



XII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

«КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ»»

22 АПРЕЛЯ 2021 АЛМАТЫ



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
- Армянская Ассоциация Медицины Внутренних Болезней
- 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)

Сугралиев Ахметжан Бегалиевич

Кандидат медицинских наук, член рабочей группы по тромбозам ЕОК, тромбокардиолог, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 Казахстанского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова (Республика Казахстан, Алматы)

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА

Арутюнов Александр Григорьевич

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

Бабин Александр Павлович

доктор медицинских наук, доцент (Республика Молдова)

Бакулин Игорь Геннадьевич

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

Митьковская Наталья Павловна

доктор медицинских наук, профессор (Республика Беларусь)

Манукян Ламара Ашотовна

кандидат медицинских наук, председатель Армянской Ассоциации Медицины Внутренних Болезней (Республика Армения)

Орлова Яна Артуровна

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

Салухов Владимир Владимирович

доктор медицинских наук (Российская Федерация)

Сарыбаев Акпай Шогайбович

доктор медицинских наук, профессор (Республика Кыргызстан)

Тарловская Екатерина Иосифовна

доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)

Чесникова Анна Ивановна

доктор медицинских наук, профессор (Российская Федерация)


**ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР
АО «БАЙЕР»**

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.


**СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР
ТОО «АЦИНО КАЗ»
LLP «Acino Kaz»**

Kazakhstan, Almaty, 050010, Begalin str. 136 A
Тел.: +7 (727) 330 99 17
www.acino.kz

Ацино Каз – Подразделение международной фармацевтической группы Acino со штаб-квартирой в Цюрихе, Швейцария – осуществляет продвижение высококачественных препаратов на территории Республики Казахстан, делая их доступными для клиентов и партнеров, пациентов и лечебных учреждений. Головной офис Ацино Каз расположен в городе Алматы.

Сильная команда специалистов в розничном сегменте работает во многих городах Республики Казахстан, выстраивая партнерские взаимодействия со специалистами здравоохранения и коммерческими организациями, ключевыми лидерами мнений и пациентскими организациями.

В своей деятельности мы строго следуем международным стандартам управления и контроля качества, придерживаемся высоких этических принципов – так наша команда демонстрирует ответственность и проявляет заботу о пациентах и клиентах.


**СЕРЕБРЯНЫЙ ПАРТНЕР
ТОО «СЕРВЬЕ КАЗАХСТАН»**

050020, г. Алматы, пр. Достык 310 Г, Бизнес-Центр, 3 этаж,
Тел: +7 (727) 386 76 62/63/64, 386 76 70/71.
Факс: +7 (727) 386 76 67
www.servier.kz/ru

О компании Сервье в Казахстане. Сервье работает в Республике Казахстан уже более 25 лет, устойчиво занимая ведущие позиции в ТОП-15 крупнейших фармацевтических компаний страны. Представительство «Лаборатории Сервье» было открыто в г. Алматы в 1996 году, а с 2015 года компания ведет свою деятельность в Казахстане через ТОО «Сервье Казахстан», которое на текущий момент насчитывает более 100 сотрудников. Портфель компании включает 17 оригинальных лекарственных препаратов для лечения основных хронических неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, а также хроническая венозная недостаточность.

В Республике Казахстан Сервье системно реализует ряд социально-значимых инициатив в поддержку реализации национальных приоритетов в сфере здравоохранения. Например, с 2018 года компания под эгидой Европейского Общества Кардиологов и в партнёрстве с Казахстанской ассоциацией кардиологов и НИИ Кардиологии и Внутренних болезней реализует проект «Не игнорируйте предупреждения своего сердца», направленный на привлечение внимания к проблеме ИБС. Также компания осуществляет поддержку программ обучения молодых специалистов в области кардиологии и психиатрии.

Сервье имеет значительный опыт сотрудничества с ведущими учеными и специалистами Казахстана в области здравоохранения по проведению международных совместных исследований в различных областях. В частности, речь идёт о глобальных исследовательских программах: Signify -- международное исследование по улучшению выживаемости пациентов с ИБС; Qualify – международное проспективное наблюдательное исследование пациентов с сердечной недостаточностью; международное исследование Optimize HF Care Program «Программа по оптимизации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью».



ПАРТНЕР
КОМПАНИЯ SANTO (АО «ХИМФАРМ»)
e-mail: tatyana.filipchik@santo.kz
www.santo.kz

Компания SANTO (АО «Химфарм») – часть международной фармацевтической Группы Polpharma. Компания разрабатывает, производит и поставляет на рынки Казахстана и Центральной Азии доступные лекарственные средства высокого качества, занимая лидирующее место среди казахстанских фармацевтических производителей.

Особое место в продуктовом портфеле SANTO занимают кардиопрепараты. Сегодня компания может предложить врачу и пациенту полноценное решение для комплексной терапии артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности. В кардиологической линейке SANTO присутствуют почти все востребованные лекарства для лечения этих грозных недугов: молекулы небиволола, эплеренона, ацетилсалициловой кислоты, розувастатина и аторвастатина, гипотензивные препараты, в числе которых индапамид, периндоприл, валсартан для моно- и комбинированной терапии. Кардиопортфель SANTO уверенно завоевывает уважение и лояльность среди врачей и на сегодня растет быстрее рынка в два раза! В 2020 году компания SANTO возглавила рейтинг фармпроизводителей – в 14% назначений лекарств для терапии сердечно - сосудистых заболеваний казахстанские врачи амбулаторно-поликлинического звена выбирают кардиопрепараты компании SANTO.

В 2021-2024 годах ожидается существенное расширение кардиолинии компании за счёт локализации европейских препаратов, которые будут производиться на заводе в Казахстане по международным стандартам качества GMP. Это является залогом национальной безопасности в области бесперебойного лекарственного обеспечения населения препаратами европейского качества, даже в условиях изоляции страны при ухудшении эпидемиологической ситуации.

В целом, в портфель Компании входит более чем 240 генерических препаратов в 12 фармакотерапевтических группах для лечения заболеваний в различных областях терапии. Компания осуществляет экспорт на рынки 8 стран - Россия, Украина, Кыргызстан, Монголия, Узбекистан, Туркменистан, Таджикистан и обеспечивает потребности внутреннего рынка.



А что для Вас значит надёжно 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^{3,4}
- Однократный режим дозирования и календарная упаковка Ксарелто[®] могут помочь пожилым пациентам соблюдать ваши рекомендации⁴⁻⁶

ЕЩЕ 1357
ДЕДУШКИХ 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 некардиального происхождения — лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии и профилактика рецидивов ТБЭ и ЭТБЭ. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** — повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в лекарстве; клинически значимые активные кровотечения (например, внутреннее кровоизлияние, желудочно-кишечные кровотечения), повреждение или состояние, связанное с повреждением большого кровотечения, например, имеющееся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие эрозивных стенозов с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, операция на головном, спинном мозге или глаза, внутреннее кровоизлияние, дооперированный или предоперированный варикоз, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов и патология сосудов головного или спинного мозга, сопутствующая терапия аспирином, другими антикоагулянтами, например, нефракционированным гепарином, низкомолекулярными гепаридами (эноксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринукс и др.), пероральными антикоагулянтами (вафарин, апиксабан, дабигатран и др.), кроме случаев перекреста с или на ривароксабан или при применении нефракционированного гепарина в дозах, необходимых для обеспечения функционирования центрального венозного или артериального катетера; заболевание печени, сопровождающееся коагулопатией, 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 лактазы, непереносимость лактозы, глюкозалактазная мальабсорбция (в связи с наличием в составе лактозы). **ОСТОРОЖНОСТЬ:** При лечении пациентов с повышенным риском кровотечения (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, являющейся болезнью желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, синдроме ретинопатии, бронхоэктазах или легочном кровотечении в 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 антигипертензивные средства или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и опиоидные анальгетики центрального действия (ОАЦСН). Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противогрибковыми препаратами азоловой группы (например, экезомоланом) или ингибиторами протазы 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 протазы ВИЧ, после начала лечения должны находиться под пристальным контролем для своевременного обнаружения осложнений в форме кровотечений. **ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ.** Учитывая механизм действия, применение препарата Ксарелто[®] может сопровождаться повышенным риском скелетного или явного кровотечения из любых органов и тканей, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечения может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами,

вызывающими 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 необычными отеками, одышкой или шока; развитие шока нельзя объяснить другими причинами. В некоторых случаях развитие анемии развивается симптомами ишемии миокарда, также как боль в груди и стенокардия. Часта отменяются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры) головокружение, головная боль, кровоподтеки в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), выраженное снижение артериального давления, гематома, носовое кровотечение, кровокаканье, кровоточивость десен, желудочно-кишечные кровотечения (включая ректальное кровотечение), боль в животе, диспепсия, тошнота, запор, диарея, рвота, кожный зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), кожная сыпь, экхимоз, кожные и подкожные кровоизлияния, боль в конечностях, кровотечение из ургентного тракта (включая гематурию и микродизургию), нарушение функции почек (включая повышение концентрации креатинина, повышение концентрации мочевины), лихорадка, префронтальные отеки, снижение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению), повышение активности «печеночных трансаминаз, кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемия и кровотечение из раны), гематома.

¹ Наблюдается преимущественно после больших ортопедических операций на нижних конечностях.
² Наблюдались при лечении ВТБ как очень часто у женщин в возрасте >55 лет.
³ Регистрационный номер: ЛП-001457. Актуальная версия инструкции от 10.03.2020. **ВЛАДЕЛЕЦ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ И ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** Байер АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

⁴ Результаты представлены для общей популяции исследования ROCKET AF, средний возраст которой составил 73 года. Согласно результатам субанализа у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше в исследовании ROCKET AF частота инсульта/СЭ и 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 исход исследования ROCKET AF на 30% увеличение систолического уровня креатинина, острое почечное повреждение, согласно данным наблюдательного исследования. * По данным крупного мета-анализа RCT у пациентов с различными показаниями к применению ОАК, терапия ривароксабаном была связана со снижением риска развития ИМ/ОКС в сравнении с разными препаратами контроля (вафарин, эноксапарин, ацетилсалициловая кислота, плацебо). Имеются ограничения, указанные в первоисточнике. Полные результаты исследований представлены в первоисточнике.

ФП — фибрилляция предсердий; ИМ — инфаркт миокарда; ОКС — острый коронарный синдром.
⁵ Результаты представлены для общей популяции исследования ROCKET AF, средний возраст которой составил 73 года. Согласно результатам субанализа у пациентов с ФП в возрасте 75 лет и старше в исследовании ROCKET AF частота инсульта/СЭ и 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 исход исследования ROCKET AF на 30% увеличение систолического уровня креатинина, острое почечное повреждение, согласно данным наблюдательного исследования. * По данным крупного мета-анализа RCT у пациентов с различными показаниями к применению ОАК, терапия ривароксабаном была связана со снижением риска развития ИМ/ОКС в сравнении с разными препаратами контроля (вафарин, эноксапарин, ацетилсалициловая кислота, плацебо). Имеются ограничения, указанные в первоисточнике. Полные результаты исследований представлены в первоисточнике.

PRXAR-RU-0434-1



1. Efficacy of perindopril on pulmonary artery pressure and endothelial function in ACE gene subtypes among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary study. (стр. 9)
2. Новый перспективный подход к лечению папилломавирусной инфекции. (стр. 9)
3. Комплексный подход к эффективности и безопасности лечения пациентов ишемической болезнью сердца с коморбидными состояниями. (стр. 10)
4. Сравнительная характеристика обмена мочевой кислоты у пациентов с фибрилляцией предсердий. (стр. 12)
5. Ультразвуковое исследование легких у амбулаторных пациентов с SARS-COV-2 ассоциированной пневмонией. (стр. 13)
6. Роль первичного звена здравоохранения в диагностике ХБП. (стр. 14)
7. Артериальная гипертензия как фактор прогрессирования у больных с хронической болезнью почек. (стр. 15)
8. Особенности подострого тиреоидита во время пандемии COVID-19. (стр. 16)
9. «Испанское утро» вирусного двадцатого... (стр. 17)
10. О сущностном понимании термина качества жизни клиницистами. (стр. 18)
11. Маркеры воспаления при новой коронавирусной инфекции COVID-19. (стр. 19)
12. Исследования аторвастатина и розувастатина на липидные параметры больных ишемической болезни сердца и артериальной гипертензией. (стр. 20)
13. Цитокиновый статус при хронической болезни почек у больных с ожирением. (стр. 20)
14. Течение короновирусной инфекции у онкогематологических больных. (стр. 21)
15. Двусторонняя наружная офтальмоплегия как следствие коронавирусной инфекции. (стр. 22)
16. Коморбидные состояния в пульмонологии. (стр. 24)
17. Оценка эффективности стационарной медицинской реабилитации пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19. (стр. 24)
18. Метаболический синдром у беременных: анализ показателей маркеров воспаления и кортизола. (стр. 26)
19. Течение инфаркта миокарда и SARS-Cov-2 инфекции на фоне дисфункции почек. (стр. 27)
20. Вторичный гиперпаратиреоз на фоне хронической болезни почек. (стр. 28)
21. Функциональное состояние почек у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от полиморфизма гена Klotho. (стр. 29)
22. Значение и точки приложения ультразвукового исследования интерстициального синдрома в легких при COVID 19-инфекции. (стр. 30)

23. Артериальная гипертензия и полиморфизмы генов ренин-ангиотензиновой системы у лиц молодого возраста с нормальной массой тела и ожирением. (стр. 31)
24. Содержание провоспалительных цитокинов интерлейкина-1 β и интерлейкина-6 в сыворотке крови больных диабетической болезнью почек в динамике лечения. (стр. 33)
25. Клинические особенности течения, микробного пейзажа и их чувствительность к антибиотикам при остром необструктивном гнойном пиелонефрите. (стр. 34)
26. Сердечно-сосудистые заболевания у больных с профессиональными болезнями в легких. (стр. 35)
27. Распространенность депрессивных расстройств на фоне хронической сердечной недостаточности у пациентов старших возрастных групп в Ташкенте. (стр. 36)
28. Сексуальные расстройства, обусловленные COVID-19. (стр. 36)
29. The peculiarities of pharmacotherapy treatment of the COVID-19 pandemic in 2020. (стр. 37)

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

Доклады опубликованы на официальном сайте конференции: <https://conf12.euat.ru/>

1. Особенности метаболических нарушений у долгожителей с ИБС
Тополянская С.В., Дворецкий Л.И.
2. Анализ частоты и особенностей клинического течения ИБС при сопутствующей бронхиальной астме
Соловьева Д.В., Илюшина Т.П.
3. Предикторы возникновения послеоперационной фибрилляции предсердий у пациентов, подвергающихся плановому коронарному шунтированию
Рубаненко О., Шукин Ю.
4. Assesment the plasma level of renin and plasminogen activator iinhibitor-1 in COVID-19 patients with ischemic heart disease
N. A. Khasanova , N. M. Nurillayeva
5. Генетические аспекты кардиоренальных нарушений у больных СД 2 типа
И.И. Топчий, П.С. Семёновых, Е.А. Савичева, В.Ю. Гальчинская

EFFICACY OF PERINDOPRIL ON PULMONARY ARTERY PRESSURE AND ENDOTHELIAL FUNCTION IN ACE GENE SUBTYPES AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: A PRELIMINARY STUDY

C. Martîniuc¹, S. Pisarenco¹, A. Babin², V. Calancea², D. Lăsi²

¹Research Institute of Phthysiopulmonology „Chiril Draganiuc”, Chişinău, Republic of Moldova

² State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova „Nicolae Testemiţanu”, Chişinău, Republic of Moldova

The aim of this study was to investigate the effects of perindopril on mean pulmonary artery pressure and endothelial function in angiotensin-converting enzyme (ACE) gene subtypes among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and methods: Sixty-two patients with COPD (II=20, ID=21, DD=21) received oral perindopril (5 mg orally as a single dose) or placebo in a randomised, double-blind, crossover study. All patients satisfied the GOLD criteria for COPD and were clinically stable. Pulmonary function tests, blood gases, body plethysmography, diffusing capacity for CO, Doppler EcoCG, endothelial function estimation and 6-minute walk test had been performed in all patients. Genomic DNA was extracted from peripheral blood leucocytes by standard methods while the ACE genotypes of all subjects were determined by polymerase chain reaction. None of the patients had radiological or clinical evidence of pulmonary congestion or right heart failure.

Results: Mean pulmonary artery pressure (mPAP), pulmonary vascular resistance (PVR), right ventricle end-diastolic diameter and endothelial dysfunction (ED) with both placebo and perindopril were significantly higher in patients with DD genotype. The lowest values of mPAP, PVR and ED were detected in the perindopril group than in placebo group in patients with II genotype in comparison with ID genotype. Six-minute walk distance and diffusing capacity for CO were higher with perindopril group than with placebo group in patients with II genotype, but not in those with other genotypes. It seems likely that the magnitude of improvement in pulmonary haemodynamic variables, endothelial function, 6-MWT and tissue oxygenation after exercise in response to perindopril administration was the II>ID>DD genotype.

Conclusions: These findings suggest that in COPD mean pulmonary artery pressure and endothelial function are dependent on ACE genotypes, and perindopril administration effectively influences these variables. Identification of ACE gene polymorphisms may be useful for predicting the clinical efficacy of perindopril treatment in individual COPD patients.

НОВЫЙ ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Абдуллаев М.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Узбекистан, Ташкент

Введение. Среди вирусных инфекций наиболее распространена папилломавирусная инфекция (ПВИ, Human papilloma virus (HPV), вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ), играющая ключевую роль в индукции канцерогенеза. Частота встречаемости одного из проявлений ПВИ – аногенитальных бородавок (ОК) составляет 19,1%, а инфицированность урогенитального тракта ВПЧ среди лиц молодого и среднего возраста в некоторых популяциях достигает 34,4–44,9%.

Цель исследования - оценка эффективности комплексной терапии больных с папилломавирусной инфекцией с остроконечными кондиломами. Матриал и методы исследования. В исследование включили больных ПВИ с ОК. Определяли антигены CD-дифференцировочных и активационных с использованием моноклональных антител («Сорбент», Москва, РФ). Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови определяли методом (Digeon M. et. al, 1977), цитокины в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) (Арипова Т.У. и др., 2005)(тест-системы АО «Вектор-Бест» (Россия). Проводили гистоморфологические исследования. Пациенты I-й группы(сравнения,49) получали стандартное лечение: электрокоагуляция/ криодеструкция, противовирусные препараты (ацикловир, циклоферон), местно 0,25% оксолиновая мазь или мазь «Ацикловир»; а II-й группы(основная, 71) получали ректальные суппозитории и таблетки «Виферон», фототермолитиз ОК импульсным Nd:YAG-лазером(длиной волны 1064 нм/532 нм), 2 - 4 процедуры с интервалами 7

дней и местно 3% оксолиновую мазь (2 раза в день в течение 30 дней). Суппозитории «Виферон» назначали по 3 млн МЕ в сутки в течение 10 дней, затем по 3 млн МЕ 2 раза в неделю в течение 5 недель в курсовой дозе 60 млн МЕ.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у больных ОК отмечается снижение относительного количества CD4-клеток ($29,90 \pm 0,17\%$ при $38,62 \pm 0,33\%$ в группе контроля, $p < 0,001$), а содержание CD8-клеток было увеличено ($p < 0,05$). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) у больных данной группы был снижен до $1,48 \pm 0,01$ ($p < 0,001$). Изучение состояния гуморального звена иммунной системы показало достоверное CD19-клеток ($21,00 \pm 0,14\%$) ($p < 0,001$). Исследование сывороточных иммуноглобулинов у больных ОК отмечено снижение содержания иммуноглобулина (IgA ($p < 0,05$) и IgM ($p < 0,05$) при увеличении уровня IgG ($p < 0,001$).

Естественные киллеры (NK-клетки) рассматриваются как обеспечивающие противоопухолевую защиту. У больных с ОК отмечается достоверное снижение относительного содержания CD16-клеток ($p < 0,05$) по сравнению с таковыми у здоровых лиц. Выраженные изменения были выявлены при определении количества ЦИК, который увеличился 1,7 раза.

Эти данные свидетельствуют, что у больных ОК наблюдаются нарушения в системе иммунитета, выражающиеся снижением количества CD16-клеток, а также дефицитом клеточного и активацией гуморального звена иммунной системы. До начала лечения наблюдается статистически достоверное увеличение провоспалительного цитокина фактора некроза опухоли (ФНО)- α до $32,68 \pm 1,05$ пг/мл при уменьшении противовоспалительных цитокинов интерлейкина (ИЛ)-4 и ИЛ-10, которые составили $1,53 \pm 0,05$ пг/мл и $5,90 \pm 0,17$ пг/мл соответственно. Эти изменения выявлены на фоне снижения концентрации как интерферона (ИНФ)- α ($p < 0,001$), так и ИНФ- γ ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют, что у больных с ОК в сыворотке крови наблюдается нарушение цитокинового статуса, выражающееся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- α и снижением концентрации противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10, ИНФ- α и ИНФ- γ .

В связи с этим при проведении терапии больных с данной патологией целесообразно провести коррекцию системы иммунитета и цитокинового статуса.

После окончания комплексной терапии отмечали достоверное повышение относительного

количества CD3-клеток ($p < 0,001$) и CD4-клеток ($p < 0,01$). Процентное содержание CD8-клеток было достоверно снижено ($p < 0,05$), а показатель ИРИ статистически достоверно увеличился ($p < 0,001$).

В конце лечения выявлено достоверное снижение содержания CD19-клеток ($p < 0,01$), концентрации IgG ($p < 0,01$) и уровня ЦИК ($p < 0,05$). Уровни IgA и IgM в сыворотке крови были достоверно выше таковых до лечения ($p < 0,05$), также наблюдалось восстановление содержания CD16-клеток ($p < 0,01$) до показателей здоровых лиц.

Эпителизация ран на слизистых оболочках в среднем завершалась за $6,9 \pm 0,16$ дня, а в группе больных, получавших традиционную терапию – за $10,1 \pm 0,18$ дней.

Основным показателем эффективности любого метода удаления аногенитальных бородавок является отсутствие рецидивов. В этом отношении также комплексный подход оказался эффективнее традиционных методов лечения ОК, ассоциированных ПВИ.

Выводы. Особая актуальность ранней диагностики и лечения заболеваний, вызванных ВПЧ, связана и с тем, что вирусы не только широко распространены, высококонтагиозны, но и служат пусковым механизмом в развитии предраковых поражений. Учитывая наличие местного иммунодефицита у больных ПВИ, перспективным является комплексное системное лечение ПВИ. Примененный комплексный метод лечения больных ОК оказывает положительный терапевтический эффект, уменьшает рецидивы заболевания, способствует восстановлению выявленных нарушений в системе иммунитета и показателей цитокинового статуса организма, и не приводит к появлению травматических очагов с аутоинокуляцией, что имеет важное значение в профилактике онкопатологии.

Источник финансирования: нет

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоев Ж.К., Далимова Д.А., Азизов Ш.И., Тошев Б.Б.

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент,

*Центр передовых технологий, Ташкент,
Ташкентский педиатрический медицинский
институт, г. Ташкен*

Введение. Эндovasкулярные вмешательства оказали значительное влияние на тактику лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Реваскуляризация миокарда значительно улучшает прогноз, однако число больных с осложненным течением и с дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) и ишемическим ремоделированием сердца растет. В этой связи дифференциация жизнеспособного миокарда является важным для определения прогноза эффективности реваскуляризации и дальнейшей тактики лечения.

Цель – оценка эффективности и безопасности лечения ишемической болезни сердца с коморбидными состояниями, подвергшихся стентированию коронарных артерий (СКА).

Материал и методы исследования. Наблюдали больных ИБС стабильной стенокардией напряжения (СС) III функционального класса (ФК) (I группа, 15) и СС IV ФК (II группа, 20) с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ), подвергшихся СКА. Исходно, через 3 и 6 месяцев изучали общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), активность аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубин (ОБ), агрегацию тромбоцитов, полиморфизм генов HMGCR, CYP2C19 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда (ЭКГ, ЭХОКГ, МСКТ), проводили ультразвуковые исследования печени. На фоне базисной терапии (аспирин, клопидогрел, статины, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента) пациенты получали фитопрепарат, обладающий гепатопротекторными свойствами Гепофреш.

Результаты. Исходные показатели липидов у больных ИБС с МС и АГ составили (I и II группы соответственно): ОХС – 6,6 и 6,9 ммоль/л; ХСЛПНП – 3,2 и 3,6; ХСЛПВП – 1,2 и 1,1; ТГ – 2,3 и 2,5 ммоль/л. После лечения содержание липидов (I и II группы соответственно): ОХС – 5,0 и 4,8; ХСЛПНП – 2,36 и 2,3; ХСЛПВП – 1,27 и 1,18; ТГ – 1,61 и 1,55 ммоль/л. Благоприятное действие статинов и антиагрегантов на изученные показатели указывает об их влиянии на патогенетические звенья ИБС, что особенно важно при лечении больных с сопутствующими МС и АГ. Статины и антиагреганты переносились хорошо, случаев отмены не было. Актив-

ность ферментов (АЛТ, АСТ), содержание ОБ были в пределах нормальных величин. По результатам генотипирования полиморфного локуса С806Т выявлены 2 генотипа – СС и СТ. Распространенность составила по 50%. У носителей гетерозиготного генотипа активность фермента повышена, соответственно для достижения лучшего клинического эффекта следует повысить дозу антиагрегантных средств. В динамике наблюдения объем ишемизированного миокарда уменьшился и выявлено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) по сравнению с данными, полученными до СКА. Использование параметров продольной деформации (Strain) и скорости деформации (Strain Rate) ЛЖ и папиллярных мышц митрального клапана (МК) позволяло прогнозировать характер дисфункции миокарда (обратимая/необратимая) и динамику ишемической митральной регургитации после реваскуляризации. Проведенные генетические исследования помогли подобрать наиболее эффективные и безопасные дозы антиагрегантов и статинов, добиться хорошей эффективности, исключая развитие осложнений и резистентности к препаратам. Гепофреш, в состав которого входят экстракты лекарственных растений, и обладающий противовоспалительным, спазмолитическим, желчегонным свойствами оказал благоприятное влияние на состояние и функции печени и значительно улучшил переносимость базисного лечения. В последние годы стало очевидно, что эффективность лечебного вмешательства зависит не только от правильной и своевременной постановки диагноза и выбора оптимальной стратегии и тактики лечения. Большую роль играет точность соблюдения больным предписанного режима как медикаментозной, так и немедикаментозной терапии, т.е. комплаентность пациента (его приверженность лечению). От изученности предоперационной клинической ситуации пациента во многом зависит успех оперативного вмешательства.

Выводы. Внедрение принципов медицины, ориентированной на исход заболевания, комплексный подход к лечению больных ИБС с МС и АГ, нуждающихся в СКА с учетом оценки жизнеспособности миокарда, фармакогенетических особенностей статинов и антиагрегантов улучшает прогноз, переносимость препаратов, повышает эффективность терапии, предупреждает развитие резистентности к препаратам и возможных побочных эффектов.

Источник финансирования: нет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Борисенко Т.Л.¹, Снежицкий В.А.¹,
Дорошкевич И.П.¹, Мадекина Г.А.², Черная Е.Н.²

¹УО «Гродненский государственный
медицинский университет» Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический
кардиологический центр» Гродно, Беларусь

Введение. В настоящее время обсуждается роль гиперурикемии как одного из предрасполагающих факторов возникновения фибрилляции предсердий (ФП). Результаты многочисленных клинических и экспериментальных исследований продемонстрировали взаимосвязь повышения уровня мочевой кислоты (МК) относительно развития аритмии. Ключевым ферментом, участвующим в распаде пуринов до МК, является ксантиноксидаза (КО). Накопленные данные позволяют предположить существование прямой патофизиологической роли повышенного содержания МК в сыворотке крови и активности КО с риском развития ФП.

Цель исследования. выявить особенности нарушений обмена МК у пациентов с ФП в зависимости от наличия АГ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента мужского пола в возрасте от 27 до 65 лет, с индексом массы тела (ИМТ) менее 30 кг/м² и более, чем 18,5 кг/м². Всем участникам исследования выполнено измерение систолического и диастолического артериального давления (САД/ДАД), определение уровня МК, гипоксантина/ксантина, инозина/аденозина с помощью «Architect с 800» («ABBOTT», США), определение активности фермента КО методом, основанном на твердофазном «сэндвич» - варианте иммуноферментного анализа, с помощью набора для иммуноферментного анализа Human XDH (Xanthine dehydrogenase/oxidase) ELISA Kit Cat. Статистическая обработка осуществлялась пакетом прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010, StatSoft/STATiSTiCa 10.0. В зависимости от наличия АГ все пациенты были разделены на 2 группы: группу 1 (n=16) пациентов с ФП, группу 2 (n=16) пациентов с АГ и ФП.

Результаты и обсуждение. Пациенты, принявшие участие в исследовании, в группах сравнения сопоставимы по значению стажа ФП (16,0[15,0; 19,0] против 18,0[17,0; 24,0] мес.), p>0,05 и достоверно различимы по значениям артериального

давления, что определено дизайном исследования САД (130,0[120,0;135,0] против 160,0[150,0;170,0] мм.рт.ст.), ДАД (80,0[80,0;85,0] против 95,0[90,0; 95,0] мм.рт.ст. в группах 1 и 2, соответственно, p=0,031, p=0,041). Наибольшее значение ИМТ - 26,9 [24,54;27,20] кг/м² регистрируется у пациентов при сочетании АГ и ФП и свидетельствует об избыточной массе тела, в сравнении с показателями группы пациентов с ФП (24,05 [22,12;24,80]), показатель которого расценен, как показатель нормальной массы тела (p=0,041).

Оценка результатов синтеза МК в группах указывает на преобладание показателя МК во 2-ой группе пациентов 0,41[0,39;0,40] против 0,33 [0,30;0,40] мкмоль/л. в 1-ой группе (p=0,003), значение гипоксантина также отмечается наибольшее в этой группе и соответствует 7,35[4,56;8,25] против 4,93[3,37;6,44] мкмоль/л. в 1-ой группе, p=0,004. Результат ксантина достоверно не различался при сравнении между группами 1 и 2 (0,79[0,66;1,04] против 0,61[0,52;0,79] мкмоль/л., p>0,05). Нами также отмечено преобладание инозина в группе 2 - 7,41[1,49;17,24] мкмоль/л., что в 4 раза больше, чем значение в группе 1 (1,84[1,25;4,76] мкмоль/л., p=0,038). Не отмечены различия между показателем аденозина в группах 1 и 2 (0,12[0,08;0,15] против 0,14[0,11;0,20] мкмоль/л., p>0,05). Значение фермента КО, также достоверно не различалось между сравниваемыми группами (0,66 [0,38;1,01] против 0,66 [0,38;1,01] в группах 1и 2, соответственно, p>0,05).

В результате корреляционного анализа Спирмена в группе пациентов с АГ и ФП установлена прямая корреляционная зависимость между стажем ФП и ИМТ (r=0,681), САД (r=0,487); величинами гипоксантина и инозина (r=0,808) и обратная корреляционная зависимость между значениями ксантина и инозина (r=-0,547), также взаимосвязь между показателями КО и МК (r=0,796), КО и ИМТ (r=0,812). В группе пациентов с ФП регистрируется прямая зависимость между МК и КО (r=0,565), стажем ФП (r=0,405), а также увеличение гипоксантина ассоциировано с увеличением значения инозина (r=0,682).

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что в группе пациентов с ФП увеличение МК взаимосвязано с повышением показателя КО, а также со стажем ФП; увеличение инозина ассоциировано с увеличением гипоксантина. В когорте пациентов с АГ в сочетании с ФП отмечается увеличение уровня МК и промежуточных метаболитов синтеза МК инозина и гипоксантина в

сравнении с группой с изолированной ФП. Увеличение значения КО ассоциировано с увеличением значения МК и ИМТ.

Источник финансирования: нет

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*Д.И. Гавриленко, В.А. Доманцевич,
А.Е. Филюстин, А.В. Доманцевич*

*ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии
человека» г. Гомель, Беларусь*

Введение. Метод ультразвукового исследования (УЗИ) легких известен более 20 лет, но привлек значительное внимание в период эпидемии инфекции COVID-19.

Цель. Оценка диагностической значимости 12-зонного протокола УЗИ легких для визуализации изменений у амбулаторных пациентов с пневмонией, ассоциированной с COVID-19 инфекцией.

Материал и методы. Дизайн исследования – одномоментное (поперечное) сравнительное исследование. В исследование включены 39 амбулаторных пациентов, имеющих диагностические критерии инфекции COVID-19 (17 мужчин и 22 женщины) в возрасте 31-75 лет (медиана 49 лет), в период с ноября по декабрь 2020 г.

Всем пациентам сразу же после компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) зашлепленным специалистом было выполнено УЗИ легких. В протоколе исследования фиксировали изменение профиля легкого отличного от нормального, в каждой из 12 зон от 1 до 3 баллов по Soldati et al.: > 3 четко разделенных В-линий в поле (интерстициальные изменения) =1 балл; В-линии широкие или сливаются в «белое легкое» +/- субплевральная консолидация =2 балла; обширная консолидация +/- «белое легкое» =3 балла. Баллы суммировали (максимальное количество 36 баллов). Выполнены корреляционный анализ результатов количественной оценки обнаруженных изменений, а также оценка информативности метода УЗИ легких для диагностики пневмонии.

Статистическую обработку результатов выполняли в операционной среде «Windows-XP» с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (Stat Soft, GS-35F-5899H; США) и

«MedCalc» (version 9.6.2.0; Бельгия).

Результаты и обсуждение. По данным КТ ОГК из 39 пациентов, включенных в исследование, у 25 (64%; 95%ДИ 47-79) была диагностирована пневмония, которая в соответствие с критериями была расценена как ассоциированная с инфекцией COVID-19. Пациенты с выявленной при КТ пневмонией имели типичные для COVID-19 признаки по оценке СО-RADS.

У 25 пациентов с подтвержденной по данным КТ ОГК пневмонией имели эхокопические признаки интерстициальных изменений паренхимы легких. Наиболее часто обнаруживались интерстициальные изменения: множественные (узкие) В-линии, сливающаяся (широкие) В-линии, а также участки субплевральной консолидации и «белое легкое». У 6 пациентов по результатам УЗИ легких были обнаружены признаки интерстициальных изменений, не получившие подтверждения при оценке данных КТ ОГК. Значительный объем поражения легочной ткани по данным КТ ОГК (объем поражения до 60%) имели только два пациента (сумма баллов 22 и 24).

По результатам ROC-анализа оптимальным соотношением чувствительность/специфичность обладала точка отсечения >2 баллов: чувствительность =88,0% (95%ДИ 68,8-97,5), специфичность =100,0% (95%ДИ 76,8-100,0). ППК составила 0,970 (95%ДИ 0,858-0,999; $p < 0,0001$), что соответствует модели отличного качества.

Далее, изменения, выявленные при КТ ОГК, были сопоставлены по анатомическим зонам, исследуемым при УЗИ легких. По каждой из полученных КТ-зон была дана балльная оценка изменений легочной паренхимы. Выполнен корреляционный анализ баллов, полученных при УЗИ легких и КТ ОГК. Получена сильная статистически значимая положительная корреляция ($r = 0,928$, 95%ДИ 0,867-0,962, $p < 0,001$), что дает основание, наряду с результатами ROC-анализа, считать метод УЗИ легких приемлемым для оценки вовлеченности изменений легочной паренхимы у пациентов с COVID-19 ассоциированной пневмонией, в том числе для оценки степени распространения патологического процесса.

Ограничения метода. Основным ограничением нашего исследования мы считаем небольшой размер выборки, что требует продолжения работы, в том числе динамической оценки изменений в группе пациентов с установленной пневмонией. Важным обстоятельством является отсутствие визуализации глубоко расположенных структур легоч-

ной ткани. Эхоскопические признаки, обнаруживаемые при COVID-19 ассоциированной пневмонии, могут встречаться при других патологических процессах в легочной паренхиме, поэтому следует ожидать снижение прогностической ценности положительного результата УЗИ легких при снижении уровня заболеваемости инфекцией COVID-19.

Заключение. При использовании УЗИ легких для диагностики патологических изменений у пациентов с пневмонией, ассоциированной с COVID-19 инфекцией оптимальным соотношением чувствительность/специфичность обладала точка отсечения ≥ 2 баллов: чувствительность =88%, специфичность =100%, ППК составила 0,970 (95%ДИ 0,858-0,999; $p < 0,0001$), что соответствует модели отличного качества. Результаты оценки вовлечения легочной паренхимы в патологический процесс коррелировали с балльной оценкой при КТ грудной клетки ($r = 0,928$, 95%ДИ 0,867-0,962, $p < 0,001$). Метод УЗИ легких может быть крайне полезным в условиях оказания первичной медицинской помощи, при отсутствии компьютерного томографа, в условиях отделения интенсивной терапии, для «прикроватной» диагностики.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом, протокол №8 от 12.10.2020г.

Источник финансирования: нет

РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХБП

Даминова К. М., Бабажанова Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, г.Ташкент

Введение. В каждом заболевании есть свои особенности: особенности развития, особенности этиологии или клиники, особенности лечения, а также особенности развития факторов риска. Хроническая болезнь почек не является исключением и имеет свои особенности. Многие годы серьезность проблемы хронической болезни почек (ХБП) недооценивалась, она оставалась в «тени» других социально значимых заболеваний. Опасность ХБП в длительном «немом» периоде, когда пациенты длительное время не испытывают изменений самочувствия, что приводит к позднему выявлению ХБП, когда возможности нефропротективной те-

рапии исчерпаны. В этот «немой» период можно обнаружить развитие ХБП, если обратить внимание на факторы риска. Среди таких факторов риска развития ХБП выделить не-модифицируемые и потенциально модифицируемые факторы риска. Исходя из вышесказанного целью нашего исследования явилось определение факторов риска ХБП в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом в условиях первичного звена здравоохранения. Обследование проводилось в 3 этапа. На 1 этапе всем пациентам была проведена комплексная диагностика нефропатии, выявление факторов риска. На 2 этапе (через 90 дней) и 3 этапе (через 180 дней) было проведено клиническое и лабораторное обследование, определен темп снижения функционального состояния почек, проведен анализ развившихся осложнений и летальных исходов. По степени развития ХБП, на основе уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ), больные распределились следующим образом: 1 степень СКФ 60-89 мл/мин/1,73м² (n=54); 2 степень СКФ 45-59 мл/мин/1,73м² (n=53); 3 степень СКФ 30-44 мл/мин/1,73м² (n=58) и 4 степень СКФ 15-29 мл/мин/1,73м² (n=52).

Результаты и их обсуждение. При исследовании выявлены такие не модифицируемые факторы риска как пол, возраст, вес при рождении и группа крови. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет. При этом отмечается, что среди пациентов превалировал мужской пол и составил 81% обследованных (175 больной) особенно в старшей возрастной группе.

Кроме того, исследование показало, что не последнюю роль играет также группа крови больных как не модифицируемый фактор риска ХБП. Большинство исследованных имели третью группу крови, что указывает на ее связь развитием ХБП как не модифицируемый фактор риска. У 12% больных наблюдалась 1 группа крови, у 26% - вторая, у 51% - третья и у 11% -4ая. Также необходимо отметить не мало важное значение наличия наследственной предрасположенности у больных. У 40% больных в анамнезе ближайших родственников отмечаются различные изменения со стороны почек, в том числе и хроническая болезнь почек, аномалии развития, нефриты, мочекаменная болезнь и другие. Также отмечена связь первоначально низкого количества нефронов, которое отмечается у больных

с малым весом при рождении (больные составили 52%) с развитием патологии со стороны почек.

Выводы. Таким образом, первичное звено здравоохранения играет важную, а иногда основную роль в диагностике ХБП. Для ранней диагностики заболевания необходимо проводить оценку факторов риска ХБП не только у больных с почечной патологией. При обследовании больных с такими заболеваниями как сахарный диабет, гипертоническая болезнь или наличие артериальной гипертензии, хроническая сердечная недостаточность, диффузные заболевания отмечается наличие ХБП и без начальных ее клинических проявлений. Для ранней профилактики развития и прогрессирования хронической болезни почек необходимо оказывать особое внимание на факторы риска у данной категории больных еще в первичном звене здравоохранения.

Источник финансирования: нет

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

Даминова К. М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, г.Ташкент*

Введение. Как известно артериальная гипертензия (АГ) является частой причиной хронической болезни почек (ХБП). Но многие забывают о том, что АГ также является одним из факторов риска развития и прогрессирования ХБП. При этом упускается этап АГ при котором можно предотвратить или же задержать развитие ХБП, особенно в условиях первичного звена здравоохранения. Большое значение при ХБП, особенно на поздних стадиях, когда усиливается нестабильность артериального давления (АД), имеют автоматическое суточное мониторирование АД (СМАД), а также самоконтроль. Данные СМАД и регулярных самоизмерений позволяют получить более адекватное представление о состоянии гемодинамики, чем случайные измерения АД врачом, что важно для корректировки доз препаратов с учетом соответствия уровня среднесуточного и средненочного АД диапазону оптимальных значений. Это стало предпосылкой для нашего исследования АГ и ХБП в условиях пер-

вичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В условиях первичного звена здравоохранения проанализировано 350 амбулаторных карт пациентов. Из них в исследование были включены 217 больных с органами мочевого выделения, со стабильными формами ИБС и гипертонической болезни, эндокринных заболеваний и сахарным диабетом. По степени развития ХБП, на основе уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ), больные распределены следующим образом: 1 степень СКФ 60-89 мл/мин/1,73м² (n=54); 2 степень СКФ 45-59 мл/мин/1,73м² (n=53); 3 степень СКФ 30-44 мл/мин/1,73м² (n=58) и 4 степень СКФ 15-29 мл/мин/1,73м² (n=52). Обследование проводилось в 3 этапа. На 1 этапе всем пациентам была проведена комплексная диагностика нефропатии, выявление факторов риска, наличие АГ и ее связь с изменениями почек. На 2 этапе (через 90 дней) и 3 этапе (через 180 дней) было проведено клиническое и лабораторное обследование, проводилась коррекция антигипертензивной терапии, определен темп снижения функционального состояния почек, проведен анализ развившихся осложнений и летальных исходов. Антигипертензивная терапия включала, в основном, 2-3 и более гипотензивных препарата, и только 9,6% (n=13) больным проводилась монотерапия.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что из обследованных больных у 135 было обнаружено наличие АГ в различных цифрах (в среднем 154,5/85,78 мм.рт.ст.) при этом 33 (15,2%) пациента даже не знали о наличии у них АГ, которая уже оказывала влияние на развитие ХБП. Они составили 1 группу ХБП (СКФ 60-89 мл/мин/1,73м²) со средним значением САД - 148,18 ± 2,36 и ДАД - 82,12 ± 0,95 мм рт.ст. Вторую группу (СКФ 45-59 мл/мин/1,73м²) также составили 33 (15,2%) пациента с САД - 152,12 ± 1,49 и ДАД - 85,52 ± 1,08 мм рт.ст. Из третьей группы (СКФ 30-44 мл/мин/1,73м²) 35 больных (16,1%) имели следующие средние значения САД - 157,71 ± 1,48 и ДАД - 86,97 ± 1,12 мм рт.ст. И четвертую группу (СКФ 15-29 мл/мин/1,73м²) составили 34 (15,7%) пациента с САД и ДАД соответственно 161,77 ± 1,92 и 88,52 ± 1,13 мм рт.ст.

К завершению стационарного лечения на 1 этапе исследования у 51,1% (n=69) больных были достигнуты целевые значения АД (140 и 90 мм рт.ст.), у остальных пациентов удалось стабилизировать АД на более низком уровне, чем исходный уровень АД.

Вывод. Благодаря данному исследованию выявлено наличие АГ и ХБП без ее клинических признаков, что требует более внимательного изучения факторов риска развития и прогрессирования ХБП на уровне первичного звена здравоохранения. Для эффективности профилактики прогрессирования ХБП необходим строгий контроль достижения целевого уровня артериального давления.

Источник финансирования: нет

ОСОБЕННОСТИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID 19.

*Дорошкевич И.П.¹, Мартинкевич О.Н.²,
Ковшик Л.П.³, Чекан И.Н.³, Заневский С.И.²*

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно, Беларусь

² УЗ «Гродненская университетская клиника» Гродно, Беларусь

³ УЗ «Гродненский областной эндокринологический диспансер» Гродно, Беларусь

Введение. Sars-COV-2 является причиной острого респираторного заболевания, часто осложненного респираторным дистресс-синдромом, полиорганной недостаточностью, нарушением нормального функционирования жизненно важных органов и систем. Благодаря накопленным данным относительно диагностики, клинического течения COVID 19, сегодня пристальное внимание уделяется внелегочным осложнениям заболевания - повреждению органов желудочно-кишечного тракта, нервной системы, гематологическим изменениям, патологии сердечно-сосудистой системы. Назначение противовоспалительной терапии по поводу COVID 19 маскирует, как клинические признаки, так и лабораторные проявления других острых и подострых заболеваний, которые могут проявляться у пациентов с COVID 19. Подострый тиреоидит (ПТ), как правило, ассоциирован с перенесенным вирусным заболеванием, однако, диагностика патологии щитовидной железы (ЩЖ) имеет свои особенности у пациентов с COVID 19.

Цель исследования. Оценить особенности диагностики ПТ у женщин, невакцинированных против COVID 19.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 16 пациенток с ПТ в возрасте от 24 до 46 лет. Группу 1 составили пациентки реконвалесцен-

ты COVID 19 (n=8); 2-ую группу - пациентки, не являющиеся реконвалесцентами COVID 19 (n=8). Всем участникам оценивали уровни в периферической крови эритроцитов (Эр), средний объем эритроцитов (MCV), гемоглобина (Hb), тромбоцитов, лейкоцитов, нейтрофилов палочкоядерных, лимфоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), значения тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина свободный (Т4св), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО), С-реактивного белка (СРБ) («Architect c 8000» (Abbott, USA)). Пациенткам выполнили ультразвуковое исследование ЩЖ (Toshiba SSA-790A (Japan)), тиреоидиосцинтиграфию (Mediso «AnyScanS») с ^{99m}Tc-пертехнетатом, с расчетом индекса захвата радиофармпрепарата (РФП) (Uptake индекс).

Результаты и обсуждение. Анализируя результаты исследования нами установлено, что у пациенток реконвалесцентов COVID 19 с клиническими признаками ПТ отмечаются следующие изменения в общем анализе крови: достоверно наименьшие значения лейкоцитов (4,7x10⁹/л против 9,7x10⁹/л, p=0,032), лимфоцитов (24,0[19,0;27,0] против 40,0[32,0;41,0]%, p=0,021), значения показателя СОЭ (24мм/ч против 67мм/ч (p=0,027). Оценивая показатели 1 и 2 групп, такие как эритроциты (4,1[4,0;4,6] vs 4,6[4,4;5,0] x10¹²/л); MCV (81,0[80,0;87,0] vs 85,0[81,0;88,0] Фл); Hb (149[145,0;151,0] vs 154[152,0;159,0] г/л); нейтрофилы палочкоядерные (3,0[2,0;0,20] vs 3,0[2,0;0,20]%; тромбоциты (220,0[215,0;232,0] vs 254[251,0;261,0] x10⁹/л), соответственно, мы не получили достоверных различий (p>0,05). В 1 группе пациенток также зарегистрированы наибольшие значения СРБ (37мг/л против 19мг/л, p=0,025), Т4св (74,34пмоль/л против 19,0пмоль/л, p=0,027), повышенное значение АТ к ТПО (52,0ЕД/мл против 38,0ЕД/мл (p=0,041)), Uptake индекс (0,05% против 0,15%, (p=0,01)). Общий объем ЩЖ был больше в группе 1 - 18,9 [18,01;20,1]см³ против 15,2[14,09;16,9] в группе 2, p=0,029. В группе реконвалесцентов COVID 19 нами получены отрицательные корреляционные зависимости Спирмена: снижение Uptake индекса, ассоциировано с увеличением показателей СРБ (r=-0,735), Т4св. (r=-0,768). Группе 2 снижение Uptake индекса связано с увеличением СОЭ (r=-0,787), уровня лейкоцитов (r=-0,681), лимфоцитов (r=-0,619).

Выводы. Лабораторные и инструментальные показатели ПТ у лиц женского пола с COVID 19 характеризуются лейкопенией, относительно низкими значениями СОЭ, повышенным уровнем СРБ, наиболее низким Uptake индексом, увеличенным

объемом ЩЖ, что достоверно различимо с показателями группы 2. Увеличение показателя СРБ, Т4св связано со снижением накопления РФП по данным скинтиграфии.

Источник финансирования: нет

«ИСПАНСКОЕ УТРО» ВИРУСНОГО ДВАДЦАТОГО...

Е.В. Коляденко, А.Е. Федоренко

*Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца (Киев, Украина)*

Введение. В конце 2019 человечество «внезапно» столкнулось с пандемией очередной вирусной инфекции – коронавирусной. Она практически парализовала мир, существенно заставив изменить привычную жизнь и максимально ограничить социальные межличностные контакты. Если же «окунуться в прошлое», то оказывается, что это далеко не первая пандемия в истории человечества. Глобальные инфекционные эпидемии случались практически в каждом столетии и уносили с собой десятки и сотни тысяч человеческих жизней. Чем больше росли города, прокладывались новые торговые пути, становились регулярными и о все более широкими контакты между собой как различных человеческих популяций, так и животных экосистем - тем больше росла вероятность вспышки очередной инфекционной пандемии.

Цель работы. Провести сравнительную характеристику особенностей мировых инфекционных эпидемий в историческом аспекте.

Материалы и методы. В работе использованы библиографический, структурный, логический и сравнительный анализы имеющихся исторических сведений.

Результаты. Чуть больше ста лет назад человечество традиционно-внезапно настигла эпидемия «испанки», занесенная в Европу китайскими кули, которые были наняты фактически за еду англичанами для работы в тылу их дивизий на фронте. Практически полная аналогия с источником коронавируса столетие спустя. Так же, как и сейчас, тогда мир очень быстро поглотила эта вирусная патология. Несмотря на уже известные нам сегодня существенные биологические (вирусологические) различия коронавируса Covid-19 и «испанского» гриппа, в глаза бросается явная схожесть в динамике развития эпидемиологических сценариев

обеих этих пандемий, разделенных всего лишь одним столетием. И так, что же реально происходило в мире 102 года назад и какие уроки современное гражданское общество и медики начала XXI века должно вынести из тех драматических событий, унесших миллионы жизней?

Эпидемия началась в последние месяцы завершения пятилетней Первой мировой войны (1914 - 1918 г.). Ее развитию способствовали: повальная антисанитария, плохое питание, скученность в окопах и лагерях беженцев, демобилизация массовых армий и возвращения солдат домой. А также бурное развитие в начале XX столетия транспортных средств (поезда, автомобили, скоростные корабли) что и позволило «испанке» очень быстро (за 5-7 месяцев) распространиться по всей планете, превратившись в первую пандемию современности. Свое название этот смертоносный вирус гриппа получил благодаря газетам нейтральной Испании, которые первыми опубликовали информацию о появлении этой новой инфекционной болезни.

«Испанский» грипп, вызванный вирусом H1N1, имел несколько «волн». Первая такая волна «испанки» еще весной 1918 года в большинстве случаев имела достаточно легкий клиническое течение. Это привело к тому, что в некоторых научных журналах того времени болезнь даже не называли гриппом. Вторая волна этой эпидемии пришла на сентябрь-декабрь 1918, и так же, как и первая, характеризовалась наибольшей заболеваемостью именно среди людей молодого возраста, но при этом отмечалась значительно большей частотой осложнений, прежде всего на легкие и сердечно-сосудистую систему заболевших.

Из этого клиническое течение было более злокачественным. Весной 1919 (март - апрель) года, когда пришла уже её третья волна, она оказалась значительно слабее предыдущих. Окончательно же пандемия утихла только в течение осени 1920 года. Её «визит» обошелся в несколько десятков миллионов жизней и превысил суммарные потери на фронтах за почти 5 лет Великой Войны. Именно так современники назвали мировую бойню 1914 - 1918 годов за передел мира.

Выводы из анализа материалов начала XX века следующие: Ни одна возрастная, национальная или имущественная группа населения полностью не защищена от вирусного заражения и последующего развития патологии. Мутации вируса непредсказуемы, могут привести к массовому заболеванию тех, кто меньше всего предполагал заболеть - молодые и здоровые люди с сильным

иммунитетом. «Испанка» существенно повлияла на все дальнейшее развитие медицины. Если до этого была преимущественно распространена частная врачебная практика, занимающаяся обслуживанием только состоятельных пациентов, то в процессе преодоления пандемии произошло становление современной международной системы здравоохранения. И уже в 1919 году был сделан первый шаг в этом направлении - в Вене было основано Международное бюро по борьбе с эпидемиями, которое в последующие годы вполне адекватно курировало противозидемические мероприятия во многих странах мира.

Источник финансирования: нет

О СУЩНОМ ПОНИМАНИИ ТЕРМИНА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КЛИНИЦИСТАМИ.

А. Е. Федоренко, Е. В. Коляденко

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца (Киев, Украина)

Введение. В окружающем нас мире в последние десятилетия каждый день появляются новые изобретения и технологии заметно улучшающие нашу жизнь. И в значительной мере именно благодаря им мы живем дольше, качественнее лечимся, интереснее учимся, а физически работаем явно меньше. И все эти изменения безусловно находят свое отражение как в самооценке людьми качества своей собственной жизни, так и с 1990 года оцениваются мировым сообществом в ежегодном аналитическом отчете о 194 странах Программы развития ООН.

Цель работы. Провести сравнительную характеристику сущностного определения такого понятия как качество жизни (КЖ), определяющего в наше время степень успешности\неуспешности оказания любого вида медицинской помощи.

Материалы и методы. Использованы структурный, логический и сравнительный анализы имеющихся сведений о сущности понятия КЖ.

Результаты. Сам термин КЖ в 1962 году впервые в своей политической речи употребил Джон Кеннеди, а после него начал широко использовать уже в качестве удачного преимущественно политико-экономического термина Линдон Джонсон. В научную литературу это понятие постепенно было введено уже во второй половине 60-х годов XX в. Это было обусловлено многочисленными попыт-

ками ученых гипотетически моделировать возможные траектории промышленного развития во второй половине прошлого века и общую глобальную дальнейшую желаемую цель общественного развития. В 90-е годы ее внутреннее содержание во многом вынужденно сместилось в сторону ставшей уже очевидной необходимости хоть как-то не только теоретически, но и рационально совместить проблему защиты прав отдельных личностей и интересов общества в целом. В результате внутреннее содержание КЖ очень быстро стало многокомпонентным, включив в себя надлежащее обеспечение рабочими местами; доход, гарантирующий достаточный уровень благосостояния; надлежащее качество медицинского обслуживания и основных социальных услуг; возможность для всех членов общества участвовать в принятии жизненно важных решений и широкое использование возможностей, предоставляемых социальными, экономическими и политическими свободами. Таким образом, уже в конце прошлого XX в. в государственной политике и социальной сфере в наиболее развитых странах мира и была в основном сформулирована философия КЖ.

Качество жизни - (англ. Quality of life - QOL; нем. Lebensqualität - LQ) выступает сложным, многокомпонентным и преимущественно так до конца все еще в неполном объеме осознанным обществом явлением-категорией, существенно зависимой как от объективных факторов (прежде всего, возможности удовлетворения человеческих потребностей и интересов в данных социально-экономических условиях), так и от различных субъективных факторов (социально-психологических, социо-культурных и других). Посредством индексации (т.е. количественной оценки) качества жизни возможно осуществлять и интегральную оценку в постиндустриальную эпоху развития человеческой цивилизации. Государственная стратегия по определению и реализации желаемого КЖ стала осуществляться посредством введения стандартов (индексов) качества, которые в научной литературе условно делятся на взаимосвязанные между собой блоки показателей - индикаторов: финансово-экономический, медико-экологический, и духовного благосостояния. Они могут быть как общими так и вполне конкретными. Первые преимущественно основываются на ценностных ориентациях относительно содержания качественной жизни, которые формировались в обществе в течение длительного времени. Эти критерии, как правило, весьма специфичны для определенных стран, территорий, ре-

гионов, социальных групп, и обусловлены распространены именно в них особыми традициями, менталитетом, способами хозяйствования. Вторые - это однозначно положительные эталонные значения тех или иных предварительно определенных показателей сохранения здоровья и оказания медицинской помощи.

Вывод. Одной из важнейших задач, стоящих перед клиницистами есть необходимость разработки реальной структуры и сущностного наполнения именно медицинской составляющей КЖ с учетом как собственного видения, так и с учетом более или менее реалистичных, а не популистских мыслей пациентов.

Источник финансирования: нет

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

¹Казанская Государственная Медицинская Академия – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, РТ, г. Казань

²Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан», РТ, г. Казань,

Введение. С 1930 г. С-реактивный белок (СРБ) используется в качестве основного, хотя и достаточно неспецифичного, маркера воспаления и активно используется в практической медицине. Он относится к так называемым «белкам острой фазы», которые появляются в крови в ответ на какое-либо повреждение тканей организма, вызванное инфекцией, воспалением, опухолевым ростом, травмой и другими факторами. COVID-19 может рассматриваться как системная воспалительная реакция, характеризующаяся угрожающим жизни гипервоспалением, которое в конечном итоге приводит к полиорганной недостаточности. Несколько исследований показали повышение уровня СРБ в сыворотке крови у пациентов с COVID-19, однако,

их роль и связь с тяжестью течения заболевания до сих пор спорна.

Цель: оценить системную воспалительную реакцию у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной внебольничной пневмонией КТ 3-4.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ клинических случаев новой коронавирусной инфекции COVID-19, осложненной внебольничной пневмонией (КТ 3-4), 38 пациентов (мужчин – 16, женщин – 22) во временном инфекционном госпитале ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» в период с 1 января 2021 г. по 28 февраля 2021 г.

Результаты исследования: Средний возраст пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной внебольничной пневмонией (КТ 3-4), включенных в исследование, составил 64 года (min – 46; max – 83), большинство было женщин-22 (57,9%). Оценка коморбидности показала, что у 8 (21%) переболевших пациентов не было сопутствующих заболеваний, 21 (55%) пациент имел 1-2 сопутствующих заболеваний и 10 (26%) пациентов имели более 3 сопутствующих заболеваний. При этом наиболее частыми заболеваниями были гипертоническая болезнь-22(58%), ожирение-14(37%), хроническая сердечная недостаточность-10(26%), ишемическая болезнь сердца-10(26%). О наиболее выраженном генерализованном проявлении системного воспалительного ответа в группе пациентов с КТ 3-4 свидетельствовало увеличение в крови концентрации С-реактивного белка (СРБ) – 109 мг/л (min-18; max-221), несмотря на нормальный уровень лейкоцитов 7,96*10⁹/л (min-3,6; max-14,8), уровень фибриногена 4,4 г/л (min-2,8; max-7,5), уровень ферритина 158,6 нг/мл (min-69; max-201), уровень лактатдегидрогеназы 267,1 (min-145; max-847). При этом, наиболее высокие показатели маркеров воспаления не коррелировали между собой.

Заключение: Предикторами тяжелого течения у пациентов служат значительно повышенные уровни маркеров воспаления: С-реактивный белок, ферритин, фибриноген и лактатдегидрогеназа, а также повышенный уровень интерлейкина-6. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной внебольничной пневмонией (КТ 3-4) наблюдается повышение уровня С-реактивного белка, несмотря на нормальный уровень других воспалительных маркеров. Достаточно сложно оценить с чем именно связан дан-

ный процесс. Вероятно, это связано с вирусной или бактериальной инвазией, развитием фиброза, наличием хронических заболеваний, которые, как и инфекционные, вызывают хроническую воспалительную реакцию. Данный вопрос требует дальнейших исследований. Для более корректной интерпретации данных СРБ всегда необходимо смотреть в совокупности с клинико-лабораторными показателями и оценивать в динамике.

Источник финансирования: нет

ИССЛЕДОВАНИЯ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Ибрагимов А.Ю., Фазылов А.В.,
Максумова М.Г., Курбанова Ф.Р.*

*Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

Введение. Основная часть холестерина (ХС), транспортируемая липопротеиды (ЛП) плазмы поступает не из внешних источников, а синтезируется в организме, главным образом в печени. Блокируя синтез ХС, статины снижают содержание ХС в клетках печени, вследствие чего увеличивается захват ЛП гепатоцитами из плазмы крови и к значительному снижению уровня общего ХС и ХСЛПНП.

Цель. Сравнительная оценка влияния терапии аторвастатина и розувастатина на показатели липидного обмена у больных ишемической болезни сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ). Материалы и методы. Нами было обследовано 42 больных с ИБС, стабильной стенокардией I-IV функционального класса с АГ II-III степени. Из них 24-мужчин, 18-женщин, в возрасте 36-74 лет (средний возраст 58,7 лет) длительность заболевания 7,4 лет. Диагноз был установлен на основании лабораторно-инструментальных исследований, на биохимическом анализаторе Mindrey BS-200 в динамике до и после окончания трёх месячного курса лечения. Изучали общий холестерин липопротеидов низкой, очень низкой и высокой плотности (ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), коэффициент атерогенности (КА) и индекс атерогенности (ИА) в сыворотке крови. Лечение включало дезагреганты, бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, диуретики, при необходимости и другие препараты. На фоне лечения I группа (22 больных)

получали розувастатин 20 мг/сут., а II группа (20) – аторвастатин 20 мг/сут. в течение 3-х месяцев после вечерней еды.

Результаты. Исходные показатели липидного обмена составили для обеих групп ОХ - 6,8 ммоль/л, ХСЛПНТ - 41 ммоль/л, ХСЛПОНТ - 1,3 ммоль/л, ХСЛПВП - 0,6 ммоль/л и ТГ - 2,8 ммоль/л, КА - 4,3 ммоль/л и ИА - 4,0 ммоль/л. Постоянно велись наблюдения за приверженностью к лечению путём проведения беседы, а безопасностью терапии контролировали отсутствием повышения уровня печеночных трансаминаз.

Обсуждение. После начала приёма лекарственных препаратов у обеих обследуемых групп в динамике стало снижаться содержание показателей общего липидного профиля, и максимальный терапевтический эффект препаратов достиг через 3-4 месяца лечения. У больных I группы, получивших розувастатин, наблюдали уменьшение содержания ОХ до 6,1, ХСЛПНП 3,2, ХСЛПОНП 1,1, ТГ 2,3, КА 3,3 и ИА 3,1 и увеличение уровня ХСЛПВП 1,28 ммоль/л. А, тогда как при приёме аторвастатина (II группа) наблюдали соответственно 6,3; 3,3; 1,2; 2,4; 3,4; и 3,1; а ХСЛПВП - 1,25 ммоль/л. Комплексное медикаментозное лечение больных ИБС с АГ привело к снижению уровня липидного профиля до целевого уровня, а также к снижению частоты коронарных приступов и нормальной величины АД до 94% больных. Розувастатин 20 мг/сут оказался сравнительно более эффективным, чем аторвастатин в такой же дозе.

Источник финансирования: нет

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Исламова М.С., Сабиров М.А., Маркушина А.П.

*Ташкентская медицинская академия
Узбекистан, г.Ташкент*

Введение. Ожирение и избыточная масса тела признаны неинфекционными эпидемиями XXI века. Почки, как и сердечно-сосудистая система, одни из первых и главных органов-мишеней, наиболее уязвимых при ожирении, так как одни из первых берут на себя функцию коррекции метаболизма при нарастающем избытке жира в организме. Поэтому пациентов, имеющих избыточное жиросложение, необходимо рассматривать как

группу с очень высоким риском развития хронической болезни почек (ХБП), независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета, артериальной гипертензии и других сопутствующих заболеваний. Висцеральная жировая ткань синтезирует большое количество гормонов и биологически активных веществ – адипоцитокинов, обладающих эндокринным, паракринным, аутокринным и провоспалительным действием, которые запускают каскад реакций.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь показателей функции почек и статус цитокинов у пациентов с разной степенью ожирения.

Материалы и методы. В исследование было включено 52 пациента, из них мужчины-27, женщины-25 с ожирением. Средний возраст обследованных пациентов составил $47,8 \pm 10,8$ лет. У всех пациентов измеряли рост (см), массу тела (кг), определяли индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: $ИМТ = \text{вес(кг)}/\text{рост}^2(\text{м}^2)$. Лабораторные исследования состояли из оценки содержания общего холестерина (ОХС), С-реактивного белка (СРБ), мочевины и креатинина крови. У всех пациентов определяли концентрацию интерлейкина ИЛ-6 в сыворотке крови с использованием набора реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Учет результатов исследования проводился на сканере «ChroMate Microplate Reader» (США, 2015). Референсные значения определены на уровне ИЛ-6 – 10 пг/мл. Почечную функцию оценивали с помощью показателя скорости клубочковой фильтрации (СКФ), расчет которого проводили с помощью электронного калькулятора СКД-EP1 2011. Все обследованные лица были разделены на две группы: 1-я (n=41) – лица с ожирением и уровнем СКФ <60 мл/мин; 2-я (n=11) – с ожирением и СКФ > 60 мл/мин. Участники обеих групп исходно по уровню систолического и диастолического артериального давления достоверно не отличались.

Результаты. В результате исследования нами было установлено, что средний рост женщин составил $- \pm 1,65$ м2, вес $- \pm 96,96$ кг; у мужчин рост $- \pm 1,71$ м2, вес $- 101,42$ кг. Среди обследованных пациентов у 34 (65,3%) отмечалась I степень, у 10 (19,2%) II степень и у 8 (15,3%) – III степень ожирения. Гиперхолестеринемия выявлена у 17 (43,9%) больных в 1-й группе и у 7 (63,6%) – во 2-й группе. Повышенный уровень СРБ определялся у 32 (68,5%) пациентов 1-й и у 9 (81,8%) – 2-й группы ($p < 0,05$). В общей выборке (n=52) медиана и ин-

терквартильные показатели креатинина плазмы крови составили 83 мкмоль/л. В общей группе обнаружены статистически значимые взаимосвязи величины ИМТ с расчетной СКФ ($r = -0,200$; $p = 0,008$) и содержанием ИЛ-6 ($r = 0,203$; $p = 0,037$).

Выводы. При ожирении часто выявляется незначительное или умеренное снижение экскреторной функции почек. Дисфункция почек у лиц с ожирением ассоциируется с признаками системного воспаления – повышением концентрации ИЛ-6 и СРБ плазмы крови.

Источник финансирования: нет

ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Камарова А.Б.¹, Аубакирова А.С.²

Руководитель:

Айнабай А.М. к.м.н., доцент кафедры²

¹ТОО «Национальный научный онкологический центр», Республика Казахстан, г.Нур-Султан

²НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан, г. Нур-Султан

Введение. Пандемия COVID-19, имеющая начало в декабре 2019 года, беспрецедентно потрясла весь мир, нанесла безвозмездный урон человечеству и является крупной проблемой для мирового экономического и медицинского сообществ, которая сотрясла медицину и экономику не только нашей страны, но и мира в целом.

30 января 2020 года ВОЗ признала вспышку коронвирусной инфекции (КВИ) чрезвычайной ситуацией мирового масштаба. На сегодняшний день количество зараженных коронвирусной инфекцией по всему Миру достигло около 128 млн человек, из них выздоровели более 72 млн человек, погибло более 2х млн человек.

Онкогематологические пациенты являются наиболее уязвимым контингентом в развитии КВИ и ее осложнении, поскольку находятся в зоне повышенного риска с позиции иммуносупрессии.

В отделении онкогематологии и трансплантации костного мозга в ТОО «Национальный научный онкологический центр» (далее –ТОО «ННОЦ»), г. Нур-Султан проведено исследование пациентов с COVID-19 на фоне заболеваний крови.

Цель: исследование особенности клиники, ответы на лечение и исходов заболевания крови с

сопутствующим COVID-19 у онкогематологических больных.

Мы попытались оценить риски, которым подвергаются пациенты данного профиля, для которых характерно развитие агранулоцитоза на фоне химиотерапии и основного заболевания.

Материалы и методы. С июля 2020 года на базе ТОО «ННОЦ» было основано отделение КВИ для онкогематологических больных. С 1 июля по 1 ноября 2020 г наблюдались 23 пациента: 11 мужчин, 12 женщин, максимальный возраст – 65 лет, минимальный – 18 лет, средний возраст - 45 лет. Из них с диагнозом множественная миелома (ММ) 7 пациентов, острый миелобластный лейкоз 7 (ОМЛ), острый лимфобластный лейкоз 7 (ОЛЛ), миелодиспластический синдром 1(МДС), хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) 1 пациент. С положительным результатом ПЦР назофарингеального мазка SARS-CoV-2 госпитализировано 15 пациентов, 8 с неидентифицированным вирусом, но клиническими признаками и характерного поражения легких, подтвержденных компьютерной томографией (КТ). У всех пациентов имелись КТ признаки вирусной пневмонии, у 6-ти пациентов (26%) отмечалась КВИ легкой степени тяжести, поражение легких до 20% по данным КТ, без признаков дыхательной недостаточности. У 9-ти пациентов (39%) средней степени тяжести, с признаками умеренной дыхательной недостаточности, поражение легких 30-40% и у 8-ми пациентов (34%) тяжелой степени с признаками выраженной дыхательной недостаточности и поражением легких более 40%. На искусственной вентиляции легких находилось 3 пациента (13%), СРАР-терапия проводилась 7 пациентам (30%). 21 пациент (91%) были выписаны с улучшением состояния и разрешением КВИ, 2 случая летального исхода (9%).

С диагнозом ММ химиотерапию получили 4 пациента, 2 пациента находились в посттрансплантационном периоде, 1 в межкурсовом; ОМЛ: курс химиотерапии прошли 3 пациента, посттрансплантационный период 1, межкурсовый 2; ОЛЛ курс химиотерапии прошли 2 пациента, посттрансплантационный период 2; МДС 1 пациентка получила курс химиотерапии.

Все пациенты по поводу КВИ получали лечение в рамках клинического протокол Министерства здравоохранения РК. Тактика ведения по основному заболеванию у некоторых пациентов была изменена; 11 - пациентов не получали ХТ на фоне КВИ, из них - 2 на фоне тяжести течения КВИ, 4 - находились в межкурсовом и 5 - посттрансплан-

тационном периоде. 2 пациента не получали химиотерапию: пациентке с диагнозом «ХЛЛ», в связи с развившимися осложнениями (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, синдром полиорганной недостаточности (СПОН). После купирования осложнений продолжена терапия 2 линии (нилотиниб); пациентка с диагнозом «ОМЛ», в виду выраженной ДН и развившейся почечной недостаточности, курс проведен после разрешения КВИ.

12 пациентов получали ХТ на фоне КВИ: из них 9 пациентов с ответом на терапию в виде сохранения ремиссии, 1 пациент без достижения ремиссии, 2 летальных исхода от развившихся осложнений на курсе ХТ. Первый смертельный исход – пациентка, 23 года с диагнозом «Острый миелобластный лейкоз». Осложнение течения основного заболевания и КВИ: острое нарушение мозгового кровообращения, СПОН. Второй случай – пациент, 56 лет с диагнозом «Множественная миелома», осложнение: острый респираторный дистресс-синдром, СПОН. Обоим пациентам по состоянию основного заболевания требовалось проведение химиотерапии. Агранулоцитарное состояние и развитие на его фоне коронавирусной инфекции значительно увеличило риск летального исхода.

Выводы. Таким образом, 21 пациент (91%) были выписаны с улучшением состояния и разрешением КВИ, 2 случая летального исхода (9%). Из 12 пациентов, получавших ХТ - 9 больных несмотря на иммунодефицитное состояние, обусловленное основным заболеванием, миелотоксическим агранулоцитозом с ответили на курс, 1 – без ответа на ХТ, что свидетельствует о правильности выбора тактики ведения больных.

Источник финансирования: нет

ДВУСТОРОННЯЯ НАРУЖНАЯ ОФТАЛЬМОПЛЕГИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Каримходжаева С.А.

*Центральный Госпиталь Министерства
Внутренних Дел Республики Узбекистан.
Республика Узбекистан, город Ташкент*

Введение. На сегодняшний день появляются все больше новых научных работ подтверждающие о тропизме коронавируса тяжелого острого респираторного синдрома-2 (severe acute

respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2) к нейрональным клеткам и по мере накопления клинического опыта открываются новые данные о неврологических проявлениях и последствиях этого вирусного заболевания. В ряде исследований были продемонстрированы различные механизмы инвазии вируса в центральную нервную систему, в том числе и в ствол головного мозга, которые наглядно показали, что нейроинвазия в центральную нервную систему инициируется в обонятельной луковице и намного выше при интраназальном поступлении возбудителя. Так же проведенные контрастные магнитно-резонансные исследования головного мозга пациентов с коронавирусной инфекцией 2019 года (coronavirus disease 2019, covid-19) с явлениями anosмии в остром периоде заболевания наряду с отечностью обонятельных луковиц выявили непосредственное вовлечение в процесс прилегающих участков базальных отделов головного мозга с последующим прохождением вируса в область грушевидной коры (обонятельной коры), гиппокамп, ствол мозга.

Целью данного материала является разбор клинического случая, ассоциированного коронавирусной инфекцией и осложненной поражением ствола головного мозга.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился пациент 33 лет, поступивший на стационарное лечение с жалобами на двоение предметов при взгляде двумя глазами, опущение верхних век. Со слов больного месяц назад перенес коронавирусную инфекцию, лабораторно подтвержденную (положительный результат полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией в реальном времени), с подъемом температуры тела и утратой обоняния. Спустя 20 дней от начала заболевания появилось двоение в глазах, опущение верхнего века справа. Еще через 10 дней заметил опущение верхнего века слева. При объективном осмотре были выявлены двустороннее опущение верхних век, более выраженная справа. В неврологическом статусе помимо двустороннего птоза выявлены признаки двусторонней наружной офтальмоплегии с сохранностью зрачковых реакций, диплопия, при этом дwoящиеся предметы располагались вертикально друг над другом. При обследовании на магнитно-резонансной томографии головного мозга очаговых изменений не было выявлено, рентгеноскопия органов грудной клетки подтверждала наличие остаточных явлений в легких после перенесенного воспалительного процесса, при ультразвуковом исследовании выявлены при-

знаки воспаления обеих почек. В анализах крови определялось снижение уровня гемоглобина и сывороточного железа, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; в общеклинических анализах мочи – наличие белка и повышенный уровень лейкоцитов. Пациент был консультирован терапевтом, урологом, офтальмологом, выставлен диагноз: «Анемия легкой степени. Хронический пиелонефрит в стадии латентного воспаления. Птоз II-степени. Офтальмоплегия»; внесены соответствующие коррективы в терапию.

Результаты. Больному была назначена комплексная терапия: кортикостероиды по схеме, с последующим переходом на пероральный прием, вазоактивные и антихолинэстеразные средства, нейрометаболики, витамины группы В, дегидратационная терапия. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности птоза, увеличения объема движений глазных яблок, диплопия постепенно регрессировала.

Заключение. Данный случай из практики является очередным подтверждением о нейротропности и высокой нейроинвазивности SARS-CoV-2. Анализируя данный клинический случай можно предположить, что обонятельная дисфункция у пациентов с covid-19 возникает не только за счет поражения нейроэпителиальных клеток слизистой оболочки носа и обонятельной луковицы, но и как следствие непосредственного поражения корковых центров обоняния. Что объясняет возможность дальнейшей инвазии вируса в более глубокие структуры ствола головного мозга, вызывая множественные поражения ядер и корешков черепно-мозговых нервов, обуславливающие полиморфизм неврологических осложнений. Так же становится очевидным, что SARS-CoV-2 обладая пантропностью вызывает мультисистемное поражение в организме человека и требует комплексного подхода в обследовании и терапии пациентов.

Источник финансирования: нет

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИИ ОКБ)

Кушекбаева А.Е., Серикбаева М.Т., Пайзулла Б.Н.

Южно-Казахстанская медицинская академия,
г. Шымкент, Казахстан.

Цель исследования: частота встречаемости коморбидных состояний среди стационарных больных с хронической легочной патологией, в частности хронической обструктивной болезнью легких, с оценкой взаимного влияния их на основные функциональные показатели.

Материал и методы. Проведен анализ 1923 историй болезни пациентов пульмонологического отделения областной клинической больницы (ОКБ) г. Шымкента за 2014-2015 годы, среди которых больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в 2014г. было выявлено 476 человек, в 2015г- 401, что составили 46,7% и 44,3% соответственно. Среди них мужчин – 47,5%, женщин – 52,5%. С использованием таблицы сопряженности рассмотрены клиническая значимость влияния коморбидности, а именно артериальной гипертония (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) на течение ХОБЛ, с вычислением критерия χ^2 Пирсона, критерия с поправкой Йетса и критерии Фишера, с обработкой в программе Statistica (модуль «непараметрическая статистика, таблица 2x2»)

Результаты. Коморбидная патологии среди пациентов с ХОБЛ в 2014 году составила 71,0% (338 пациентов): АГ отмечена у 54,6% пациентов, ИБС- 16,4%; за 2015 год коморбидность при ХОБЛ выявлена в 44,63% случаях (179 пациентов), из них АГ – в 45,9%, ИБС - в 13%. Средний возраст больных этих групп был $56,4 \pm 8,3$ лет. Длительность течения ХОБЛ в среднем составляла $7,6 \pm 3,2$ лет. По частоте количества обострений очень часто встречается коморбидность ХОБЛ с АГ в 42%, сравнительно с ХОБЛ и ИБС- в 32%. Наиболее чаще отмечается обострение у пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ и ИБС. Обострение ХОБЛ непоказывает неблагоприятный исход у больных с ССЗ, в том числе вероятность фатальных исходов прогрессирования ИБС, кризовых течений АГ, но увеличивает риск развития комбинированных конечных точек в 1,9 раза, риск декомпенсации ХСН и формирования ХЛС в 2,6 раза

При оценке клинической значимости влияния коморбидности на течение ХОБЛ по таблице сопряженности критерии χ^2 Пирсона – 0,6; крите-

рии с поправкой Йетса $\chi^2 - 0,4$; $\chi^2_{\text{критич}} = 1$; по этому $\chi^2_{\text{выч}} < \chi^2_{\text{критич}}$ принимается Н (0). Согласно этим данным, два сопутствующих заболевания, по отдельности, могут не приводить к ухудшению течения ХОБЛ, но, по точной критерии Фишера, процедура вычисления, указывающая на наличие более пяти критериев, показывает, как сопутствующие заболевания в комплексе другой системы, в данном случае ИБС и АГ, приводят к ухудшению течения ХОБЛ.

Выводы. Коморбидность как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и кардиальной смерти у больных ХОБЛ способствует более тяжелому течению при хронической патологии легких. Прогноз для пациентов группы риска ассоциируется с 5-10 кратным ростом риска кардиальной смерти. Оценка коморбидности при ХОБЛ заболеваний сердечно-сосудистой системы требует мультидисциплинарный подход для уточнения единой тактики в отношении лечения и профилактики возможных осложнений в течении коморбидных состояний.

Источник финансирования: нет

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Н.Л. Львова, Я.В. Васильченко, А.В. Романенко

ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»,
г. Минск, Беларусь

Введение: Клиническая картина поражения новым коронавирусом SARS-CoV-2 характеризуется в первую очередь повышением температуры тела в более чем 90% случаев, нарушениями функции дыхательной системы (кашель в 80% случаев, одышка - 55%, ощущением заложенности в грудной клетке - более 20%). Отклонения по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки встречаются в 95% случаев. Появляется все больше данных о том, что у пациентов, перенесших COVID-19 в легкой или тяжелой форме, могут развиваться долгосрочные последствия для здоровья, что обуславливает необходимость проведения своевременных реабилитационных мероприятий для предотвращения развития стойких (инвалидизирующих) нарушений функций органов и систем организма.

Идея. Разработать метод оценки эффективности стационарной медицинской реабилитации (МР) пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19.

Цель. Повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19, путем разработки и практического применения метода оценки эффективности курса медицинской реабилитации данной группы пациентов.

Материалы и методы. Нами проведена оценка эффективности стационарной медицинской реабилитации пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19. В исследование включено 1046 пациентов, прошедших курс ранней стационарной медицинской реабилитации после пневмонии, вызванной инфекцией COVID-19 в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» с 01.06.2020 по 29.12.2020. Для прохождения курса ранней стационарной МР пациенты поступали в 645 (61,7%) случаев из организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, в 401 (38,3%) – из амбулаторных организаций здравоохранения. Средняя продолжительность этапа ранней стационарной МР составила $12,1 \pm 2,4$ дня. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на группы в зависимости от возраста: молодой возраст (18-44 года) – 196 (18,7%); средний (45-59) лет – 517 (49,4%); пожилой возраст (60-74 года) – 318 (30,4%); старческий (75-90 лет) – 15 (1,5%). Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $54,2 \pm 10,8$ лет, в том числе минимальный возраст – 21 год, максимальный – 88 лет. Среди обследованных пациентов было 443 (42,4%) мужчины и 603 (57,6%) женщины. У большинства (753 (71,9%) человек), включенных в исследование, встречались сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия (55,7%), ишемическая болезнь сердца (35,7%), сахарный диабет 2 типа (13,3%), ожирение (30%), хроническая обструктивная болезнь легких (1,1%). Как осложнения после перенесенной пневмонии в 28 (2,7%) случаях наблюдалась антибиотик-ассоциированная диарея, ТЭЛА была выявлена у 8 человек (0,8%).

У пациентов, включенных в исследование, было диагностировано легкое (нетяжелое) течение пневмонии в 179 (17,1%) случаях, имело место среднетяжелое течение пневмонии в 664 (63,3%) случаях, тяжелое течение – у 203 (19,4%) человек.

Все пациенты осматривались мультидисциплинарной бригадой. По разработанному нами

алгоритму проводилась экспертно-реабилитационная диагностика, включающая оценку реабилитационного потенциала, установление клинико-функционального диагноза, определение реабилитационного прогноза, функционального класса нарушений, категорий нарушений, в том числе ограничений жизнедеятельности. Все пациенты прошли курс МР на основании временного клинического протокола, согласно приложению 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 462 от 21.04.20 (в редакции приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 593 от 03.06.20).

Результаты. Предложенная нами методика оценки эффективности медицинской реабилитации с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) предполагала оценку нарушенных функций организма b134 (функции сна); b152 (функции эмоций); b255 (функции обоняния); b410 (функции сердца); b420 (функции артериального давления); b4301 (кислородные транспортные функции крови); b4400 (температура дыхания); b4409 (функции дыхания неуточненные); b450 (дополнительные дыхательные функции, кашель); b455 (толерантность к физической нагрузке); b460 (одышка); b525 (функции дефекации); b530 (функции сохранения массы тела) и ограничений активности d240 (преодоление стресса и других психологических нагрузок); d2230 (выполнение повседневного распорядка); d450 (ходьба); d570 (забота о своем здоровье) до и после медицинской реабилитации. Эффективность медицинской реабилитации рассчитывается как отношение суммы баллов по всем показателям до медицинской реабилитации к сумме баллов по всем показателям после курса медицинской реабилитации:

2,0 балла и более – значительное улучшение;
1,2-1,99 балла – улучшение;
1,06-1,19 балла – незначительное улучшение;
0,95-1,05 балла – без перемен;
менее 0,95 балла – ухудшение;
при сумме баллов равной 0 по всем показателям после курса медицинской реабилитации ее эффективность оценивается как выздоровление.

Обсуждение. По предложенной нами методике, была рассчитана эффективность МР у 1046 пациентов, включенных в исследование:

- пациенты со значительным улучшением – 336 (32,12%);
- пациенты с улучшением – 502 (47,99%);
- с незначительным улучшением – 170 (16,25%);

- без эффекта – 34 (3,25%);
- с ухудшением – 4 (0,38%).

По предложенной нами методике оценки эффективности МР ухудшение было выявлено у 4 (0,38%) пациентов и было обусловлено развитием тяжелой антибиотик-ассоциированной диареи, кроме того, курс МР был не завершен и пациенты переведены в другие лечебные учреждения.

Источник финансирования: нет

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ: АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И КОРТИЗОЛА

О.Н.Кононова¹, Э.Н.Платошкин¹, А.В.Коротаев^{1,2}, Я.Л.Навменова^{1,2}, Е.С.Махлина¹, Н.В.Николаева¹

¹Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Беларусь

Введение: Ожирение ухудшает прогноз течения беременности и родов, повышает риск неблагоприятных перинатальных исходов. После беременности, вне зависимости от характера ее течения и исхода возможно прогрессирование основных составляющих метаболического синдрома (МС). Проведена оценка результатов маркеров воспаления (С-реактивного белка (СРБ), мочевой кислоты (МочК), фибриногена (ФГ)) и кортизола у женщин с компонентами МС в период беременности и через год после родов. Маркеры воспаления могут оказывать отрицательное влияние на течение беременности и ее исход. Необходимо выявить их связь не только с особенностями течения беременности при МС, но и с риском преждевременных родов, преэклампсии, дефицита или избытка массы плода, а также с таким важным лабораторным показателем стресса, как кортизол сыворотки крови.

Цель исследования. Анализ данных МочК, СРБ, ФГ, кортизола у беременных с компонентами МС в период беременности и через год после родов.

Материалы и методы исследования. Обследованы 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26; 35) год). Женщины были разделены на 3 группы: 1-я основная группа – 55 (38%) женщин, с диагнозом МС в I триместре – ГрМС; 2-я основная группа – 57 (40%) участниц – группа риска (1-2 компонента МС) – ГрПМС; 3-я группа

– группа контроля (ГрК) – практически здоровые беременные с нормальной массой тела без компонентов МС – 31 (22%) женщин. Группы были сопоставимы по возрасту, срокам и числу беременностей.

Проводился сбор данных анамнеза, объективный осмотр, антропометрия. После формирования выборки в сроки 6-12, 29-34 недель беременности и через год после родов проводилось комплексное антропометрическое и клинико-лабораторное исследование, включавшее оценку показателей липидного спектра, гормонального фона, углеводного обмена и инсулинорезистентности (ИР), изучались показатели ФГ, МочК, СРБ и кортизола. Все исследования проводились по стандартным методикам. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета Statistica 6,0 (StatSoft, Inc. USA).

Результаты. Согласно полученным результатам показатели маркеров воспаления и кортизола сыворотки крови в ГрМС значимо отличались ($p < 0,05$) от идентичных показателей в ГрК в I триместре. В ГрПМС также были отмечены значимые различия, за исключением уровня МочК ($Z = -0,44$; $p = 0,661$). Следует отметить, что различий по медиане исследуемых показателей между пациентами ГрМС и ГрПМС выявлено не было, за исключением МочК (0,27 и 0,22 ммоль/л соответственно).

В III триместре выявлены значимые ($p < 0,05$) различия медианы показателей маркеров воспаления и кортизола сыворотки не только в ГрМС, но и в ГрПМС в сравнении с аналогичными данными в ГрК. Медиана показателей СРБ (5,8 [6,1; 8,1] ммоль/л), МочК (0,28 [0,25; 0,28] ммоль/л) и кортизола (800 [732; 867] нмоль/л) к III триместру в ГрПМС увеличилась и стала схожей с медианой соответствующих показателей в ГрМС (5,7 [6,0; 7,8]; 0,33 [0,29; 0,32] и 880 [783; 894] соответственно). Данные изменения могут свидетельствовать об усугублении процессов хронического неинфекционного воспаления и нарастании кортизол-индуцированной ИР у женщин с измененным метаболическим статусом в процессе беременности. Несмотря на окончание срока гестации, медиана значений показателей СРБ, ФГ и МочК в ГрМС и в ГрПМС была значимо ($p < 0,05$) выше, чем в ГрК. Медиана МочК на этапе включения в исследование в ГрПМС была значимо ниже, чем в ГрМС (0,22 [0,21; 0,23] vs. 0,27 [0,26; 0,29]; $Z = -4,28$; $p < 0,05$). Через год после родов значения МочК в этих группах уже значимо не различались между собой (0,33 [0,30; 0,33] vs. 0,33 [0,32; 0,34] $Z = -1,46$; $p = 0,145$).

Заключение:

1. В ГрМС на протяжении беременности были выявлены значимо более высокие уровни СРБ, МочК и ФГ, а также кортизола сыворотки крови. К III триместру обнаружено значимое ($p<0,05$) увеличение данных показателей также и в ГрПМС в сравнении с ГрК, что указывает на усугубление процессов хронического неинфекционного воспаления и нарастания кортизол-индуцированной ИР у женщин с измененным метаболическим статусом.
2. Через год после родов медиана значений показателей СРБ, ФГ и МочК в ГрМС и в ГрПМС была значимо ($p<0,05$) выше, чем в ГрК.
3. Медиана кортизола в ГрПМС выросла к III триместру и достигла уровня показателя ГрМС ($Z=-0,97$; $p=0,331$).
4. Выявленные закономерности могут свидетельствовать о нарастании метаболических нарушений в группе женщин с неполным вариантом МС на фоне беременности и развитии классического варианта МС в отдаленном периоде.

Источник финансирования: нет

ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И SARS-COV-2 ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК

Автор: Панасовец А.О., **соавтор:** Карпович Ю.Л.,
Научный руководитель:
Карпович Ю.И, к.м.н., доцент

Гродненский государственный медицинский университет. Республика Беларусь, г. Гродно

Введение: Поддержание постоянства внутренней среды обеспечивается слаженным взаимодействием всех систем организма человека. Эта взаимосвязь, кроме очевидных преимуществ, имеет и отрицательное значение, так как нарушения в одной системе организма окажут непременно, зачастую негативное, влияние на другие органы. Важное фармакоэкономическое значение имеют функциональные и органические изменения почек. В частности, ренальная дисфункция тесно взаимосвязана с патологией сердечно-сосудистой системы и многочисленными сердечно-сосудистыми осложнениями.

Цель. Исследовать степень влияния кардиоваскулярных нарушений на функциональное состоя-

ние почек на фоне SARS-Cov-2-инфекции и без нее.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование с включением 27 пациентов было проведено на базе УЗ “Гродненский областной клинический кардиологический центр”. Все пациенты с ИМ разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия SARS-Cov-2-инфекции (Антитела к SARS-Cov-2 Ig M, ПЦП положительные, бессимптомные).

Были учтены возраст; пол; скорость клубочковой фильтрации (СКФ) на момент начала лечения, рассчитанная по формуле CKD-EPI; показатели биохимического исследования крови: креатинин, мочевины, общий белок, глюкоза, холестерин; показатели общего анализа мочи; наличие сопутствующих заболеваний в анамнезе, был ли выставлен диагноз ХБП на момент поступления в стационар и после окончания стационарного лечения. Для сравнения по таким же параметрам были проанализированы пациенты, поступившие в стационар с ИМ, но без SARS-Cov-2 инфекции.

Анализ осуществлялся при помощи программы “Statistica” 10.0.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 27 медицинских карт стационарных пациентов с ИМ. Среди них SARS-Cov-2-инфекцией болели 13 человек (3 женщины и 10 мужчин) (определены антитела к SARS-Cov-2 Ig M, или ПЦП-положительные, симптомов заболевания не было). Средний возраст пациентов составил $65\pm 5,2$ лет. Мужчины 21 человек и женщины 6 человек.

Показатели крови. Уровень креатинина составил $129\pm 1,02$ мкмоль/л в 1 группе и $98,9\pm 1,48$ мкмоль/л во 2 группе. Повышение креатинина было установлено у 79,6% человек из 1 группы и 21,4% из 2 группы. Уровень мочевины – $7,5\pm 0,2$ ммоль/л в 1 группе и $5,4\pm 0,4$ ммоль/л во 2 группе. Повышение мочевины – у 30,7% из 1 группы и 14,3% из 2 группы. Общий белок – $68,5\pm 1,1$ г/л в 1 группе и $78,6\pm 1,89$ г/л во 2 группе. Снижение общего белка – у 40% из 1 группы и 8,3% из 2 группы. Глюкоза – $7,3\pm 0,36$ ммоль/л в 1 группе и $8,5\pm 1,45$ ммоль/л во 2 группе. Повышение глюкозы – у 76,9% из 1 группы и 69,2% из 2 группы. Что можно объяснить большей частотой пациентов с установленным СД во второй группе и назначенными для коррекции гликемии препаратами на амбулаторном этапе. Холестерин – $5,07\pm 1,74$ ммоль/л в 1 группе и $5,5\pm 0,51$ ммоль/л во 2 группе. Повышение холестерина – 50% из 1 группы и 69,2% из 2 группы.

Показатели мочи. Общий Белок составил в крови $0,74\pm 0,31$ г/л в 1 группе и $0,179\pm 0,1$ г/л во 2 группе. Протеинурия наблюдалась у 40% пациентов из

1 группы и у 16,6% из 2 группы. Лейкоцитурия – у 30% из 1 группы и 16,6% из 2 группы. Эритроцитурия – у 60% из 1 группы и 60% из 2 группы. Цилиндрурия – у 46% из 1 группы и у 33% из 2 группы. СКФ. Данный показатель был рассчитан по формуле CKD-EPI и составил $50 \pm 1,56$ мл/мин/1,73м² в 1 группе и $69 \pm 5,7$ мл/мин/1,73м² во 2 группе, при этом СКФ по CKD-EPI менее 90 мл/мин было определено у всех пациентов из первой группы и у 85,7% во 2 группе.

Сопутствующий почечный диагноз. В 1 группе у 15,4% в анамнезе хронический пиелонефрит (ХП) и у 7,1% ХБП. Во 2 группе у 14,3% - МКБ; кисты обеих почек, дополненные ХБП – 7,1%. Следует отметить, что ХБП у пациентов был впервые установлен только при выписке из стационара, следовательно, данное состояние могло развиваться как в результате перенесенного ИМ и SARS-Cov-2-инфекции, а также проведенного лечения.

Из всего вышеперечисленного получается, выраженные нарушения функций почек по всем параметрам определяются в 1 группе (пациенты с ИМ и SARS-Cov-2-инфекцией), хоть и процент сопутствующей почечной патологии преобладает во 2 группе (пациенты с ИМ). При выписке из стационара пациенты в обеих группах имеют почти равнозначный процент ХБП в диагнозе.

Среди мужчин изменения лабораторных параметров определяются чаще, чем среди женщин.

Заключение. У 92% пациентов выявляется снижение функций почек на фоне перенесенных ИМ и SARS-Cov-2-инфекции. Примерно 63% пациентов – это коморбидные среднетяжелые пациенты, нуждающиеся в интенсифицированной терапии. Для них крайне необходимой является амбулаторный этап терапии, с обязательной коррекцией ренальной дисфункции.

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости более интенсивного лечения пациентов с ХБП и ИМ на фоне вирусной инфекции. Рекомендовано более тщательно и индивидуально подходить к диагностике и лечению состояний, приводящих к снижению почечных функций; контролировать СКФ и приверженность к лечению. Потому как недостаточная терапевтическая коррекция нарушений у таких пациентов в будущем может приводить к усугублению и прогрессированию ХБП.

Источник финансирования: нет

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Автор: Панасовец А.О., **соавтор:** Карпович Ю.Л.
Научный руководитель:
Карпович Ю.И., к.м.н., доцент

Гродненский государственный медицинский университет. Республика Беларусь, г. Гродно

Использование нефропротекции и методов почечно-замещающей терапии улучшило прогноз при хронической болезни почек (ХБП), но выявление и лечение осложнений на сегодняшний день по-прежнему представляет ряд трудностей. Гипокальциемия, задержка фосфора, дефицит витамина Д, развитие остеопенического синдрома сопровождают развитие вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ).

Актуальность. Диагностика ВГПТ может вызывать определенные трудности, так как он не всегда имеет симптоматику, еще более затруднителен процесс дифференциального генеза с аденомой ПЩЖ. А иногда клинические проявления могут начинаться с симптомов поражения других систем (чаще всего поражаются кости и желудочно-кишечный тракт), и тогда характер клиники и ее выраженность будут зависеть от степени нарушения в органах. Наиболее достоверными способами диагностики можно считать определение уровня витамина Д и паратормона, а также сцинтиграфию ПЩЖ.

Цель: описать случай из клинической практики пациентки с ХБП 5 и ТГПТ в качестве наглядного примера трудности выявления таких пациентов. **Материалы и методы.** Пациентка В., 51 год, инвалид 3 группы, с диагнозом “Поликистоз почки, тип взрослых. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. ХБП 5. Вторичный гиперпаратиреоз?” госпитализирована в нефрологическое отделение. На момент поступления предъявляла жалобы на тянущие боли в поясничной области, познабливание, общую слабость, колебания АД, слабость и колебания артериального давления. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка болеет около 20 лет, с момента первой беременности, когда ей был выставлен диагноз пиелонефрит и поликистоз почек. Через некоторое время заболевание терминальной хронической почечной недостаточностью. Последние полтора года находится на хроническом почечном гемодиализе, при контрольных обследованиях выявлена гиперфосфатемия, пациентке определен ПТГ, который составил 3300 пг, госпитализирована для дальнейшего дообследо-

вания и лечения.

На момент обследования объективный статус: температура тела 36,6 С. Вес 60 кг. Рост 158 см. Пульс 100 ударов в мин.; артериальное давление 130/90 мм рт.ст. Тоны сердца не изменены; шумы отсутствуют. Число дыханий 17 в мин.; одышки нет; перкуторно легочной звук; дыхание везикулярное, в н/о ослабленное; хрипов нет. Язык влажный, чистый; печень у края реберной дуги; желчный пузырь не определяется; перистальтика кишечника обычная. Живот мягкий, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный, почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное безболезненное, диурез за сутки около 1 л. Назначены соответствующие лабораторные и инструментальные обследования.

Биохимическое исследование крови 15.02.2021: Кальций общий 2.42 ммоль/л (2-2.6) ммоль/л; Фосфор 1.09 ммоль/л (0.8-1.6) ммоль/л, Витамин Д 25(ОН) – 21,3 нг/мл; паратгормон – 3071 пг/мл, Щелочная фосфатаза 622 Ед/л (30-120) Ед/л.

Инструментальное обследование. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (ЩЖ) – эхоструктура диффузно-неоднородная. Эхогенность несколько снижена. В проекции правой доли определяется гипоэхогенное с неровными контурами неоднородной структуры образование 17х10мм. В проекции левой доли – аналогичные по структуре образования 28х10 мм и 17х12 мм. Региональные л/узлы шеи не изменены.

Сцинтиграфия с ^{99m}Tc - MIBI 700 МБк в/вено: через 15 мин после введения РФП визуализируется щитовидная железа обычной формы, размеров и положения. Накопление изотопа умеренно интенсивное, его распределение диффузное неравномерное. В проекции верхнего и нижнего полюсов левой доли щитовидной железы определяются округлые участки гиперфиксации РФП. На отсроченном планарном изображении через 2 часа (паратиреоидная фаза) РФП почти полностью вывелся из щитовидной железы. При этом сохраняется округлый очаг гиперфиксации РФП в проекции нижнего полюса левой доли щитовидной железы. Индекс относительной активности парациститовидная железа /щитовидная железа составляет 1.88. Заключение: сцинтиграфическая картина может соответствовать гиперплазии левых верхней и нижней парациститовидных желез с высокой метаболической активностью.

Рентгенография кисти, пальцев кисти – диффузный остеопороз. Отмечается неравномерный лизис ногтевых фаланг обеих кистей. Выражено

обызвествление стенок сосудов по ходу лучевых и локтевых костей, больше справа.

Результаты. С учетом данных обследования пациентке подтвержден ВГПТ. Рекомендации: соблюдение диеты, продолжение ХПГД, контроля АД, паракальцитол -после сеансов гемодиализа (вторник- 5 мкгр, четверг- 10 мкгр, суббота -10 мкгр)- суммарно 20 мкгр в неделю (цинакальцет с в стране не зарегистрирован и в связи с этим не доступен к назначению). Контроль анализов в динамике.

Заключение. Таким образом, необходим ранний и динамический контроль нарушений кальций-фосфорного обмена при ХБП для профилактики как нарушений костного обмена, так и ранней профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Источник финансирования: нет

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА KLOTNO

Савичева Е.А.

ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины"; Украина, г. Харьков

Цель. Изучение особенностей течения хронической болезни почек у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от полиморфизма гена Klotho и содержания растворимого белка Клото в сыворотке крови.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных СД 2-го типа и 29 больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц. Пациенты были разделены на следующие группы:

I группа - больные СД 2 типа с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и без альбуминурии (n=38),

II группа - больные СД 2 типа с нормальной СКФ и альбуминурией (n=32), III группа - больные СД 2 типа со сниженной СКФ и альбуминурией (n=26).

IV группа - больные с ОКС (n=29) Концентрацию белка Клото определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производства Immuno Biologic Laboratories Co. Ltd. (Япония).

Результаты. У больных диабетической нефропа-

тией (ДН) и ОКС имели место существенные изменения содержания белка Клото в сыворотке крови, его уровни были ниже, чем у здоровых людей и у пациентов с СД без нарушения функции почек ($p < 0,05$). Так, в первой группе (СД без почечных нарушений) уровень Клото был несколько ниже, чем в контроле и составил ($570,15 \pm 62,25$) пг/мл, однако эти изменения не были достоверными.

Во второй группе больных (ДН с альбинурией) мы наблюдали более существенное снижение показателя до ($490,66 \pm 58,76$) пг/мл, ($p < 0,05$). Низкие значения Клото ($443,58 \pm 46,92$) пг/мл обнаружены в третьей группе обследованных (ДН со снижением СКФ) ($p < 0,01$).

В группе больных с ОКС содержание белка Клото в сыворотке крови также был достоверно ниже, чем в контроле - ($540,90 \pm 52,15$) пг/мл. Контроль - ($630,74 \pm 64,71$) пг/мл.

Корреляционный анализ выявил сильную обратную связь концентрации белка Клото с показателями альбинурии ($r = -0,72$, $p < 0,01$) и концентрацией креатинина ($r = -0,64$, $p < 0,05$).

Уровни Клото обратно коррелировали с гликемическим контрольным показателем HbA1c ($r = -0,49$, $p < 0,05$) и общим холестерином ($r = -0,60$, $p < 0,05$), что указывает на безусловную взаимосвязь содержания данного протеина с липидным и углеводным обменом. Кроме того, установлены отрицательные корреляционные связи между уровнем Клото в крови и показателями артериального давления (систолического - $r = -0,42$, $p < 0,05$; диастолического - $r = -0,51$, $p < 0,04$).

Согласно полученным данным, у больных СД 2 типа - носителей гетерозиготного генотипа полиморфизма F352V гена Klotho отмечаются достоверно более высокие уровни белка Клото в сыворотке крови по сравнению с распространенным типом F352F. Так в группе больных с СД 2 типа без признаков нефропатии и полиморфизмом F352F уровень белка Клото составил ($538,36 \pm 51,21$) пг/мл, что достоверно меньше, чем группе гетерозигот F352V гена Klotho - ($622,78 \pm 72,27$) пг/мл, $p < 0,02$. У больных СД 2 типа с альбинурией и полиморфизмом F352F уровень исследуемого протеина составил ($425,15 \pm 40,45$) пг/мл, а у больных с полиморфизмом F352V гена Klotho - ($512,74 \pm 66,81$) пг/мл, $p < 0,02$. У обследованных с ОКС концентрация Клото также была выше в группе с гетерозиготным вариантом F352V генотипа ($554,56 \pm 63,47$) пг/мл, по сравнению с гомозиготным вариантом F352F ($518,44 \pm 32,11$) пг/мл, $p < 0,05$.

Выводы. Развитие ДН сопровождается досто-

верным снижением уровней растворимого белка Клото в плазме крови в сравнении с контролем и больными СД 2 типа без признаков нефропатии. При ОКС также доказано достоверное снижение уровня протеина Клото в сравнении с контролем. Установлена обратная корреляционная связь концентрации белка Клото с уровнями альбумина мочи и креатинина крови и прямая корреляционная связь с уровнем СКФ, что доказывает безусловную роль почек в развитии кардиоренального синдрома у пациентов с ДН. Полученные данные свидетельствуют о протективном значении гетерозиготного варианта полиморфизма F352V гена Klotho в развитии почечных и кардиальных осложнений у больных СД, что свидетельствует о несомненной целесообразности определения полиморфизма и растворимого белка Клото в качестве раннего диагностического маркера почечных нарушений и оценки кардиоваскулярного риска. Разработка стратегий по повышению продукции протеина Клото может способствовать снижению темпов прогрессирования как почечных, так и сосудистых поражений при СД 2 типа.

Источник финансирования: нет

ЗНАЧЕНИЕ И ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИНДРОМА В ЛЕГКИХ ПРИ COVID-19-ИНФЕКЦИИ

Сиваченко Л.В.¹, Климович Н.В.², Жерко О.М.²

¹*«Городская клиническая инфекционная больница», Республика Беларусь, г. Минск*

²*«Белорусская медицинская академия последипломного образования», Республика Беларусь, г. Минск*

Интерстициальная пневмония является одним из основных проявлений поражения дыхательной системы при COVID-19 инфекции. Лучевые методы диагностики играют важную роль при постановке диагноза, определении степени тяжести и помогают динамически мониторировать изменения в легких, определяя прогноз и исход заболевания. Безусловно, компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) является высокочувствительным и наиболее предпочтительным методом диагностики вирусного поражения легких, однако в ряде случаев его применение ограничено. И в этих условиях другие инструментальные методы, такие как рентгенологическое исследование органов грудной клетки

(ОГК) и ультразвуковое исследование (УЗИ) легких являются наиболее востребованными.

Ультразвуковое исследование легких – метод, который известен достаточно давно. В качестве маркера появления и накопления внесосудистой жидкости в паренхиме легких были предложены ультразвуковые критерии В-линий или «комет» и их количества. Еще один хорошо известный феномен, связанный с увеличением субплевральной плотности легких (при отсутствии консолидированной ткани), – это слияние многих В-линий в более протяженные экзогенные паттерны, в которых отдельные артефакты все еще распознаются или сливаются в единую гомогенную субплевральную экзогенную структуру, область («белое» легкое). Изучение этих паттернов показывает очень высокую чувствительность в случаях интерстициальных и альвеолярно-интерстициальных заболеваний легких, которые имеют периферическое распространение.

Цель исследования: установить возможность использования ультразвукового метода для диагностики интерстициального синдрома в легких у пациентов с пневмонией, вызванной COVID-19 инфекцией.

Материалы и методы. В исследование включено 44 пациента с COVID-19-инфекцией, которые проходили лечение в учреждении здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» (ГКИБ) в период с апреля 2020 г по март 2021 г. Среди указанных лиц 11 мужчин и 33 женщины. Средний возраст составил: $50,8 \pm 14,9$ лет. У всех пациентов диагноз COVID-19-инфекция подтвержден обнаружением вирусной РНК (SARS-CoV-2) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в носоглоточных мазках. В ходе исследования 43 (97,7%) пациенту инфекционного заболевания было проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, из них 5 (11,4%) дважды с интервалом 4-15 дней (в среднем $8,2 \pm 4,3$ дня). Оставшемуся 1 (2,3%) пациенту при поступлении выполнили компьютерную томографию органов грудной клетки. Всем 44 пациентам проведено УЗИ легких и плевральных полостей на аппарате Siemens AcusonX500, по результатам которого 23 (52,3%) пациентам выполнены КТ ОГК.

Статистические методы: непараметрические, определение чувствительности и специфичности метода.

Полученные результаты. Рентгенологическое исследование ОГК выполнялось первоначально у 43 (97,7%) пациентов, у 1 – КТ ОГК. Указанные результаты исследования не показали наличие пневмонии

у пациентов с COVID-19-инфекцией. Сроки выполнения рентгенографии ОГК составило $7,8 \pm 4,3$ дня, УЗИ легких и плевральных полостей $11,5 \pm 4,5$ дня и КТ ОГК $13,0 \pm 3,5$ дня. Статистически значимого различия между сроком проведения рентгенографии ОГК и УЗИ легких не установлено.

При ультразвуковом исследовании легких у 31 (70,5%) пациента были выявлены признаки интерстициального синдрома. Таким образом, пневмония была подтверждена у 2/3 пациентов на УЗИ, у которых рентгенограмма ОГК была в норме. При детальном анализе установлено, что у 19 (из 44, 43,2%) пациентов УЗ признаки пневмонии были подтверждены результатами исследования КТ ОГК, так же как у 9 (из 44, 20,5%) пациентов с отсутствием УЗ-признаков пневмонии по КТ результаты исследования также были отрицательные. Только у 1 (2,4%) пациента при отсутствии признаков пневмонии по УЗИ, на КТ была выявлена правосторонняя нижнедолевая пневмония. Чувствительность метода УЗД составила 100%, специфичность 95% соответственно.

Заключение. Метод ультразвуковой диагностики интерстициального синдрома в легких при COVID-19 инфекции может быть использован: на рентгеннегативном этапе заболевания, для сортировки пациентов с целью проведения КТ ОГК, для мониторинга изменений в легких у пациентов, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии. Кроме того, указанный метод может быть применим и в поликлиниках для решения задач сортировки пациентов с учётом клинического состояния и определения лиц на ранних (рентгеннегативных) этапах, нуждающихся в госпитализации или более частом амбулаторном контроле.

Источник финансирования: нет

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

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

*ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России,
Челябинск, Россия*

Введение. В основе развития висцерального ожирения лежат генетические факторы, описанные более чем в 200 различных локусах и достоверно связанные с повышенным риском развития арте-

риальной гипертензии (АГ), инфаркта миокарда, сахарного диабета 2 типа и дислипидемии. Представляется актуальным изучить частоту артериальной гипертензии и ряда генов ренин-ангиотензиновой системы при различных метаболических фенотипах у лиц молодого возраста с нормальной массой тела и ожирением.

Идея. Артериальная гипертензия нередко сочетается с кардиометаболическими нарушениями и может встречаться не только у молодых людей с ожирением, но и у здоровых лиц с нормальным весом.

Цель исследования. На основании комплексного изучения клинико-anamnestических данных, лабораторных данных и генетических полиморфизмов оценить частоту артериальной гипертензии и генов ренин-ангиотензиновой системы, а также провести сравнительную оценку факторов кардиометаболического риска при различных метаболических фенотипах у лиц молодого возраста с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Материал и методы исследования: проводились клинический осмотр, лабораторные исследования с оценкой липидного и углеводного обмена, адипокинов, полиморфизмы генов-ренин-ангиотензиновой системы (ACE I/D, AGTT174M, AGTM235T6 AGTR1A1166C). Тип исследования: поперечный срез. В исследование включен 251 человек. Все пациенты были разделены на 4 группы: группа 1 – метаболически здоровый фенотип с нормальной массой тела ($n=62$); группа 2 – метаболически нездоровый фенотип с нормальной массой тела ($n=57$); группа 3 – метаболически здоровое ожирение ($n=16$); группа 4 – метаболически нездоровое ожирение ($n=116$). Методы и критерии статистической обработки: использовался пакет статистических программ MedCalc (2020). Применялись t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни; критерий Краскелла-Уоллиса, критерий χ^2 (хи-квадрат) Пирсона, точный критерий Фишера, критерий Спирмена. Для всех видов анализа статистически достоверными принимались значения $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты в группе метаболически нездорового ожирения (группа 4) оказались достоверно старше по сравнению с другими группами при отсутствии значимых гендерных различий. У каждого второго молодого пациента в группах с ожирением (группы 2 и 4) выявлялась АГ (по 50% в каждой группе) в сравнении с группой 1 (16,1%, $p_{1-3}, 1-4 < 0,05$). В группе метаболически нездорового ожирения чаще отмечалось табакокурение по сравнению с другими группами (29,3% vs 9,7%,

8,8%, 18,8% соответственно, $p_{4-1,2,3} < 0,05$). Наиболее высокие концентрации глюкозы, инсулина и индекса инсулинорезистентности HOMA-IR были выявлены в группах с метаболически нездоровым профилем (группы 2 и 4) по сравнению с другими группами. Наиболее высокие концентрации триглицеридов и ХС-ЛПНП, а также наиболее низкие значения ХС-ЛПВП были выявлены в группе с метаболически нездоровым ожирением (группа 4) по сравнению с другими группами. Наряду с выявленными нарушениями углеводного и липидного обмена, наиболее высокая концентрация лептина и более низкая концентрация адипонектина были обнаружены в группах с метаболически нездоровыми фенотипами (группы 3 и 4) по сравнению с другими группами. При изучении частоты полиморфизмов генов ренин-ангиотензиновой системы среди молодых лиц с метаболически нездоровым ожирением выявлены более высокая частота встречаемости мутантного аллеля Т гена ангиотензиногена AGTM235T (rs699) (71,9%) по сравнению с таковыми в группе 1 (52,5%, $p_{1-4} = 0,049$), в группе 2 (49,0%, $p_{2-4} = 0,04$) и в группе 3 (23,1%, $p_{3-4} = 0,002$), а также мутантного аллеля М гена ангиотензиногена AGTT174M (rs4762) (45,3%) по сравнению с таковыми в группе 2 (28,6%, $p_{2-4} = 0,07$).

Заключение. Полученные результаты дополняют современные представления о роли метаболических нарушений, обусловленных дисфункцией жировой ткани, как пускового механизма и маркера кардиометаболических нарушений в виде артериальной гипертензии в сочетании с ожирением среди лиц молодого возраста.

Исследование выполнено в рамках комплексной темы НИР «Клинико-диагностические и профилактические аспекты сочетанных заболеваний внутренних органов у населения Южного Урала», номер государственной регистрации АААА-А18-118021890007-7 (одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, протокол заседания № 11 от 9 ноября 2013 года с изменениями протокол № 7 от 22.02.2019г).

Источники финансирования: финансирование за счет средств федерального бюджета.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В СЫВОРотКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Топчий И.И., Семеновых П.С.,
Савичева Е.А., Гальчинская В.Ю.

ГУ "Национальный институт терапии
имени Л.Т. Малой НАМН Украины", Украина

Введение. Диабетическая нефропатия (ДН) - актуальная проблема современной медицины, которая является тяжелым бременем для общества, так как ведет к непрерывному ухудшению функции почек, необходимости заместительной почечной терапии, инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом (СД). Несмотря на большое количество механизмов развития, прогрессирование фибротических процессов в почках происходит с участием универсальных медиаторов воспаления.

Идея. Учитывая клиническую и социальную значимость диабетического поражения почек, определение содержания интерлейкина (ИЛ)-1 β , ИЛ-6 может расширить представление о данной проблеме, а также помочь в разработке индивидуализированных терапевтических подходов.

Цель. Исследование уровней ИЛ-1 β и ИЛ-6 в сыворотке крови больных СД 2 типа в зависимости от функционального состояния почек.

Материалы и методы. Обследовано 72 больных СД 2-го типа. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Пациенты были разделены на следующие группы:

I группа - больные СД 2 типа с нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и без альбуминурии (n=25),

II группа - больные СД 2 типа с нормальной СКФ и альбуминурией (n=23), III группа - больные СД 2 типа со сниженной СКФ и альбуминурией (n=24).

Уровень ИЛ-1 β и ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом с использованием наборов реагентов ELISA производителя «Цитокины», РФ.

Всем больным была проведена патогенетическая терапия, которая включала блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, сахароснижающие и гиполипидемические препараты. Контроль осуществлялся через 6 месяцев.

Результаты. У больных всех исследуемых групп имели место существенные изменения содержания ИЛ-1 β и ИЛ-6 в сыворотке крови, его уровне были выше у пациентов с диабетом, чем у здоровых людей (p<0,01). У пациентов с ДН было обна-

ружено существенное повышение уровня ИЛ-1 β и ИЛ-6, которое имело тесную взаимосвязь с функциональным состоянием почек. В частности, уровень ИЛ-1 β составлял (3,69 \pm 1,08) пг/мл при СД без почечных нарушений, (5,30 \pm 1,35) пг/мл при ДН с альбуминурией и (5,58 \pm 3,11) пг/мл при ДН со снижением СКФ. В контрольной группе уровень исследуемого агента составлял (2,85 \pm 0,99) пг/мл.

Уровень ИЛ-6 составлял (6,21 \pm 1,23) пг/мл при СД без почечных нарушений, (6,17 \pm 0,82) пг/мл при ДН с альбуминурией и (8,23 \pm 3,49) пг/мл при ДН со снижением СКФ. В контрольной группе концентрация составила (4,59 \pm 0,81) пг/мл.

Была обнаружена прямая корреляционная связь уровня ИЛ-6 с содержанием васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF) в сыворотке крови больных ДН на разных стадиях заболевания (r = +0,477, p<0,01).

В динамике нефропротекторной терапии достоверное снижение концентрации ИЛ-1 β отмечалось у больных ДН с альбуминурией (II группа), p < 0,05. Во II группе уровень данного цитокина после лечения уменьшился на 38,1%.

Изменения уровней ИЛ-6 в динамике лечения были более демонстративными и отличались как у больных ДН с альбуминурией (II группа), так и у больных ДН со сниженной СКФ и альбуминурией (III группа), p < 0,01. Во II группе уровень этого ИЛ после лечения уменьшился на 29,0%, в III группе - на 30,1%.

Согласно полученным данным, наиболее значимое снижение уровней исследуемых цитокинов в ответ на проводимое лечение наблюдалось в группе больных ДН со сниженной СКФ и альбуминурией.

Обсуждение. В группе больных ДН со сниженной СКФ не обнаружено ожидаемого повышения содержания ИЛ-1 β по сравнению с больными с альбуминурией и сохраненной функцией почек. Это может быть следствием снижения иммунореактивности ИЛ-1 β за счет его взаимодействия с неспецифическими факторами связывания, в частности, α 2-макроглобулина.

С другой стороны, полученные нами невысокие значения ИЛ-1 β , вероятно, связаны с его усиленным потреблением на поздних стадиях заболевания, которое скорее всего может быть следствием роста в крови количества растворимых рецепторов к данному цитокину. В этом случае специфическое взаимодействие цитокина с рецептором приводит к снижению его уровня.

Анализ полученных результатов показывает,

что применение патогенетической терапии приводит к снижению содержания ИЛ-1 β и ИЛ-6 на фоне улучшения исследуемых клинико-лабораторных показателей. Последнее свидетельствует о связи между уровнем ИЛ-1 β и ИЛ-6 в сыворотке крови и традиционными факторами риска сердечно-сосудистой патологии и позволяет рассматривать их в качестве предиктора ответа на проводимую терапию.

Источник финансирования: нет

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ПРИ ОСТРОМ НЕОБСТРУКТИВНОМ ГНОЙНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

*Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю.,
Эшонкулов Э.А., Умаралиев У.М., Маликий М.Ж.*

*Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

Введение. Острый необструктивный гнойный пиелонефрит характеризуется частыми гнойными осложнениями со стороны мочевыделительной системы и других органов, и систем.

Идея. Различные уропатогенные микроорганизмы резистентны к антибактериальным препаратам, а их чувствительность зависит от генетических свойств штаммов возбудителя.

Цель. Изучить клинику и течение острого необструктивного гнойного пиелонефрита (ОНГП) и спектр микробного пейзажа, а также их чувствительность к антибиотикам.

Материалы и методы. Нами было проведено микробиологическое исследование мочи больных с ОНГП находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении РКБ № 1 МЗ РУз. 861 больных с ОНГП, из них женщин 607 (70,5%) и мужчин 254 (29,5%), в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст 34,6 года). Для оценки степени тяжести состояния, и для верификации клинического диагноза все больные прошли необходимые клинические и лабораторно-инструментальные исследования, бактериологический анализ с посевом на чувствительность; биохимический анализ крови; функциональные методы: УЗИ, обзорная и внутривенная контрастная урография, редко по показаниям МРТ и МСКТ почек. Общее состояние больных до 92% случаях тяжелое. Большинство из них предъявляли жалобы на общую слабость, ломоту во всем теле,

плохой аппетит, тошноту, рвоту. При объективном осмотре отмечали потрясающий озноб, наблюдающийся ежедневно или через день - 1-2 раза в день, сопровождающийся после озноба повышением температуры до 39-40° с последующим проливным потом и адинамией. В работе был использован диско-диффузионный метод, стандартизованный EUCAST. Исследованию по оценке антибиотико-чувствительности подлежат чистые культуры микроорганизмов или материал изолированных колоний с плотных питательных сред после первичного посева образца клинического материала. Для оценки чувствительности бактерий с обычными питательными потребностями используют агар Мюллера-Хинтона. Все больные при поступлении получали антибактериальный препарат (АБП) тазоцил (в составе цефоперазон натрия соль сульбактама 0,5 г), а также препарат ремофлоск-нео (левофлоксацин гемигидрат) 500 мг в 100 мл. Эти препараты вводились внутривенно капельно 2 раза в сутки, в зависимости от обстоятельств доза препарата была увеличена. При необходимости были подключены и другие резервные АБП.

Результаты. Высокая резистентность уропатогенов к большинству АБП при ОНГП, и только при комбинированном медикаментозном АБП тазоцил с ремофлоск-нео помогли обеспечить оптимальный лечебный эффект. Исходы заболевания ОНГП во многом зависели от времени обращения больного и сроков начала лечения. При применении АБП в раннем периоде ОНГП удается остановить дальнейшее прогрессирование воспалительного процесса.

Обсуждение. Таким образом, вводя тазоцил и ремофлоск-нео мы обрываем каскад патологических реакций организма в ответ на вторжение инфекционного агента. При ОНГП среди уропатогенов доминировали представители семейства Enterobacteriaceae (E.Coli, Klebsiella spp, Proteus spp, Citobacter spp). Более чем в 90% случаев им сопутствуют неклостридиальные анаэробы. При лечении больных ОНГП показано применение одновременно несколько АБП, что предотвращает развитие апостем и карбункулов почки. Больные с ОНГП имеют прямое показание к применению тазоцила, а также ремофлоск-нео для нормализации и улучшения кровотока в очаге воспаления. Контроль за эффективностью динамики лечения больных ОНГП наряду с клинико-лабораторными исследованиями показано проведение УЗИ почек. В моче при ОНГП среди патогенов доминируют представители семейства Enterobacteriaceae (E.Coli, Klebsiella spp, Proteus spp).

Источник финансирования: нет

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ЛЕГКИХ

Халмухамедов Б.Т.

*Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан*

Введение. Среди соматических заболеваний у работников ведущих отраслей промышленности чаще, чем в общей популяции, встречаются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). В последние десятилетия отмечен их рост и развитие у лиц молодого возраста. В 2016 году на диспансерном учете в клинике НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан пневмокониозы составляли 11,6% и занимали 4 место в общем количестве профессиональных заболеваний после профессиональных бронхитов 18,8%, отравления пестицидами 17%, заболеваний верхних дыхательных путей -16,6%.

Идея. Выявление встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы с сочетанной патологией, в частности ИБС и артериальной гипертензией для своевременной и адекватной реабилитации является очень актуальным.

Цель. Целью данного исследования явилась изучение встречаемости ИБС и АГ у больных силикозом, хроническим пылевым бронхитом (ХПБ) и хроническим интоксикациями химическими веществами (ХИХВ) и оценка электрокардиографических (ЭКГ) изменений.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективный анализ 83 историй болезней и амбулаторных карт больных. Из них 60 с ранее диагностированным диагнозом силикоза I-II-III степени, 17 случаев хроническим пылевым бронхитом и 6 случаев хроническим интоксикациями химическими веществами. Возраст больных привалило от 40 до 70 лет. Проведено статистический анализ встречаемости ИБС и АГ среди этих больных. Диагноз ИБС был поставлен после осмотра кардиолога. Проведено статистический анализ результатов ЭКГ.

Результаты. При ретроспективном анализе истории болезней с диагнозом Силикоз выявлено 33 количество больных ИБС соответственно: в I степени 12 случаев; во II степени 15 случаев; и в III степени 16 случаев. Среди больных ИБС преобладали больные стенокардией напряжения II функционального класса. При этом с постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) встречался в трех случаях со II и III степени

тяжести силикоза. У больных с ХПБ количество случаев ИБС составил 15, а так же, ПИКС – у 5. У одного больного в анамнезе была произведена стентирование коронарных артерий. АГ 2 степени у этих больных встречался в 11 случаях, АГ 1 степени в 5 случаях. При силикозах АГ встречался 27 случаях соответственно по тяжести заболевания. У 20 ти больных с диагнозом силикоз выявлен нейрциркуляторная дистония. У почти всех больных с ХИХВ был поставлен диагноз ИБС и АГ. У больных с диагнозом Силикоз выявлено в 15-ти случаях синусовая тахикардия, в 12 случаях метаболические изменения в миокарде, в 5 случаях дистрофические изменения в миокарде, в трех случаях рубцовые изменения и гипоксия в миокарде, 2 случая синусовой аритмии и синусовой брадикардии, 3 случая блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса, в единичных случаях встречался синдром преждевременной реполяризации желудочков, признаки нарушения преждевременной внутрижелудочковой проводимости, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка. У больных с ХБП в 5 ти случаях дистрофические и метаболические изменения в миокарде, в 2 случаях желудочковая экстрасистолия и мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка, в 5 ти случаях рубцовые изменения в миокарде, и единичных случаях синусовая брадикардия и тахикардия, гипоксия миокарда, блокада передней и задней ветви левой ножки пучка Гисса.

Обсуждение. Таким образом, роль нарушений сердечно-сосудистой системы при различных профессиональных заболеваниях весьма неоднородна: в одних случаях они лишь сопутствуют основному симптомокомплексу, связанному с профессиональным воздействием, в других эти нарушения на определенном этапе становятся ведущими, определяющими клиническое течение, исход и прогноз заболевания. Изучение результатов электрокардиографических изменений отражающих различных нарушений ритма или коронарного кровообращения миокарда, показало, что развитие нарушений функции внешнего дыхания может сказываться на некоторые системы, в том числе на проводимую систему и сократительной способности миокарда. Выявляемость электрокардиографических нарушений на ранних стадиях развития профессиональных заболеваний легких свидетельствует о необходимости индивидуального мониторинга функционального состояния сердечно-сосудистой системы и сократительной способности миокарда в процессе контакта с промышленными пылевыми аэрозолями.

Источник финансирования: нет

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ТАШКЕНТЕ

Хусанходжаева Ф.Т., Шукурова Л.Х., Исиргапова С.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается самой высокой по сравнению с экономически развитыми странами, как среди мужчин, так и среди женщин. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является, исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность ХСН в общей популяции составляет 1,5-2,0%, однако среди лиц старше 65 лет она достигает 61%. Несмотря на значительные достижениям лечения сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность ХСН не только не снижается, но неуклонно возрастает. Отчасти это связано с постарением населения развитых стран мира в связи с увеличением продолжительности жизни. Ожидается, что в ближайшие 20-30 лет распространенность ХСН возрастет на 40-60%. За последние годы распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в Узбекистане существенно не изменилась, в то же время уровень эмоционального стресса существенно увеличился. Ф. В. Погосова (2002) подчеркивает, что депрессия - это новый фактор риска и предиктор коронарной смерти. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации человека. Их сочетание является достаточно известным в клинической практике фактом и подтверждено многочисленными популяционными исследованиями. По данным ряда авторов, у пациентов с ХСН, обследованных амбулаторно, распространенность депрессии колеблется от 24 до 40%. При этом у 19% больных с выраженной ХСН обнаруживается большое депрессивное расстройство и у 9% - менее выраженное депрессивное расстройство. Цель. Изучить распространенность депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп на фоне хронической сердечной недостаточности. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 200 пациентов старших возрастных групп, страдающих хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA. Возраст исследуемых пациентов: 60-87 лет. С целью выявления депрессивных рас-

стройств, всем пациентам было назначено исследование с применением психометрических шкал HADS и шкалы Бэка. Кроме того, для подтверждения диагноза депрессии были проведены консультации психотерапевта. Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК и ОССН. Для определения функционального класса ХСН и оценки толерантности к физической нагрузке использовался тест 6 минутной ходьбы.

Результаты. Депрессивные расстройства были выявлены у 48,5% обследованных пациентов. Данные нашего исследования подтвердили широкую распространенность депрессивных расстройств у лиц старших возрастных групп, описываемую в различных отечественной и зарубежной литературы. Это говорит об актуальности исследуемой проблемы и необходимости своевременного выявления данной патологии у пациентов старших возрастных групп с целью последующей коррекции.

Выводы. Выявлена высокая распространенность тревожно депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих ХСН II-III ФК по NYHA. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм исследования пожилого пациента диагностические шкалы, которые могли бы выявить наличие тревожно депрессивных расстройств на уровне поликлиник и стационаров. Для выявления депрессий мы рекомендуем использовать диагностические шкалы: HADS - для скрининга депрессии и шкалу Бэка - для подтверждения диагноза. При выявлении депрессивных расстройств по результатам данных шкал, рекомендуется направить пациента к психотерапевту для подтверждения диагноза депрессии назначения соответствующей медикаментозной терапии.

Источник финансирования: нет

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ COVID-19

Шахрамания В.А.

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци (Армения, Ереван)

Коронавирус SARS-Cov-2, стремительно ворвавшийся и изменивший жизнь всей планеты, останется с нами навсегда, так же как вирусы гриппа, аденовирусы, респираторные вирусы и многие другие. В связи с этим становится актуальным выявление и

проведение коррекции гормонально-метаболических нарушений не только у заболевших, но и в группах риска возможного развития тяжелого течения COVID-19. Это важно и с точки зрения разработки мер профилактики.

Актуальность. С появлением «черного» вируса нарушилась гармония человека, ухудшилось качество жизни, участились сексуальные расстройства. Исходя из этого, возник важный вопрос – воздействие коронавируса на уровень тестостерона.

Целью данного исследования является изучение сексуальных расстройств мужчин с COVID-19 различной тяжести, в зависимости от уровня тестостерона.

Материал и методы. Проведено описательное клиническое исследование, в котором были включены 35 мужчин в возрасте от 30 лет до 65 года с подтвержденной коронавирусной инфекцией различной тяжести, которые обратились за сексологической помощью по разным сексуальным жалобам (снижение либидо, расстройство эрекции).

Пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от степени тяжести течения COVID-19: 1-я группа – легкая форма течения (n=12), 2-я группа – среднетяжелая форма течения (n=15), 3-я группа – тяжелое течение болезни (n=7). Всем пациентам был проведен тест на произвольную задержку дыхания (проба Штанге), отражающий резервные возможности легких, анализ крови для определения концентрации общего тестостерона.

Результаты и обсуждение. Выявлен дефицит тестостерона у всех пациентов с COVID-19, при этом отмечена связь между снижением тестостерона и тяжестью течения заболевания: максимальное снижение тестостерона отмечалось у пациентов с тяжелым течением заболевания. Соответственно, более выраженные сексуальные расстройства отмечались у пациентов с тяжелым течением заболевания, у которых было зарегистрировано максимальное снижение тестостерона.

Полученные данные позволяют предположить, что выявленный дефицит тестостерона у больных коронавирусной инфекцией может быть фактором риска развития COVID-19 у мужчин и, по всей вероятности, усугублять тяжесть течения инфекционного процесса. Тестостерон – анаболический гормон, дефицит которого сопровождается развитием саркопении (потеря мышечной массы), в том числе, и саркопении диафрагмы, осуществляющей основной объем вентиляции легких, отсюда снижение дыхательной функции. Саркопения диафрагмы, помимо негативного влияния на респираторную

систему, приводит к изменению внутрибрюшного давления и венозному застою, что повышает риск образования тромбов.

Кроме этого, возникающий при COVID-19 гипогонадизм связан с повышением провоспалительных цитокинов. Снижение активности цитокинов и/или их рецепторов (антицитокиновая терапия) может быть полезным для лечения. Тестостерон может подавлять воспаление, и лечение тестостероном снижает IL-1 β , IL-6 и TNF- α .

Тестостерон также стимулирует выработку оксида азота (NO) – эндогенного газа, не только участвующего в обезвреживании микробных агентов макрофагами, но и являющегося мощным вазодилататором, а также бронходилататором.

Заключение. Тестостерон – не только король гормонов и гормон королей, но и гормон иммунитета! Тестостерон важен для запуска и регулирования иммунного ответа у мужчин, в том числе, процесс борьбы с вирусными инфекциями.

Источник финансирования: нет

THE PECULIARITIES OF PHARMACOTHERAPY TREATMENT OF THE COVID-19 PANDEMIC IN 2020

Gabunia Luiza¹, Sulashvili Nodar²

¹*Gabunia Luiza, MD, PhD, Doctor of Medical Sciences – Professor, Director of the Scientific Research-Skills Center of Tbilisi State Medical University, Professor of the Department of Medical Pharmacology, Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia.*

²*Sulashvili Nodar - MD, PhD, Doctor of Theoretical Medicine in Pharmaceutical and Pharmacological Sciences, Associate Professor of Tbilisi Open University, International School of Medicine, Division of the Pharmacology, Tbilisi, Georgia.*

ABSTRACT. keywords: Peculiarities, Covid-19 pandemic, pharmacotherapy, treatment, remdesivir, favipiravir, lopinavir disease, hydroxychloroquine.

Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) is an RNA virus that is genetically localized within the genus Betacoronavirus and uses a glycoprotein (spike protein) to act on the angiotensin-converting enzyme-2 (ACE2) -Receptor to bind. Once bound, the serine protease TGRBSS2 facilitates virus entry into the cell. The results of a recent study on COVID-19 patients showed that patients tested positive for IgG after symptoms appeared. In addition,

the study found that the SARS-CoV-2 specific IgG and IgM antibody titres increased after the first 3 weeks after the onset of symptoms. After infection with SARS-CoV-2, some infected people may remain asymptomatic or have only mild upper respiratory symptoms, while others develop pneumonia and severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) that require intubation in the intensive care unit and complications with adverse outcomes to have. A model was recently published based on literature studies that emphasize that the balance between the cumulative dose of virus exposure and the effectiveness of the local innate immune response (IgA, IgM, MBL antibodies) is crucial for the development of COVID-19. Specifically, this model identifies the first stage of COVID-19, which is characterized by upper respiratory tract infection with fever, muscle fatigue and pain. Nausea or vomiting and diarrhoea are rare in this early stage of the disease. The second stage is characterized by the appearance of shortness of breath and pneumonia. In December 2019, a disease caused by coronavirus-2 infection (SARS-CoV-2) with severe acute respiratory syndrome began in Wuhan, China, due to a zoonotic transmission link to a food market that traded in live wildlife. The causative virus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), appeared to cause human-to-human transmission and spread rapidly in various parts of China and later in many, almost all countries of the world. It has become a pressing global public health problem with increasing morbidity and mortality. The World Health Organization declared the outbreak a public health emergency of international concern on January 30, 2020, and a pandemic declared on March 11. The aim of the research was to study and analyse the peculiarities of pharmacotherapy treatment of the covid-19 pandemic in 2020.

Background /Introduction. The covid-19 disease is caused by a new virulent coronavirus that is causing severe respiratory distress syndrome and potentially fatal virulent pneumonia. It was originally heralded by the WHO as a collapse in international supplies due to the March 12, 2020 pandemic. By July 15, 2020, around 580,000 deaths will affect more than 5 million people worldwide. Vaccines against this deadly virus were under development and many drugs used for other indications have been repurposed and studied for the treatment and prevention of COVID 19. According to the WHO, the effective pharmacotherapy options for COVID-19 have been summarized and also controversially discussed using COVID-19 declared nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE) and

angiotensin receptor blockers (ARBs). According to the guidelines, a combination of the drugs against «COVID 19» was used. According to the WHO front-line study, some of the most hopeful drugs include chloroquine phosphate and hydroxychloroquine which are anti-malarial drugs, remdesivir, lopinavir-ritonavir combination with or without interferon, which are anti-HIV drugs, and pharmacotherapy with convalescent plasma. However, several antivirals (Redeliver, Favipiravir) and antimalarials (chloroquine, hydroxychloroquine) have emerged as potential pharmacotherapies. Pharmacotherapeutic evidence of efficacy and ongoing research were elaborated in the article. There is also evidence of the inflammatory pathogenesis of this virus, which leads to cytokine storms in susceptible individuals. As a result, cytokine anti-inflammatory drugs like anakinra and tocilizumab are being tested multiple times, and some results are encouraging. Similarly, the use of anti-inflammatory cytokines such as IL-37 and IL-38 are believed to be useful and are currently being investigated. There were several ongoing clinical studies testing the effectiveness of single and combination pharmacotherapy with the drugs mentioned in this overview. New drugs are under control, development, development and perfection. New cases are still popping up in different countries and parts of the world, according to daily reports. Attempts to defeat the virus are hampered and limited by a lack of knowledge of basic aspects of SARS-CoV-2 infection, from pathogen biology to immunological responses and treatment options.

Goal and Purpose: The aim of the research was to study and analyse the peculiarities of pharmacotherapy treatment of the covid-19 pandemic in 2020.

Methods: The main question of this article was the study significant results of the peculiarities of pharmacotherapy of the covid-19 pandemic in 2020. We have searched and analysed PubMed, Web of Sciences, Clinical key, Tomson Reuters and Google Scholar mostly, using search terms bases, including the words peculiarities of pharmacotherapy treatment of the covid-19 pandemic in 2020. in addition to the desired subject understanding. Then, each article was discussed and an abstract of the total information gathered during the process was provided, aiming at easy understanding of the public. To establish this outcomes, over one hundred twenty articles were investigated. We brought together all published data to comprehensively examine the effects in a systematic review, to define the roll out of the study of the peculiarities of pharmacotherapy treatment of the covid-19 pandemic in 2020.

Results: There are four types of human coronavirus (229E, NL63, OC43 and HKU1) that basically only infect the upper respiratory tract with relatively few symptoms. However, three of the following coronaviruses (Severe Coronavirus with Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV), Coronavirus with Respiratory Syndrome in the Middle East (MERS-CoV), and SARS-CoV-2) can multiply in the lower respiratory tract and cause a fatal pneumonia outcome. The new coronavirus, named Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV) by the WHO, which, based on sequence analyses, belongs to beta coronaviruses, can also infect the lower respiratory tract and cause pneumonia in humans.

Coronaviruses are spherical or pleomorphic enveloped particles that contain single-stranded RNA bound to a nucleoprotein in a capsid made from a matrix protein. The envelope has projections. Envelope glycoproteins are responsible for binding to the host cell and also carry the most important antigenic epitopes, in particular epitopes that are recognized by neutralizing antibodies.

There are several types of viral proteins in the membrane of coronavirus, membrane (M) glycoprotein (most common) and spike (S) protein. Basic inducers of neutralizing antibodies are S proteins. Compared to other + RNA viruses, coronaviruses have a large genome and a complex genome expression strategy. Many of the coronavirus proteins expressed in the infected cell contribute to the interaction between the coronavirus and the host. For example, by interacting with the host cell to create an optimal environment for coronavirus replication, by changing host gene expression, or by counteracting the host's antiviral defences.

As with other coronaviruses, the transmission of SARS-COV-2 from person to person via respiratory droplets, contaminated hands or surfaces has been described with an incubation time of 2 to 14 days (the mean incubation time is approx. 4 to 5 days before symptoms appear). The fecal-oral route of transmission is possible, but not yet proven. COVID-19 is similar in its epidemiology, pathogenicity and clinical results to the severe coronavirus virus (SARS-CoV) with the acute respiratory syndrome, although COVID-19 has a better identity of the genome compared to the respiratory syndrome in the Middle East sequence with SARS-CoV (79%) has coronavirus (MERS-CoV). The pneumonia outbreak of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the wonder. SARS-CoV-2 infection causes clusters of severe respiratory diseases that are similar to the severe coronavirus of acute respiratory syndrome. The clinical manifestations of COVID-19 vary with mild upper respiratory tract infection, lower respiratory tract

infection with non-life-threatening pneumonia, and life-threatening pneumonia with acute respiratory distress syndrome. At the time of hospitalization, COVID-19 patients have the following symptoms: fever and dry cough; less often - patients also suffer from shortness of breath, muscle pain, headache / dizziness, diarrhoea, nausea/vomiting.

COVID-19 affects all ages, especially pregnant women, who may be more prone to COVID-19 as pregnant women are generally prone to respiratory infections. Recent articles have shown that COVID-19 can alter symmetrical and local immune responses, potential risks from the cytokine storm, pregnant women with COVID-19 have increased morbidity and even mortality and can cause premature births with fatal respiratory distress syndrome (due to surfactant insufficiency) and Covid-19 inflammatory response can affect postnatal life in children. Follow-up studies should continue.

The main route of penetration of the virus is through the tissues of the mucous membranes: the nose, mouth, upper respiratory tract and, less often, the conjunctival mucosa. The pathogenesis of SARS-CoV-2 infection causes an aggressive inflammatory response that severely damages the airways. Consequently, the severity of the disease in patients is determined not only by the viral infection, but also by the response of the host. The severity of the disease also correlates with age. To better understand the biology of COVID-19 between host and pathogen, important guidance has been provided on how to manage the disease, including identifying new treatments.

The release of cytokines in response to viral infection and / or secondary infections can lead to a cytokine storm and sepsis symptoms, which are the cause of death in 28% of COVID-19 deaths. Thus, uncontrolled inflammation leads to multiple organ failure, especially of the heart, liver and kidneys.

In most people, the recruited cells clear the infection in the lungs, the immune response is reduced, and the patients recover. However, some patients have a weakened immune response that triggers a cytokine storm that mediates widespread pneumonia. It was observed that patients with severe COVID-19 who needed intensive care in hospitals had higher plasma levels of IL-2, IL-7, IL-10, granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF), IP-10, MCP1, an inflammatory protein of macrophage 1 α (MIP1 α) and tumor necrosis factor (TNF). IL-6 levels in these patients continue to rise over time and are relatively higher in survivors than in survivors.

Research suggests that the human COVID-19

receptor may be an angiotensin-converting enzyme-2 (ACE2) receptor, which is similar to the SARS-CoV receptor. The nucleocapsid (N) protein COVID-19 has almost 90% amino acid sequence identity with SARS-CoV. Antibodies to the SARS-CoV N protein can cross-react with COVID-19, but cannot provide cross-immunity. Similar to SARS-CoV, COVID-19 N protein may play an important role in suppressing RNA interference (RNAi), helping to overcome host defences.

Within 5-6 days after the onset of symptoms, the viral load of SARS-CoV-2 peaks - unlike SARS-CoV, where the viral load peaks about 10 days after the onset of symptoms. The disease develops into acute respiratory distress syndrome (ARDS), on average, 8-9 days after the onset of symptoms. Heart protein fatty acid (HFABP) is a serum biomarker. Data from retrospective studies show that an increase in HFABP is closely related to the severity of COVID-19 in patients and the rapid progression of the disease. Therefore, elevated serum HFABP levels can be used as an indicator of severe COVID-19 and as an independent risk factor in patient prognosis.

The main concern in 2020 was the lack of vaccinations, drugs and specific treatments. Therefore, the ways to solve the problem at this stage are aimed at taking protective measures against coronavirus. Social distancing, hand hygiene and quarantine are considered major concerns in this regard. More frequent testing and more positive cases will also help reduce secondary transmission in the community.

Along with the SARS-CoV-2 virological study SARS-CoV-2, the most important pathogenetic mechanisms and immunological responses underlying the clinical manifestations of COVID-19 are used to determine the immune regulation and rational treatment of SARS-CoV-2 essential.

It has been shown that angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) is a functional receptor for SARS-CoV-2 to enter target cells. ACE2 belongs to the family of membrane-bound carboxypeptidases and is widely distributed in the human body, including the heart, kidneys, small intestine and, to a lesser extent, lungs. Expression of ACE2 in the lungs is mainly concentrated in alveolar cells and type II macrophages and, to a lesser extent, in epithelial cells of the bronchi and trachea.

ACE2 cleaves angiotensin II to form angiotensin 1-7, which activates the Mas oncogene receptor, which has various effects of angiotensin II-mediated by the negatively regulated angiotensin II receptor type 1 (AT1R). The ACE2 / angiotensin 1-7 / mas receptor axis counteracts the over-activated ACE/angiotensin II

/ AT1R axis, as occurs in high blood pressure, cardiac hypertrophy, heart failure, and other cardiovascular diseases.

Several treatments for COVID-19 are currently being evaluated. Some of these treatments are clinically available for other indications and their use in COVID-19 is still being investigated.

Hydroxychloroquine/chloroquine – There was insufficient data thus far to know rather a hydroxychloroquine or chloroquine has a role in the treatment of COVID-19. Additionally, if hydroxychloroquine or chloroquine was used outside of a clinical trial, the potential for adverse effects should be carefully assessed. In particular, these agents can prolong the QT interval and should be avoided in patients with prolonged baseline QTc intervals or on other agents that affect cardiac conduction, and otherwise should be used with close monitoring. The American College of Cardiology has suggested QTc monitoring parameters in this setting. Other risks (eg, retinopathy or cardiomyopathy) are primarily with longer-term use and higher cumulative doses but should be a consideration when deciding to use these agents.

Convalescent plasma – In the United States, the Food and Drug Administration (FDA) is accepting investigational new drug applications for use of convalescent plasma for patients with severe or life-threatening COVID-19. pathways for use through these applications include clinical trials, expanded access programs,

IL-6 pathway inhibitors – Tocilizumab is an interleukin (IL) -6 receptor inhibitor used in rheumatic diseases and cytokine release syndrome. Elevated IL-6 levels have been described in patients with severe COVID-19 and case reports describe good results with tocilizumab treatment, but a systematic assessment of the clinical impact of tocilizumab on COVID-19 has not yet been published. The China National Health Commission's treatment guidelines include the IL-6 inhibitor tocilizumab for patients with severe COVID-19 and elevated IL-6 levels. Tocilizumab, as well as sarilumab and siltuximab, which also target the IL-6 pathway, are in clinical trials.

About other indicated agents against COVID-19: Favipiravir – Favipiravir is an RNA polymerase inhibitor that is available in some Asian countries for treatment of influenza, and it is being evaluated in clinical trials for treatment of COVID-19 in the United States.

Interferon beta – There are no direct data evaluating the effect of interferon beta on SARS-CoV-2. However, interferon beta effectively reduces MERS-CoV

in vitro and has resulted in good outcomes in an animal model of MERS-CoV infection.

Azithromycin and hydroxychloroquine – There were not used azithromycin in combination with hydroxychloroquine for treating COVID-19. Although one study suggested the use of azithromycin in combination with hydroxychloroquine was associated with more rapid resolution of virus detection than hydroxychloroquine alone, both azithromycin and hydroxychloroquine are associated with QTc prolongation, and combined use may potentiate this adverse effect.

Lopinavir-ritonavir – This combined protease inhibitor, which has been primarily used to treat HIV infection, has in vitro activity against SARS-CoV and appears to have some activity against MERS-CoV in animal studies. treating SARS-CoV-2 infection outside of clinical trials. WHO has launched a multinational study to further evaluate remdesivir, hydroxychloroquine / chloroquine and lopinavira-ritonavir with and without interferon beta.

Results from a randomized trial show no clear benefit for lopinavir-ritonavir. In a randomized trial of 199 patients with severe COVID-19, the addition of lopinavir-ritonavir (400/100 mg) twice daily to standard treatment for 14 days did not result in a reduction in time to clinical improvement compared to standard treatment alone. There was a downward trend in mortality with lopinavir-ritonavir (19 percent versus 25 percent), and the numerical difference in mortality was greater in patients randomized within 12 days of symptom onset, but none of the differences were statistically significant.

Remdesivir is a novel nucleotide analogue that has activity against SARS-CoV-2 in vitro and related coronaviruses (including SARS and MERS-CoV) both in vitro and in animal studies. Several randomized trials are underway to evaluate the efficacy of remdesivir for moderate or severe COVID-19. Remdesivir is a parenteral agent; reported side effects include nausea, vomiting, and transaminase elevations. Exclusion criteria vary by trials but generally include alanine aminotransferase level >5 times the upper limit of normal, chronic kidney disease (creatinine clearance <30 or <50 mL/min, depending on the trial), and pregnancy or breast feeding.

Data from comparative randomized trials are needed to determine the effect of remdesivir on COVID-19. These dates appear but remain limited and ambiguous. If the preliminary results are confirmed, remdesivir is likely to provide some clinical benefit, although the population of patients most likely to

benefit remains uncertain.

The US National Institute of Allergy and Infectious Diseases has announced preliminary results from a multinational, randomized, placebo-controlled trial of remdesivir in 1,063 patients with confirmed COVID-19 and evidence of lung damage. In an interim analysis, remdesivir resulted in faster recovery, defined as hospital discharge or no additional oxygen demand (median 11 days versus 15 days with placebo). There was also a downward trend in mortality that was not statistically significant (8% versus 11.6% in the placebo group, $p = 0.059$). The final analysis and evaluation of this data has not yet been completed.

In contrast, in a double-blind, randomized study in China of 237 patients with severe COVID-19 (hypoxia and radiographically confirmed pneumonia), the time to clinical improvement was not statistically different from remdesivir and placebo at 10 days. days); The risk factor for improvement is 1.23 [95% CI 0.87–1.75]). Clinical improvement was defined as hospital discharge or an improvement of two points on a six-point clinical scale, ranging from death to mechanical ventilation to reduced oxygen support at discharge. This study included only one patient who underwent mechanical ventilation at the beginning of the study. Mortality at 28 days was similar for remdesivir and placebo (14 percent versus 13 percent); There was also no time difference before the virus was removed. In patients treated within 10 days of symptom onset, there was a trend towards lower mortality and faster clinical improvement with remdesivir, but these differences were not statistically significant. Remdesivir was discontinued early due to side effects (including gastrointestinal symptoms, elevated aminotransferase or bilirubin levels, and worsening cardiopulmonary status) in 12% versus 5% in the placebo group.

Early evidence suggests that a 5-day dose of the antiviral drug remdesivir produces results similar to 10. The manufacturer's preliminary report on a randomized, open-label study of nearly 400 patients with severe COVID-19 who did not undergo mechanical ventilation says the norm. clinical recovery and discharge at day 14 were not statistically different when remdesivir was administered for 5 days (65 and 60 percent) versus 10 days (54 and 52 percent). Mortality rates on day 14 were 8 and 11 percent with 5-day and 10-day treatments, respectively, and varied by geographic location.

A recombinant new potential drug of angiotensin converting enzyme (ACE2) lowers infection and virus growth in cell cultures and organelles, in particular, it is a trap for SARS-CoV-2 as well as COVID-19 virus. Modern research has shown that a potential drug can

inhibit the growth and development of the virus by inhibiting specific proteins that bind to the human angiotensin-converting enzyme (ACE2) and reach the cell.

The NIH COVID-19 Treatment Guidelines Panel notes there is insufficient evidence to recommend for or against any antiviral or immune-based therapy and specifically recommends against using certain therapies (including hydroxychloroquine plus azithromycin, HIV protease inhibitors, interferons, and Janus kinase inhibitors) outside the context of a clinical trial.

As it turned out, 2 hours of ACE2 have a dose-dependent effect on the growth and development of the virus, and in cell cultures it decreases 1000-5000 times, which is probably the cause of damage to several organs and is noted in the 4 most severe cases of COVID-19 infection. The addition of hrsACE2 to cell cultures reduces the concentration of the virus in the organelles of the above structures. A copy of the angiotensin-converting enzyme hrsACE2 is a decoy for the virus, in particular, the virus binds to it instead of the endogenous angiotensin-converting enzyme, which «misleads» the virus and prevents it from infecting normal cells, especially in the lungs and kidneys....

These studies are limited to cell cultures and organelles only. The scientists involved in the study conducted pilot clinical trials in patients infected with COVID-19 in China with a potential drug (APN001) that contained hrsACE2 as the active ingredient. This potential drug has already passed the second phase of clinical trials. The effectiveness of the drug was studied only in the early stages of the development of the disease, which requires further study at later stages.

A risk-based approach was applied to include those patients who were most likely to benefit. The approach depended on the availability of local clinical trials and was not universal. Physicians were consulted about their own local management protocols.

Multicenter international randomized COVID-19 trials have been conducted for the following drugs: lopinavir / ritonavir with or without interferon beta, remdesivir, favipavir, chloroquine, hydroxychloroquine, interferon, ribavirin, tocilizumab, and sarilumab.

Key issues related to the pharmacotherapy treatment of Covid-19: Remdesivir and convalescent plasma have been used more frequently in critically ill patients with respiratory failure; IL-6 antagonists have been used in patients with cytokine over-release syndrome; Glucocorticosteroids should be avoided if there was no refractory septic shock, respiratory distress syndrome on the face; Doctors did not stop taking ACE inhibitors and angiotensin receptor blockers in the case

of Coronavirus; Camostat mesylate, a new potential drug, protease inhibitor, inhibits the penetration of the SARS-2-spike protein (S-protein) virus into the host cell; Human recombinant soluble angiotensin-converting enzyme - 2 (hrsACE2) - (APN001) prevents the entry of the virus into the cell; Ibuprofen should only be used during fever; Anthelmintic drugs - nitazoxanide and ivermectin have been shown to be effective against SARS-COV2 in vitro.

Targets of pharmacological therapy: RNA-dependent RNA polymerase, proteinase, so-called. Spike – protein.

During treatment with the above drugs (or a combination of drugs), attention should be paid to monitoring the following clinical parameters: complete blood count, creatinine kinase, C-reactive protein, ferritin, prothrombin time, partial thromboplastin time, D-dimer, fibrinogen, lactate dehydrogenase, troponin, electrocardiogram and QT-interval monitoring in cases where QT-prolonging agents are used, mainly in patients with cardiovascular diseases.

Other important and noteworthy issues related to the treatment of Covid-19:

Empiric treatment for bacterial pneumonia in select patients – For patients with registered COVID-19, doctors usually did not prescribe empiric therapy for bacterial pneumonia. Data were limited, but the bacterial super infection was not a common feature of COVID-19.

However, since it can be difficult to distinguish the clinical signs of COVID-19 from bacterial pneumonia, empirical treatment for community-acquired pneumonia makes sense when the diagnosis is uncertain. Empiric treatment of bacterial pneumonia may also be helpful in patients with documented COVID-19 if there is clinical suspicion (eg, new fever after new-indurated effervescent tablets on imaging of the breast). Empiric antibiotic therapy was initiated in the hospital, and attempts have been made to make a microbial diagnosis (eg, by staining and culture of sputum, urine antigen tests) and to re-evaluate the need for continued daily antibiotic therapy. In these situations, low procalcitonin levels can help prevent bacterial pneumonia. However, elevated procalcitonin levels have been described in COVID-19, especially in the latter stages of the disease, and do not necessarily indicate a bacterial infection.

Prevention of and evaluation for venous thromboembolism – There was favour pharmacologic prophylaxis of venous thromboembolism for all hospitalized patients with COVID-19, consistent with recommendations from several expert societies.

Several studies suggest a high rate of thromboembolic complications among hospitalized patients with COVID-19, particularly those who are critically ill.

Uncertainty about NSAID use – There are minimal data informing the risks of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in the setting of COVID-19. There was used acetaminophen as the preferred antipyretic agent, when was possible, and needed NSAIDs were used in the lowest effective dose. Avoiding nebulized medications – Inhaled medications should be administered by metered dose inhaler, whenever possible, rather than through a nebulizer, to avoid the risk of aerosolization of SARS-CoV-2 through nebulization. If a nebulizer must be used, appropriate infection control precautions should be taken.

Limited role of glucocorticoids – The WHO and CDC recommendations were used that systemic glucocorticoids should not be used in patients with COVID-19 unless there are other indications (for example, exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease). Inhaled glucocorticoids were also avoided for those with no pre-existing pulmonary disease. Glucocorticoids have been associated with an increased risk of mortality in patients with influenza and delayed viral clearance in patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus infection (MERS-CoV). Although glucocorticoids have been widely used in the treatment of SARS, there was no conclusive evidence of their benefit and there was compelling evidence of adverse short- and long-term effects.

Managing chronic medications: ACE inhibitors/ARBs – Patients receiving angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors or angiotensin receptor blockers (ARBs) should continue treatment with these agents unless there are other reasons for withdrawal (eg, hypotension, acute kidney damage). This approach is supported by several dashboards. There have been suggestions that COVID-19 patients treated with these agents may have an increased risk of adverse outcomes, but there is no clinical evidence to support such an association.

On the contrary, it has been suggested that ARBs have potential protective effects based on their mechanism of action, but there is no empirical evidence to support this hypothesis. ACE inhibitors or ARBs have not been used as a potential treatment for COVID-19.

Statins – It was decided to continue administering statins to hospitalized COVID-19 patients who were already taking them. Most patients with severe COVID-19 have cardiovascular disease, diabetes, and other indications for statins. In addition, it has been reported that acute heart disease is a complication of

COVID-19. Although doctors may be concerned about the hepatotoxicity of statins, especially given that elevated transaminase levels are common in COVID-19, most evidence suggests that liver damage from statins is rare. It is unclear if statins can interfere with the natural history of SARS-CoV-2 infection. Statins are known inhibitors of the MYD88 pathway that leads to severe inflammation and have been reported to stabilize MYD88 levels under external stress conditions in vitro and in animal studies. Dysregulation of MYD88 has been found to be associated with poor outcomes in SARS-CoV and MERS-CoV infections, but this has not been described for SARS-CoV-2. While statins may be useful for COVID-19 patients, more data is needed.

Immunomodulatory agents – Immunosuppressive drug use was associated with an increased risk of serious illness from other respiratory viruses, and the decision to stop taking prednisone, biologics, or other immunosuppressive drugs in a COVID-19 setting should be made on a case-by-case basis.

The new coronavirus was identified as the cause of a cluster of pneumonia cases in Wuhan, China, at the end of 2019; it subsequently spread rapidly, leading to a global pandemic. The disease is designated COVID-19, which stands for coronavirus disease of 2019. The virus that causes COVID-19 is designated Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);

Conclusion(s) As a result, many patients with known or suspected COVID-19 have a mild illness that does not require hospital-level treatment. For these patients, home recovery is preferred because it prevents additional potential health impacts and reduces the burden on the health care system. When evaluating hospitalized patients with documented or suspected COVID-19, it is necessary to assess the characteristics associated with serious illness and identify organ dysfunction or other comorbidities that may complicate treatment. During treatment with the above mentioned drugs (or a combination of drugs), attention have been paying to monitoring the following clinical parameters: complete blood count, creatinine kinase, C-reactive protein, ferritin, prothrombin time, partial thromboplastin time, D-dimer, fibrinogen, lactate dehydrogenase, troponin, electrocardiogram and QT-interval monitoring in cases where QT-prolonging agents are used, mainly in patients with cardiovascular diseases.

Мобильные приложения Видаль

Гинекологам



Кардиологам



Неврологам



Эндокринологам



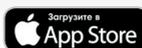
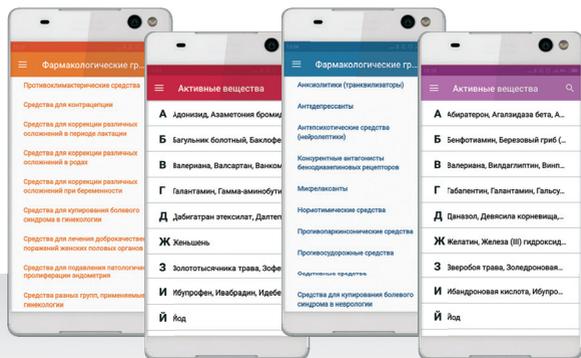
актуальны и для врачей общей практики



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