в кардиологии и эндокринологии является сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) 2 типа. В настоящее время широко обсуждается роль дисфункции эндотелия как одного из ключевых этапов развития и прогрессирования ИБС и СД. Эндотелин-1 (ЭТ-1) – мощный вазоконстриктор, синтезируется клетками эндотелия и может быть ответственен за нарушения коронарного кровотока в микрососудистом русле. Ген эндотелина-1 (EDN1), кодирующий ЭТ-1, находится на хромосоме 6p24-25. Предполагают, что однонуклеотидный полиморфизм этого гена, приводящий к замене аминокислот лизина (Lys) на аспарагин (Asn) в положении 198 полипептидной цепи, обуславливает белковую структуру и активность фермента.

Цель. Изучить частоту встречаемости генотипов и аллелей полиморфизма Lys198Asn гена EDN1, определить уровень ЭТ-1 у пациентов с хронической ИБС и СД 2 типа.

Материалы и методы. В исследование было включено 135 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Группа 1 ($n=65$) состояла из пациентов, страдающих хронической ИБС и СД 2 типа. Средний возраст пациентов группы 1 составил 59 (55;61) лет. В группу 2 ($n=70$) вошли пациенты с наличием хронической ИБС без СД 2 типа. Средний возраст пациентов группы 2 – 59 (53;64) лет. Набор пациентов был осуществлен на базе кардиологического отделения УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр».

Критерии исключения: СД 1 типа, наличие

печёночной и почечной недостаточности, заболеваний щитовидной железы с нарушением функции, а также наличие тяжёлых сопутствующих соматических и инфекционных заболеваний в стадии декомпенсации патологического процесса, острого коронарного синдрома.

Определение полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 осуществляли с помощью метода полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени с применением набора реагентов производства «Литех», РФ. Выделение геномной ДНК человека проводилось набором реагентов «ДНК-экспресс-кровь». Амплификацию ДНК проводили на амплификаторе Rotor Gene-Q («Qiagen», Германия).

Определение уровня ЭТ-1 в сыворотке крови выполняли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Human EDN1» (Biomedica, Австрия) на анализаторе Sunrise TECAN. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 10.0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ распределения частот генотипов по полиморфному варианту Lys198Asn гена EDN1 показал, что в группе 1 генотип LysLys выявлен в 46,1% ($n=30$), гетерозиготный генотип LysAsn – в 35,4% ($n=23$), генотип AsnAsn составил 18,5% ($n=12$). Аллель Lys встречался в 63,8%, аллель Asn – в 36,2%.

Проведенное генотипирование полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 у пациентов группы 2 выявило распределение генотипов LysLys, LysAsn, AsnAsn как 52,9% ($n=37$), 32,9% ($n=23$), 14,2% ($n=10$). Частотное распределение аллелей полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 составило: аллель Lys – 69,3%, аллель Asn – 30,7%.

Медиана ЭТ-1 у пациентов группы 1 составила 24,40 (9,07;40,55) пг/мл, у пациентов группы 2 – 12,11(7,51;27,14) пг/мл ($p=0,008$). При определении уровня ЭТ-1 у пациентов группы 1 с наличием генотипа LysLys медиана ЭТ-1 составила 14,11 (6,37;24,40) пг/мл, а у пациентов группы 2 – 9,21(6,86;18,80) пг/мл ($p=0,05$). Уровень ЭТ-1 у пациентов группы 1 при наличии гетерозиготного генотипа LysAsn полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 составил 28,79 (11,65;48,84) пг/мл, что было достоверно выше, чем у пациентов группы 2 с наличием генотипа LysAsn (14,99 (6,98;24,38)) пг/мл ($p=0,04$). Концентрация ЭТ-1 была достоверно выше у пациентов группы 1 с наличием генотипа AsnAsn (61,39 (56,72;72,68)) пг/мл в сравнении с

пациентами группы 2 (28,25 (19,69;60,38)) пг/мл ($p=0,03$).

Обсуждение. В результате исследования изучено распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма Lys198Asn гена EDN1 у пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании и без сочетания с СД 2 типа. Не выявлено достоверных различий между группами по генотипам и аллелям полиморфного маркера Lys198Asn гена EDN1 при выполнении сравнительного анализа. Получены достоверные различия по уровню ЭТ-1 у пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании и без сочетания с СД 2 типа.

Исследование выполнено при финансовой поддержке БРФФИ (договор № M17-177 от 18 апреля 2017 года)

СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ И NT-proBNP

Жерко О.М.

*Белорусская медицинская академия
последипломного образования. г. Минск*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) формируется в исходе большинства болезней системы кровообращения, представляет собой синдром с целым рядом структурных, функциональных и гемодинамических аномалий, приводящих к уменьшению сердечного выброса и повышению давления наполнения левого желудочка (ЛЖ) во время нагрузки или в покое. Для диагностики ХСН в качестве первоначального теста рекомендуется определение концентрации N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в сыворотке крови. Значения NT-proBNP коррелируют с тяжестью диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ, параметрами давления наполнения ЛЖ, правожелудочковой недостаточностью, риском смертности.

Для повышения диагностической эффективности целенаправленной комплексной оценки диастолической и систолической функции ЛЖ и правого желудочка (ПЖ) представляется целесообразным разработка порогов отсеечения значений NT-proBNP.

Цель - разработать пороги отсеечения значений NT-proBNP, взаимосвязанные с диастолической и систолической дисфункцией ЛЖ и ПЖ.

Материалы и методы. В 2017-2018 годах на базе УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска выполнено клиническо-инструментальное обследование 303 пациентов в возрасте 67 (59; 76) лет. Критерии включения в исследование: синусовый ритм, эссенциальная артериальная гипертензия (100% обследованных), хроническая ишемическая болезнь сердца (72,9%), ХСН (57,8%), информированное согласие пациентов. Критерии исключения: первичная митральная регургитация, митральный стеноз, пластика, протезирование митрального клапана, врожденные пороки сердца, острые и хронические заболевания легких.

У пациентов определялся уровень NT-proBNP в сыворотке крови. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) выполнялась на ультразвуковом аппарате Siemens Acuson S1000 (Германия).

Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA (v8.0). Количественные значения NT-proBNP представлены в виде медианы и интерквартильного размаха Me (LQ; UQ). Для оценки зависимости между рассматриваемыми признаками рассчитывали коэффициент корреляции по Спирмену (r). ROC-анализ применен для установления порогов отсека для значений NT-proBNP, их чувствительности (Ч) и специфичности (С), площади поля под кривой (AUC).

Результаты. Установлены статистически значимые взаимосвязи между значениями NT-proBNP и ДД ЛЖ II ($r=0,58$, $p<0,001$) и III ($r=0,76$, $p<0,001$) типов, повышенным давлением наполнения ЛЖ ($r=0,87$, $p<0,001$), фракцией выброса (ФВ) ЛЖ, рассчитанной биплановой методикой дисков Simpson ($r=0,84$, $p<0,001$), ДД ПЖ II ($r=0,59$, $p=0,006$) и III типов ($r=0,51$, $p<0,001$), систолической дисфункции ПЖ ($r=0,86$, $p<0,001$).

Пациенты с ДД ЛЖ II и III типов имели уровни NT-proBNP 791,0 (346,0; 4379,0) и 5133,0 (1306,0; 7126,0) пг/мл. Порог отсека значений NT-proBNP, взаимосвязанных с ДД ЛЖ II типа, установлен >311 пг/мл (AUC 0,91, Ч 76,0%, С 86,9%), с ДД ЛЖ III типа, >408 пг/мл (AUC 0,99, Ч 100,0%, С 98,4%).

У пациентов с повышенным давлением наполнения ЛЖ величины NT-proBNP составили 2516 (695; 5833) пг/мл. Порог отсека значений NT-proBNP, взаимосвязанных с повышенным давлением наполнения ЛЖ, определен >663 пг/мл (AUC 0,90, Ч 76,9%, С 89,0%).

При систолической дисфункции ЛЖ с ФВ $<50\%$ NT-proBNP составил 1306 (511; 3622) пг/мл. Порог отсека значений NT-proBNP, взаимосвязанный

с систолической дисфункцией ЛЖ с ФВ $<50\%$, установлен >602 пг/мл (AUC 0,91, Ч 74,6%, С 96,0%).

У пациентов с ДД ПЖ II и III типов диагностированы величины NT-proBNP 754 (356; 1770) и 5759 (2712; 7692) пг/мл, соответственно. Порог отсека значений NT-proBNP при ДД ПЖ II типа установлен >353 пг/мл (AUC 0,86, Ч 76,6%, С 83,2%), ДД ПЖ III типа >968 пг/мл (AUC 1,00, Ч 100,0%, С 100,0%).

У пациентов с систолической дисфункцией ПЖ уровни NT-proBNP составили 1116 (462; 3713) пг/мл. Порог отсека значений NT-proBNP, взаимосвязанный с систолической дисфункцией ПЖ, определен >408 пг/мл (AUC 0,87, Ч 80,4%, С 81,1%).

Обсуждение. При умеренной и тяжелой ДД ЛЖ и ПЖ значения NT-proBNP могут достигать уровней, сходных с величинами NT-proBNP при систолической дисфункции, таким образом, с помощью этого маркера невозможно дифференцировать диастолическую и систолическую дисфункцию. Однако применение разработанных порогов отсека значений NT-proBNP поможет преодолеть межследовальную дисперсию в интерпретации результатов ЭхоКГ, особенно при диагностике ДД ЛЖ и ПЖ II типа, повышенного давления наполнения ЛЖ.

Источник финансирования: нет.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

А.А.Звегинцева^{1,2} **М.Л.Максимов**^{1,2}

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 Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан»

Введение: Со времен «Испанского гриппа» в 1918 г. не наблюдалось столь масштабной пандемии, приносящий значительный ущерб экономике России и других стран, как новая коронавирусная инфекция COVID-19, начавшаяся в декабре 2019 г.

Профилактика заболевания, поиск эффективного лечения COVID-19 и его осложнений представляет важную задачу для научных сообществ, систем здравоохранения и других ведомств во всем мире. Помимо высокой контагиозности вируса, возможности тяжелого течения заболевания у части пациентов, серьезной проблемой становятся разнообразные осложнения и длительный процесс реабилитации, вызванные новой коронавирусной инфекцией COVID-19. В настоящее время нет достаточной базы клинических и инструментальных данных, с помощью которой мы могли бы определить длительность и выраженность осложнений после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 с которыми необходимо активно работать на этапах реабилитации

Цель: проанализировать наиболее частые осложнения после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы исследования: Данные для исследования были получены на основании онлайн-анкетирования, проведенного с 5 января по 15 января 2021 г. Участникам исследования предлагали заполнить анкету через интернет-платформу Google Forms, которая содержала в себе 20 специально разработанных вопросов. Анкета включала социодемографические данные респондентов, сведения о наличии сопутствующей патологии, симптомов во время и после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. Респондентам предлагали отметить любое количество симптомов, которые проявлялись как во время, так и после COVID-19.

Критериями включения были: 1) наличие положительного ПЦР теста на выявление РНК вируса SARS-CoV-2; 2) заболевание COVID-19 не более 6 месяцев назад; 3) наличие согласия на обработку персональных данных, фактом которого считали заполнение всех предложенных форм опроса; 4) способность читать на русском языке; Критерии исключения: 1) возраст участников < 18 лет; 2) отсутствие положительного ПЦР теста на выявление РНК вируса SARS-CoV-2; 3) наличие незаполненных разделов анкеты.

Результаты исследования: В финальный реестр вошли 258 записей, собранных в вышеуказанный период. Из анализа были исключены данные 12 респондентов, не соответствующих критериям включения. Таким образом, статистический анализ был проведен для данных опроса 246 респондентов в возрасте 18 – 68 лет (средний возраст 39,6 года), из них 192 (78%) женщин и 54 (22%) мужчин.

По результатам анкетирования, 145 (59%) пациентов перенесли инфекцию COVID-19 легкой степени тяжести, 88 (36%) – средней степени, 11 (4%) – тяжелой степени и 2 (1%) пациента – крайне-тяжелую форму заболевания. 193 (78,4%) человека находились на амбулаторном лечении, 53 (21,5%) человек на стационарном лечении, из них 20 (8,1%) получали кислородотерапию, в том числе, двум пациентам потребовалась инвазивная ИВЛ и одному пациенту – неинвазивная ИВЛ. 113 (46%) человека имели сопутствующие заболевания: 64 (26%) человека имели повышенную массу тела, 34 (14%) человека страдали артериальной гипертензией, 8 (3,6%) человек – бронхиальной астмой, 7 (2,5%) человек – сахарный диабет 2 типа. По результатам анкетирования, наиболее частыми нарушениями после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, отмечавшимися респондентами, были: утомляемость – 120 человек (49%), слабость – 95 человек (38,6%), нарушение сна – 71 человек (28,8%), нарушение памяти – 58 человек (23,6%), ощущение сердцебиения – 42 человека (17,1%).

Заключение: Наиболее частыми симптомами после перенесенной инфекции COVID-19 стали поражения центральной и периферической нервной системы. Неврологические нарушения могут быть связаны с нейротропностью и нейровирулентностью SARS-CoV-2, повреждением центральной и периферической нервной системы в результате «цитокинового шторма», гипоксемией в результате дыхательных расстройств, нарушений микроциркуляции, гомеостаза. Учитывая вышеуказанные симптомы, мы считаем, что важную роль в реабилитационном процессе играет стратегия нейропротекции, которая направлена на предотвращение и уменьшение повреждения нейронов влияя на клеточные механизмы нейрорегенерации и церебральную реорганизацию, что приводит не только к структурному и метаболическому, но и к функциональному восстановлению. Патогенез, особенно в клинике, факторы риска, а также возможности коррекции неврологических нарушений, связанных с COVID-19, требуют дальнейшего изучения.

Источник финансирования: нет



- Способствует восстановлению клеток сердца^{1, 2}
- Снижает риск внезапной сердечной смерти на 45%³
- Хорошо переносится при длительной терапии^{4, 5}

* У пациентов после инфаркта миокарда (в составе комбинированной терапии): в сочетании со статинами, антиагрегантными средствами, бета-адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ),



ОМАКОР ДЕЛО ЖИЗНИ

ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА⁶

Омакор. Регистрационный номер: ЛС-000559. **Международное непатентованное или группировочное наименование:** Омега-3 кислот этиловые эфиры 90. **Лекарственная форма:** капсулы, 1000 мг. **Фармакологические свойства⁷.** Полиненасыщенные жирные кислоты класса омега-3 – эйкозапентаеновая кислота (ЭПК) и докозагексаеновая кислота (ДГК) – относятся к незаменимым (эссенциальным) жирным кислотам (НЭЖК). Результаты клинического исследования GISSI-Prevenzione, полученные за 3,5 года наблюдения, показали существенное снижение относительного риска смертности от всех причин, нефатального инфаркта миокарда и нефатального инсульта на 15 % (12–26) $p = 0.0226$ у пациентов после недавно перенесенного инфаркта миокарда, принимавших препарат Омакор по 1 г в сутки. Дополнительно, относительный риск смерти по причине сердечно-сосудистой патологии, нефатального инфаркта миокарда и нефатального инсульта снижались на 20 % (15–32) $p = 0.0028$. Результаты клинического исследования GISSI-Heart Failure, в котором пациенты с хронической сердечной недостаточностью получали препарат Омакор по 1 г в сутки в среднем в течение 3,9 лет, показали снижение относительного риска смертности от всех причин на 9 % ($p = 0.041$), снижение относительного риска смертности от всех причин и госпитализации по причине сердечно-сосудистых патологий на 8 % ($p = 0.009$), снижение относительного риска первичной госпитализации по причине сердечной недостаточности на 28 % ($p = 0.013$). **Показания к применению.** Гипертриглицеридемия: эндогенная гипертриглицеридемия IV типа по классификации Фредериксона (в монотерапии) в качестве дополнения к гиполипидемической диете при ее недостаточной эффективности; эндогенная гипертриглицеридемия IIb или III типа по классификации Фредериксона в комбинации с ингибиторами МГ-КоА редуктазы (статинами), когда концентрация триглицеридов недостаточно контролируется приемом статинов. Вторичная профилактика после инфаркта миокарда (в составе комбинированной терапии): в сочетании со статинами, антиагрегантными средствами, бета-адреноблокаторами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), Протромбокоагуляция. Повышенная чувствительность к действующему веществу, сое, арахису или любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **Беременность и период грудного вскармливания.** Омакор не следует применять у пациентов с экзогенной гипертриглицеридемией (гиперлипопротеинемией I типа). **С осторожностью.** Установленная гиперчувствительность или аллергия на рыбу; возраст старше 70 лет; нарушения функции печени; одновременный прием с пероральными антикоагулянтами, гемостатический диатез; пациенты с высоким риском кровотечений (следствие тяжелой травмы, хирургической операции); вторичная эндогенная гипертриглицеридемия (особенно при неконтролируемом сахарном диабете). Применение при беременности и в период грудного вскармливания. **Беременность и период грудного вскармливания.** Назначать Омакор беременным следует с осторожностью, только после тщательной оценки соотношения риска и пользы, когда польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Препарат не должен применяться в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы⁸.** Внутрь, независимо от приема пищи. Во избежание развития возможных нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) препарат Омакор может приниматься во время приема пищи. Гипертриглицеридемия. Начальная доза составляет 2 капсулы в сутки. В случае отсутствия терапевтического эффекта возможно увеличение дозы



до максимальной суточной дозы – 4 капсулы. Вторичная профилактика инфаркта миокарда. Рекомендуется принимать по 1 капсуле в сутки. **Побочное действие⁸.** Желудочно-кишечные расстройства (в том числе вздутие живота, боль в животе, запор, диарея, диспепсия, метеоризм, отрыжка, газострогазальная рефлюксная болезнь, тошнота или рвота). Перечень всех побочных действий представлен в инструкции по медицинскому применению. Передозировка. Особые указания отсутствуют. Должна быть проведена симптоматическая терапия. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами⁸.** При одновременном применении препарата Омакор с пероральными антикоагулянтами или другими препаратами, влияющими на систему гемостаза (например, ацетилсалициловая кислота или НПВП), наблюдалось увеличение времени свертывания крови. При этом гемостатический эффект не наблюдался. Ацетилсалициловая кислота. Пациенты должны быть проинформированы о возможном увеличении времени свертывания крови. Совместное применение препарата Омакор с варфарином не приводило к каким-либо гемостатическим осложнениям. Однако необходим контроль соотношения протромбинового времени/международного нормализованного отношения (ПТВ/МНО) при совместном применении препарата Омакор с другими препаратами, влияющими на соотношение ПТВ/МНО, или после прекращения терапии препаратом Омакор. **Общие указания.** Омакор должен применяться с осторожностью у пациентов с установленной гиперчувствительностью или аллергией на рыбу. В связи с умеренным увеличением времени свертывания крови (при приеме в высокой дозе, т.е. 4 капсулы в сутки) требуется наблюдение за пациентами, имеющими нарушения со стороны свертывающей системы крови или получающими антикоагулянтную терапию или другие препараты, влияющие на систему гемостаза (например, ацетилсалициловую кислоту или НПВП), при необходимости, доза антикоагулянта должна быть скорректирована. Необходимо учитывать увеличение времени свертывания крови у пациентов с высоким риском развития кровотечения. При терапии препаратом Омакор снижается уровень образования тромбина А2. Существенного влияния на уровень других факторов свертывания крови не наблюдалось. У некоторых пациентов наблюдалось небольшое, но достоверное повышение активности АСТ и АЛТ (в пределах нормы), при этом отсутствуют данные, указывающие на повышенный риск приема препарата Омакор пациентами с нарушениями функции печени. Небольшой контроль активности АСТ и АЛТ у пациентов с подобными признаками нарушения функции печени (в частности, при приеме в высокой дозе, т.е. 4 капсулы в сутки). Опыт применения препарата для лечения экзогенной гипертриглицеридемии (гиперлипопротеинемии типа I) отсутствует. Опыт применения препарата при вторичной эндогенной гипертриглицеридемии ограничен (особенно при неконтролируемом сахарном диабете). **Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами⁸.** Ожидается, что препарат не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Условия хранения. Хранить при температуре не выше 25 °С. Не замораживать. Хранить в недоступном для детей месте! Условия отпуска. Отпускают по рецепту. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению. СМП от 27.08.2019 на основании ИМП от 29.08.2019.

1, Willson Tang W.H., Samara M.A. Polyunsaturated Fatty Acids in heart failure, Should we give more and give earlier? J. Am. Coll. Card. 2011; 57: 880-883. 2, Ruppo Heinz, Omacor (Prescription Omega-3 Acid Ethyl Esters 90). From Severe Rhythm Disorders to Hypertrophic Cardiomyopathy. Adv Ther. 2009 Jul; 26(7): 675-90. 3, Marchioli R et al. Early Protection Against Sudden Death by n-3 Polyunsaturated Fatty Acids After Myocardial Infarction. Circulation 2002; 105:1897-1903. 4, GISSI-HF investigators. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2008; 372 (9645): 1223-1230. 5, GISSI-Prevenzione investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. Lancet. 1999; 354(9177):447-455. 6, Инструкция по медицинскому применению препарата Омакор от 29.08.2019.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

ООО «Эбботт Лэбораториз», 125171, г. Москва, Ленинградское ш., 16а, стр. 1, бизнес-центр «Метрополис», тел.: (495) 258-42-80, www.abbott-russia.ru

Реклама

ОБОСНОВАННОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Канаева Т.В., Кароли Н.А.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

В 2020 году население земного шара столкнулось с пандемией новой коронавирусной инфекции, которая существенно изменила работу системы здравоохранения на территории Российской Федерации. Это связано с изучением возбудителя новой коронавирусной инфекции, разработкой и внедрением методов профилактики и лечения SARS-CoV 19. На фоне пандемии в России отмечен значительный рост продажи антибактериальных препаратов в аптеках и закупок их лечебными учреждениями. По данным ряда исследований, более 90% пациентов с целью лечения COVID-19 получают антибактериальные препараты (АБП), не только в стационарах, но и в амбулаторных условиях.

Цель работы: оценка частоты и характера назначения антибактериальных препаратов пациентам с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Проанкетировано 104 пациента с подтвержденным COVID19, Пациенты получали лечение на базе одной из поликлиник г. Саратова. Опрошено 46 мужчин и 58 женщин, средний возраст $56 \pm 3,5$ лет. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались: артериальная гипертензия – у 54 (52%) пациентов; ожирение – у 58 больных (56%); сахарный диабет 2 типа и хроническая болезнь почек – у 16 (15.3%) лиц.

Результаты. Большинство пациентов обратились на 6-7 сутки от начала заболевания. Наиболее частыми жалобами пациентов на момент обращения были: слабость/недомогание – 104 (100%); миалгия – у 96 (92.3%); нарушения обоняния – 65 (62.5%); сердцебиение – 57 (54.8%); боль/чувство сдавливания в груди – 48 (46.1%); сухой кашель – 46 (44.2%); чувство нехватки воздуха (одышка) – 31 (29.8%); боль в горле – 20 (19.2%); насморк – 18 (17.3%); кашель с мокротой – 17 (16.3%); диарея – 11 (10.5%). Преобладали больные с субфебрильной лихорадкой (не выше $38,5^{\circ}\text{C}$), повышение температуры отсутствовало у 21 больного.

До обращения за медицинской помощью АБП самостоятельно начали принимать 87 (83.6%) боль-

ных. При этом 44 пациента принимали 2 и более антибиотика. После посещения врача АБП были дополнительно назначены еще 6 пациентам, ранее их не получавших.

Необходимо отметить, что назначение АБП терапевтами основывалось не на клиничко-лабораторных данных, а на самом факте заболевания коронавирусной инфекцией и, по всей видимости, страхом оставить пациента без назначений. Чаще всего использовались препараты из групп защищенных аминопенициллинов (17 пациентов), макролидов (49 человек), респираторных фторхинолонов (27 больных) и цефалоспоринов (31 пациент). Причем препараты из последней группы чаще всего назначались парентерально. Комбинации двух, а порой и трех АБП применялись у 46 больных. Возможным оправданием назначения азитромицина могло бы стать его использование его в комбинации с гидроксихлорохином (в надежде на его противовирусное действие). Однако гидроксихлорохин не был назначен ни одному больному.

Согласно имеющимся рекомендациям назначение антибактериальной терапии у пациентов с COVID-19 оправдано только при наличии убедительных признаков бактериальной инфекции (которая может сопутствовать ковиду): лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$, появление гнойной мокроты, повышение уровня прокальцитонина $\geq 0,5$ нг/мл. В проведенном нами исследовании прокальцитонин не был исследован ни у одного больного, гнойной мокроты не было ни у одного больного. Обширный процент поражения легочной ткани (КТ3-КТ4) наблюдался в 11 случаях (10.5%). Лейкоцитоз наблюдался 25% случаев, однако, необходимо отметить, что сам по себе этот показатель не является признаком бактериальной инфекции.

Столь частое (преимущественно неоправданное) назначение АБП сопровождается рядом проблем: ближайшими – побочные эффекты такой терапии, и отдаленными – рост антибиотикорезистентности микроорганизмов. Осложнения АБ-терапии в виде развития АБ-ассоциированной диареи наблюдались нами у 23 пациентов, кандидоз ротовой полости – у 2 больных, рефрактерной к лечению АБП ангина – у 2 пациентов.

Заключение. Несмотря на отсутствие показаний к назначению АБ терапии, на амбулаторном этапе более 90% больных получали АБП для лечения COVID-19. Абсолютное большинство пациентов занимаются самолечением и начинают принимать препараты до визита к врачу. Врачи амбулаторного звена руководствуются в назначениях «страхом

отсутствия лечения» и не корректируют начатую самостоятельно больными терапию.

Источник финансирования: нет

СИНДРОМ ЧАРГА-СТРОССА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Канаева Т.В., Кароли Н.А.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России; Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Цель работы – своевременная постановка диагноза системного заболевания на основании выделения резистентного к терапии бронхообструктивного синдрома в результате взаимодействия врачей различных специальностей в многопрофильном лечебном учреждении г.Саратова.

Материалы и методы: Пациентка Д. 29 лет обратилась в пульмонологическое отделение Областной клинической больницы г.Саратова с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой светлого цвета в небольшом количестве, сопровождающийся «свистами» в груди, с кратковременным положительным эффектом после ингаляций сальбутамола, симбикорта; одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке; заложенность носа.

Из анамнеза: считает себя больной в течение года, когда впервые отметила появление приступов кашля с трудноотделяемой мокротой светлого цвета в небольшом количестве, экспираторной одышки до 4-5 раз в сутки. Лечилась самостоятельно антибактериальными препаратами, муколитиками без эффекта.

Результаты: Объективные данные: SaO₂ 98%. Органы дыхания: при аускультации дыхание жесткое, вдох:выдох=1:1. Хрипы сухие, рассеянные. Пиковая скорость выдоха 280 л/мин, более 60% от должного. В общем анализе крови обращает на себя внимание выраженная эозинофилия=12%. Данные аллерго-проб: IgE к плесневому грибу Аспергиллус отрицательны. Спирография: Функция внешнего дыхания не нарушена. Проба с бронходилататором отрицательна. Данные компьютерной томографии органов грудной клетки: очаговые инфильтративные поражения верхней доли S6 правого легкого (эозинофильная пневмония). Рентгенография придаточных пазух носа:

обе гайморовы пазухи на 1/3 объема затемнены пристеночными линейными тенями, фрагментарно, с полициклическими внутренними контурами. 2-х сторонний полипозный гайморит в фазу набухания слизистой. На основании данных обследований у пациентки проводился дифференциально-диагностический поиск между тяжелой бронхиальной астмой (БА), легочным аспергиллезом, осложнениями инфекционного (вирусно-бактериального) процесса, глистной инвазией. Учитывая высокую эозинофилию (при отсутствии атопии, отрицательных антител к аспергиллам), тяжелое неконтролируемое течение БА, неспецифические для БА поствоспалительные изменения в легких (при отсутствии клиники пневмонии) у пациентки была заподозрена системная патология. Для исключения системной патологии назначена консультация ревматолога – объективно: дыхание жесткое, хрипов, крепитации нет. При разговоре периодически возникает кашель без отхождения мокроты. ЧДД 16 в минуту. Рекомендации: 1. К обследованию – РФ, антитела к ДНК, АНА скрининг, ANCA. 2. КТ ОГК. 3. КТ придаточных пазух носа. 4. Повторная консультация после дообследования. Исследование IgE в крови методом ИФА: 86,7 МЕ/мл. ANCA-Screen: отриц. ANA-Screen: отриц. AT (IgG) к dsДНК: отриц. Ревматоидный фактор методом ИФА: 13,4 Ед/мл. КТ ОГК в динамике: Эмфизема легких. Поствоспалительные фиброзные изменения легких. Очаговый фиброз. Микроскопическое исследование на туберкулез трехкратно: отриц. Учитывая наличие бронхиальной астмы, стойкой эозинофилии, полипов, летучих инфильтратов в легких был выставлен диагноз: Осн.: Синдром Чарга-Стросса (бронхиальная астма, впервые выявленная, в стадии обострения. Хронический полипозный гайморит в стадии обострения). Назначена терапия: преднизолон 40 мг/сут, Симбикорт Турбухалер 2 инг/2 раза в сутки. Спустя 1 месяц. Консультация в Клинике НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких (г. Санкт-Петербург), где диагноз подтвердился. Лабораторные и инструментальные данные: эозинофилия крови 6% (428 клеток), контроль симптомов БА. На КТ ОГК – эмфизема легких, поствоспалительные фиброзные изменения. Спустя 3 месяца: эозинофилия крови 2%, достигнут контроль симптомов БА. Спустя 18 месяцев: Эозинофилия крови 0%, контроль симптомов БА, терапия поддерживающей дозой преднизолона (10 мг/сут), использование ингалятора по потребности.

Заключение: 1. Данный клинический случай демонстрирует, что малоспецифичные симптомы

заболевания и редкость патологии создает дополнительные трудности в диагностике с. Чарга-Стросса. 2. Данные литературы свидетельствуют, что в большинстве случаев диагноз системный эозинофильный васкулит устанавливается на поздних стадиях заболевания на фоне развития осложнений. От момента начала заболевания до постановки диагноза – 10-15 лет. Своевременная диагностика и адекватная терапия, не только профилактируют развитие осложнений, но и значительно улучшают качество жизни пациента. Пациенты с БОС, торпидные к проводимому лечению, должны быть досконально обследованы, в том числе с целью исключения системной патологии.

Источник финансирования: нет

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ, ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ МИОКАРДИТОМ, ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СЕПСИСОМ И ДВС-СИНДРОМОМ.

Конашов В.А., Седова А.Д., Финк А.Е.
Научный руководитель – д.м.н., доц. Чулков В.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет. Кафедра факультетской терапии

Актуальность. Опасность распространения по всему миру новой коронавирусной инфекции (НКВИ) сохраняется по сей день. Особый интерес вызывают пациенты с тяжелым течением НКВИ, так как выживаемость таких больных очень низкая и нет однозначного алгоритма лечения, приводящего к их выздоровлению. Актуальной задачей является улучшение тактики ведения и увеличение выживаемости больных с осложненным течением НКВИ. Особенность данного клинического случая заключается в совокупности осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем с присоединением неврологической симптоматики в виде острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (синдрома Гийена-Барре).

Цель исследования. Проанализировать случай тяжелого течения болезни у пациента с НКВИ, осложненной синдромом Гийена-Барре, сепсисом, полиорганной недостаточностью, ДВС-синдромом и острым вирусным миокардитом.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации пациента Б.: медицинская

карта стационарного больного (форма № 003/у), заключения специалистов ГКБ и ФГАОУ ВО "Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова".

Результаты и их обсуждение. Пациент Б. 38 лет. Пациент контактировал с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19 в процессе своей деятельности. С 20.10.2020 стал отмечать першение в горле, общую слабость, через 10 дней возник сухой кашель, дискомфорт в груди и повышение температуры тела до 37°C. Пациент самостоятельно принимал метилпреднизолон, подкожно ставил эноксапарин натрия. Через 8 дней пациент стал отмечать повышение температуры тела до 39°C, одышку при привычной физической нагрузке. 04.11.2020 была проведена компьютерная томография грудной клетки, патология не выявлена. Пациент госпитализирован в инфекционное отделение ГКБ. 08.11.2020 обнаружена РНК SARS-CoV-2. 09.11.2020 на обзорной рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) выявлены признаки двусторонней полисегментарной пневмонии. 10.11.2020 в связи с ухудшением общего состояния переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии и подключен к неинвазивной вентиляции лёгких (НИВЛ). 11.11.2020 на рентгенографии ОГК зафиксирована отрицательная динамика заболевания. 13.11.2020 в связи с появившейся симптоматикой неврологом выставлен диагноз: синдром Гийена-Барре, острый период. 14.11.2020 – диагностирован острый миокардит, а также тромбоз мелких ветвей легочной артерии. 19.11.2020 переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). 20.11.2020 диагностируется респираторный дистресс-синдром (РДС) и полиорганная недостаточность (ПОН). После проведения ряда консилиумов с применением телемедицинских технологий в составе областных специалистов, а также представителей ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России рекомендовано проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и ультрагемодиализации (УГДФ) (с 21.11.2020 пациенту проводится ЭКМО и низкпоточная гемодиализация). Ведение пациента осуществлялось с учётом временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе проводилась терапия следующими препаратами: эртапением, метилпреднизолон, плазма антиковидная патогенредуцированная, сарилумаб, ацетицистин, далтепарин натрия, омепразол, гепарин

натрия, альбумин, тиоктовая кислота, линезолид, моксифлоксацин, адеметионин, сеанс обменного плазмафереза, ЭКМО. 23.11.2020 диагностирован сепсис. 02.12.2020 поставлен диагноз синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. 04.12.2020 была констатирована биологическая смерть.

Заключительный и клинический диагнозы: U07.1 НКВИ COVID-19, вирус идентифицирован (РНК обнаружена), тяжелая форма.

Осложнение основного диагноза: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (синдром Гийена-Барре), острый период, синдром нижнего вялого парапареза. Острый миокардит вирусной этиологии. Сепсис тяжелое течение. Синдром полиорганной недостаточности. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Диффузный двусторонний эндобронхит 3 степени интенсивности. Сопутствующий: Бронхиальная астма смешанная форма персистирующая, тяжелой степени. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. U12.8 Внебольничная двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония, тяжелое течение ОРДС, ДН 3 степени, риск V (более 130 баллов по шкале PORT).

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует возможность коррекции тяжелого состояния, осложненного синдромом Гийена-Барре, острым вирусным миокардитом, ПОН, сепсисом и ДВС-синдромом, с помощью ЭКМО, УГДФ, современной медикаментозной терапии, что способствует пролонгированию жизни и увеличению шансов на выживание у терминальных пациентов. Таким образом, при средней выживаемости 18 дней у пациентов с тяжелым течением НКВИ, больной Б. находился в стационаре 30 дней, что демонстрирует правильность подобранной тактики лечения пациента, но неуправляемость данного клинического случая в целом.

Источник финансирования: нет

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ: ГОТОВЫ ЛИ ВРАЧИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА РАБОТАТЬ ПО СИСТЕМЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ?

Кононова А. Г., Колбасников С. В.

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) - одно из самых распространенных ее поражений, частота которого неуклонно растет во всем мире. Доказана связь НАЖБП с сахарным диабетом 2 типа, ожирением, системным атеросклеротическим поражением, а также развитием гепатоцеллюлярной карциномы. У 24% пациентов со стеатозом возможно формирование фиброза и цирроза печени.

Идея: выяснить, как соблюдаются клинические рекомендации по диагностике и лечению НАЖБП в амбулаторной практике.

Цель: оценить информированность врачей общей практики (семейных врачей) о факторах риска, прогнозе, основных коморбидных состояниях при НАЖБП, а также их готовность к выполнению клинических рекомендаций.

Материалы и методы. Проведен опрос 42 врачей общей практики (семейных врачей) из г.Твери и 17 районов Тверской области. Большую часть респондентов составили опытные врачи, стаж работы которых превышал 20 лет (61,9%). 9 врачей работали в поликлиниках г. Твери и центральных районных больницах, 33 - в офисах врача общей практики сельских врачебных участков. Сбор информации осуществлялся посредством добровольного анонимного анкетирования с использованием вопросов открытого типа. Использовалась «Анкета по изучению знаний специалистов первичного звена по вопросам диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени», которая была составлена авторами и проходила экспертизу в этическом комитете Тверского государственного медицинского университета (выписка из протокола №9 от 25.11.19).

Результаты. При анализе анкет оказалось, что лишь 19,0% врачей выносят НАЖБП как самостоятельное заболевание (шифры по МКБ: K.76.0; K.73.0; K.73.9). Еще меньше (16,7%) врачей проводят диспансерное наблюдение за пациентами с НАЖБП. Около трети опрошенных (28,6%) однозначно считают, это данное заболевание имеет благоприятный прогноз, остальные (71,4%) допускают неблагоприятный исход (развитие цирроза печени) при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций. Как и предполагалось, большинство анкетированных ассоциируют НАЖБП с сахарным диабетом (66,7%), ожирением (52,4%), а также метаболическим синдромом (28,6%). При этом на коморбидность с сердечно сосудистой патологией (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) указал лишь каждый пятый (19,0%). По

мнению респондентов, НАЖБП может наблюдаться на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта - 23,8% (желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит), 11,9% (хронический некалькулезный холецистит), 2,4% (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь). Среди лекарственных препаратов, которые могут быть причиной НАЖБП врачи общей практики (семейные врачи) назвали нестероидные противовоспалительные средства (54,8%), антибактериальные (30,9%), противоопухолевые (28,6%) и антиаритмические (16,7%) препараты, глюкокортикостероиды (26,19%). При этом 2 врача считали, что причиной НАЖБП может быть прием статинов и витамина А. Для диагностики НАЖБП по мнению всех респондентов, подходит ультразвуковой метод диагностики. При этом 28,6% врачей допускают возможность проведения биопсии печени, а на эластометрию готовы направить лишь 4,8%. Подавляющее число врачей (95,2%) рекомендуют больным НАЖБП диету, с ограничением количества жиров, а о важности увеличения физической активности - помнят менее половины (42,9%). Готовы использовать гепатопротекторы при НАЖБП 59,5% врачей. При этом чаще рекомендуются эссенциальные фосфолипиды (37,5%), витамин Е (23,8%) и адеметионин (21,4%). Лишь 8,9% специалистов используют урсодезокси-холевую кислоту, а среди прочих лекарственных средств врачи назвали метформин (23,8%), препараты растительного происхождения на основе расторопши (9,5%), статины (7,1%), пентоксифиллин (5,3%), а также липоевую кислоту, метионин и витамин В12 (по 1,8% соответственно).

Обсуждение. Выявлены существенные различия между реальной амбулаторной практикой и рекомендациями экспертов. Важно повышать грамотность врачей первичного звена в вопросах диагностики и ведения пациентов с НАЖБП, особенно на селе. Так, нужно шире рекомендовать неинвазивные методы диагностики поражений печени (фибромакс, эластометрия и др.), а также акцентировать внимание специалистов на гепатопротекторах и препаратах других групп, включенных в клинические рекомендации.

Источник финансирования: нет

ДЕБЮТ МИОКАРДИТА ПОД МАСКОЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Красюкова Е.Д.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» РФ, г. Москва

Введение: За последний год мы столкнулись с новой коронавирусной инфекцией. В мире проводится большое количество исследований, посвященных данной проблеме. В перспективе на ближайшие годы - проследить осложнения, отдаленные последствия, влияние на течение других заболеваний. И как следствие – скорректировать, добавить актуальную информацию в клинические рекомендации.

Идея: Перенесенная коронавирусная инфекция влияет на «классическое» течение давно известных заболеваний. На каких моментах стоит сделать акцент врачам во время диагностики различных заболеваний.

Цель: Показать на конкретном примере как клиническая картина, лабораторные и инструментальные данные миокардита маскируются под клинику ревматоидного артрита.

Материалы и методы: Больной М., 38 лет, в сентябре 2020 года появились жалобы на фебрильную лихорадку, потливость, боли в коленных суставах и мелких суставах стоп. После обращения в поликлинику, установлен диагноз: коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19 (подтвержденная), получал противовирусную терапию и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Через месяц больной отметил присоединение мелкоточечных эритематозных высыпаний на голенях, появление одышки при умеренной физической нагрузке. Госпитализирован в местную больницу, при обследовании: гемоглобин 97 (г/л), тромбоциты 359 (10^9 /л), СОЭ 57 (мм/ч), СРБ 123,42 (мг/л), РФ 14,6 (МЕ/мл), АЦЦП отриц.; на рентгенографии кистей и стоп: незначительное сужение суставных щелей плюсне-фаланговых суставов стоп. Установлен диагноз: Вероятный серопозитивный ревматоидный артрит. Иницирована базисная терапия сульфасалазином, без эффекта. В декабре 2020г. отмечает усиление одышки, появление сухого кашля. Повторно госпитализируется, на МСКТ ОГК признаки интерстициального отека легких, двустороннего плеврального выпота, на ЭХОКГ: врожденный порок сердца (ВПС): двустворчатый аорталь-

ный клапан, стеноз 1ст, недостаточность 1ст. Аорта не уплотнена, не расширена. Полость левого желудочка незначительно расширена. Сократительная функция диффузно снижена. Диастолическая функция миокарда нарушена по 1 типу. Признаков легочной гипертензии нет. Во время госпитализации проведены инфузии метилпреднизолоном, назначены диуретики с умеренным положительным эффектом. В январе 2021г. вновь усиление одышки и появление давящих болей в области сердца. Пациент госпитализирован в НИИР В.А. им. Насоновой.

Результаты: Учитывая нетипичную клиническую картину, принято решение обследовать пациента на предмет системных заболеваний соединительной ткани (СКВ, ССД, СВ), в том числе и ревматоидный артрит (РА), а также исключить кардиологическую патологию. При осмотре пациента: болезненность при пальпации плюсне-фаланговых, коленных суставов. Артритов нет. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, выслушивается грубый систолический шум над аортой. При аускультации легких: везикулярное дыхание, ослабленное в базальных отделах. В анализах крови: лейкоциты $19.2 (10^9/л)$, СОЭ 42 (мм/ч), тромбоциты $251 (10^9/л)$, КФК 7,8 (ед/л), ЛДГ 240 (норма до 225,0), СРБ 68 (мг/л), антитела к МСВ 445,1 (Ед/мл), криоглобулины – отрицательно, РФ, АЦЦП, АНФ, АТ к ДНК, IgG, IgM, IgA, C3c, C4, ANCA/АТ к МРО, ANCA/АТ к PR3 – в пределах нормы. На УЗИ коленных суставов – признаки периартикулярных, дегенеративных изменений. На МСКТ ОГК выявлен двусторонний гидроторакс, интерстициальный отек легких, порок аортального клапана, кальциноз створок, недостаточность митрального клапана. На ЭКГ: ЧСС 111 ударов в минуту; горизонтальное положение ЭОС; увеличение левого предсердия; низкий вольтаж зубцов R в V1-V4; диффузное нарушение процессов реполяризации миокарда; депрессия сегмента ST до -1,0 в отведениях V5-V6. ЭХОКГ: расширение восходящего отдела (39 мм) и дуги (36 мм) аорты. Дилатация левых отделов сердца. Сократительная функция миокарда левого желудочка снижена (dS 21%, ФВ 32%). Диффузный гипокинез миокарда левого желудочка. Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка по псевдонормальному типу. Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Аортальный клапан: двустворчатый, створки уплотнены, кальцинированы. Аортальная недостаточность 1-2ст. Аортальный стеноз 2ст. Митральная недостаточность 1-2ст. Легочная гипертензия (СДЛА макс. 45 мм рт ст.). На основании

клинической картины и результатов проведенного обследования, данных за системное заболевания соединительной ткани, в том числе РА, не получено. Диагноз: Миокардит. Показана госпитализация в профильный кардиологический стационар.

Обсуждение: Опираясь на диагностические критерии РА (ACR/EULAR, 2010), пациент набирает 2 балла из 10. При осмотре отсутствуют артриты суставов, боли связаны с периартикулярными изменениями, повышение острофазовых показателей неспецифично для РА. Высокопозитивные АТ к МСВ не является достаточным диагностическим критерием для постановки диагноза, так как отсутствуют другие, специфичные признаки РА. Имеющиеся периартикулярные изменения могут быть как следствие перенесенной коронавирусной инфекции, так и миокардита. Диагноз «миокардит» удовлетворяет диагностическим критериям (ESC, 2013): имеется клинический критерий (быстрое снижение ФВ ЛЖ без ИБС), лабораторные критерии (СРБ, СОЭ, ЛДГ, лейкоцитоз), антивирусные антитела (в нашем случае АТ к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID19) IgG и IgM обнаружены в высоком титре). Прослеживается связь между перенесенной коронавирусной инфекцией и появлением первых жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы спустя месяц.

Источник финансирования: нет

PC-BII-100914, 10.04.2025

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИММУННОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.

Москалёва Ю. Н., Хаманова Ю.Б.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», ГАУ ЗСО «ГКБ№ 40», Екатеринбург, Россия.

Цель исследования: изучить особенности иммунного ответа у пациентов с SARS cov-2 с признаками дисплазии соединительной ткани.

Под наблюдением находилось 76 человек с диагнозом: Коронавирусная инфекция, вирус идентифицирован в возрасте от 38 до 63 лет, из которых основную группу составили 50 пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и группа сравнения -26 пациентов без признаков дисплазии соединительной ткани.

Всем пациентам проводилось исследование иммунного статуса и биохимического анализа крови. Диагноз подтверждался выделением SARS cov-2 методом полимеразной цепной реакцией из назофарингеального отделяемого и компьютерной томографией органов грудной клетки.

В основной группе на долю женщин приходилось 52% больных, из которых 60% составляли пациенты со II степенью дисплазии; 32% - пациенты с III степенью дисплазии и 8% -пациенты с IV степенью дисплазии. Объём поражения легочной ткани в этой группе составил: Кт1-16%, КТ 2-50%, КТ 3-28% и КТ 4-6%.

В контрольной группе женщины составили 84%, из которых легочное повреждение имели с КТ 1-65% больных, КТ2-19% и КТ 3-11% женщин.

Таким образом более 50% пациентов основной группы имели объем легочного поражения КТ 2 и КТ 3, в контрольной же группе больший процент исследуемых, это 65% больных, имели незначительный объём поражения легочной ткани, что соответствовало объёму легочного поражения - КТ 1.

При этом учитывая индекс коморбидности Charlson, пациенты в основной группе не былиотягощены по сопутствующей патологии: 66% имели до 1 балла; 24%- до 2х баллов; более 3х баллов имели всего 10% пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Клиническая картина COVID- 19 в основной группе характеризовалась фебрильной температурой у 28% больных, субфебрильной температурой у 52% пациентов, редким сухим кашлем у 50%,

тахикардией у 40%, снижением сатурации у 44% пациентов, диарейным синдромом у 30%.

В контрольной группе клиническая картина отличалась тем, что лихорадочная реакция была лишь у 30% больных, у 70% повышение температуры отсутствовало ($p < 0,05$), сухой малопродуктивный кашель был у 16% и только 2% пациентов имели симптомы тахикардии и десатурации. Симптомы поражения желудочно-кишечного тракта тоже отсутствовали.

В основной группе у пациентов с соединительнотканной дисплазией мы отметили лейкопению менее $4,0 \cdot 10^9$, с уровнем СД 3 лимфоцитов до $0,7 \cdot 10^9$ при нормальном содержании В лимфоцитов и низким уровнем СД4 лимфоцитов менее $0,5 \cdot 10^9$. Обращали на себя внимание высокое содержание циркулирующих иммунных комплексов до 90,5 единиц и уровень С-реактивного белка до 65,5 мг/л.

В контрольной группе уровень лейкоцитов составил $7,0 \cdot 10^9$, с уровнем СД3 равным $1,3 \cdot 10^9$ и СД 4 равным $0,8 \cdot 10^9$. При этом средний уровень циркулирующих иммунных комплексов составил 77 единиц, а С-реактивного белка-28 мг/л.

Таким образом течение COVID-19 инфекции на фоне дисплазии соединительной ткани характеризуется: лихорадкой у 80% больных, поражением легких более 50% легочной ткани с признаками дыхательной недостаточности у 44% больных; лимфопенией СД3-, СД4- на фоне повышенного уровня циркулирующих иммунных комплексов и С-реактивного белка, что не исключает иммуно-комплексный генез болезни.

Заседание Этического Комитета ГАУ ЗСО ГКБ №40 проведено 11.12.2020.

Источник финансирования: нет

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ КОРОНАВИРУСОМ SARS-COV-2

Орлова Н.В.¹, Карселадзе Н.Д.², Махнёв С.А.², Спирякина Я.Г.¹, Ломайчиков В.В.¹

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

² Медицинский центр аэропорта Московского авиационного узла, Московская область

Введение: Новая коронавирусная инфекция SARS-COV-2 за несколько месяцев достигла уровня пандемии. Для предотвращения распространения инфекции были приняты масштабные меры, как в России, так и во всем мире. Основные меры защиты включали санитарно-противоэпидемические мероприятия: индивидуальные меры защиты, гигиенические мероприятия, перевод на удаленный режим работы и учебы; отмену массовых мероприятий; соблюдение социальной дистанции 1,5 м в общественных местах и др.

Идея. Анализ факторов риска инфицирования SARS-COV-2 позволяет оптимизировать меры профилактики заболевания.

Цель. Определить факторы риска инфицирования SARS-COV-2 в аэропорту Московского авиационного узла.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 78 сотрудников, перенесших COVID-19, работающих в 5 компаниях, структурно входящих в транспортный холдинг: клининг/сервисные услуги, охрана, проектирование, IT-компания, образовательная сфера. Средний возраст 35 лет. Анкета включала пункты: пол, возраст, семейное положение, образование, вид используемого транспорта (личный/общественный), наличие хронических заболеваний, исполнение служебных обязанностей (офис или удаленно), график работы (сменный/ежедневный). Лабораторные методы обследования: ПЦР на выявление РНК вируса SARS-CoV-2 с чувствительностью 1×10^3 геномных эквивалентов в 1 мл или Anti-SARS-CoV-2 IgG, качественное определение. Анализ на коронавирусную инфекцию проводился в течение 4-х месяцев: ежемесячно у 10% от штатной численности сотрудников. На июль 2020 года проведен анализ у 40% сотрудников. Результаты исследования обработаны с использованием комплексной системы анализа данных (пакета прикладных программ для научно-технических расчетов) STATISTICA 8.0. Источник финансирования отсутствует.

Результаты и их обсуждение: Результаты проведенного исследования выявили, что в процентном соотношении существенных различий между количеством заболевших сотрудников, кто работал в офисе или удаленно, не выявлено. Это обусловлено эффективностью проводимых профилактических мероприятий, включая применение средств индивидуальной защиты, что обеспечило безопасное пребывание на рабочем месте. При анализе графиков работы было выявлено, что заболеваемость сотрудников, работающих на

территории аэропорта, достоверно выше ($p < 0,05$) заболеваемости сотрудников, имеющих сменный график работы, как в компании, предоставляющей сервисные услуги, так и в сфере охраны. Сменный график работы предполагает более продолжительный период нахождения вне рабочего места. При сопоставлении заболеваемости сотрудников, пользующихся личным и общественным транспортом, выявлено, что достоверно выше ($p < 0,05$) этот показатель в группе тех, кто пользовался общественным транспортом. Полученные данные свидетельствуют о повышенном риске инфицирования вне работы, связанных с возможными нарушениями соблюдения профилактических мер. При сравнении заболеваемости среди мужчин и женщин достоверных ($p > 0,05$) различий не было выявлено ни в одной компании. Однако в компаниях, сотрудники которых работали удаленно, наблюдалась тенденция к более высокой заболеваемости среди мужчин, тогда как среди офисных сотрудников чаще болели женщины. Среди сотрудников, состоящих в браке, заболеваемость достоверно ($p < 0,05$) выше только в компании, предоставляющей сервисные услуги. Возможно, это обусловлено тем, что сотрудники инфицировались от супруга/супруги. В компаниях, чьи сотрудники работали удаленно, различий выявлено не было. В сфере охраны достоверно ($p < 0,05$) чаще болели холостые/не замужние сотрудники. Данный факт предположительно можно связать с тем, что сфера охраны чаще связана со сменным графиком работы, а также местом постоянного проживания сотрудников в других регионах. При анализе уровня образования у заболевших сотрудников было выявлено, что достоверно ($p < 0,05$) выше число заболевших среди сотрудников со средним специальным образованием. Такой результат отмечен только в компании, предоставляющей сервисные услуги. Возможно, это демонстрирует, что люди с высшим образованием более ответственно относятся к своему здоровью и дополнительным мерам профилактики.

Выводы: на риск инфицирования оказывали влияние факторы, не связанные с работой: использование общественного транспорта; заболеваемость среди холостых была выше, чем у семейных; заболеваемость выше у лиц со средним образованием в сравнении с сотрудниками с высшим образованием.

Источник финансирования: нет

.....

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Петров М.В.¹, Белугина Т.Н.¹

¹ ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» Россия, г. Пенза

Введение: Ежегодно происходит увеличение количество пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом хронической сердечной недостаточности (ХСН). В силу этого крайне важным становится изучение синдрома старческой астении (СА) у данной категории пациентов. Данное исследование должно акцентировать внимание медицинского сообщества на подобной проблеме.

Цель работы. Провести эпидемиологическую оценку хронической сердечной недостаточности и проанализировать связь с синдромом старческой астении.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ГКБ №6, г. Пенза. Проведено анкетирование 130 пациентов старше 60 лет с диагнозом ХСН, для этого использовались опросники «Возраст не помеха», «Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья» (ВАШ) и «Шкала повседневной инструментальной активности» (IADL). После выявления частоты встречаемости синдрома СА проведен сравнительный анализ эпидемиологии ХСН в общей популяции и в группе пациентов с старческой астенией.

Результаты. Возраст пациентов составил от 61 до 89 лет (средний возраст 69,1±8,0 лет), количество мужчин составило 42,5%, женщин - 57,5%. Средний балл по опроснику «Возраст не помеха» составил 2 балла [1;5], по шкале IADL – 18 балла [20;10], по шкале ВАШ – 38,2% + 17,1%. Синдром СА выявлен у 63,8% пациентов (n=83).

Выводы. Частота встречаемости синдрома старческой астении у пациентов с хронической сердечной недостаточностью составила 63,8%, что выше, чем в общей популяции. Полученные данные указывают на необходимость оценки синдрома СА при диагностике и терапии синдрома ХСН, поскольку старческая астения является предиктором неблагоприятного течения и требует особого подхода к ведению данной категории пациентов.

Источник финансирования: нет

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА САХАРНОГО ДИАБЕТА ГБУЗ РМ «ПОЛИКЛИНИКА №2»

Попова К.А., Ямашкина Е.И.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва» г. Саранск, Республика Мордовия

Введение: К одним из наиболее серьезных хронических осложнений СД относят диабетическую нефропатию (ДН), которая приводит к ранней инвалидизации и смерти больных от терминальной почечной недостаточности. В Российской Федерации (РФ) по данным федерального регистра сахарного диабета на 2017 год распространенность хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с СД 1 типа – 20,1%, с СД 2 типа – 6,3%.

Идея. Улучшение контроля факторов риска прогрессирования ХБП у пациентов с диабетической нефропатией.

Цель. Оценка распространенности диабетической нефропатии и адекватности лечения по данным регистра сахарного диабета городского бюджетного учреждения здравоохранения Республики Мордовия (ГБУЗ РМ) «Поликлиника №2».

Материалы и методы. По данным регистра СД ГБУЗ РМ «Поликлиники №2» зарегистрировано 249 человек с ХБП (17,3% – мужчины, 82,7% – женщины), что составляет 8,38% среди всех больных СД. Среди пациентов с ХБП у 7,23% человек СД 1 типа, 92,77% человек – СД 2 типа. Средняя длительность СД у пациентов с ХБП – 14±0,54 лет. Оценивали: половозрастной состав пациентов с СД и ХБП, стадии ХБП по скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии, гликозилированный гемоглобин, липидный спектр крови, артериальное давление, получаемую терапию.

Результаты. Среди пациентов с ХБП у 3,2% мужчин и 4,03% женщин СД 1 типа, а СД 2 типа у 14,05% мужчин и 78,72% женщин. Средняя длительность СД 1 типа – 27±2,24 лет, СД 2 типа – 13±0,49 лет.

Распределение ХБП по СКФ: на стадии С1 пациентов нет, со стадией С2 на учете состоят 49%, С3а – 38,15%, С3b – 8,03%, С4 – 2,81%, С5 – 2,01%. Среди пациентов с СД 1 типа: на стадии С2 1,61% человек, на стадии С3а 1 – 4,02%, на стадии С3b – 0,8%, на стадии С4 – нет, на стадии С5 – 0,8%. Среди

пациентов с СД 2 типа: на стадии С2 – 47,39%; на стадии С3а – 34,14%; на стадии С3b – 2,81%; на стадии С4 – 2,81%; на стадии С5 – 1,2%. Кроме того, по данным регистра было определено, что наибольшее количество пациентов зарегистрировано на стадии А1 по альбуминурии – более 90%, а на стадиях А2 и А3 находятся 2,81% и 1,2% пациентов соответственно.

Был произведен анализ получаемой сахароснижающей терапии и процент достижения целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Было выявлено, что все пациенты с СД 1 типа получают базис-болюсную инсулинотерапию, 50,65% пациентов с СД 2 типа получают терапию пероральными сахароснижающими препаратами (ПСП), 49,35% – находятся на комбинированной инсулинотерапии. При этом только 5,56% пациентов с СД 1 типа и 8,23% пациентов с СД 2 типа HbA1C находится в целевом диапазоне.

Также нами была оценена адекватность терапии статинами у данных пациентов. Согласно полученным данным более 90% пациентов по данным регистра находятся вне целевого диапазона по общему холестерину (ОХ) и липопротеинам низкой плотности (ЛПНП). По триглицеридам (ТГ) вне целевого диапазона находятся 53,01%, а по липопротеинам высокой плотности (ЛПВП) 2,81% пациентов. При этом адекватную терапию статинами получали только 7% пациентов (достигался целевой уровень ЛПНП), лечились неадекватно 66%, и не получали терапию – 27%.

Аналогично ситуация представлена и в отношении антигипертензивной терапии (АГТ) у данных больных. Нами было выявлено, что среди пациентов, получающих АГТ, большинство находятся на монотерапии ингибиторами АПФ, при этом 56,6% находятся вне целевого диапазона. Кроме того, среди всех пациентов с ХБП вне целевого диапазона по АД находятся 84,74%. При этом адекватно лечились только 11%, лечились неадекватно 70%, не получали АГТ 19% пациентов.

Заключение. Большая часть пациентов ГБУЗ РМ «Поликлиника №2» с сахарным диабетом, осложненным диабетической нефропатией, находятся вне целевого диапазона по HbA1c, холестерину и липидным фракциям и АД, что свидетельствует о необходимости коррекции лекарственной сахароснижающей, гиполипидемической и антигипертензивной терапии у данных пациентов с целью профилактики прогрессирования ХБП.

Работа проходила этическую экспертизу в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «МГУ им.

Н.П.Огарёва» 23.12.2020 г. (протокол №91), решено одобрить планируемое исследование, подтвердить соответствие законодательным требованиям и нормативным документам.

Источник финансирования: нет

FEATURES OF HYPODYNAMICS IN RURAL AND URBAN RESIDENTS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

*Rajabova R.Sh., Nurillaeva N.M.,
Shukurdjanova S.M., Saidaxmadov S.S.*

The significance of hypodynamia as a health problem is constantly growing, since insufficient physical activity (PA) is a proven risk factor (RF) for the development of a number of chronic non-infectious diseases (CNID) and their complications, including such severe ones as atherosclerosis, coronary heart disease (CHD), arterial hypertension (AH), cerebral stroke, obesity, diabetes mellitus (DM), cancer, arthritis and osteoporosis.

Aim: To determine the level of everyday PA in patients with CHD living in urban and rural conditions by simple and effective methods of measuring the level of hypodynamia.

Materials: The study include 79 patients with CHD with hypertension, the average age of patients was 56.7 ± 4.1 years, of which: 40 men, 39 women. Group 1 - patients living in the city, and Group 2 is an identical group of patients living in rural areas.

Results: The study of patient's diary showed that the patients spend 2-3 times more time in a passive form, that is day and night sleep takes 10-11 hours, and watching TV from 4.2 to 5.7 hours. Among the risk factors (RF), only smoking was reliably found in the examined patients and, according to the Fagerstrom test, corresponded to the average and high level of nicotine addiction (on average 5.9 points) in both groups. The level of PA according to the PAQ23 + questionnaire in most cases showed moderate and low thresholds (on average 36.3%) activity. Holter monitoring data indicated a tendency of an unreliable occurrence of supraventricular extrasystoles are more in rural patients with CHD than in urban ones.

Conclusions: Our estimation of PA for patients with CHD with hypertension according to non-invasive research methods, taking into account the residence place, lifestyle conditions, the possibilities of primary health care should be fully assessed and have a positive effect on the course of the underlying disease, improving the life quality of patients.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Салеева В.В.

*Научный руководитель -
д.м.н. профессор Кароли Н.А.*

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России, кафедра госпитальной терапии.*

Реабилитация после коронавирусной инфекции необходима каждому переболевшему пациенту вне зависимости от степени тяжести заболевания. Если схемы лечения на амбулаторном и стационарном этапе проработаны, то вопросы реабилитации на амбулаторном этапе в настоящее время четко не определены.

Целью работы стала оценка рекомендаций при выписке из стационара пациентам, госпитализированным по поводу коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Было проанализировано 100 выписок пациентов из различных ковидгоспиталей г. Саратова и г. Энгельса с подтвержденным COVID19. Проанализированы выписки 34 мужчин и 66 женщин. Средний возраст больных составил $65,5 \pm 12,5$ лет. Поражение легких по данным компьютерной томографии или рентгенографического исследования составило от 5% до 45%. Поддержку ИВЛ получали 8 человек в возрасте старше 70 лет. Развитие цитокинового шторма зафиксировано у 8 пациентов. Среди сопутствующей патологии наиболее часто встречались: артериальная гипертензия – у 77 пациентов; ожирение – у 37 больных; сахарный диабет 2 типа – у 15 человек.

Результаты. Несмотря на то, что выписки были из разных стационаров, содержащиеся в них рекомендации были максимально похожи. Также нельзя не отметить, что рекомендации были максимально стандартны и практически не зависели от исходного состояния пациента, тяжести течения НКИ, наличия сопутствующих заболеваний. Так, ни в одной из выписок не содержались рекомендации по коррекции таких значимых состояний, как артериальная гипертензия, СД, сердечная недостаточность.

Основная роль в реабилитации пациентов с новой коронавирусной инфекцией (НКИ) на амбулаторном этапе принадлежит именно немедикаментозной реабилитации, целью которой является рекрутировать гипервентиляционные зоны, улучшить дренажную функцию и кровообращение

легких. Среди методов такой реабилитации основное внимание должно уделяться физическим тренировкам и дыхательным упражнениям. К сожалению, ни в одной из выписок не были определены рекомендации, касающиеся физических нагрузок. Дыхательная гимнастика была рекомендована всем пациентам, однако либо она не была конкретизирована, либо рекомендовались методы, которые нежелательно использовать у пациентов, перенесших COVID-19 (например, надувание шариков). Методы медикаментозной реабилитации после перенесенной НКИ являются, во многом, симптоматическими и определяются исходя из клинической картины пациентов. Так, 36 пациентам было рекомендовано муколитиков, несмотря на их длительный прием в стационаре. Преимущественно рекомендовался прием АЦЦ в дозе 600 мг в сутки. Терапия пероральными глюкокортикоидами рекомендовалась 7 пациентам: метипред от 4 до 12 мг в сутки. Двое из этих пациентов в стационаре находились на респираторной поддержке ИВЛ, еще у одного в стационаре имелись проявления цитокинового шторма. При этом в стационаре ГК (преимущественно парентерально) назначались 41 больному вплоть до даты выписки.

Вопрос назначения антикоагулянтной терапии на этапе реабилитации остается открытым. Большинство авторов придерживается точки зрения, что терапия должна быть продолжена на период 30-45 дней, особенно при наличии факторов риска тромбоза глубоких вен. Прием пероральных антикоагулянтов был рекомендован 37 пациентам (преимущественно апискабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день). Обращают на себя внимание рекомендации по приему антиагрегантов 50 пациентам (без наличия других показаний к их применению).

Необходимо также отметить назначение витаминов на амбулаторный этап: компливит рекомендовался 45 пациентом, изолированное применение витамина Е – 50 больным. Также 50 больным была рекомендована терапия массажем.

Заключение. Методы реабилитации после перенесенной НКИ являются, во многом, симптоматическими и определяются исходя из клинической картины пациентов. Анализируя полученные из выписок данные можно сделать вывод о том, что такой персонализированный подход, к сожалению, отсутствовал: выписки были однотипными, практически не учитывали состояние пациентов, наличие сопутствующей патологии. Необходимо отметить назначение препаратов без наличия доказательной базы и показаний к их применению

(антиагреганты, витамин Е, поливитамины, синбиотики). Методы немедикаментозной реабилитации пациентам либо не рекомендуются вовсе, либо носят абсолютно неконкретный характер.

Источник финансирования: нет

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Сваровская А.В.¹, Левшин А.В.², Шабельский А.О.²

¹ НИИ кардиологии, Томский НИМЦ

² ОГБУЗ «Асиновская РБ»

Введение: Пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом для социально-экономических, политических и культурных сфер во всем мире, несмотря на то, что большинство случаев заболевания протекает в легкой форме. Высокий уровень контагиозности, быстрота распространения, а также полиморфная клиническая картина формируют новые задачи для систем здравоохранения всех стран, клиницистов и ученых.

Цель: изучить изменения в лабораторных показателях у пациентов у пациентов перенесших COVID-19.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе респираторного госпиталя ОГБУЗ «Асиновская РБ» в период с 3 ноября по 31 декабря 2020 г. Методом сплошной выборки в исследование включено 75 пациентов с диагнозом COVID-19 (верифицирован и подтвержден лабораторно методом полимеразной цепной реакции при исследовании биологического материала), в том числе 73,3% мужчин и 26,7% женщин, в среднем возрасте 62 (42;83) года. Сбор клинико-анамнестических и лабораторных данных осуществляли путем анализа электронных историй болезни. Сведения включали клиническую информацию (возраст, пол), результаты лабораторных показателей: общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ, коагулограмму.

Результаты. Установлено, что в ОАК у подавляющего количества больных (76%) при поступлении в стационар лейкоциты были в пределах нормальных значений или снижены, в четверти случаев (24%) установлен лейкоцитоз. При этом у 88% пациентов при госпитализации регистрировался нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы с выраженной лимфопенией. Признаки анемии установлены у 11 (14,6%) пациентов, а тромбоци-

топения – в 28% случаев. Гипергликемия на ранних сроках госпитализации (1-2 сутки) зарегистрирована в 62,6% случаев, среднее значение составило $8,18 \pm 3,1$ ммоль/л. Лабораторные признаки острого почечного повреждения (повышение уровня креатинина и мочевины) обнаружены в 58,6%, при этом средний уровень креатинина составил $171,5 \pm 74,2$ мкмоль/л (при норме 65-115 мкмоль/л). Снижение общего белка выявлено у 21,3% обследованных. Исходно повышенный уровень СРБ отмечен в 61 случае (81,3%). Коагулограмма при поступлении выполнена у всех пациентов. Наиболее значимые изменения: повышение международного нормализованного отношения – в 90,6% случаев, повышение активированного частичного тромбoplastинового времени – в 64%, повышение протромбинового времени – в 16%, повышение фибриногена – в 68% случаев. Уровень D-димера был исследован у 52 (69,3%) пациентов и у всех пациентов он превышал нормальные значения. Показатели СРБ, D-димера можно считать маркерами тяжести состояния больного. Уровень прокальцитонина определен только у 22 пациентов (29,3%), при этом у 17 больных превышал нормальные значения.

Обсуждение. Установлены значимые изменения маркеров воспаления и тромбообразования у пациентов, перенесших COVID-19, что неблагоприятно в отношении прогноза и требует разработки профилактических мероприятий, направленных на снижение рисков развития септических осложнений и тромбообразования. Для определения прогностической значимости изменения лабораторных показателей необходимо сравнение с группами пациентов-реконвалесцентов, имевших сопоставимую тяжесть состояния, а также с данными амбулаторных карт пациентов.

Исследование одобрено на заседании комитета по биомедицинской этике НИИ кардиологии Томского НИМЦ (протокол № 204 от 18.11.2020)

Источник финансирования: нет

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЦИТОКИНОВОГО ШТОРМА, У ЛИЦ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ SARS-CoV-2

Скрипченко Е.А., Деев Д.А.

Новосибирский Государственный Университет

Введение: новая коронавирусная инфекция, вызванная SARS-CoV-2, является тяжелым и потенциально опасным заболеванием, так как поражает различные органы и системы и часто приводит к летальному исходу. Критический вариант течения COVID-19 сопровождается выбросом большого количества цитокинов и хемокинов в ответ на внедрение в организм вируса. Эта гиперовоспалительная реакция носит название – цитокиновый шторм (ЦШ). В настоящее время выявление клинических факторов риска, предопределяющих развитие ЦШ, является актуальной задачей, стоящей перед практикующими врачами, особенно терапевтами амбулаторного звена. Известно, что жировая ткань, особенно висцеральная (в том числе эпикардальная) является источником провоспалительных цитокинов. Она вырабатывает широкий спектр биологически активных веществ, способных потенцировать развитие цитокинового шторма у людей с новой коронавирусной инфекцией.

Цель работы: выявить факторы риска, определяющие вероятность развития цитокинового шторма, у лиц с новой коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2.

Материалы и методы: обследовано 186 пациентов, среди них 81 мужчина и 105 женщин, проходивших лечение в условиях инфекционного госпиталя. Больные отобраны методом случайной последовательной выборки. Проводился анализ стандартных общеклинических, лабораторных и инструментальных данных. Антропометрическое обследование включало измерение: массы тела, роста, обхвата талии (ОТ) и бедер (ОБ), вычисление индекса массы тела (ИМТ). Толщину эпикардального жира (ТЭЖ) измеряли при проведении стандартного ультразвукового исследования за свободной стенкой правого желудочка в парастернальной позиции. Всем пациентам проведен расчёт кумулятивного индекса коморбидности CIRS-G. Согласно «Временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции» (версия 10 от 08.02.2021) критериями для диагностики ЦШ яв-

лялись: наличие патологических изменений в лёгких (пневмония среднетяжёлой/тяжёлой степени) по данным рентгенологического обследования и наличие двух и более признаков: 1) снижение $SpO_2 < 94\%$; 2) повышение СРБ в 6 норм; 3) сохраняющаяся субфебрильная/фебрильная температура; 4) Число лейкоцитов – $3,0-3,5 \times 10^9/л$. На основании этого пациенты разделены на 2 группы: в группу 1 ($n=132$) вошли пациенты без признаков ЦШ; в группу 2 ($n=54$) отнесли больных с признаками ЦШ.

Результаты: пациенты группы 2 оказались достоверно старше пациентов группы 1: $65,4 \pm 7,7$ лет и $60,8 \pm 13,2$ лет, соответственно ($p < 0,05$), в связи с чем нельзя исключать, что на развитие ЦШ оказал влияние фактор возраста. Однако, при проведении корреляционного анализа достоверно значимых связей возраста с показателями, определяющими ЦШ не обнаружено. Половых особенностей в развитии ЦШ не выявлено, доля мужчин в группе 1 составила $59,1\%$, в группе 2 – $50,0\%$ ($p = 0,25$); доля женщин в группе 1 – $40,9\%$, в группе 2 – $50,1\%$ ($p = 0,25$). Установлено, что индекс коморбидности CIRS-G оказался выше у пациентов группы 2, чем у группы 1: $1,8 \pm 0,8$ и $1,4 \pm 0,9$, соответственно ($p < 0,05$). Частота встречаемости гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета (СД) 2 типа была достоверно выше в группе 2 по сравнению с группой 1 (ГБ: $\chi^2 = 6,1$, $p = 0,01$, СД: $\chi^2 = 5,31$, $p = 0,02$). Таким образом, наличие коморбидной патологии увеличивает вероятность развития ЦШ.

Анализ общей выборки пациентов, показал, что срок госпитализации имел прямые корреляционные связи с выраженностью ОТ и ТЭЖ: $rs = 0,22$, $rs = 0,3$, соответственно ($p < 0,05$). ТЭЖ имела прямую корреляционную связь с уровнем фибриногена – $rs = 0,26$ ($p < 0,05$), а также увеличение ТЭЖ ассоциировано с изменением других биохимических показателей. Так, уровень общего белка, альбумина, СКФ имели достоверные обратные корреляционные связи с ТЭЖ: $rs = -0,28$, $rs = -0,30$ и $rs = -0,35$, соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: результаты исследования свидетельствуют о том, что пациенты старшей возрастной группы, имеющие коморбидную патологию, такую как ГБ и СД 2 типа входят в группу риска по развитию ЦШ. Висцеральное ожирение также ассоциировано с развитием цитокинового шторма. ТЭЖ, как один из эктопических депо висцеральной жировой ткани, является одним из ключевых маркёров, определяющих вероятность развития ЦШ, длительность госпитализации и характер течения

COVID-19, особенно у пациентов имеющих сердечно-сосудистую патологию.

Источник финансирования: нет

ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОПИСТОРХОЗНОЙ ИНВАЗИИ

Солдатов Д.А., Хаманова Ю.Б.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Екатеринбург

Введение: При хроническом описторхозе установлено различное проявление дисбаланса иммунной системы в зависимости от длительности инвазии (Постникова Т.Ф., 1988). При длительности заболевания до 1 года наблюдается индукция Т-клеточного звена с усилением CD8+ и ослаблением CD4+-лимфоцитов (Степанова Т.Ф., 1998; Daniel V., 1997). Резкое уменьшение Т-хелперов, низкое абсолютное число В-лимфоцитов, значимое увеличение концентрации иммуноглобулинов наблюдается при инвазии от 1 года до 5 лет (Ильинских Е.Н., 2010). При инвазии более 5 лет отмечается увеличение Т-хелперов и Т-цитотоксических лимфоцитов (Покровский В.И., 1993).

Цель исследования: выявить особенности иммунологической перестройки у больных с хроническим описторхозом в зависимости от продолжительности инвазии.

Материалы и методы. В работе представлены материалы и результаты открытого проспективного исследования, проведенного в г. Екатеринбурге на базе инфекционного отделения № 3 МАУ «ГКБ №40». Под наблюдением находилось 63 пациента: при инвазии до 1 года ($n=19$), от 1 года до 5 лет ($n=21$), более 5 лет ($n=23$). Средний возраст больных составил $43,9 \pm 1,8$ лет. Иммунологическое исследование проходило на базе Диагностического центра (лабораторной диагностики ВИЧ, инфекционной патологии и болезней матери и ребенка; главный врач, д.м.н., профессор Бейкин Я.Б.)

Результаты. Продолжительность инвазии до 1 года характеризовалась: лимфоцитозом ($p<0,05$), в гуморальном звене иммунитета – увеличением содержания Ig M ($1,74 \pm 0,82$ г/л; $p<0,05$), Ig E ($98,4 \pm 2,36$ МЕ/мл; $p<0,05$), ЦИК ($106,2 \pm 2,61$ Ед.; $p<0,05$), В-лимфопенией ($0,17 \pm 0,01$; $p<0,02$), в

клеточном звене – снижением числа CD3+-лимфоцитов ($0,97 \pm 0,04$) ($p<0,05$), а в фагоцитарном – увеличением бактерицидной активности лейкоцитов (БАЛ) ($63,2 \pm 2,84$ %; $p<0,05$). При исследовании иммунного статуса у пациентов с длительностью инвазии от 1 года до 5 лет выявлялись следующие изменения: моноцитоз ($p<0,05$); в гуморальном звене наблюдалось увеличение уровней Ig M ($1,66 \pm 0,53$ г/л; $p<0,05$), Ig G ($18,4 \pm 1,76$ г/л; $p<0,05$), ЦИК ($78,4 \pm 1,96$ Ед.; $p<0,05$). В клеточном звене фиксировалось снижение CD8+-лимфоцитов ($0,45 \pm 0,03$; $p<0,01$), повышение NK-клеток ($0,49 \pm 0,05$; $p<0,05$), а в фагоцитарном – увеличение поглотительной активности моноцитов (ПАМ) ($82,4 \pm 2,81$ %; $p<0,05$). Кроме того, регистрировался синергизм между длительностью инвазии более 1 года и CD3+-лимфоцитов ($r=0,78$; $p<0,01$). При инвазии более 5 лет в иммунном статусе наблюдались: лимфоцитоз и эозинофилия ($p<0,01$). В гуморальном звене иммунитета выявлялось увеличение уровней Ig M ($1,68 \pm 0,78$ г/л; $p<0,05$), Ig G ($20,6 \pm 1,95$ г/л; $p<0,02$), а в клеточном звене – снижение CD3+-лимфоцитов ($0,89 \pm 0,06$; $p<0,05$), увеличение NK-клеток ($0,36 \pm 0,04$; $p<0,05$). Со стороны неспецифических механизмов защиты выявлялись низкие значения НСТ-теста ($14,4 \pm 1,48$ %; $p<0,05$), а также увеличение ПАМ ($79,4 \pm 2,04$ %; $p<0,05$). В свою очередь, регистрировалась положительная корреляционная связь между продолжительностью заболевания более 5 лет и Т-хелперов ($r=0,79$; $p<0,05$).

Заключение: изменения со стороны иммунной системы в ранний период описторхоза характеризуются: лимфоцитозом, увеличением уровней Ig M, Ig E и ЦИК, а также В- и Т-лимфопенией на фоне активации БАЛ, а в более поздний период инвазии – моноцитозом, эозинофилией, увеличением уровней Ig M, Ig G и ЦИК, Т-лимфопенией и снижением НСТ-теста на фоне увеличения NK-клеток и ПАМ.

Источник финансирования: нет

ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Тяпаева А.Р., Наумова Е.А.,
Семенова О.Н., Булаева Ю.В.

ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России, г. Саратов

Введение: Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 по сей день остается огромной проблемой для системы здравоохранения во всем мире. Чаще всего вирус поражает дыхательную систему, однако, есть данные о повреждении других систем органов.

Цель: проанализировать экстрапульмональные проявления COVID-19 у пациентов инфекционного госпиталя с ССЗ.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе инфекционного отделения COVID-19, в одной из Университетских больниц города Саратова. Исследование включало 88 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, госпитализированных в инфекционное отделение по поводу коронавирусной инфекции. Включение пациентов проводилось после стабилизации их состояния, за 3-4 дня до предполагаемой даты выписки. Критериями исключения были: отказ от участия в клиническом исследовании, невозможность самостоятельно заполнить информированное согласие и/или предоставляемые опросники, пациенты отделения интенсивной терапии и реанимации, дыхательная недостаточность III степени, хроническая сердечная недостаточность IV ФК по NYHA, тяжелая деменция (результат менее 10 баллов по шкале MMSE). Всем пациентам проводились: сбор анамнеза, опрос относительно клинической картины заболевания, физикальный осмотр, заполнение шкалы HADS, шкалы оценки тревоги Бека, шкалы оценки депрессии Гамильтона. Исследование было одобрено комитетом по этике ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Результаты: в исследование были приглашены 102 пациента, согласились на участие 90 респондентов, 2 пациента умерло до проведения интервью. Среди опрошенных 58 женщин, 30 мужчин. Медиана возраста составила 61,5 лет.

Чаще всего встречались симптомы со стороны нервной системы: чувство страха и тревожности отмечали 58 человек (66,0%), заторможенность – 54

(61,0%), нарушение сна в виде бессонницы, частых пробуждений и тревожных снов – 50 (56,8%), снижение памяти – 46 (52,3%), головокружение – 46 (52,3%), снижение или полное отсутствие обоняния – 48 (54,5%), снижение или полное отсутствие вкуса – 46 (52,3%), сильные головные боли и дезориентация в месте и времени – 20 (22,7%), 8 человек жаловались на галлюцинации и парестезии (9,1%).

У 86 (97,7%) опрошенных отмечалось повышение температуры тела. У 54,5% показания колебались в пределах 38,0-39,0 С, у 22,7% отметка на термометре достигала значения выше 39,0 С, у 20,5% – 37,0-38,0 С. 55,8% заболевших испытывали выраженную слабость, умеренно выраженная слабость встречалась в 30,3% случаев, незначительную слабость отметили 13,9% опрошенных. Снижение толерантности к физической нагрузке во время болезни зафиксировали 78 (88,6%) опрошенных. Потеря аппетита зарегистрирована у 40 (45,5%) пациентов. Миалгия встречалась у 36 респондентов (40,9%). Среди кожных проявлений чаще всего выявлялись боль при касании и сухость кожных покровов – 6 (6,8%). Такое же количество пациентов отмечало появление выраженной сухости во рту.

При оценке психического статуса у 93,2% пациентов выявлены нарушения от легких когнитивных до легкой деменции, преобладающее значение имеют умеренные когнитивные нарушения, на долю которых приходится 65,9%, у 18,2% - легкая деменция, у 9,1% - легкие когнитивные нарушения, и лишь у 6,8% нарушения не выявлены. По данным шкалы Бека оказалось, что у 97,7% пациентов присутствует небольшой уровень тревоги, а у 2,3 % он умеренно выражен.

Обсуждение: выявлено разнообразие клинических проявлений коронавирусной инфекции со стороны всех систем органов, в особенности, нервной системы, в том числе изменения психической сферы пациентов в виде тревоги и нарушения когнитивных функций, что еще раз доказывает повреждающее воздействие вируса на центральную и периферическую нервную систему. Лишь у небольшой части респондентов наблюдались проявления со стороны кожи и желудочно-кишечного тракта.

Источник финансирования: нет

ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Ушаева Л.А., Близниченко А.С., Попов А.А.

ФГКУЗ «2 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», г. Пятигорск

Актуальность. В настоящее время по-прежнему сохраняется неблагополучная эпидемиологическая ситуация по новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая ставит перед медицинскими специалистами различного профиля задачи изучения патогенетического влияния новой инфекции на организм человека и возможные пути коррекции. На сегодняшний день нет достаточных научных исследований в области изучения влияния новой коронавирусной инфекции на состояние внутренних органов и их систем.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ заболеваемости новой коронавирусной инфекцией у военнослужащих Северо-Кавказского округа войск национальной гвардии Российской Федерации, проходящих лечение в отделении строгого противозидемиологического режима госпиталя в период с мая по декабрь 2020 года и изучить особенности поражения легких, вызванных SARS CoV-2.

Материал и методы. В работе представлены результаты анализа 184 историй болезней с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией и различным объемом поражения легочной ткани. Средний возраст заболевших - 37,5 года.

Проведены клинико-диагностические корреляции влияния COVID-19 на состояние органов дыхания.

Результаты и обсуждение. Основной и быстро достижимой мишенью при новой коронавирусной инфекции являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, что и определяет вирусное поражение легких. При анализе поражения легочной ткани по данным лучевой диагностики органов грудной полости из 184 пациентов со средне-тяжелыми и тяжелыми формами COVID-19 выявлены следующие объемы поражения легочной ткани - КТ I – у 155 пациентов; КТ II - 22; КТ III - 6, КТ IV - 1, из которых 55 пациентов с не идентифицированным вирусом SARS CoV-2 методом ПЦР.

Ключевым признаком поражения легких на компьютерной томографии являлось появление

симптома «матового стекла», свидетельство развившегося деструктивного альвеолита, геморрагий, микротромбозов дистальных отделов легочных сосудов. В основе легочной патологии по последним данным является микротромбоз и парез капилляров легких с локальным увеличением кровотока, так называемое «матовое стекло», что ведет к нарушению вентиляционно-перфузионного соотношения и нарушению газообмена.

В клинической картине вирусного поражения легких мы наблюдали лихорадку, одышку, чувство нехватки воздуха, особенно при ходьбе, сдавление в грудной клетке, сухой надсадный кашель с приступами удушья (у пациентов более старшего возраста или с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы или обмена веществ), или малопродуктивный кашель с отхождением слизистой мокроты с прожилками крови, общую слабость. Обращала на себя внимание скудная симптоматика, нежели при поражении легких бактериальной этиологии.

У пациентов в возрасте 40-50 лет нами отмечена быстрая отрицательная динамика поражения легочной ткани, поэтому у данной возрастной группы потребовался частый контроль динамики (каждые 3-5 дней), так как объем поражения увеличивался, а клиническая симптоматика отсутствовала или запаздывала.

У пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы симптом «матового стекла» дифференцировали от грозного осложнения, отека легких. Правильно вынести заключение позволяло симметричное прикорневое поражение легких, наличие выпота в плевральных полостях и расширение легочного ствола. Симптом «удушья» на фоне субфебрильной температуры по поводу любого другого заболевания у таких пациентов, позволял исключить пневмонию, вызванную SARS-CoV-2 и правильно диагностировать отек легких. Лишь у 2-х пациентов выявлено два сопутствующих поражения легких - и отека и SARS-CoV-2-индуцированной пневмонии.

У 1 пациента на фоне вирусного поражения легких SARS-CoV-2 присоединение бактериальной флоры привело к формированию абсцесса легкого.

Заключение. Вирусное поражение легких имеет скудную клиническую симптоматику. Все выявляемые при лучевых исследованиях признаки, включая КТ-симптомы, не специфичны для какого-либо вида инфекции и не позволяют установить этиологический диагноз. Данные лучевого исследования не заменяют результаты обследования на ПНК SARS-CoV-2.

Источник финансирования: нет

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ
БЛАНДА-УАЙТА-ГАРЛАНДА**

**Чулков В.С., Воропаева Е.Е.,
Воропаев Д.Д., Кошкина А.И.**

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный
медицинский университет Минздрава России,
г. Челябинск*

Беременные женщины подвержены высокому риску тяжёлого течения новой коронавирусной инфекции (НКВИ) COVID-19 и развития венозных тромбозмболических осложнений (ВТО), особенно те, кто имеет хронические заболевания лёгких и органов сердечно-сосудистой системы. В структуре последних лидируют врождённые пороки сердца (ВПС), зачастую оперированные. Синдром Бланда-Уайта-Гарланда (СБУГ) – врождённое аномальное отхождение коронарных артерий (КА), чаще левой (ЛКА), от ствола лёгочной артерии (ЛА). СБУГ – абсолютное показание к хирургической коррекции. Часто формируется недостаточность митрального клапана (МК), что требует его протезирования. Такие пациентки имеют высочайший риск развития ВТО и пожизненно получают антикоагулянтную терапию. В литературе описаны единичные случаи успешного родоразрешения пациенток с хирургически скорректированным СБУГ. Случаев сочетания СБУГ и НКВИ у беременных женщин в доступной литературе мы не встретили.

Цель работы. Описание благоприятного исхода случая крайне тяжёлого течения НКВИ COVID-19 при беременности у пациентки с хирургически скорректированным СБУГ и протезированным МК на основе мультидисциплинарного подхода к лечебно-диагностической тактике.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации пациентки В.: диспансерная книжка беременной женщины (спец. форма 113), история родов (форма №096-У). Результаты. Пациентка В., 20 лет. В 2001 г. выявлен ВПС – СБУГ, в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ выполнена реимплантация устья ЛКА в аорту. В 2007 г. – протезирование МК механическим протезом Sorin 27. Постоянно принимает варфарин по 5 мг под контролем МНО. В 2015 г. – преждевременные оперативные роды на сроке 34 недели; 2018 г. – медикаментозный аборт на сроке 6 недель; 2020 г. – настоящая беременность. На диспансерном учё-

те с 5 недель, ведение пациентки осуществлялось с учётом Национальных рекомендаций Российского кардиологического общества «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности 2018». Неоднократно консультирована кардиологом, кардиохирургом, гемостазиологом. Вынашивание беременности возможно, однако пациентка относится к III степени риска сердечно-сосудистых осложнений (ВОЗ III). На сроке 31 неделя 3 дня появилась одышка в покое, кашель, t 37,80С. Отягощён эпиданамнез: у бабушки – НКВИ COVID-19. Пациентка доставлена в инфекционный госпиталь по оказанию помощи беременным, роженицам и родильницам с НКВИ COVID-19 г. Челябинска в тяжёлом состоянии с SpO₂ 55%. Обследование и лечение осуществлялось в условиях отделения реанимации. Неинвазивная ИВЛ в режиме CPAP. На основании результатов клинико-лабораторного, инструментального обследования, заключения специалистов междисциплинарного консилиума (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, гемостазиолог, кардиолог и кардиохирург), проведенных в экстренном порядке, определён диагноз и дальнейшая тактика ведения. Диагноз: НКВИ, вызванная COVID-19, вирус идентифицирован, крайне тяжёлое течение. Внебольничная двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония, тяжёлое течение. КТ-3. Острый респираторный дистресс-синдром. Острая дыхательная недостаточность 2 степени. Оперированный ВПС – СБУГ: реимплантация устья ЛКА в аорту (2001 г.), протезирование МК механическим протезом Sorin 27 (2007 г.) Дисфункция протеза МК. Умеренный надклапанный стеноз ЛА. Коронарно-лёгочная фистула, гемодинамически незначимая. ХСН I ст., NYHA I ФК. Беременность 31 неделя 3 дня. Дистресс плода. Рубец на матке после операции кесарево сечение (2015 г.) Решено родоразрешить пациентку путём операции кесарево сечение в условиях нейроаксиальной анестезии при респираторной поддержке CPAP, провести хирургическую стерилизацию. Родилась живая недоношенная девочка (вес 1600 г, рост 40 см) с оценкой по Апгар 4 балла, через 5 минут – 5 баллов, передана неонатологу, реаниматологу. Дальнейшее лечение пациентки осуществлялось в отделении реанимации. CPAP-терапия завершена на 7-е сутки, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 17-е сутки. Новорожденный переведен на II этап выхаживания.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует возможность благоприятного ис-

хода крайне тяжёлого течения НКВИ COVID-19 и родоразрешения у беременной женщины с оперированным ВПС – СБУГ и протезированным МК при наличии III степени риска осложнений (ВОЗ III). Полагаем, что первостепенное значение для успешного ведения таких пациенток имеют мультидисциплинарный подход и высокий уровень современных организационных и медицинских технологий.

Источник финансирования: нет

.....

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В 2020 ГОДУ

**Ямашкина Е.И., Брылева А.Е.,
Есина М.В., Ефремова О.Н.**

*ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
им. Н. П. Огарёва», г. Саранск, Республика Мордовия*

В 2020 году в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 были введены ограничительные мероприятия, что значительно изменило образ жизни населения.

Цель исследования: анализ распространенности модифицированных факторов риска сахарного диабета 2 типа у взрослого населения Республики Мордовия в 2020 году.

Материалы и методы: проведен анализ формы №131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения» за 2020 год в сравнении с 2017-2019 гг.

Результаты: Всего в 2020 году прошли профилактические осмотры и диспансеризацию 91952 человека, что составляет 25,9% от запланированного на 2020 год.

Распространенность избыточной массы тела в 2020 году составила 16898,5 на 100 тыс. населения, что на 6,5% больше, чем в 2019 году (15846,3), но на 11,5% и 5,9% меньше, чем в 2017 (19101,1 на 100 тыс.) и 2018 годах (17969,3 на 100 тыс.) соответственно. Причем не было значимой разницы с первым кварталом 2020 года (16898,5 на 100 тыс.). Низкая физическая активность выявлена у 15983 на 100 тыс. населения (18841 на 100 тыс. в 1 квартале 2020 года). В 2019 году 17703 на 100 тыс. В 2017-18 гг. число лиц с недостаточной физической

активностью было на 34-34,6% больше (21422,0 и 21511,6 на 100 тыс. соответственно).

Распространенность нерационального питания составила 26228,9 на 100 тыс. населения, что на 13,3-43,2% меньше, чем в 2017-19 гг. (37093,9; 37577,4 и 30252,0 на 100 тыс. соответственно). При этом за 1 квартал 2020 года этот показатель составил 31542,1 на 100 тыс. населения, но в дальнейшем произошло его снижение.

Заключение: таким образом, режим самоизоляции не оказал негативного влияния на модифицированные факторы риска сахарного диабета 2 типа в Республике Мордовия в 2020 году. Более того, сохранилась устойчивая тенденция к снижению доли лиц с низкой физической активностью и распространенности нерационального питания. С одной стороны это может быть связано с действующими ограничениями и исключением из диспансеризации лиц старшей возрастной группы и имеющих хронические заболевания. С другой стороны, это может быть обусловлено хорошей информированностью лиц, ранее получавших профилактическое консультирование в ходе диспансеризации, о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний и здоровом образе жизни.

Работа проходила этическую экспертизу в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П.Огарёва» 23.12.2020 г. (протокол №91), решено одобрить планируемое исследование, подтвердить соответствие законодательным требованиям и нормативным документам.

Источник финансирования: нет

.....

Высокоселективный β_1 – адrenoблокатор с вазодилатирующими свойствами¹

- Эффективное снижение АД²
- Хорошая переносимость²
- Благоприятное воздействие
на метаболические показатели³

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

АГ – артериальная гипертензия;
ХСН – хроническая сердечная недостаточность.
Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Небилет® П N011417/01-050220
2. Van Bortel L. M. et al.; Am J Cardiovasc Drugs 2008; 8 (1): 35-44
3. Schmidt A. C. et al.; Clin Drug Invest 2007; 27 (12):841-849

Адрес компании: ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини»
123317, г. Москва, Пресненская набережная, д. 10/БЦ «Башня на набережной», блок Б
Тел.: (495) 785-01400, факс: (495) 785-01401 <http://www.berlin-chemie.ru>
Материал предназначен для специалистов здравоохранения. Отпускается по рецепту врача.
Пояснительная инструкция о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Небилет от 05.02.2020
RU_Neb_03_2020_v1_print одобрен 04.2020. Реклама.



Сокращенная информация по применению лекарственного препарата Небилет®. Показания к применению: артериальная гипертензия; стабильная хроническая сердечная недостаточность легкой и средней степени тяжести (в составе комбинированной терапии) у пациентов старше 70 лет. Способ применения и дозы: внутрь, один раз в сутки, независимо от еды и от еды, независимо от времени приема пищи, запивая достаточным количеством жидкости. Средняя суточная доза для лечения артериальной гипертензии составляет 5 мг небиволола. Препарат Небилет® можно принимать как в монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами. Лечение стабильной ХСН должно начинаться с постоянной терапии дозы небиволола до достижения индивидуальной оптимальной поддерживающей дозы. Начальная доза при этом – 1,25 мг/сут. Доза осуществляется титрование до 2,5 – 5 мг/сут, а затем до 10 мг/сут (максимальная суточная доза). Противопоказания: повышенная чувствительность к небивололу или к любому из компонентов препарата; печеночная недостаточность (класс В и С по классификации Чайлд-Пью) или нарушения функции печени; острая сердечная недостаточность, кардиогенный шок; хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (требующая внутривенного введения препаратов, обладающих положительным инотропным действием); тяжелая артериальная гипотензия (источников АД менее 90 мм рт. ст.); синдром слабости синусового узла, выраженная синоатриальная блокада, атриовентрикулярная (АВ) блокада II и III степени (без электрокардиостимулятора); брадикардия (ЧСС менее 60 уд./мин до начала терапии); повышенная феохромоцитоза (без предварительного применения альфа-адреноблокаторов); метаболический ацидоз; бронхоспазм и бронхиальная астма в анамнезе; тяжелые нарушения периферического кровообращения; непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность в этой возрастной группе не изучены); период грудного вскармливания; одновременное применение с флюокетином, сультоприлом (или розал) «взаимодействие с другими лекарственными средствами». С осторожностью: почечная недостаточность тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 30 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела); сахарный диабет; гиперфункция щитовидной железы; аллергические заболевания в анамнезе, паразитарные обструктивные болезни легких, обструктивные заболевания периферических сосудов (перемежающаяся хромота, синдром Рейно), атриовентрикулярная блокада I степени, стенокардия Принцметала; возраст старше 75 лет; артериальная гипотензия; феохромоцитоза (при одновременном применении альфа-адреноблокаторов); хирургическое вмешательство и общая анестезия; проведение десенсибилизирующей терапии; беременность. Побочное действие (ниже приведены часто встречающиеся нежелательные реакции). Нарушения со стороны нервной системы: головкружение, головная боль, парестезии. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: одышка. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, диарея, запор. Общие расстройства и нарушения в месте введения: отеки, повышенная утомляемость. Более подробную информацию см. в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Небилет® от 05.02.2020.

Мобильные приложения Видаль

Гинекологам



Кардиологам



Неврологам



Эндокринологам



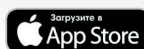
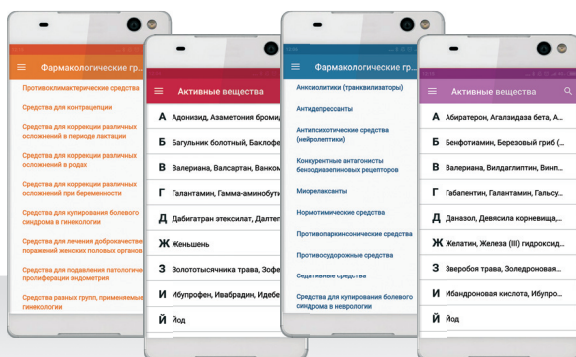
актуальны и для врачей общей практики



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

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

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





Евразийская Ассоциация Терапевтов
www.euat.ru