

**МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.
СЕКЦИЯ 1 «ТЕРАПИЯ»**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Абулдинова О.А., аспирант 1 года обучения кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии

Научный руководитель: Приходько О.Б. д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
abuldinova@mail.ru

Ключевые слова: внебольничная пневмония, вирусно-бактериальная пневмония, вирус гриппа.

Аннотация: В настоящее время при гриппе принято выделять три формы пневмонии: первичная вирусная пневмония, вирусно-бактериальная пневмония, вторичная бактериальная пневмония. Каждая имеет свои особенности течения, заключающиеся во времени возникновения симптомов пневмонии от начала проникновения вируса гриппа в дыхательные пути, тяжести клинического течения, выраженности лабораторных и рентгенологических изменений. В данной статье приведён клинический случай течения вирусно-бактериальной пневмонии, отражены особенности её течения.

Вирусные инфекции являются причиной 5–15% всех внебольничных пневмоний, основное значение среди них имеет вирус гриппа [1]. Грипп часто приводит к осложнениям со стороны респираторного аппарата, к которым относятся: острый ларинготрахеобронхит, бронхиолит, пневмония, абсцесс легких, эмпиема плевры, обострение хронического бронхита и бронхиальной астмы. Пневмония является одним из самых тяжелых осложнений. Значительная доля летальных пневмоний может быть связана не с сопутствующей бактериальной инфекцией, а непосредственно с инвазией и размножением вируса в легких [2].

Практически до 50-х годов оставалось неясным, вызывается ли пневмония при гриппе самим вирусом, или связана со вторичной бактериальной инфекцией. Такие сомнения были связаны со сложностью идентификации возбудителя пневмонии, так как сам вирус гриппа был выделен лишь в 1933 г. Первая возможность для тщательного изучения роли бактерий и вируса при пневмонии представилась лишь во время пандемии 1957–1958 гг., когда было показано, что около 25% всех фатальных пневмоний имели вирусную природу, а у большинства больных со вторичной бактериальной пневмонией также была обнаружена и вирусная инфекция [3]. В настоящее время при гриппе принято выделять три формы пневмонии: первичная вирусная пневмония, вирусно-бактериальная пневмония, вторичная бактериальная пневмония.

Представляет интерес демонстрация клинических особенностей течения пневмонии у пациентки З., 35 лет, поступившей 30.01.2020 г. в пульмонологическое отделение АОКБ с диагнозом: Грипп А. Внебольничная вирусно-бактериальная пневмония с локализацией в S6, S10 правого лёгкого, средней степени тяжести, фаза разгара. ДН1. Из анамнеза известно: считает себя больной с 26.01.2020, когда через несколько часов после контакта с коллегой с признаками ОРВИ отметила выраженную слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,5°C, першение в горле, насморк. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала ибупрофен, ингавирин, амоксициллин с незначительным эффектом. 30.01.2020 самочувствие ухудшилось: усилились слабость, одышка, появился кашель с незначительным количеством мокроты слизистого характера, боль в грудной клетке справа, температура тела повысилась до 39°C. Вызвала бригаду СМП. Доставлена в приёмное отделение

АОКБ, проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки, заключение: пневмония справа. Госпитализирована в пульмонологическое отделение АОКБ для дообследования и лечения. Из анамнеза жизни: родилась и проживает в г. Благовещенске. Образование высшее, в настоящее время – преподаватель в Амурском медицинском колледже. Замужем. Перенесённые заболевания – ОРВИ, пиелонефрит в подростковом возрасте. Привычные интоксикации отрицает. Аллергологический анамнез отягощён – левофлоксацин (анафилаксия). Вакцинирована противогриппозной вакциной в августе 2019 года.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, поведение адекватное. Кожа бледная, чистая. Видимые слизистые чистые, влажные, бледно-розового цвета. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Рост 164 см, вес - 59 кг. ИМТ - 21,9 кг/м². Температура тела – 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены, с подлежащими тканями и между собой не спаяны. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Дыхание через нос затруднено. Отделяемое из носа слизистого характера. ЧДД - 21 в минуту. SpO₂ – 96%. Форма грудной клетки цилиндрическая, асимметрии нет. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Голосовое дрожание усилено справа в нижних отделах. При перкуссии притупление перкуторного звука в нижних отделах справа. Границы лёгких не изменены. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа. Выслушиваются сухие свистящие хрипы справа. По остальным органам и системам - без особенностей. В дополнительных методах обследования: клинический анализ крови – 30.01.2020: лейкоциты - $4,9 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,48 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 98 г/л, тромбоциты 232×10^9 /л, СОЭ - 47 мм/час; 06.02.2020: лейкоциты - $3,81 \times 10^9$ /л, с/я - 21%, моноциты - 5%, лимфоциты - 72%, эозинофилы - 2 %, СОЭ - 27 мм/час. Биохимический анализ крови - без особенностей (СРБ 4,1 мг/л). Общий анализ мочи: патологии не выявлено. Общий анализ мокроты (31.01.2020): мокрота слизистого характера, лейкоцитов немного, эритроцитов нет, макрофаги единичные. Бактериологическое исследование мокроты: стрептококк вириданс 10^3 , нейссерии 10^4 . Мазок методом ПЦР на вирус гриппа и ОРЗ комплекс: из зева выделен грипп А. Спирография – показатели ВФЛ в норме. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в двух проекциях (30.01.2020): на рентгенограммах органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях в S6, S10 справа инфильтрация лёгочной ткани сливного характера. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (06.02.2020): лёгкие без инфильтративных изменений и очаговых теней.

Пациентка получала следующее лечение: антибактериальная терапия р-р Цефтриаксон 2,0 в/в капельно; противовирусная терапия капс. Ингавирин 90 мг; бронхолитическая терапия инг. Сальбутамол; муколитическая терапия таб. АЦЦ 200 мг; физиолечение. Выписана 10.02.2020 в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание.

Таким образом, вирусно-бактериальные пневмонии имеют следующие особенности: интервал между возникновением первых респираторных симптомов и признаков вовлечения в процесс паренхимы легких может составлять до нескольких суток, в течение этого периода может наблюдаться даже некоторое улучшение состояния больного, имеют место признаки локальной консолидации, вовлекающей в процесс сегмент, долю или несколько долей легких, аускультативная картина представлена диффузными сухими хрипами, причинным микробным фактором является условно-патогенная флора

Библиографический список:

1. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония. 2018. С.12-13.
2. Хамитов Р.Ф., Малова А.А., Григорьева И.В. Лечение внебольничных пневмоний: предикторы летальных исходов // Казанский медицинский журнал. 2014. Т.95, №3. С.356-361.
3. Респираторная медицина: руководство: в 3 т. / под ред. А. Г. Чучалина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Литтерра, 2017. Т.2. С.29.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Абулдинов А. С., аспирант 1 года обучения

Научный руководитель: Андриевская И. А., д-р биол. наук, профессор РАН, зав. лабораторией механизмов этиопатогенеза и восстановительных процессов дыхательной системы при неспецифических заболеваниях легких

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»

abuldinov@yandex.ru

Ключевые слова: внебольничная пневмония, беременность, физиологическая иммуносупрессия

Аннотация: Беременные рассматриваются как самостоятельная группа риска по развитию у них неблагоприятных исходов заболевания при внебольничной пневмонии. В течение физиологически протекающей беременности повышается восприимчивость к респираторным инфекциям и увеличивается вероятность развития осложнений в результате существенного повышения газо- и энергообмена. При внебольничной пневмонии включение компенсаторных механизмов становится затруднительным или невозможным. Нарушения функции внешнего дыхания с развитием гипоксии, изменением энергетического обмена, нарушения иммунного статуса, а также наличие инфекционно-воспалительного очага, сопутствующие заболевания органов дыхания, могут оказать неблагоприятное влияние на течение беременности.

Внебольничная пневмония (ВП) является одной из важных медико-социальных проблем и характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности, а также экономических затрат на лечение. ВП является основной причиной смертности среди инфекционных заболеваний в США, Канаде, Великобритании и Испании. ВП у беременных женщин является актуальной проблемой. Заболеваемость пневмонией среди беременных в США составляет 0,12-0,13%, в Украине 0,78-2,7 случая на 1 000 родов вне зависимости от срока беременности, в Российской Федерации ежегодно от пневмонии погибает от 40 до 60 беременных. Следует отметить, что ежегодно возрастает количество беременных женщин с установленным диагнозом пневмонии [1].

Эпидемический грипп и вирусные респираторные инфекции рассматриваются как ведущий фактор риска воспаления лёгких, являясь своеобразным проводником бактериальной инфекции. Однако вызываемые вирусами гриппа патологические изменения в лёгочной ткани представляют в первую очередь геморрагический отёк, а пневмония бактериальная является вторичной и развивается как осложнение. У беременных женщин риск развития таких осложнений ещё более высок. Наиболее частыми осложнениями у беременных с внебольничной пневмонией являются угроза прерывания беременности (68,4%), развитие фетоплацентарной недостаточности (60,5%), внутриутробная гипоксия плода (44,7%), нарушение маточно-плацентарного кровообращения (36,8%). Существует зависимость между сроком гестации, в котором беременная перенесла пневмонию, и частотой развития осложнений для матери и плода: в I триместре - у 31,6%, во II триместре - у 23,7%, в III триместре - у 21,1% [2]. Эпидемиологические исследования по изучению этиологии внебольничной пневмонии у беременных свидетельствуют о сходстве перечня видов микроорганизмов с таковыми, вызывающими заболевания у небеременных взрослых женщин [3]. Абсолютное большинство результатов проведенных исследований свидетельствуют о доминирующей роли пневмококка в этиологии внебольничной пневмонии у беременных. Среди

потенциальных возбудителей внебольничной пневмонии у беременных особое место занимает вирус гриппа А, что объясняется более высокой летальностью при гриппе по сравнению с небеременными женщинами. Беременные женщины рассматриваются как самостоятельная группа риска по развитию у них неблагоприятных исходов заболевания, что характеризуется более высокими показателями летальности по сравнению с общей популяцией, возросшим числом преждевременных родов и преждевременного оперативного родоразрешения, выполнявшихся по неотложным показаниям, а также увеличением случаев антенатальной гибели плода [4]. Обсуждая вопросы патогенеза внебольничной пневмонии у беременных, следует указать на наличие во втором и в третьем триместрах угнетение материнского клеточного иммунитета [5]. Так же в течение беременности уменьшается общий объём лёгких, их дыхательная экскурсия, повышается на 10% частота дыхания, что делает беременных более восприимчивыми к респираторным инфекциям и более уязвимыми в плане развития осложнений, как со стороны лёгких, так и генерализованных инфекций. Во время беременности существенно повышаются газо- и энергообмен. Возрастающая потребность организма в кислороде обеспечивается компенсаторным увеличением частоты, глубины дыхания, минутной вентиляции и изменением легочных объёмов. Изменению подвергается форма грудной клетки, которая несколько расширяется, а реберный угол увеличивается на 35–50%. Наблюдаются более высокое стояние диафрагмы и в связи с этим уменьшение объема легких, полностью не компенсирующееся увеличением диаметра грудной клетки. Это приводит к снижению остаточного объема легких, функциональной остаточной емкости. Жизненная емкость легких не меняется. В третьем триместре гестации ввиду высокого стояния диафрагмы происходит углубление реберно-диафрагмального синуса, в связи с чем у каждой второй беременной развивается одышка. Данные изменения приводят к тому, что в случае развития пневмонии каждой пятой беременной требуется респираторная поддержка. Во время беременности включается ряд компенсаторных механизмов, способствующих оптимальному, более интенсивному режиму работы органов дыхания, что обеспечивает нормальное течение беременности и родов. При ВП включение указанных компенсаторных механизмов становится затруднительным или невозможным, что приводит к различным осложнениям, как во время беременности, так и в родах [6].

Таким образом, нарушения функции внешнего дыхания с развитием гипоксии, изменением энергетического обмена, нарушения иммунного статуса, а также наличие инфекционно-воспалительного очага, сопутствующие различным заболеваниям органов дыхания, могут оказать неблагоприятное влияние на течение беременности и повышать риск материнской и перинатальной смертности.

Библиографический список

1. Сильвестров В. П. История изучения пневмонии // Терапевтический архив. 2000. Т. 72, №3. С. 32-35.
2. Синопальников А. И., Фесенко О. В. Внебольничная пневмония. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 112 с.
3. Гучев И.А., Раков А.Л., Синопальников А.И. Влияние химиопрофилактики на заболеваемость пневмонией в организованном коллективе // Военно-медицинский журнал. 2003. Т. 324, № 3. С. 54-61.
4. Lim B.H., Mahmood T.A. Influenza A H1N1 2009 (Swine Flu) and pregnancy // J. Obstet. Gynecol. India. 2011. Vol. 61, №4. P. 386-393. doi: 10.1007/s13224-011-0055-2.
5. Архипов В.В., Валеев Р.Ш., Махмутходжаев А.Ш., Огородова Л.М., Тимошина Е.Л., Фассахов Р.С., Цой А.Н. Заболевания легких при беременности / под ред. А.Г. Чучалина, В.И. Краснопольского, Р.С. Фассахова. М.: Атмосфера, 2002. С. 88.
6. Кассиль В.Л. Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром в свете современных представлений (часть 2) // Вестник интенсивной терапии. 2001. №1. С.9-14.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Анохина В.С. аспирант 2 года обучения, кафедра госпитальной терапии с курсом фармакологии

Научные руководители: Приходько О.Б. д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии, Кострова И.В., к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
vik-anohina@mail.ru

Ключевые слова: бронхиальная астма, артериальная гипертензия, беременность

Аннотация. Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, являющееся серьезной социально-экономической проблемой общества, как в России, так и во все мире. На протяжении последних десятилетий большинством исследователей отмечен неуклонный рост распространенности БА в различных возрастных группах, в том числе, среди женщин репродуктивного возраста [3,4,6,8]. В тоже время достаточно распространенным заболеванием среди взрослого населения многих стран является артериальная гипертензия.

Изучение вопроса взаимного отягощения бронхиальной астмы (БА) и беременности остается актуальной проблемой пульмонологии. БА у беременных является самым распространенным заболеванием легочной системы, частота диагностики которой в России составляет от 0,4 до 1% [1,2,5,7,9]. Этим обусловлен интерес изучения клинического течения БА в период беременности. В то же время, учитывая проблему полиморбидности и коморбидности, представляет интерес изучение взаимного отягощения бронхиальной астмы и другой экстрагенитальной патологии, в том числе, артериальной гипертензии (АГ), во время беременности [10,11].

Повышенное артериальное давление достаточно часто встречается у больных бронхиальной астмой и может быть следствием нарушения обмена вазоактивных веществ, вегетативного дисбаланса с угнетением адренорецепторов, гипоксемии, нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения, венозного застоя.

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

Материалы и методы: проанализированы клинико-anamnestические данные течения беременности у 47 больных БА с манифестацией клинических симптомов заболевания во время гестации. Отягощенная наследственность по аллергии была у 29,8% больных. Артериальная гипертензия отмечена у 21,3% обследуемых пациенток (у 7 пациенток АГ была диагностирована еще до беременности, но большинство из них постоянную антигипертензивную терапию не получали, у 3 – впервые в гестационном периоде).

Результаты. Внелегочные проявления аллергии до наступления беременности отмечались у 68,1%, из них крапивница – у 27,7%, атопический дерматит – у 14,9%, аллергический ринит – у 17%, поллиноз – у 17%, анафилактический шок – у 6,4%, то есть, были достаточно выражены до манифестации БА. Аллергическая форма БА выявлена у 66% больных, не аллергическая – у 12,8%, смешанная – у 21,2%. У 48,9% больных симптомы БА появились в I триместре беременности, у 44,6% – во II и у 6,5% – в III

триместре. У 24 больных с легким течением (БАЛТ) приступы удушья впервые появились после ОРВИ и контакта с аллергеном. При этом дебют у 15 больных был в I триместре беременности, чаще при сроке 5-6 недель, у 9 – во II триместре, при сроке беременности 16-20 недель. У 20 больных БА среднетяжелого течения (БАСТ) диагностирована впервые при сроках гестации 6-12, 20-29 недель, после ОРВИ. У 3 пациенток приступы БАТТ появились при сроке гестации 10-14 и 21 недели на фоне ОРВИ. При этом БАЛТ наблюдалась у 51,1%, БАСТ – у 42,6%, БАТТ – у 6,4%. Первородящих было 59,6% больных, у остальных – повторные роды (2-5). Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 53,2% больных. Манифестация симптомов БА чаще отмечается в I триместре беременности, чему, как правило, предшествовали внелегочные проявления аллергии.

Библиографический список

1. Зенкина А.С., Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у курящих беременных // *Материалы VI Съезда пульмонологов Сибири и Дальнего Востока*. Благовещенск, 2015. С. 36 - 39.
2. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Взаимосвязь уровня контроля бронхиальной астмы и оксида азота в выдыхаемом воздухе у беременных в Амурской области // *Ульяновский медико-биологический журнал*. Ульяновск, 2016. №4. С. 20 - 26.
3. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Особенности социально-экономического статуса у беременных, больных бронхиальной астмой // *Бюл. физиол. и патол. дыхания*. 2015. Вып. 56. С. 78-82.
4. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Особенности клинического течения бронхиальной астмы у беременных в зависимости от уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе и содержания витамина D в организме // *Бюл. физиол. и патол. дыхания*. 2016. Вып. 62. С. 35 - 39.
5. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Влияние генетических маркеров эндотелиальной дисфункции на течение бронхиальной астмы во время беременности // *Российский аллергологический журнал*. 2017. №1. С. 78-80.
6. Приходько О.Б. Нейровегетативная регуляция и состояние гемодинамики у беременных с бронхиальной астмой // *Аллергол. и иммунол.* 2009. Т. 10, № 1. С. 84.
7. Приходько О.Б., Зенкина А.С., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б., Смородина Е.И., Кострова И.В., Горячева С.А. Хроническая никотиновая интоксикация у больных бронхиальной астмой во время беременности // *Амурский медицинский журнал*. 2016. Т.1. № 13. С.49-51.
8. Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б. и др. Отсутствие контроля бронхиальной астмы во время беременности как предиктор перинатальных осложнений // *Аллергология и иммунология*. 2013. Т.14, № 3. С.188-189.
9. Приходько О.Б., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б. Роль контролируемой бронхиальной астмы в развитии осложнений беременности и влияние на состояние здоровья новорожденных // *International journal on immunorehabilitation*. 2009. Т.11, №1. С.38-39.
10. Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Приходько О.Б. Медико-социальный статус беременных с бронхиальной астмой // *International journal on immunorehabilitation*. 2009. Т.11, №1. С. 38а.
11. Prikhodko O.B., Babtseva A.F., Romantsova E.B., Grigorenko A.A., Pustovalova V.V. Morphological characteristics of placenta in bronchial asthma patients in the control of its according to treatment // *The 8th Sino-Russia forum of biomedical and pharmaceutical science: the conference proceedings*. Blagoveshchensk, 2011. P.81 - 82.

ОСТРЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУСИТ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Бакина А.А., аспирант 3 года обучения, кафедра факультетской и
поликлинической терапии, Егорова Е.В., врач – оториноларинголог НПЛЦ
«Семейный врач», Егорова Е.В., врач – оториноларинголог НПЛЦ «Семейный врач»**
Научный руководитель: Павленко В.И., д.м.н., доцент, профессор кафедры
факультетской и поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
anastasia_darchi@mail.ru

Ключевые слова: синусит, аллергическая реакция, антигистаминные лекарственные средства

Аннотация: описан случай лечения острого аллергического верхнечелюстного синусита в амбулаторно-поликлинических условиях.

В современной медицине актуальной представляется проблема аллергических реакций. Так, по данным некоторых авторов, более трети населения мира страдают одним или несколькими видами аллергических реакций [1]. Одним из проявлений аллергических реакций является развитие аллергических форм ринита и синуситов [2].

Цель: демонстрация собственного наблюдения.

Пациентка В., 34 лет обратилась на прием к оториноларингологу с жалобами на головную боль ноющего характера в области лба, боль в проекции правой верхнечелюстной пазухи (ВЧП), умеренную заложенность носа. Известно, что за 7 дней до обращения к оториноларингологу на фоне переохлаждения возникла слабость, повышение температуры тела до $37,1^{\circ}\text{C}$, чувство першения в горле, заложенность носа. Получала лечение у терапевта с диагнозом «острый ринофарингит», выраженной положительной динамики не отмечалось. После присоединения жалоб на боль в лобной области, в проекции правой ВЧП, повышения температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ выполнено рентгенологическое исследование придаточных пазух носа (ППН) – выявлены признаки правостороннего экссудативного верхнечелюстного синусита с уровнем жидкости до $\frac{1}{2}$ объема пазухи и признаков отека левой ВЧП (рисунок 1,а). Направлена к оториноларингологу.

Из анамнеза жизни известно, что в 2019 году на фоне выполнения имплантации зуба из гипоаллергенного материала возникла реакция по типу отека Квинке с вовлечением тканей правой половины лица и шеи. Имеет пищевую аллергию на рыбу (вид уточнить не может). Отмечает, что периодически спонтанно возникает чувство удушья, купируемое внутримышечным (в/м) введением хлоропирамина. Наличие ранее выявленных аллергических реакций или индивидуальной непереносимости ЛС отрицает.

При объективном осмотре: температура тела - $37,5^{\circ}\text{C}$, умеренная болезненность при перкуссии в области правой ВЧП. При риноскопии наблюдались диффузная гиперемия слизистой оболочки полости носа, умеренный отек слизистой носовых раковин справа, отделяемое из носа отсутствует; фаринго-, ото- и ларингоскопически – без особенностей. В результатах стандартных лабораторных исследований значимых изменений не обнаружено.

Выставлен предварительный диагноз: острый двусторонний верхнечелюстной синусит средней степени тяжести с наличием экссудата в правой ВЧП, предположительно бактериального генеза. Рекомендовано применение ЛС для системного и местного применения: цефтриаксон, лоратадин, оксиметазолин, мометазон. От пункции ППН отказалась. На пятые сутки от начала настоящего лечения в связи с отсутствием

положительной клинической динамики, ухудшением рентгенологической картины (сохранение уровня жидкости в правой в/ч пазухе до ½ объема, возникновение снижения прозрачности и утолщения слизистой левой в/ч пазухи до 4 мм, рисунок 1,б) после подписания информированного согласия под местной аппликационной анестезией выполнена пункция ВЧП справа, получено отделяемое слизистого характера в скудном количестве. На последующей рентгенограмме ППН, выполненной больной самостоятельно (рисунок 1,в), наблюдалось дальнейшее снижение пневматизации правой ВЧП до субтотального уровня, четко определяемый уровень жидкости отсутствует.

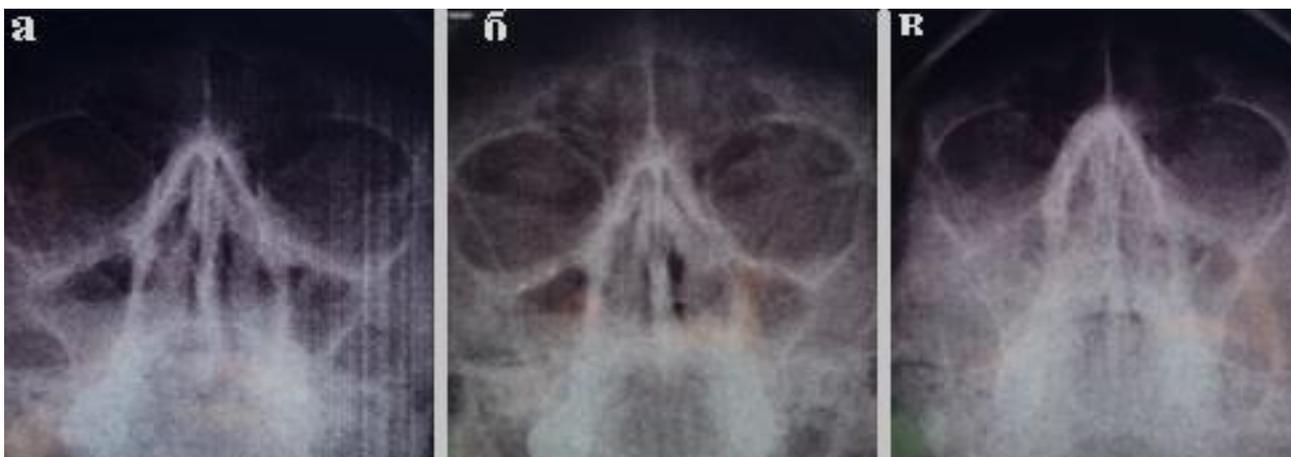


Рисунок 1 – Результаты рентгенологического исследования придаточных пазух носа на 7 сутки от момента начала заболевания (а), на 12 сутки от момента начала заболевания (б), на 13 сутки от момента начала заболевания (в)

С учетом отсутствия значительной динамики на фоне проводимого лечения, получением скудного слизистого отделяемого при пункции ППН, наличием отягощенного аллергологического анамнеза заподозрено наличие синусита аллергического генеза. Произведена отмена цефтриаксона, смена оксиметазолина на нафазолин. При его применении в правый носовой ход отметила усиление затруднения носового дыхания, интенсификацию головной боли, появление заложенности в правом ухе, чувство «отека» в горле справа, на фоне в/м введения хлоропирамина жалобы исчезли. ЛС отменены, рекомендовано продолжить применение хлоропирамина 1 раз в день, на фоне которого улучшилось носовое дыхание, уменьшилась выраженность головной боли, нормализовалась температура тела. При очередном в/м введении хлоропирамина отметила усилилось затруднение носового дыхания и головная боль. В связи с этим произведена полная отмена ЛС, после чего жалобы пациентки полностью купировались, исчез отек и гиперемия слизистой полости носа. Рекомендована скорейшая консультация аллерголога.

Представленный клинический случай демонстрирует важность привлечения внимания медицинских работников к вопросам тщательного сбора аллергоанамнеза, возможность развития аллергических реакций на антигистаминные и сосудосуживающие средства, назначаемые, в том числе, в качестве терапии аллергических ринитов и синуситов.

Библиографический список.

1. Куриная Е.А. Предрасположенность к аллергическим заболеваниям и иммунодефицитным состояниям студентов медицинского университета / Е.А. Куриная, А.В. Макеева // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №4–2. – С.153–4.
2. Шахова Е.Г. Синуситы: клиника, диагностика, медикаментозное лечение / Е.Г. Шахова // Вестник ВолГМУ. – 2006. – №4. – С.78-85.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

Бакина А.А., аспирант 3 года обучения, кафедра факультетской и поликлинической терапии

Научный руководитель: Павленко В.И., д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
anastasia_darchi@mail.ru

Ключевые слова: артериальная ригидность, хроническая обструктивная болезнь легких, скорость пульсовой волны

Аннотация: современными авторами определена важная роль избыточной сосудистой жесткости в развитии сердечно-сосудистых катастроф у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В работе оценено влияние симптомов ХОБЛ на развитие нарушений ригидности артериальной стенки. Установлено, что в группе лиц с выраженными клиническими симптомами показатели скорости пульсовой волны в аорте и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса были значимо выше, чем у лиц с малой выраженностью симптомов.

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – широко распространенная патология, вносящая большой вклад в общую структуру заболеваемости и смертности. Так, согласно современным исследованиям, высока вероятность включения ХОБЛ в тройку лидеров среди причин смерти уже к 2030 году [1]. При этом многие авторы указывают на преобладание у больных ХОБЛ риска смерти от кардиоваскулярных причин [3]. Одним из факторов, определяющих развитие сердечно-сосудистых событий у пациентов с данной патологией, может являться формирование избыточной сосудистой жесткости, часто встречающейся у лиц, страдающих ХОБЛ [2]. На настоящий момент ведется активное изучение факторов, вносящих вклад в повышение артериальной ригидности при патологиях, характеризующихся развитием бронхиальной обструкции, что и определяет актуальность исследования.

Цель исследования – оценить роль клинических симптомов ХОБЛ в развитии нарушений жесткости артериальной стенки

Материал и методы. В контролируемое сравнительное исследование включено 70 больных ХОБЛ в возрасте от 45 до 60 лет (среднее значение - 60[50;60] лет), большую часть из которых составляли мужчины (95,7% ($n=67$)). На момент включения в исследования пациенты находились на лечении в пульмонологических отделениях ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ» и ДНЦ ФПД и получали терапию согласно действующим стандартам медицинской помощи при ХОБЛ. В исследование не включались больные ХОБЛ крайне тяжелого течения, лица с наличием синдрома артериальной гипертензии, страдающие ишемической болезнью сердца, заболеваниями почек, туберкулезом, онкопатологиями или перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения. Оценка влияния клинических симптомов ХОБЛ на качество жизни пациента оценивали согласно тесту САТ, данные шкалы mMRC отражали выраженность одышки. Согласно результатам опроса, пациенты были разделены на две группы: 1-я группа ($n=30$), характеризующаяся малой выраженностью клинической симптоматики (САТ<10 баллов, mMRC 0-1 балл), 2-я группа ($n=40$) имела выраженные клинические симптомы (САТ≥10 и mMRC≥2 баллов). Группы пациентов были сопоставимы по половому составу, длительности ХОБЛ, частоте обострений, перенесенных за предшествующие 12 месяцев, индексу массы тела, степени

ограничения скорости воздушного потока. Наряду с применением стандартных методик обследования проведена оценка жесткости артериальной стенки методом сфигмоманометрии с определением каротидно-феморальной скорости пульсовой волны (PWV-аорта), правого и левого сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (R-CAVI и L-CAVI соответственно).

При статистическом описании количественных признаков использовали значение медианы (Me), нижнюю (Q1) и верхнюю (Q3) квартили. Результат фиксировали в формате Me[Q1;Q3]. Сравнение двух независимых групп по количественным признакам производилось с применением U-критерия Манна-Уитни. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R_s). При статистической обработке качественных признаков рассчитывали их абсолютную (n) и относительную (%) частоты выявления. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Значения теста САТ в 1-ой и 2-ой группах составили 7,0[6,0;9,0] баллов и 22,5[20,5;29,0] соответственно ($p < 0,0001$), балл по шкале mMRC у лиц 1-ой и 2-ой групп равнялся 1,0[0,0;1,0] и 3,0[2,0;3,5] ($p < 0,0001$). Показатели сосудистой жесткости 1-ой и 2-ой групп обследованных приведены в таблице 1.

Таблица 1. Параметры артериальной ригидности у лиц с мало выраженной и выраженной клинической симптоматикой

Параметр артериальной ригидности	1-я группа	2-я группа	p
PWV-аорта, м/с	7,42[6,54;8,70]	9,08[7,80;9,75]	0,0057
R-CAVI, ед.	7,37[6,60;8,50]	9,29[7,46;9,81]	0,0037
L-CAVI, ед.	7,80[6,80;8,40]	9,06[7,69;9,80]	0,0009

При проведении корреляционного анализа выявлено наличие статистически значимых ($p < 0,01$) прямых связей умеренной силы между значениями PWV-аорта и суммарным баллом теста САТ ($R_s=0,53$) и шкалы mMRC ($R_s=0,49$), уровнем R-CAVI и результатом опросников САТ ($R_s=0,48$) и mMRC ($R_s=0,47$); L-CAVI так же был ассоциирован с тестами по оценке клинической симптоматики (с САТ ($R_s=0,47$) и mMRC ($R_s=0,47$)). Так же была выявлена прямая связь всех исследуемых параметров сосудистой жесткости с возрастом обследуемых.

Таким образом, закономерности, выявленные при проведении исследования, позволяют предположить наличие значимой роли выраженности клинических симптомов ХОБЛ в повышении жесткости сосудистой стенки. Выявленные ассоциации указывают на важность своевременной коррекции дестабилизации клинических проявлений ХОБЛ с целью предотвращения развития сердечно-сосудистых событий, связанных с избыточной ригидностью артериальных сосудов.

Библиографический список.

1. Colin D. Mathers. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030 / Colin D. Mathers, Dejan Loncar // PLoS Medicine. – 2006. – №3(11). – P.2011-30.
2. Кулик Е.Г. Ассоциация артериальной ригидности с маркерами дисфункции сосудистого эндотелия и системного воспаления при хронической обструктивной болезни легких / Е.Г. Кулик, В.И. Павленко, С.В. Нарышкина // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2018. – №67. – С.31-6.
3. Павленко В.И. Особенности коморбидного течения, прогнозирование и лечение хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца / В.И. Павленко, В.П. Колосов, С.В. Нарышкина. – Благовещенск: ФГБУ ДНЦ ФПД СО РАМН, 2014. – 260 с.

УДК 616.379-008.64

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Галаган Д.А., Понизова О.А., ординаторы 2 года обучения, кафедра
факультетской и поликлинической терапии

Научный руководитель: Танченко О.А., канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры
факультетской и поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

diana.ermolaeva@inbox.ru

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетические осложнения, диагностика.

Аннотация: Сахарный диабет - это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при диабете сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. Сахарный диабет 2 типа является острой медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. На сегодняшний день сахарный диабет входит в тройку заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидизации населения и смерти после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Нами проведен анализ течения сахарного диабета 2 типа у 53 пациентов Благовещенской городской клинической больницы. Выявлено прогрессирование микрососудистых и макрососудистых осложнений на фоне лабильного течения сахарного диабета 2 типа.

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения в 2010 году в России было зарегистрировано более 9,6 млн больных с сахарным диабетом (СД). К 2030 году ожидается, что число больных в России составит 10,3 млн человек [1, 2]. Среди всех форм диабета на долю 2 типа приходится 85-90%. Это взрослые люди, обычно старше 40 лет, как правило, имеющие избыточную массу тела, ведущие малоподвижный образ жизни. Многие из них имеют наследственную предрасположенность к СД. Клиническая манифестация сахарного диабета 1 и 2 типа резко отличаются. Если СД 1 типа дебютирует остро - диабетическим кетоацидозом, и такие больные, как правило, госпитализируются в специализированные эндокринологические отделения, то сахарный диабет 2 типа чаще распознается случайно: при диспансеризации, прохождении медицинских комиссий. Поэтому истинная распространенность СД 2 типа в 2-3 раза превышает регистрируемую по обращаемости [1]. При этом они, как минимум, в 40% случаев, уже страдают так называемыми поздними осложнениями различной степени тяжести, к которым относятся: диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия и синдром диабетической стопы. Важнейшим механизмом патогенеза СД является поражение сосудов в результате хронической гипергликемии, к которой приводит инсулинорезистентность и относительная инсулиновая недостаточность. К другим отягощающим факторам риска относятся: ожирение, артериальная гипертензия (АГ), высокий уровень холестерина, гиподинамия, вредные привычки, неправильное питание. Хроническое течение заболевания приводит к развитию, в первую очередь, тяжелых макрососудистых осложнений, а именно различных проявлений атеросклероза (ишемическая болезнь сердца, острое нарушение мозгового кровообращения, гангрена нижних конечностей).

Актуальность изучения СД обусловлена широким распространением, высокой смертностью, увеличением роста заболеваемости, хроническим течением и наличием поздних осложнений.

Для выявления поздних осложнений при СД 2 типа, нами были проведены исследования на базе терапевтического отделения Благовещенской городской клинической больницы. Исследовалось 53 пациента в возрасте от 42 до 75 лет. Отягощенный наследственный анамнез по диабету была выявлен у 28 человек, что составило 52,8 % от всей группы. Средний стаж диабета составил: до 5 лет у 13 пациентов, 6-10 лет у 28 больных, более 10 лет - у 12 пациентов. Индекс массы тела составил в среднем 32,6 кг/м². Как показала практика и наблюдения, абдоминальное ожирение при 2 типе диабета встречается довольно часто, и как следствие отягощает течение заболевания.

Интересно отметить, что в анамнезе у 11 (20,7%) пациентов имелось острое нарушение мозгового кровообращения, у 5 (9,4%) пациентов - острый коронарный синдром, ишемическая болезнь сердца у 21 (39,6%), неалкогольная жировая болезнь печени у 7 (13,2%) больных, дислипидемия у 26 (49%). Средний уровень общего холестерина составил: $6,3 \pm 1,2$ ммоль/л, что тоже является фактором риска сосудистых осложнений на фоне СД 2 типа. АГ 1 степени отмечается в 29,6 % случаев, 2 степени - в 44,7 %, 3 степени - в 15,6 %. Диабетическая полинейропатия выявлена у 47 пациентов (88,6%), диабетическая ретинопатия у 39 человек (73,6%), диабетическая нефропатия - у 19 человек (35,8%), синдром диабетической стопы - у 5 человек (9,4%).

С целью коррекции показателей артериального давления и оказания нефропротективного эффекта у данной группы пациентов использовались следующие препараты: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты кальция, тиазидоподобные диуретики и блокаторы рецепторов ангиотензина II, β -блокаторы. Так же, с целью снижения показателей холестерина назначались статины, ведь лечение сопутствующей патологии является очень важной и неотъемлемой частью в борьбе с поздними осложнениями. В лечение сахарного диабета 2 типа использовался ряд сахароснижающих препаратов: бигуаниды (Метформин), производные сульфонилмочевины (Гликлазид, Глибенкламид, Глимепирид), ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (Вилдаглиптин, Алоглиптин, Ситаглиптин), инсулины короткого и длительного действия, а так же препараты нового поколения, такие как: ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа (Дапаглифлозин, Эмпаглифлозин), которые в комбинированной терапии показали очень хороший и быстрый эффект. А это очень важно для снижения риска поздних осложнений диабета, скорости их прогрессирования и увеличения продолжительности и качества жизни пациентов, ведь, когда есть осложнения, добиться регресса заболевания трудно.

Таким образом, несвоевременное выявление диабета, длительный стаж заболевания и факторы риска, такие как метаболический синдром, артериальная гипертензия, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца, вредные привычки, способствуют ускорению повреждения сосудистой стенки, что влечет за собой прогрессирование макрососудистых и микрососудистых осложнений. Результаты нашего исследования в очередной раз доказали, что практически все, даже при небольшом стаже диабета, но имеющие факторы риска, уже имеют ряд поздних сосудистых осложнений в различной степени, требующих своевременной диагностики и адекватного лечения.

Биографический список

1. Аметов, А.С. Сахарный диабет 2 типа: проблемы и решения / А. С. Аметов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 704 с.
2. Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 6.- С. 34.

Влияние витамина D на развитие эндотелиальной дисфункции у больных бронхиальной астмой

Грибова В.В. – студентка 6 курса

Научный руководитель: к.м.н. Т.А. Лучникова ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

e-mail: gribovav2204@mail.ru

Ключевые слова: витамин D, бронхиальная астма, беременные, дети.

Аннотация: Проведено обследование беременных, больных бронхиальной астмой (БА) на выявление дефицита витамина D и его влияние на БА, беременность и на здоровье новорожденных. Установлено, что дефицит витамина D приводит к ухудшению течения БА, увеличению риска осложнений беременности и негативным перинатальным исходам. Витамин D по результатам исследования влияет на развитие эндотелиальной дисфункции. Полученные данные говорят о необходимости восполнения дефицита витамина D во время беременности.

В настоящее время большое внимание уделяется развитию дисфункции эндотелия при различных заболеваниях, в том числе, и при БА, как к отягощающему фактору развития осложнений беременности.

Наличие витамина D и его рецепторов в плаценте, а также способность витамина D модулировать иммунные, воспалительные и сосудистые реакции позволяют обосновать роль дефицита витамина D у беременных в патогенезе осложнений беременности, связанных с эндотелиальной дисфункцией.

Обеспеченность витамином D беременных и кормящих является залогом полноценного развития костной системы на протяжении всей жизни. Дефицит витамина D у беременных и детей раннего возраста увеличивает риск развития (метаболический импринтинг или эпигенетическая регуляция экспрессии генов) [5,6]: задержки формирования структур мозга, врожденной катаракты, диабета I типа, аутоиммунных заболеваний, онкологической патологии разной локализации (толстый кишечник, простата), сердечно-сосудистых заболеваний, атопических заболеваний.

Цель исследования: установить значимость дефицита витамина D в развитии эндотелиальной дисфункции у больных БА.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 72 беременных (средний возраст $26,2 \pm 6,5$) с бронхиальной астмой различной степени тяжести и уровня контроля. Из них 53 беременных с ухудшением БА во время беременности, 7 – с улучшением, 12 – с неизменившейся динамикой течения заболевания. Группу сравнения составили 50 беременных без бронхолегочной патологии. Уровень контроля БА и степень тяжести оценивались согласно критериям GINA, 2019.

Уровень 25-(ОН) D в сыворотке крови был исследован с помощью иммунохемилюминисцентного метода. Уровень витамина D ≥ 30 нг/мл расценивался нами как достаточный, в пределах 29-20 нг/мл – недостаточный, ≤ 20 нг/мл – его дефицит.

Полученные результаты обрабатывались в программе STATISTICA 6.1, методами параметрической и непараметрической статистики с применением U-критерия Манна-Уитни, статистически достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: Средний уровень 25-(ОН) D у 72 беременных с БА был достоверно ниже - $21,63 \pm 5,73$, чем у 50 беременных группы сравнения (без бронхолегочной патологии) - $27,47 \pm 3,65$ нг/мл ($p < 0,00001$). У 46%

беременных с БА был выявлен дефицит витамина D, у 34% недостаточное поступление, у 20% оптимальное содержание витамина D.

У беременных с БА и гестозом уровень витамина D составил 18,62 нг/мл, что достоверно ниже, чем у беременных без гестоза – 21,64 нг/мл ($p=0,00003$). Отношение шансов развития гестоза при дефиците 25(OH)D составило 3,28 (ДИ 0,9;11,97).

При оценке уровня витамина D и вероятности развития угрозы прерывания беременности в группе беременных с БА и дефицитом витамина D абсолютный риск (АР) составил 0,63 или 63%, а в группе с оптимальным содержанием 0,31 или 31%. Повышение абсолютного риска развития угрозы прерывания беременности равняется 0,32 в группе беременных с дефицитом 25(OH)D. Относительный риск (ОР) – 2,015 (ДИ 0,97;4,17). ОР выше 2, что означает высокую вероятность развития угрозы в группе с дефицитом витамина D. Отношение шансов (ОШ) 3,72 (ДИ 1,1; 12,95). ДИ не включает 1, значит ОШ статистически значимо. У женщин с преждевременными родами на сроке менее 37 недель регистрировался дефицит витамина D – 18,9 нг/мл ($p=0,01$).

Подводя итог вышесказанному, можно с уверенностью сказать о важном значении витамина D и гомоцистеина в жизнедеятельности организма, особенно беременной женщины, заслуживающий особого внимания и нуждающийся в дальнейшем, более детальном изучении при заболеваниях бронхолегочной системы. При этом дефицит витамина D достоверно можно считать маркером развития эндотелиальной дисфункции у больных БА.

Библиографический список:

1. Лучникова, Т.А. Особенности функции внешнего дыхания у беременных больных бронхиальной астмой с позиции уровня контроля заболевания /Т.А. Лучникова, О.Б. Приходько//Аллергология и иммунология. -2016.-Т.17.-№1.С.34.
2. Лучникова, Т. А. Влияние генетических маркеров эндотелиальной дисфункции на течение бронхиальной астмы во время беременности// Российский аллергологический журнал. – 2017. -№1. –С.78-80.
3. Лучникова Т.А., Приходько О.Б., Романцова Е.Б. Особенности состояния плода и здоровья новорожденных, родившихся от матерей с бронхиальной астмой и дефицитом витамина D// Дальневосточный медицинский журнал. -2018.- № 4.- С. 25-27.

АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Дамчат А., Губерштро Я., студенты 6 курса лечебного факультета

Научные руководители: к.м.н., доц. О.Н. Сивякова, врач НПЛЦ «Семейный врач»
А.А. Бакина

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, амбулаторно-поликлинический этап, антигипертензивная терапия

Аннотация: В статье представлен анализ наиболее часто используемых групп антигипертензивных препаратов, применяемых на амбулаторном этапе при лечении гипертонической болезни. Выявлено, что самой назначаемой группой являются блокаторы рецепторов ангиотензина II, что соответствует рекомендациям Российского кардиологического общества. Также большую долю назначаемых препаратов составляют фиксированные комбинации, что однозначно увеличивает приверженность пациентов к лечению.

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из важнейших проблем современной медицины. Актуальность этой проблемы заключается в широком распространении данного заболевания среди трудоспособного населения, ранней инвалидизации и снижении ожидаемой продолжительности жизни. Распространенность ГБ в мире среди взрослого населения составляет 30-45% [1].

В России за период 2000-2017 гг. наблюдается увеличение болезней системы кровообращения, в число которых входит и ГБ. Так же стоит отметить, что болезни сердечно-сосудистой системы занимают 1 место в структуре смертности, составляя 42,8% [2].

Поэтому на сегодняшний день тактика лечения ГБ, как одного из самых распространенных заболеваний системы кровообращения, является чрезвычайно важной задачей современной кардиологии. Для решения данной проблемы предоставлен большой выбор антигипертензивных препаратов различных групп, но в то же время это создает определенные трудности при подборе оптимального препарата для коррекции артериальной гипертензии. Особенно сложен выбор антигипертензивного препарата у пожилых больных. Это связано прежде всего с наличием множественной сопутствующей патологии и особенностями фармакодинамики лекарственных препаратов.

Цель исследования: проанализировать наиболее часто назначаемые группы антигипертензивных препаратов в лечении гипертонической болезни на амбулаторном этапе

Материал и методы исследования:

Было проведено ретроспективное исследование 40 карт пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в НПЛЦ «Семейный врач» Амурской ГМА с диагнозом ГБ. Не включались в исследование пациенты с сопутствующими бронхообструктивными заболеваниями, декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью, лица с клинически значимыми блокадами (синдром слабости синусового узла, АВ-блокады 2 степени и выше и др.), облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей, со стенозом обеих почечных артерий, хронической почечной недостаточностью, беременные. Статистическая обработка проводилась в программе Excel 2003г.

Результаты:

Среди проанализированных 40 амбулаторных карт пациентов было выявлено 14 мужчин (35%) и 26 женщин (65%). Средний возраст пациентов составил $56,4 \pm 11,01$ (включались пациенты от 37 до 87 лет). Средний возраст мужчин $54 \pm 8,6$, женщин $60 \pm 11,6$ лет.

Средняя продолжительность заболевания составила у пациентов $7,6 \pm 3,8$ лет. У 60% больных дебют заболевания был в возрастном промежутке от 40 до 55 лет.

Так же было вычислено относительное и абсолютное число назначений препаратов: ингибиторы АПФ - у 9 пациентов (22,5%), блокаторы рецепторов ангиотензина II - у 19 (47,5%), β -адреноблокаторы - у 16 (40%), антагонисты Ca^{2+} - у 5 (12,5%), диуретики - у 15 (37,5%). Из этого следует, что наиболее часто назначаемой группой препаратов для лечения ГБ являются блокаторы рецепторов ангиотензина II, а наиболее часто назначаемыми препаратами этой группы являются лозартан (22,5%) и валсартан (20%). На втором месте по частоте назначения стали β -адреноблокаторы, так как у 16 (40%) больных был поставлен сопутствующий диагноз ИБС с ХСН 2А стадией.

У 22 пациентов (55%), в основном с 1-2 стадией и 1-2 степенью ГБ, применялась антигипертензивная монотерапия, а у остальных 18 (45%) комбинированная терапия, значительную долю (61%) которой составили фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов, такие как лозартан+гидрохлортиазид, рамиприл+амлодипин, рамиприл+гидрохлортиазид и др.

Выводы:

1. Наиболее часто назначаемой группой антигипертензивных лекарственных препаратов в лечении гипертонической болезни на амбулаторном этапе в НПЛЦ «Семейный врач» Амурской ГМА являются блокаторы рецепторов ангиотензина II (47,5%), что соответствует рекомендациям Российского кардиологического общества.

2. Наиболее часто назначаемыми препаратами из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II были лозартан (22,5%) и валсартан (20%). Возможно потому, что лозартан более изученный препарат, а валсартан является геропротектором (преобладали женщины, средний возраст которых был $60 \pm 11,6$ лет).

3. На втором месте по частоте назначения были β -адреноблокаторы, так как у 40% больных был сопутствующий диагноз ИБС с ХСН 2А стадией.

4. Третью позицию по частоте назначения заняли диуретики (37,5%), т.к. препараты этой группы создают рациональные комбинации с блокаторами рецепторов ангиотензина II и ингибиторами АПФ.

5. При использовании комбинированной антигипертензивной терапии предпочтение отдавалось фиксированным комбинациям (61%), что повышает приверженность пациентов к лечению.

Библиографический список

1. ВОЗ. О сердечно-сосудистых заболеваниях:
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru/ (дата обращения – 18.03.2020)
2. Статистика смертности по данным Росстат: <https://rosinfostat.ru/smertnost/> (дата обращения – 18.03.2020)
3. Клинические рекомендации Артериальная гипертензия у взрослых. 2020г.

ПОДАГРИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ. ИСХОДЫ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Дмитриева Д.В., студент 6 курса, Загвоздкина А.А., студент 6 курса
Научный руководитель: к.м.н. Смородина Е.И.,
ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России
Zagvozodka23@mail.ru

Ключевые слова: Изучение функционального состояния почек у пациентов с подагрой и метаболическим синдромом

Аннотация: Цель исследования - оценить функциональное состояние почек у больных подагрой. Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование 121 больного от 34 лет до 86 лет с подагрической нефропатией, находящихся на лечении в ГАУЗ АО «АОКБ» г. Благовещенска, отделения нефрологии за период с 2014 г. по 2019 г. Исследование включало: анализ историй болезни, работа с научными статьями.

Подагра - системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия (МУН) и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами. [1] Итак, понятие «подагрическая нефропатия» включает различные формы поражения почек, вызванные нарушениями пуринового обмена и другими метаболическими и сосудистыми изменениями, свойственными подагре. [1]

Подагрическая почка - собирательное понятие, включающее в себя всю почечную патологию, наблюдающуюся при подагре: тофусы в паренхиме почки, уратные камни, интерстициальный нефрит, гломерулосклероз и артериосклероз с развитием нефросклероза. Поражение почек развивается у 30- 50%, а по некоторым данным до 75% больных подагрой (при этом от 10 до 25% пациентов погибает от этого). Колебания в количестве больных с подагрической нефропатией во многом определяются подбором материала, длительностью заболевания и уровнем обследования. радиоизотопной ренографии нарушение функции почек выявляется у 93% больных. При стойком повышении уровня мочевой кислоты крови > 8 мг/дл риск последующего развития хронической почечной недостаточности (ХПН) возрастает в 3-10 раз. У каждого четвертого больного подагрой развивается ХПН. [2]

Основные патогенетические механизмы подагрической нефропатии связаны с повышением синтеза мочевой кислоты в организме, а также с развитием дисбаланса между процессами канальцевой секреции и реабсорбции уратов. Гиперпродукция мочевой кислоты вызвана дефицитом гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазы. Последнюю контролируют гены, локализованные в X-хромосоме, что объясняет, почему подагрой болевают преимущественно лица мужского пола. Полный дефицит гипоксантин-гуанинфосфорибозилтрансферазы приводит к синдрому Леша -Найхана, характеризующемуся ранним и особенно тяжёлым течением подагры. К гиперурикемии приводит также усиленное внутриклеточное разрушение АТФ — дефект, свойственный гликогенозу (I, III, V типа), врождённой непереносимости фруктозы, хроническому алкоголизму. [1] Изучение функционального состояния почек у пациентов с подагрой и метаболическим синдромом является особо актуальным, так как наличие ХБП является независимым фактором риска прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, в последние годы уделяется большое внимание связи уратного дисметаболизма с другими критериями метаболического синдрома и повреждением почек. [3]

Цель исследования - оценить функциональное состояние почек у больных подагрой.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 121 больного от 34 лет до 86 лет с подагрической нефропатией, находящихся на лечении в ГАУЗ АО «АОКБ» г. Благовещенска, отделения нефрологии за период с 2014 г. по 2019 г. Исследование включало: анализ историй болезни, работа с научными статьями.

Результаты: В соответствии с данными статистической отчетности за 5 лет ГАУЗ АО «АОКБ» г. Благовещенска, отделения нефрологии наблюдается рост заболеваемости подагрической нефропатии. В 2014 г. выявлено 16 случаев, 2015г 21случай, 2016г. 23 случаев, 2017 г 24 случая, 2018-2019г 37 случаев. В последнее время рост заболеваемости подагрой связан с произошедшими социально-экономическими изменениями в обществе, где немаловажное значение имеют растущая алкоголизация населения, гиподинамия, характер питания. Среди госпитализированных больных с подагрической нефропатией соотношение мужчин и женщин в процентах составило: мужчины 81%, женщины 19%. Средний возраст мужчин составил 63 года, женщин 57 лет. Преобладание пациентов мужского пола объясняется наличием факторов риска, таких как: курение, злоупотребление алкоголем, употребление жирной мясной пищи, гиподинамией, что приводит к нарушению мочевого кислоты в организме.

От клинической манифестации подагрической нефропатии до развития ХБП проходит в среднем 9-10 лет. По данным исследования отмечается тенденция к сокращению периода манифестации в среднем на 5-7 лет. По данным исследования у 64% была выявлена ХБП. А именно ХБП I -1%, ХБП II – 4%, ХБП III – 63%, ХБП IV -12%, ХБП V-20%. Диагноз подагрическая нефропатия чаще выявлялся у пациентов с ХБП III, в связи с неадекватной оценкой результатов и проведенного обследования пациентов. Прогрессирование заболевания отмечалось у 70% больных. А именно у 38% с подагрической нефропатией, у которых впервые диагностировали ХБП. У 62% переход ХБП на более тяжелую стадию. Среди них 34% у которых диагностировали ХБП III, 23% с ХБП IV и 43% с ХБП V. Летальный исход был выявлен у 85% в терминальной стадии ХБП. Данное прогрессирование заболевания объясняется тем, что больные подагрической нефропатией медикаментозную терапию в межприступный период принимали только в 60% и то нерегулярно. Из них только 20% принимали постоянно медикаментозную терапию. В 58% госпитализация была связана с прекращением медикаментозной терапии. Это свидетельствует о плохой комплаентности больных подагрой. [4]

Таким образом, результаты проведенных исследований по ГАУЗ АО «АОКБ» г. Благовещенска, отделения нефрологии подтверждают литературные данные о повсеместном росте подагрической нефропатии. Этот факт заслуживает самого пристального внимания как в плане развития ХБП. Увеличение заболеваемости подагрой свидетельствует о неблагоприятных социально-экономических процессах в обществе. Неадекватное лечение подагры ведет к прогрессированию заболевания, в связи с чем важное значение приобретает необходимость научной разработки более совершенные методы диагностики и лечения подагры, повышение комплаентности больных. [4]

Список литературы

- [1] Нефрология / под ред. Е.М. Шилова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 696 с. : ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста").
- [2] «Функциональное состояние почек у больных подагрой» Шукурова С. М., Джонназарова Д.Х., Ахунова М.Ф.,
- [3] УДК 616.61-008.6:577.121 В.Б. Хабижанова, А.Б. Хабижанов, М.Г. Ногаева, Г.И. Джубанова. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы Оценка функционального состояния почек у больных подагрой с метаболическим синдромом.
- [4] Склянова М.В., Злобина Т.И., Калягин А.Н., - 2007. Сибирский медицинский журнал 2007 №7. Клиническая характеристика и распространённость подагры по материалам Иркутского городского ревматологического отделения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ АОКБ, В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ ЕВРОПЕЙСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ 2018 ГОДА

Кабар М.А., студент 5 курса, лечебный факультет

Научный руководитель: Сулима М.В., к.м.н., ассистент кафедры факультетской и поликлинической терапии

ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия"
a.k.762@mail.ru

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия, факторы риска, анализ заболеваемости.

Аннотация: Для контроля артериального давления и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), задействовано большое количество специалистов разных направлений медицины, но распространенность артериальной гипертензии в мире продолжает расти. Это мотивирует к разработке более современных подходов в диагностике и терапии. Целью данной работы является изучение современных европейских рекомендаций 2018 года по лечению больных с артериальной гипертензией, с учётом расширенных факторов риска, ассоциированных клинических состояний, поражения органов, обусловленных гипертонией, проведение анализа заболеваемости и факторов риска гипертонической болезни по данным АОКБ.

Гипертоническая болезнь (ГБ) — хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия).

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в мире продолжает расти, и по прогнозам к 2025 году число больных АГ достигнет 1,5 млрд. [3]. На момент 2015 года в мире было около 1,15 млрд. больных, причём 150 млн. из них это жители Центральной и Восточной Европы. Распространенность гипертензии среди взрослого населения составляет 30-45% [3].

Европейские рекомендации по АГ 2018 года дополнили факторы риска (ФР), ассоциированных клинических состояний (АКС), поражения органов обусловленных гипертонией (ПООГ). В число факторов риска, влияющих на прогноз, в настоящее время входят: повышение мочевой кислоты (гиперурикемия), семейный анамнез раннего возникновения АГ, ранняя менопауза, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы, наличие сахарного диабета (СД) в анамнезе и частота сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в минуту в покое [3]. К ПООГ отнесены не только хроническая болезнь почек (ХБП) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73м², но и ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73м² (расчет по формуле СКД-EP1), а также выраженная ретинопатия с геморрагиями, экссудатами, отеком соска зрительного нерва. В дополнении к этому, утолщение стенок сонных артерий по показателям толщины интима-медиа (ТИМ) более 0,9 мм, необходимо оценивать только в соответствии с возрастом. Эхокардиографические признаки были изменены: пороговые значения показателя массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) при ожирении: $\text{ММЛЖ}/\text{рост}^{2,7}$ (>50 г/м^{2,7} у мужчин, >47 г/м^{2,7} у женщин), значения показателей относительной толщины стенок (ОТС) ($\text{ОТС} \geq 0,43$), конечный диастолический диаметр левого желудочка (ЛЖ)/рост (у мужчин $>3,4$ см/м, у женщин $>3,3$ см/м), объем левого предсердия (ЛП)/рост² (у мужчин $>18,5$ мл/м², у женщин $>16,5$ мл/м²) [3]. Перечень АСК дополнен наличием

атеросклеротических бляшек по результатам визуализирующих методов и фибрилляцией предсердий [3].

Нами были проведены исследования, в которых изучалась и анализировалась заболеваемость и ФР ГБ по данным статистических отчетов и анкетирования пациентов кардиологического отделения АОКБ.

По данным годового отчёта по заболеваемости ГБ за 2018 год госпитализировано 1096 больных, среди которых 89 пациентов имели в анамнезе заболевания только ГБ, без других сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо отметить, что большинство пациентов это мужчины: 562 (51,3%). Средний возраст больных составлял $62,9 \pm 2,1$ года. Среди ФР, отображённые на рисунке 1а, были выявлены: гиперхолестеринемия у 981 пациента (89,5%), семейный анамнез ранней АГ у 906 пациентов (82,7%), дислипидемия у 890 пациентов (81,2%), СД у 755 пациентов (68,9%), избыточная масса тела у 695 пациентов (63,4%), курение у 601 пациента (54,8%). Такие ФР как гиперурикемия, ранняя менопауза, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы и ЧСС > 80 ударов в минуту оценить было невозможно, т.к в статистику годового отчёта, данные ФР включены не были.

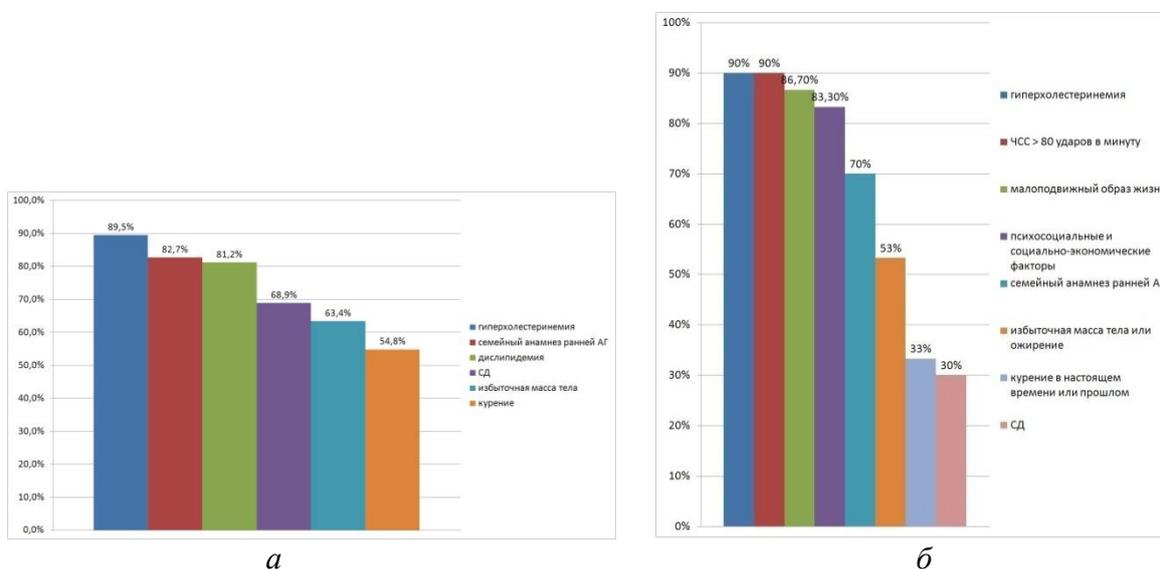


Рисунок 1. Факторы риска. По данным годового отчёта АОКБ за 2018 г (а) и результатам анкетирования (б)

В анкетировании участвовало 30 человек. Анкета включала в себя следующие вопросы: Пол, возраст пациента, средний уровень, максимального регистрируемого систолического и диастолического АД, среднее значение систолического и диастолического АД при хорошем самочувствие дома и на приёме у врача, ЧСС > 80 ударов в минуту, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы, семейный анамнез ранней АГ, избыточная масса тела или ожирение, ранняя менопауза, наличие СД, курение в настоящем времени или в прошлом. По данным анкетирования необходимо отметить, что большинство пациентов женщины: 21 (70%), 9 мужчин (30%). Средний возраст больных составлял 64,7 года. У всех 100% пациентов наблюдалось повышение АД выше 140/90 мм рт.ст. Средний уровень, максимального регистрируемого систолического АД составлял 186,5 мм рт.ст., диастолического 99, 2 мм рт.ст. Среднее офисное значение АД составляло 136,5/85 мм рт.ст. Среднее вне офисное значение АД 125/80 мм рт.ст. По данным анкетирования, которые отображены на рисунке 1б, и дополнительных методов исследования, выявлены следующие ФР: гиперхолестеринемия (повышение показателя общего холестерина) у 27 пациентов (90%), ЧСС > 80 ударов в минуту у 27 пациентов (90%), малоподвижный образ жизни у 26 пациентов (86,7%), психосоциальные и социально-экономические факторы у

25 пациентов (83,3%), семейный анамнез ранней АГ у 21 пациента (70%), избыточная масса тела или ожирение у 16 пациентов (53,3%), курение в настоящем времени или прошлом у 10 пациентов (33,3%), СД у 9 пациентов (30%), ранняя менопауза у 12 женщин из 21 (что соответствует 57,1%), биохимический анализ на количество мочевой кислоты в плазме крови был взят у 5 больных, у двоих из которых он был положительный (что соответствует 40%).

Таким образом, по данным анкетирования больных в 2019 году и годового отчёта заболеваемости гипертонической болезнью в 2018 году по данным ГАУЗ АО АОКБ заболеваемость гипертонической болезнью остаётся высокой и составила 1096 госпитализированных больных. Среди ФР в анкетировании чаще: гиперхолестеринемия, ЧСС > 80 ударов в минуту, малоподвижный образ жизни. По данным АОКБ чаще ФР: гиперхолестеринемия, наследственный анамнез ранней АГ, дислипидемия. Следовательно, мы можем наблюдать, что пациенты ранее с более низким риском развития ССО, могут иметь на практике, исходя из добавленных ФР, более высокий риск. Из этого следует, что появление новых рекомендаций по ведению пациентов с ГБ, расширяет диапазон пациентов, у которых имеется ГБ более высокой стадии и тем самым больных с большим риском развития ССО, что требует активной комбинированной терапии.

Библиографический список

1. Кавешников В.С., Серебрякова В.Н., Трубачева И.А. Факторы, ассоциированные с вероятностью выявления артериальной гипертензии в общей популяции трудоспособного возраста // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.- 2018. - № 7 (4).- С. 6-14.
2. Дружилов М. А., Кузнецова Т. Ю. Висцеральное ожирение как фактор риска артериальной гипертензии // Российский кардиологический журнал. - 2019. - № 24(4). – С. 7–12
3. Кобалава Ж.Д., Колесник Э.Л., Троицкая Е.А. Современные европейские рекомендации по артериальной гипертензии: обновленные позиции и нерешенные вопросы // Клиническая фармакология и терапия. – 2019. - № 28 (2). – С. 7-18.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА В МЕДИЦИНЕ МИРА НА ОСТРИЕ ПРОБЛЕМ

Кравченко В. Ю., студент 5 курса

кафедра гистологии и биологии

Научный руководитель: Гордиенко Е. Н., д.м.н., профессор кафедры гистологии и биологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Ключевые слова: бронхиальная астма, актуальность патологии, аспекты изучения в XXI веке

Аннотация: Бронхиальная астма (БА) - это хроническое воспаление дыхательных путей (нередко аллергической природы), главным признаком которого является приступ удушья, возникающий в результате сужения просвета гладкой мускулатуры бронхиального дерева и отека слизистой оболочки бронхов, из-за чего к легким поступает недостаточное количество воздуха. Классификация: аллергическая (атопическая) астма, аспириновая астма, астма физического усилия психогенная астма. Факторы развития заболевания, включая геномные. БА - заболевание с выраженной наследственной предрасположенностью. Большую роль отводят прежде всего генному комплексу HLA, расположенному на 6-й хромосоме. Изучение Бронхиальной астмы в Амурской ГМА - под руководством профессора Ю. С. Ландышева и его школы.

Актуальность. В связи с последними событиями, вызванными агрессией вирусной патологии дыхательной системы, объединившей весь мир, болезни легких вышли на первый план. По оценкам ВОЗ в настоящее время от астмы страдает 235 миллионов человек. В России астмой страдают около 10% взрослого населения и 15% детей. В 2 раза увеличилось количество заболевших бронхиальной астмой за последние 25 лет. 80% детских смертей от астмы приходится на возраст от 11 до 16 лет, у 1/3 заболевание носит наследственный характер.

Цели. Статистическая актуализация проблемы БА в Амурской области в XXI веке, исследование аспектов ее изучения и вклада ученых, изучавших БА, в т. ч. в Амурской ГМА профессором Ю. С. Ландышевым.

Задачи: 1. знакомство с итогами анкетирования респондентов (студенты Амурской ГМА) в проблеме БА; 2. исследование этиотропных геномных и средовых факторов; 3. Приобщение будущих врачей к изучению патогенеза и форм бронхиальной астмы; 4. знакомство с историей изучения БА, ролью проф. Ю. С. Ландышева в ее изучении, методами диагностики и коррекции.

Бронхиальная астма - это хроническое воспаление дыхательных путей (нередко аллергической природы), главным признаком которого является приступ удушья, возникающий в результате сужения просвета гладкой мускулатуры бронхиального дерева и отека слизистой оболочки бронхов, из-за чего к легким поступает недостаточное количество воздуха.

Клинико-этиологические картины БА. Аллергическая (атопическая) астма - вызывается аллергенами животного и растительного происхождения, а также факторам, относящимся к химическим веществам, в том числе лекарствам. Аспириновая астма - характеризуется непереносимостью аспирина и подобных ему по воздействию обезболивающих, приступами удушья, повторным появлением полипов в носу и придаточных пазухах. Астма физического усилия проявляется приступами удушья после физической нагрузки. Существуют виды физической нагрузки, наиболее «астмогенные» (игра в футбол, баскетбол, бег) и наименее «астмогенные» (плавание, подъем тяжестей). Наличие такой астмы связывают с перестройкой эндокринного баланса, иногда возрастного характера, например, при климаксе. Психогенная астма - возникает при длительном психоэмоциональном перенапряжении или однократном тяжелом

психическом потрясении. У этой группы больных невротические симптомы выражены особенно ярко.

Экологический аспект. Ретроспективный эпидемиологический анализ помогает четко выделить ведущую роль двух патофизиологических механизмов: неспецифичное раздражение дыхательных путей газообразными или аэрозольными загрязнителями в концентрациях, намного превышающих ПДК; общее повышение чувствительности людей к промышленным или сельскохозяйственным аэроаллергенам, которые в больших количествах выбрасываются в атмосферу. Загрязнение воздуха определяется содержанием химических соединений в атмосфере на уровне, который способен нанести вред человеку, животному или растению. Среди газообразных и аэрозольных поллютантов выделяют два основных типа загрязнения воздуха: индустриальный смог (комплекс частичек двуокиси серы) и фотохимический смог (озон и окислы азота), причем они могут одновременно присутствовать в данном месте (5).

Генетика бронхиальной астмы. БА - заболевание с выраженной наследственной предрасположенностью. Дети, имеющие родственников первой линии родства с БА, имеют высокий риск развития клинических проявлений астмы. Некоторые клиницисты большое внимание уделяют признакам мезенхимальной дисплазии, как внешним маркерам генетических особенностей (4). В последние годы генетические исследования при астме ведутся по нескольким направлениям: выявление вариантов генов, которые могут предсказать ответ на терапию, выявление вариантов генов, которые связаны с развитием болезни и играющие решающую роль в патофизиологии заболевания. Известно, что развитие астмы осуществляется по полигенному типу, гены расположены не сцепленно. Большую роль отводят прежде всего генному комплексу HLA, расположенному на 6-й хромосоме.

Диагностика. В диагностике бронхиальной астмы помогает исследование функции легких (спирометрия). Обязательным исследованием является пикфлоуметрия - измерение максимальной скорости выдоха, которую нужно в дальнейшем проводить и дома, с помощью портативного пикфлоуметра. При помощи рентгенографии и компьютерной томографии легких можно исключить наличие инфекции, других поражений дыхательных путей, хронической недостаточности кровообращения или попадания инородного тела в дыхательные пути. Сегодня начинает внедряться генодиагностика (ПЦР).

Лечение. К препаратам базисной терапии относят: - гормоны; - ингаляционные глюкокортикостероиды; - антагонисты лейкотриеновых рецепторов; моноклональные антитела. Если не принимать базисную терапию, со временем будет расти потребность в ингаляции бронходилататоров (симптоматических средств) (3). В этом случае и в случае недостаточности дозы базисных препаратов рост потребности в бронходилататорах является признаком неконтролируемого течения заболевания.

Однако, несмотря на все усилия медицины, как отечественной, так и мировой, заболеваемость БА растет с каждым годом и особенно стремительно среди детей. По оценкам экспертов, реальное число больных астмой в России превосходит официальные данные, от астмы в нашей стране страдает 5,9 млн человек вместо 1,3 млн, согласно отчетным данным. Астма - инвалидизирующее и опасное заболевание, около 41% пациентов с астмой получают пенсию по инвалидности (3).

Изучение БА в Амурской ГМА. Следует сказать, что состоянию эндокринной системы в развитии и течении бронхиальной астмы всегда уделялось значительное внимание. В связи с этим, исследования, выполненные под руководством и при непосредственном участии профессора Ю. С. Ландышева – выпускника Томского государственного медицинского института - на кафедре госпитальной терапии и других как клинических, так и теоретических кафедрах Амурской государственной медицинской академии, имеют особую актуальность и ценность (1). С 1980 года в бронхолегочном кабинете проводят бронхоскопическое исследование у больных бронхиальной астмой. Исходя из выявленных особенностей нарушений в системе гемокоагуляции при БА было

разработано патогенетическое звено, которое в процессе становления заболевания присоединяется к аллергическим реакциям. Обнаруженные изменения играют также важную роль в развитии осложнений бронхиальной астмы, определяют клинические особенности ее течения, способствует прогрессированию заболевания (2). Это позволило школе профессора Ю. С. Ландышева выделить новые клинко-патогенетические формы БА, разработать современные диагностические критерии и патогенетические методы лечения и профилактики дисгормонального и дизовариального вариантов заболевания.

Вывод: Процесс изучения астмы как одной из важнейших проблем медицинской науки, убедительно демонстрирует успехи многих отраслей знаний от фундаментальных (медицинская генетика), до прикладных (организация здравоохранения). В тоже время проводимые исследования постоянно требуют пересмотра ряда концепций, создания новых международных консенсусов по проблеме астмы, разработки новых методов лечения и новых стандартов оказания медицинской помощи, постоянного образования и самообразования медицинских работников. Большое будущее принадлежит в борьбе с этой распространенной болезнью не только в клинике, но и генодиагностике, и фармакогенетике. Наше обучение в Амурской ГМА предполагает знакомство и сохранение памяти о тех ученых, преподавателях, которые, работая долгие годы в ее стенах, внесли достойный вклад в процветание медицинской науки и во благо здоровья населения Амурской области.

Библиографический список

1. Григоренко А. А., Суворов А. В. «Жизнь в науке» / Благовещенск. – 1997. 138 с.
2. Ландышев Ю. С. Кафедра госпитальной терапии 1956-2006. / Благовещенск, 2008. - стр. 138
3. <https://ru.wikipedia.org/wiki>
4. https://health.mail.ru/disease/bronhialnaya_astma/
5. <http://moreprom.ru/article.php?id=43>

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА

Лешгаева Ю.С., Майсак А.Г., Чернышева А.А., студенты 5 курса, лечебный факультет

Научные руководители: Приходько О.Б., д.м.н., доцент, Кострова И.В., к.м.н., доцент, Гоборов Н.Д., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
aleksandra.maysak@yandex.ru

Ключевые слова: саркоидоз, диссеминированные заболевания легких

Аннотация. Исследование саркоидоза является одной из актуальных проблем пульмонологии, так как число больных с данной патологией во всем мире постоянно увеличивается. Заболеваемость варьирует от 1 – 2 до 17 на 100 000 человек. В России показатель распространенности саркоидоза достигает 20 на 100 тыс. населения. Чаще всего болеют люди молодого возраста 20-40 лет. Увеличение частоты заболеваемости в последнее время связано в большей степени с улучшением диагностики данного заболевания.

Саркоидоз остается своеобразной пульмонологической «загадкой», поскольку причины его развития, прогрессирования и спонтанной регрессии до сих пор не установлены [1]. Клинические проявления саркоидоза крайне разнообразны – от изолированного бессимптомного увеличения внутри грудных лимфатических узлов до тяжелого инвалидизирующего полиорганного поражения с летальным исходом вследствие остановки сердца или развития тяжелой неврологической недостаточности [2,3].

В подавляющем большинстве случаев поражения саркоидозом локализуются грудной полости: во внутригрудных лимфатических узлах и легких. Саркоидоз является системным заболеванием, при котором поражаются внутригрудные лимфатические узлы(100%) , лёгкие (80%) ,печень(65%) , селезёнка (65%), кожа(40%) , мышцы (30%), сердце (20%) и другие органы. Клинический симптомокомплекс саркоидоза не является строго очерченным, и патогномичны для этого заболевания. Поэтому диагностика саркоидоза остается сложной. Проведенное клинико-рентгенологическое исследование позволяет установить диагноз саркоидоза в абсолютном большинстве случаев. Важную роль в подтверждении диагноза саркоидоза играют инструментальные методы с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала.

Следует отметить, что саркоидоз приходится дифференцировать в большинстве случаев от разных заболеваний, поэтому каждый случай саркоидоза требует особого, индивидуального дифференциально-диагностического подхода. Большинство больных отмечают вполне удовлетворительное общее состояние, несмотря на лимфаденопатию средостения и достаточно обширное поражение лёгких. Начало заболевания постепенное и часто бессимптомное. Часто первым клиническим проявлением саркоидоза является узловатая эритема. Рентгенологически в этот момент уже можно выявить изменения в легких. Практически постоянным признаком является увеличение лимфоузлов корней легких, обычно они поражаются с обеих сторон симметрично.

Проведен анализ 22 историй болезни пациентов, поступивших в торакальное отделение ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» за период с 01 января 2019 года по 1 ноября 2019 года с предварительным диагнозом «диссеминированный процесс в легких неуточненной этиологии».

После проведения дополнительных методов обследования у 19 (86,4%) из них был диагностирован саркоидоз легких, у 1 пациента - доброкачественный лимфорегикулез, у 1 - диссеминированный туберкулез легких, у 1- диссеминированный процесс в легких неуточненной этиологии.

Проведен анализ клинико-функциональных особенностей течения саркоидоза легких у 19 пациентов. Соотношение женщин и мужчин было 2:1, с медианой возраста у женщин – 49 лет, у мужчин- 36.Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 21,4 дня. Интересен был факт, что 94% больных отрицали факт курения. Среди сопутствующих заболеваний первое место занимает ишемическая болезнь сердца(37%), гипертоническая болезнь (25%), язвенная болезнь (12,5%), хронический бронхит (12,5%), бронхиальная астма (12,5%). Преобладали больные с поражением легких и внутригрудных лимфатических узлов.

При изучении жалоб больных при поступлении, отмечено, что в 33% случаев заболевание протекало бессимптомно (были выявлены исключительно изменения при флюорографии, рентгенографии), у 29% пациентов отмечен непродуктивный кашель, у части пациентов – с незначительным количеством мокроты слизистого характера, у 20% - боли в грудной клетке, у 12,5% - чувство дискомфорта в грудной клетке, у 4,2% - свистящие дистанционные хрипы, у 12,5 % - одышка при физической нагрузке, у 4,2% - общая слабость. У 1 больного, помимо прочих жалоб, были выявлены дискомфорт и боли в суставах верхней и нижней конечностях, особенно в кистях рук и голеностопных суставах, что может свидетельствовать о наличии внелегочных очагов. По данным спирометрии у 13 (68,5%) пациентов не обнаружено нарушение вентиляционной функции легких, у 5 (26,3%) были выявлены обструктивные нарушения, у 1 (5,2%) - смешанные. При физикальном осмотре преобладающее большинство пациентов были в удовлетворительном состоянии, ведущими синдромами были дыхательной недостаточности (в основном, I степени), бронхиальной обструкции, диссеминированных двусторонних изменений в легких (при рентгенологическом исследовании).

В 18 случаях диагноз саркоидоза установлен с помощью торакоскопии с биопсией, в 2 случаях больные отказались от проведения диагностической операции. В 26,3% случаев была установлена 1 стадия саркоидоза, у 73,7% же верифицирована 2 стадия, синдром Лефгрена был выявлен у 1 больного.

Таким образом, диагноз саркоидоза был подтвержден морфологически в 100% случаев (наличие гранулематозного воспаления саркоидного типа).

Лечение было назначено всем пациентам: преднизолон в индивидуальной дозировке 89,5% пациентам, трентал - 5,5%, пентоксифиллин - 5,5%. Также во всех случаях был назначен витамин Е, муколитики (ацетилцистеин), нексиум.

Библиографический список

1. Визель А.А., Визель И.Ю. Саркоидоз: что мы знаем и что мы можем //Практическая пульмонология. 2018. №1. С.65-68.
2. Визель А.А., Визель И.Ю., Амиров Н.Б., Колесников П.Е. Саркоидоз в материалах Европейского (Париж) и Российского (Москва) респираторных конгрессов 2018 года //Вестник современной клинической медицины. 2019. Том 12, вып.1. С.85 – 98.
3. Визель И.Ю., Визель А.А. Характеристика больных саркоидозом, обратившихся к пульмонологу: анализ повседневной практики //Практическая пульмонология. 2015. №1. С. 32-37.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Миргян Р.С., Дарина, Н.М., студенты 6 курса, лечебное дело

Научный руководитель: Павленко В.И., д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
natashadarina09@gmail.com, mirgyanroza717@mail.ru

Ключевые слова: студенты, желудочно-кишечные заболевания, факторы риска

Аннотация: В статье представлены результаты анонимного анкетирования 1600 студентов Амурской ГМА и БГПУ по выявлению распространенности заболеваний органов пищеварения и факторов риска (ФР) их возникновения. По данным анкетирования установленные гастроэнтерологические заболевания имелись у 33,5% студентов-медиков и 19,4% студентов педагогического вуза. У студентов медицинского вуза достоверно чаще (в 1,8 раз) выявлялись характерные симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта и ФР их развития (в 1,5 раза). Наиболее значимые ФР – алиментарные и стрессовые.

Качество подготовки молодых специалистов в вузах наряду с другими факторами во многом определяется состоянием здоровья студенческой молодежи, которое определяется образом жизни и условиями организации учебного процесса [1, 2]. В настоящее время наблюдается рост болезней органов системы пищеварения среди молодых [3]. Вопросы профилактики гастроэнтерологических заболеваний тесно смыкаются с вопросами раннего выявления и определения факторов риска (ФР) их формирования.

Цель исследования: проанализировать распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), признаков, характерных для патологии органов пищеварения, и ФР возникновения этих заболеваний среди студентов медицинского и немедицинского вуза для разработки мероприятий по коррекции образа жизни.

Материал и методы: проведено анонимное анкетирование 806 студентов 2-6 курсов Амурской ГМА и 794 студентов 2-5 курсов БГПУ в возрасте от 17 до 30 лет. В разработанную анкету (содержит 24 вопроса) входили вопросы о наличии хронических заболеваний ЖКТ, признаках и ФР заболеваний ЖКТ, наследственной предрасположенности и др. Статистическая обработка материала производилась с помощью сервиса Microsoft Excel и программы Statistica 10.

Результаты: по данным анкетирования установленные диагнозы (гастрит, гастродуоденит, холецистит, панкреатит, гастродуоденит, эрозивно-язвенные поражения, дискинезия желчевыводящих протоков) в общей когорте имелись у 422 (26,4%) человек, т.е. у каждого четвертого. В структуре заболеваний ЖКТ лидирует хронический гастрит (18,7%). Следует отметить, что верифицированная патология ЖКТ чаще в 1,8 раз ($p=0,000$) выявлялась у студентов-медиков. Частые обострения заболеваний отмечаются у 28,7% респондентов, как правило, во время зачетов и экзаменационной сессии без существенных различий между студентами медицинского и педагогического вузов. Определено, что 271 (50,6%) обучающихся в Амурской ГМА (каждый третий) и 148 (23,1%) обучающихся в БГПУ (каждый пятый) испытывали те или иные симптомы (нередко их сочетание), которые могут быть при заболеваниях ЖКТ (Таблица 1). Для постановки диагноза все они нуждались в дообследовании.

Таблица 1. Частота и структура симптомов, характерных для заболеваний органов пищеварения

Симптомы	Студенты Амурской ГМА (n=271)	Студенты БГПУ (n=148)
Неприятный вкус во рту, n (%)	75 (27,7)	48 (32,4)
Чувство распирания в животе, n (%)	41 (15,1)	27 (18,2)
Дискомфорт в эпигастрии, n (%)	76 (28,1)	33 (22,3)
Изжога, n (%)	10 (3,7)	5 (3,4)
Тошнота, n (%)	5 (1,8)	2 (1,4)
Отрыжка воздухом и кислым, n (%)	14 (5,2)	7 (4,7)
Неустойчивый стул, n (%)	3 (1,1)	2 (1,4)
Нарушение аппетита, n (%)	47 (17,3)	24 (16,2)

Примечание: различия недостоверны

ФР возникновения патологии ЖКТ выявлялись у каждого второго студента Амурской ГМА и каждого четвертого студента БГПУ. Структура и частота встречаемости ФР представлена в таблице 2. Сочетание двух и более ФР отмечены у 25,5% респондентов медицинского вуза и у 17,7% опрошенных педагогического вуза.

Таблица 2. Частота и структура ФР развития патологии органов пищеварения

ФР развития патологии органов пищеварения	Студенты Амурской ГМА (n=282)	Студенты БГПУ (n=192)
Алиментарные (нарушение режима питания, неправильное питание и др.), n (%)	165 (58,5)	89 (46,4)
Стрессовые ситуации, n (%)	64 (22,7)	47 (24,5)
Вредные привычки, n (%)	25 (8,9)	31 (16,1)
Хронические очаги инфекции, n (%)	16 (5,7)	18 (9,4)
Наследственность, n (%)	12 (4,2)	7 (3,6)

Примечание: различия недостоверны

Известно, что группа крови и психологические особенности личности предполагают к развитию заболеваний ЖКТ. Среди респондентов Амурской ГМА без установленного заболевания ЖКТ 223 человека (41,6%) считают себя сангвиниками, 109 (20,3%) – холериками, 106 (19,8%) – меланхоликами, 98 (18,3%) – флегматиками. Среди опрошенных БГПУ – 288 (44,9%), 101 (15,7%), 151 (23,5%) и 102 (15,9%) человек соответственно. Среди опрошенных студентов Амурской ГМА обладателями I группы были 157 (29,3%) человек, II – 137 (25,5%), III – 203 (37,9%), IV – 61 (7,6%). Среди респондентов БГПУ – 166 (25,9%), 222 (34,6%), 208 (32,4%), 46 (7,1%) человек соответственно. Таким образом, анализ проведенного анкетирования показывает, что распространенность заболеваний ЖКТ, признаков, характерных для заболеваний органов пищеварения, ФР возникновения этих заболеваний среди студентов медицинского и немедицинского вуза высока с преобладанием у студентов-медиков.

Библиографический список:

1. Фильчаков С.А., Чернышева И.В., Шлемова М.В. Актуальные проблемы здоровья студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 10. – С. 192–192. – URL: <http://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=33075> (дата обращения: 06.04.2020).
2. Чернышков Д.В., Проценко О.Ю. Основные аспекты здоровья и здоровьесбережения студентов-медиков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т.5. – № 5. — С.738.
3. Ронжин И. В., Пономарева Е. А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. – 2015. – № 23. – 375-379. – URL: <https://moluch.ru/archive/103/23940/> (дата обращения: 06.04.2020).

ПРОКОЛ УШНОЙ РАКОВИНЫ В ТОЧКЕ ГЛАЗА: ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ОСТРОТУ ЗРЕНИЯ

Молчанов А.И., студент, 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: Молчанова Е.Е., к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
amolchanov99@mail.ru

Ключевые слова: аурикулотерапия, рефлексотерапия, близорукость

Аннотация. С целью изучения возможного влияния прокола ушной раковины в точке глаза на остроту зрения проведено анкетирование 93 студентов 4-6 курсов. После прокола ухудшение зрения отметили 27 % опрошенных, 47,8 % из них указали на наличие наследственной предрасположенности к близорукости ($p < 0,05$), манипуляция была проведена у них в более старшем возрасте ($9,4 \pm 1,6$ года) ($p < 0,05$). Таким образом, риск ухудшения зрения при проколе ушной раковины в точке глаза увеличивается при наличии наследственной предрасположенности к миопии и выполнении его в более старшем возрасте.

Человеческое ухо – это информационно-диагностический орган. Еще древние мудрецы считали, что ухо – не просто орган слуха, и современная медицина – рефлексотерапия и неврология – подтверждает это. Известно, что на ушной раковине сосредоточено множество точек, представляющих собой проекции внутренних органов и систем, так называемые рефлексогенные зоны. Различные патологические процессы во внутренних органах вызывают отраженные реакции сигнального характера в определённых зонах ушной раковины [1]. Если правильно найти и простимулировать определенные точки ушной раковины, можно вызвать изменения в работе внутренних органов, и это используют в своей практике рефлексотерапевты. В Древнем Египте украшения, в частности серьги в ушах, служили своеобразным определителем статуса человека и, таким образом, выделяли знатных особ среди всех остальных. Существует мнение, что мода прокалывать девочкам уши – это отголоски тех времен. Чаще всего прокалывают ухо в центре мочки, это связано с тем, что мочка не содержит хряща и легко прокалывается, но если попасть в точку, соответствующую проекции глаза, то возможно нарушение функции глаза – ухудшение зрения, резь в глазах, слезотечение. Основатель аурикулярной медицины в Европе П. Ножье в свое время исследовал этот вопрос и считал, что прокалывать ухо в этой точке категорически не следует [2]. Вместе с тем, есть наблюдения, что в случае, если на момент прокалывания уха уже есть нарушение зрения, то после прокола в этой точке происходит его частичное восстановление. Однако существуют свидетельства людей, зрение которых вопреки ожиданиям ухудшилось. Противоречивость имеющихся сведений о возможных эффектах прокола ушной раковины и практически отсутствие работ на эту тему явилось мотивацией к выполнению настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение частоты развития изменений со стороны остроты зрения при проколе ушной раковины в точке глаза.

Материал и методы исследования.

В исследовании на добровольной основе приняли участие 93 студента 4-6 курсов Амурской ГМА, женщин было 92, мужчин – 1. Средний возраст исследуемых составил $23 \pm 0,26$ лет. Всем участникам было предложено заполнить анкету и ответить на вопросы: в каком месте осуществлен прокол ушной раковины (в точке глаза или нет) и в каком возрасте; были ли изменения со стороны остроты зрения после прокола; а также имеется ли наследственная предрасположенность к близорукости или другим заболеваниям глаз.

Результаты и их обсуждение.

У большинства из опрошенных (91,3 %) прокол ушной раковины был осуществлен в точку глаза. Средний возраст манипуляции составил – $7,7 \pm 0,5$ года. У большинства исследуемых (50 %) прокол ушной раковины был произведен в возрасте от 7 до 15 лет, у 48 % - до 7 лет, и только в 2% случаев – в возрасте старше 15 лет. После прокола мочки уха в точку глаза ухудшение зрения отметили 27 % опрошенных. При этом в группе студентов, отметивших ухудшение зрения, прокол ушной раковины был произведен в среднем в возрасте $9,4 \pm 1,6$ года, а студентам, зрение которых не изменилось, прокол осуществляли в среднем в $7,0 \pm 0,54$ года ($p=0,044$). На наследственную предрасположенность к заболеваниям глаз указали 47,8 % студентов, отметивших ухудшение зрения (в 100 % случаев – близорукость). Отягощенная наследственность у тех, кто не отмечал изменений зрения, была выявлена в 37,1 % случаев (70 % - близорукость, 17 % - дальнозоркость и в 13 % - астигматизм) (табл. 1). При этом не было ни одного из опрошенных, кто бы отметил улучшение зрения после прокола ушной раковины.

Таблица 1 – Характеристика студентов, принявших участие в анкетировании

№	Критерии	Группа 1		Группа 2		p
		n	%	n	%	
1	Количество	23	27	62	73	
2	Возраст	$22,8 \pm 0,25$		$23,2 \pm 0,27$		$> 0,05$
3	Возраст прокола	$9,4 \pm 1,6$		$7,0 \pm 0,54$		$< 0,05$
4	Наследственная предрасположенность к заболеваниям глаз	11	47,8	23	37,1	$< 0,05$

Примечание:

Группа 1 – студенты, отметившие изменение остроты зрения после прокола ушной раковины в точку глаза

Группа 2 – студенты, не отметившие изменений после прокола ушной раковины в точку глаза

p – достоверность разности показателей

По канонам рефлексотерапии воздействие на биологически активные точки в течение 20 минут и более является тормозным (успокаивающим). Таким образом, ношение сережек в течение дня в «точке глаза» на протяжении нескольких лет может способствовать снижению остроты зрения, что и произошло более, чем у четверти обследованных.

Выводы. Таким образом, прокол ушной раковины в точку глаза не является полностью безопасным, о чем свидетельствует довольно высокий процент (27 %) побочных явлений в виде снижения остроты зрения. Наследственная предрасположенность к заболеваниям глаз, преимущественно к близорукости, может служить определенным фактором риска ухудшения зрения после прокола, поскольку встречается у таких людей на 10 % чаще. При этом риск ухудшения зрения после прокола несколько возрастает с увеличением возраста, в котором производится эта манипуляция. Соответственно, задача специалиста, прокалывающего ухо, - найти для прокола точку в нейтральной зоне, свободной от биологически активных точек. В противном случае можно опосредованно повлиять на работу органа зрения с негативной стороны.

Библиографический список

1. Михайлова А.А. Диагностика и аурикулотерапия: Атлас-справочник. Учебно-практическое руководство. – М.: Центр инноваций «Продвижение», 2003. – 144 с.
2. Ножье П. Практическое введение в аурикулотерапию. – Париж, 1976.

УДК 616.248-084:618.2-06

Уровень перинатальной патологии у детей, рожденных от матерей с бронхиальной астмой в зависимости от уровня витамина D.

Панькина А.А. – 6 курс

Научный руководитель: к.м.н. Т.А. Лучникова ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

e-mail: gribovav2204@mail.ru

Ключевые слова: витамин D, бронхиальная астма, беременные, дети.

Аннотация: Авторами представлены данные о новых свойствах витамина D, как гормона, рецепторы к которому находятся во многих тканях и органах, в том числе дыхательной системе и плаценте. Проведено обследование беременных, больных бронхиальной астмой (БА) на выявление дефицита витамина D и его влияние на БА, беременность и на здоровье новорожденных. Установлено, что дефицит витамина D приводит к ухудшению течения БА, увеличению риска осложнений беременности и негативным перинатальным исходам. Полученные данные говорят о необходимости восполнения дефицита витамина D во время беременности.

Дефицит витамина D у беременных и детей раннего возраста увеличивает риск развития (метаболический импринтинг или эпигенетическая регуляция экспрессии генов): задержки формирования структур мозга, врожденной катаракты, диабета I типа, аутоиммунных заболеваний, онкологической патологии разной локализации (толстый кишечник, простата), сердечно-сосудистых заболеваний, атопических заболеваний.

Цель исследования - представляет интерес изучение влияния витамина D на здоровье новорожденных с учетом особенностей течения бронхиальной астмы (БА) в период гестации.

Материалы и методы: Изучено состояние 70 новорожденных по истории новорожденных, истории развития ребенка, рожденных от матерей с БА, различного уровня контроля. Средний возраст беременных составил $26,38 \pm 3,0$ лет.

Уровень 25-(ОН) D в сыворотке крови был проанализирован с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Уровень витамина D ≥ 30 нг/мл расценивался нами как достаточный, в пределах 29-20 нг/мл – недостаточный, ≤ 20 нг/мл – его дефицит.

Результаты и обсуждение. Средний уровень витамина D у 70 беременных с БА был достоверно ниже - $21,35 \pm 3,23$, чем у 30 беременных группы сравнения (без бронхолегочной патологии) - $28,57 \pm 3,75$ нг/мл ($p < 0,01$).

Наличие витамина D и его рецепторов в плаценте, а также способность витамина D модулировать иммунные, воспалительные и сосудистые реакции позволяют обосновать роль дефицита витамина D у беременных в патогенезе осложнений беременности, связанных с эндотелиальной дисфункцией [1,2]. Для этого было определено влияние витамина D на течение беременности у больных БА. У беременных с БА и преэклампсией уровень витамина D составил 17,82 нг/мл, что достоверно ниже, чем у беременных без преэклампсии – 21,64 нг/мл ($p < 0,001$). Отношение шансов развития преэклампсии при дефиците витамина D составило 3,28 (ДИ 0,9; 11,97).

При оценке уровня витамина D и вероятности развития угрозы прерывания беременности в группе беременных с БА и дефицитом витамина D абсолютный риск (АР) составил 0,63 или 63%, а в группе с оптимальным содержанием 0,31 или 31%. Повышение абсолютного риска развития угрозы прерывания беременности равняется 0,32 в группе

беременных с дефицитом 25(OH)D. Относительный риск (ОР) – 2,01 (ДИ 0,97;4,17). ОР выше 2, что означает высокую вероятность развития угрозы в группе с дефицитом витамина D. Отношение шансов (ОШ) 3,72 (ДИ 1,1; 12,95). ДИ не включает 1, значит ОШ статистически значимо.

При изучении состояния плода и новорожденного выявлено, что у беременных с БА с ЗРП уровень витамина D достоверно ниже – 19,3нг/мл, чем без ЗРП – 23,1нг/мл ($p<0,01$). Антропометрические данные у новорожденных от матерей с БА и дефицитом витамина D (масса тела и рост) были достоверно ниже, и составляли, в среднем, $2758\pm 194,12$ г и $48,8\pm 1,03$ см, а без дефицита витамина D - $3256\pm 93,61$ г и $51,8\pm 0,61$ см ($p=0,01$) соответственно.

Оценка по шкале Апгар у новорожденных от матерей с БА и дефицитом витамина D составила $7,2\pm 0,9$, что достоверно ниже, чем в группе с нормальным уровнем витамина D - $8,7\pm 1,5$ ($p<0,05$).

У новорожденных от матерей с БА и дефицитом витамина D отмечались более тяжелые проявления поражения центральной нервной системы, чем при уровне витамина D >20 нг/мл ($p<0,01$), такие как: гипоксически-ишемическая энцефалопатия, синдром гипервозбудимости, кисты головного мозга, гипертензионный синдром.

ВУИ чаще отмечалось у детей чьи матери имели дефицит витамина D во время беременности ($p<0,05$), что говорит о важности восполнения данного показателя во время беременности.

У 5 новорожденных отмечался тяжелый синдром дыхательных расстройств в связи с незрелостью дыхательной системы, что требовало применение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Выводы. Подводя итог вышесказанному, можно с уверенностью сказать о важном значении витамина D в жизнедеятельности как матери, так и плода. Дефицит витамина D можно считать маркером как тяжелого течения БА и ухудшения динамики в гестационном периоде, так и отягощенного течения беременности и родов, приводящего к патологии плода и новорожденного, что требует коррекции его уровня при планировании беременности.

Библиографический список:

1. Лучникова Т.А. Перинатальные исходы у беременных с бронхиальной астмой в зависимости от уровня витамина D // Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2016. – Т.61.№4 –с.282-283
2. Лучникова Т.А., Приходько О.Б., Романцов Е.Б. Особенности состояния плода и здоровья новорожденных, родившихся от матерей с бронхиальной астмой и дефицитом витамина D // Дальневосточный медицинский журнал. -2018. №4.- с.25-27.

ПРОФИЛАКТИКА КОРИ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИКО-САНИТАРНОМ ЗВЕНЕ

Пестерникова А.С., студент 5 курса, педиатрический факультет.

Научный руководитель: Шамраева В.В., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО Амурская ГМА.

e-mail: kaf_pediatrii@amursma.su

Ключевые слова: корь, профилактика, анкетирование, первичное медико-санитарное звено.

Корь – острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнистопапужезной экзантемы с переходом в пигментацию. Корь является крайне заразной тяжелой болезнью. Временная естественная защищенность от кори имеется только у детей первых 3 мес. жизни вследствие наличия у них иммунитета, полученного от матери. В дальнейшем иммунитет снижается, и дети становятся восприимчивы к 6-10 мес. жизни. При отсутствии специфических противокоревых антител у матери ребенок может заболеть даже в период новорожденности [1].

По информации Всемирной организации здравоохранения во многих странах мира, в том числе в странах Европейского региона, в последние 2 года существенно осложнилась эпидситуация по кори, что является следствием недостаточных охватов иммунизацией против кори населения разных стран.

Наибольшее количество случаев кори за последние 12 месяцев отмечено на Мадагаскаре – 151 032, Украине – 78 708, Филиппинах – 49 419, Индии – 36 251, Нигерии – 27 954, Бразилии – 18 927, Казахстане – 10 696, ДРК – 9245, Йемене – 9156, Таиланде – 7738. Регистрируются и летальные случаи: на Фиджи 21 человек погиб от эпидемии кори, число жертв эпидемии кори на Самоа увеличилось до 72.

В странах Европейского региона за 10 мес. 2019г. было зарегистрировано суммарно 101 280 случаев кори (в среднем – 109 на 1 млн населения).

В Российской Федерации в течение последних двух лет (2018-2019гг.) увеличилось число завозов коревой инфекции из неблагополучных стран, что подтверждается данными молекулярно-генетического мониторинга, проводимого Национальным центром по надзору за корью и краснухой (на базе ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора). Только за 10 месяцев 2019г. на территории 38 субъектов Российской Федерации было импортировано 213 случаев кори из 39 стран. В Амурской области за 2019 год был выявлен 1 случай заболевания корью [5]. Вместе с тем, в стране, несмотря на некоторый рост заболеваемости, эпидемиологическая ситуация по кори относительно стабильная, показатель заболеваемости корью в Российской Федерации в десятки раз ниже, чем в странах Европейского региона [3].

Большинство заболевших, как детей, так и взрослых, вовлеченных в эпидемический процесс, были не привиты против кори. Главная причина отсутствия прививок – отказы [2].

Распространению кори на территории Российской Федерации препятствует достаточный уровень популяционного иммунитета у населения к вирусам кори, поддерживаемый в результате системной плановой работы по иммунизации против кори граждан в рамках национального календаря профилактических прививок, а также

широкие противоэпидемические и профилактические мероприятия, проводимые при регистрации первых случаев заболевания [4].

С целью изучения осведомленности родителей о таком заболевании, как корь и для улучшения профилактической работы в первичном медико-санитарном звене в Амурской области, была разработана анкета для родителей детей старше 7 лет, так как к первому классу все дети должны быть вакцинированы (в 1 год) и ревакцинированы против кори (6-7 лет). Анкета включала в себя 13 вопросов, которые позволили сформировать выводы об осведомленности родителей о кори, механизме её передачи, осложнениях, распространенности в Амурской области. Наибольшее число вопросов касалось специфической профилактики этой очень опасной инфекции, например, задавались вопросы об отношении родителей к вакцинации в целом, в том числе своих детей против кори, о мотивации отказа от вакцинации, если такие факты имели место. Завершающим вопросом мы хотели уточнить источники информации, которыми пользуются опрошенные родители при решении вопроса о необходимости вакцинации против кори.

В анкетировании приняли участие 52 респондента. На основании полученных результатов, были сформированы следующие выводы:

Чуть больше половины опрошенных родителей (51,9%) имеют четкое представление о таком заболевании, как корь, 48,1% – не владеют точной информацией о кори;

80,8% респондентов знают о воздушно-капельном механизме передачи вируса, – 15,4% считают, что это трансмиссивный путь, а некоторые называют и пищевой путь передачи (3,8%);

57% родителей понимают, что корь опасна тяжелыми осложнениями, но, к сожалению, почти половина взрослых не настроена так серьезно;

84,6% респондентов положительно относятся к вакцинации;

Причинами отказа от вакцинации некоторые родители (28,8% - 15 человек) называют боязнь осложнений после прививки, 17,3% считают, что нет риска заразиться инфекцией, против которой проводится вакцинация, были озвучены и другие причины отказа – религиозные убеждения, а также 2 человека (3,8%) считают, что лучше, чтобы их ребенок переболел корью в детском возрасте.

В возрасте до 3 лет были привиты 72% детей опрошенных родителей, до 7 лет – 73%;

Поствакцинальный период у тех детей, которые были привиты, протекал гладко в 61,5% случаев, порядка 25% опрошенных родителей отмечали у детей после вакцинации легкое недомогание, повышение температуры и снижение активности.

Только 59,6% опрошенных предполагают, что стабильная ситуация с заболеваемостью корью в Амурской области связана с эффективной иммунизацией.

На вопрос: «Какими источниками информации Вы пользуетесь, когда решаете вопрос о необходимости (или отрицании необходимости) вакцинации против кори» были получены следующие ответы:

27 человек (51,9%) пользуются информацией, полученной от медицинских работников;

22 респондента (42,3%) доверяют больше различным СМИ (телевидение, пресса, интернет, в т.ч. форумы, различные группы);

Трое опрошенных (5,8%) предпочитают опираться на мнение знакомых, друзей родственников (так называемых «опытных очевидцев»).

Таким образом, следует отметить, что родители недостаточно осведомлены о кори по ряду вопросов. Несмотря на небольшое количество участников опроса, на наш взгляд высокий процент людей (16,4% - 8 человек) не считает, что вакцинация имеет

положительное значение для здоровья ребенка. Сохраняются неверные представления, и даже предрассудки о том, какой вред может нанести прививка и о необходимости «вовремя переболеть». Очень плохо, что только половина опрошенных родителей в большей степени опирается на мнение медицинских работников. Стоит улучшить профилактическую работу в первичном медико-санитарном звене с помощью просветительской работы среди населения. Это касается не только такого грозного заболевания, как корь, но и ряда других детских инфекций. Брошюры, буклеты, листовки, организация публичных лекций о плюсах вакцинации и осложнениях, которые могут быть при отказе от прививки поспособствуют просвещению родителей о «детских» инфекциях, в том числе о кори. Важно направить максимальные силы на просветительскую работу о пользе вакцинации и это может способствовать повышению процента вакцинированных детей, а также поднимет социальную ответственность родителей относительно здоровья их детей.

Библиографический список:

1. Заболеваемость корью и краснухой в России за 2019 год (6 месяцев) (по региональным центрам) информационный бюллетень № 31 [электронный ресурс] URL: <http://www.gabrich.ru/files/pdf/inf-6-2019.pdf> [дата обращения 27.03. 2020]
2. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным корью, 2015г.; URL: <http://niidi.ru/dotAsset/eed9b132-1dc0-4adc-8833-092e5e36fa66.pdf> [дата обращения 27.03. 2020]
3. О ситуации с заболеваемостью корью в России и зарубежных странах [электронный ресурс] URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=11283 [дата обращения 27.03. 2020]
4. Глобальный веб сайт Всемирной организации здравоохранения. Корь. URL: <https://www.who.int/immunization/diseases/measles/ru/> [дата обращения 27.03. 2020]
5. Глобальный веб сайт Всемирной организации здравоохранения. Коровые вакцины: документ по позиции ВОЗ-апрель 2017 URL: https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/PP_measles_apr_2017_RU.pdf [дата обращения 27.03. 2020]

**ОЦЕНКА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ГОРОДА
БЛАГОВЕЩЕНСКА И БЛАГОВЕЩЕНСКОГО РАЙОНА В ПЕРИОД ЗА 2017-2019
ГОД НА БАЗЕ ПАЛЛИАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ БГКБ**

Скрипелев А.А., Никитина Д.С., студенты 6 курса, лечебный факультет
Научные руководители: Кострова И.В, к.м.н., доцент, Приходько О.Б., д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
Skripelev96@mail.ru

Ключевые слова: паллиативная помощь, пациент, заболевание, антиангинальная терапия.

Аннотация: Оказание паллиативной помощи регламентируется на федеральном уровне, согласно этим документам на базе «Благовещенской городской клинической больницы» оборудованы 11 паллиативных коек. Ежегодно лечение в отделении проходят около 260 человек с неоперабельными заболеваниями, нуждающиеся в круглосуточном уходе.

Оказание паллиативной помощи в Российской Федерации регламентируется несколькими документами. Базовыми являются статья 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 года № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В статье 36 Закона № 323-ФЗ говорится, что паллиативная помощь – это комплекс медицинских мероприятий, проводимых для избавления пациента от боли и других проявлений заболевания, для улучшения качества жизни неизлечимого больного [1].

Приказом ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» № 35 от 24.01.2012 «Об открытии коек для оказания паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями» в состав отделения паллиативной медицинской помощи введено 11 паллиативных коек.

В рамках целевой программы «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в Амурской области на 2011-2013гг.» выполнен капитальный ремонт отделения, приобретено оборудование, медицинская мебель, материальная база приведена в соответствие с лицензионными и санитарно-эпидемиологическими требованиями.

Плановая госпитализация пациентов для паллиативного лечения осуществляется в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания населению Амурской области бесплатной медицинской помощи. Основные показания для госпитализации на паллиативную койку пациентов со злокачественными новообразованиями в 4 стадии онкопроцесса являются медицинские (выраженный болевой синдром; нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и не поддающейся адекватной терапии в домашних условиях (асцит, кахексия, анорексия, высокая лихорадка и др.).

За 2019 год всего пролечен 261 пациент, средний койко-день 14,7; умерших 128 пациентов, что составляет 49%, в сравнении 47,3% и 43,3% в 2018 и 2017 гг. соответственно, этим объясняется увеличение оборота койки до 23,7. Досуточная летальность составила 4,2%, 7,7%, 6,3% за 2019, 2018, 2017 года соответственно.

Госпитализация больных в 2019 году по экстренным показаниям увеличилась на 29,9% в сравнении с предшествующим годом и составила 79,7%, плановая госпитализация

20,3%.

Соотношение пациентов город:село из года в год остается прежним, жители города составляют ~90%; села - ~10%. По возрасту за последние три года: от 18 – 30 лет – 5 случаев (0,7%); от 31 – 40 лет – 30 случаев (4,1%); 41-60 лет – 204 случая (27,4%); старше 60 лет – 505 случаев (67,8%). Соответственно 70% пролеченных составляют пенсионеры. По гендерному признаку наблюдается рост пролеченных мужчин, так в 2017 году они составляли 42,6%, когда как 2019 году 50,6%, женщины 57,1% и 49,4% в 2017 и 2019 года соответственно.

В структуре заболеваний наиболее часто отмечаются злокачественные новообразования легких (17,2%). Злокачественные новообразования молочной железы составляют 12,3%. На третьем месте злокачественные новообразования желудка 7,7%; Далее следуют злокачественные новообразования поджелудочной железы 6,9%, злокачественные новообразования предстательной железы 5,7%, злокачественные новообразования толстого кишечника 5,4%, злокачественное новообразование матки 5%, злокачественное новообразование почки 5%. Наиболее редкая нозологии – злокачественные новообразования верхнечелюстной пазухи, щитовидной железы, средостения, языка, желчного пузыря и желчных путей, саркома костей.

По исходам пребывания: смерть – 49%, самовольный уход – 0,7%, без динамики – 1,9%, улучшение – 48,2%.

По сравнению с 2018 годом отмечается рост летальности с 47,3% до 49,0%. Досуточная летальность уменьшилась на 3,5%. Процент вскрытий 46,1%. Со всеми родственниками проводились беседы лечащим врачом, заведующей отделением и заместителем главного врача о необходимости патологоанатомического исследования.

В структуре смертности на первое место выходит злокачественное новообразование легких – 19 человек. На втором месте – злокачественное новообразование молочных желез – 14 человек и на третьем коло-ректальный рак – 12 человек.

Все нуждающиеся пациенты в 100% случаев обеспечены круглосуточной подачей увлажненного кислорода. В 98% случаев пациенты нуждались в антиангинальной терапии наркотическими и не наркотическими анальгетиками, из них парентеральным путем – 95%: внутримышечно, трансдермально, внутривенно, в спинномозговой канал. Продолжается использование трансдермальной терапевтической системы Фентанил пластырь «Фендивия», «Дюрогезик матрикс» разных дозировок 25, 50, 75, 100 мкг/ч». [2]

За данный промежуток выполнено: 258 манипуляций, из них: 223 – плевральные пункции, 11 – дренирование плевральной полости, 24 – лапароцентез.

Высокий процент летальности связан с тем, что пациенты поступают для паллиативного лечения в 4 стадии злокачественных новообразований в критическом и тяжёлом состояниях с признаками прогрессирования заболеваний, а наличие сопутствующей патологии, которая усугубляет течение заболевания, нарастающей полиорганной недостаточности; и зачастую у данных пациентов нет медицинских показаний для паллиативного лечения. Но, учитывая тяжесть состояния, пациентов направить на амбулаторное лечение не представляется возможным.

Библиографический список

1. Оригинал статьи: <https://aif.ru/boostbook/palliativnaja-pomoshch.html>
<https://pro-palliativ.ru/librarycat/books/>

2. Паллиативная помощь. © Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. Под редакцией Elizabeth Davies и Irene J. Higginso

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕДКИХ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ

Сун А.А., Усольцева А.С., Фоминский А.А., студенты 6 курса лечебного факультета
Научный руководитель: Войцеховский В.В., зав кафедрой госпитальной терапии с курсом
фармакологии, доктор мед. наук, доцент
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
ceterzam@yandex.com

Ключевые слова: наследственная геморрагическая телеангиэктазия, кровотечения

Аннотация: Приведен краткий обзор литературы, посвященный этиологии, патогенезу, особенностям клинического течения и диагностике наследственной геморрагической телеангиэктазии (Болезни Рендю – Ослера). Продемонстрированы особенности диагностики редких форм данного заболевания с региональной локализацией телеангиэктазий в бронхах и в тонком кишечнике. Приведен разбор клинических случаев.

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (Болезнь Рендю – Ослера, Рендю – Ослера – Вебера) это аутосомно–доминантное заболевание, характеризующееся множественными телеангиэктазиями кожи и слизистых оболочек, а также геморрагическим синдромом разной локализации [1].

Заболевание передается по аутосомно-доминантному типу наследования. Это приводит к расширению просвета микрососудов, неполноценности эндотелия, локальной дилатации посткапиллярной вены, растяжению стенки артериолы, формированию прямого соединения вены [2]. Сосудистая стенка лишена мышечных и эластических волокон, состоит почти из одного эндотелия и окружена рыхлой соединительной тканью [2].

Вены и капилляры, которые образуют телеангиэктазии, резко истончены, посткапиллярные вены расширены и анастомозируют с артериолами через капиллярные сегменты. Артериально-венулярные анастомозы – характерный признак заболевания. Кровотечения при болезни Рендю – Ослера обусловлены хрупкостью мелких кровеносных сосудов. Клинические проявления заболевания в виде кровотечений различной локализации (носовые, желудочно-кишечные, бронхолегочные, маточные, почечные) могут определяться уже в раннем детстве и сохраняются на протяжении всей жизни. Однако кожные проявления болезни становятся видны значительно позже, обычно в возрасте 30 – 40 лет.

В классическом описании Вильям Ослер (1901, 1907) разграничил три вида телеангиэктазий, выявляемых на коже и слизистых оболочках: 1) ранний, в виде небольших неправильной формы мелких сосудистых образований – пятнышек; 2) промежуточный, в виде небольших сосудистых «паучков»; 3) поздний или узловатый тип, имеющий вид ярко – красных круглых или овальных возвышающихся узелков диаметром 3 – 7 мм [3, 4].

Вокруг этих образований часто выявляется сеть расширенных мелких сосудов, особенно в области крыльев носа, губ, щек и век, также вокруг сосков на груди, придающих коже багрово-синюшный оттенок с резко выраженным сосудистым рисунком [3, 4]. У больных старше 25 лет могут отмечаться телеангиэктазии всех трех вышеперечисленных типов. Все они характеризуются тем, что бледнеют при надавливании и наполняются кровью после прекращения давления. У большинства больных телеангиэктазии раньше появляются на губах и их внутренней поверхности. Затем они могут обнаруживаться на любых участках кожи – крыльях носа и его слизистой

оболочке, щеках, над бровями, на внутренней поверхности щек, языка, деснах, волосистой части головы, кончиках пальцев. Телеангиэктазии могут образовываться и кровоточить из всех слизистых оболочек.

Диагностика болезни Рендю – Ослера осуществляется на основании следующих главных признаков: обнаружение телеангиэктазий на коже и слизистых оболочках; семейный характер заболевания; отсутствие патологии системы гемостаза. В случае генерализованного характера телеангиэктазий и расположения их на доступных осмотру участках тела постановка диагноза не требует длительного времени.

Гораздо сложнее для диагностики локальные формы этого заболевания с изолированным поражением бронхов, матки, желудка, кишечника, почек [1, 2]. С целью верификации телеангиэктазий этих локализаций приходится выполнять соответствующие инструментальные и ангиографические исследования. Приводим три случая диагностики редких локальных форм данного заболевания.

Больная У., 52 лет. Дебют заболевания с 15 лет в виде рецидивирующих носовых кровотечений. Несмотря на неоднократные обследования причины кровотечений выявлены не были и проводилось только лечение постгеморрагической анемии. Ухудшение течения заболевания проявлялось в виде присоединившихся кровохаркания и легочного кровотечения объемом до 200 мл в сут. Затруднения в постановке диагноза были обусловлены отсутствием характерных телеангиэктазий на открытых осмотру частях тела. Диагноз был заподозрен клинически при внимательном осмотре слизистой оболочки нижней губы, где были обнаружены множественные телеангиэктазии и впоследствии подтвержден при повторной фибробронхоскопии (ФБС) выполненной опытным бронхологом.

Больной Г., 75 лет. С 70-летнего возраста стали беспокоить кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – черный жидкий стул, тяжелая анемия. Проводилась заместительная терапия – трансфузии эритроцитарной массы. Обследован: гастроскопия и рентгеноскопия желудка – без патологии; ректороманоскопия, колоноскопия – без патологии. При внимательном осмотре на нижней поверхности языка были обнаружены две телеангиэктазии, что дало основание заподозрить болезнь Рендю-Ослера с возможной локализацией телеангиэктазий в тоноком кишечнике. С диагностической целью выполнено исследование тонкого кишечника с помощью эндоскопической видеокапсулы. В подвздошной кишке на участке 1,5 метра множественные кровоточащие телеангиэктазии. Выполнено оперативное вмешательство, данный участок кишки резецирован.

При гистологическом исследовании подтверждены множественные телеангиэктазии, с расширением просвета микрососудов, локальной дилатацией посткапиллярной венулы, растяжением стенки артериолы с формированием прямого соединения с венулами; сосудистая стенка лишена мышечных и эластических волокон, состояла из эндотелия и была окружена рыхлой соединительной тканью.

Больной К., 65 лет. В течение нескольких месяцев клиника ЖКТ: черный жидкий стул, тяжелая анемия. Проводилась заместительная терапия – трансфузии эритроцитарной массы. Обследован: гастроскопия и рентгеноскопия желудка – без патологии; ректороманоскопия, колоноскопия – без патологии. При проведении капсульной эндоскопии на всем протяжении тонкого кишечника обнаружены кровоточащие телеангиэктазии. В связи с поражением всего тонкого кишечника от оперативного лечения решено воздержаться, проводится консервативная терапия.

Заключение. Данные случаи продемонстрированы с целью информации о трудностях диагностики редких, локализованных форм наследственной геморрагической телеангиэктазии. В двух последних случаях особенностью является начало кровоточивости в пожилом возрасте. При наличии у пациента неуточненных носовых, бронхолегочных, желудочно-кишечных или кровотечений любой другой локализации, кровохаркания, мы рекомендуем целенаправленное обследование на врожденные

геморрагические телеангиэктазии, даже при их отсутствии на доступных визуальному осмотру частях тела, для исключения локальных форм заболевания.

Литература

1. Баркаган З.С. Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (Болезнь Рендю – Ослера) // Руководство по гематологии / под ред. А. И. Воробьева, издание третье в 3-х т. М.: Ньюдиамед, 2005. С.114-117.
2. Ливандовский Ю.А., Тупикина Н.В. Болезнь Рандю-Ослера // Справочник поликлинического врача. 2009. №8. С.3-9.
3. Osler W. B. On a family form of recurring epistaxis, associated with multiple telangiectases of the skin and mucous membranes // The Johns Hopkins Hospital Bulletin. 1901. 12. P.333–337.
4. Osler. W. B. On multiple hereditary telangiectases with recurrent haemorrhages // Quarterly Journal of Medicine. Oxford. 1907. P.53-58.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Хоменко А.А. - студентка 6 курса, лечебный факультет
Научный руководитель: асс., к.м.н., Т.А. Лучникова
ФГБОУ ВО "Амурская государственная медицинская академия"

Ключевые слова: Витамин D, бронхиальная астма, маркер

Аннотация: Современная ситуация, связанная с урбанизацией и свойственной ей образу жизни, обуславливают увеличение времени пребывания в помещении, что способствует склонности к дефициту витамина D. По данным, в течение последних лет подчеркивается роль недостаточности витамина D, как потенциально важного патогенетического фактора аллергии и развития астмы. Цель исследования - изучить обеспеченность витамином D больных БА и его влияние на вентиляционную функцию легких.

Среди различных причин, ответственных за увеличение распространенности аллергических заболеваний, в течение последних лет подчеркивается также роль недостаточности витамина D, как потенциально важного патогенетического фактора аллергии. Косвенным доказательством вышеуказанного значения витамина D является установленный факт того, что наиболее высокая заболеваемость аллергией и астмой регистрируется среди городского населения, в крупных городах экономически развитых стран. Различными авторами высказывается предположение, что урбанизация и свойственный ей образ жизни обуславливают увеличение времени пребывания в помещении. Это способствует склонности к дефициту витамина D, что повышает вероятность развития астмы и аллергии.

Открытие «геномных» и «негеномных» эффектов витамина D повлекло массу исследований влияния дефицита витамина D на организм человека. Гормонально-активная форма (кальцитриол) взаимодействует через специальные рецепторы, имеющиеся практически во всех тканях организма, в том числе на клетках иммунной системы: Т- и В-лимфоцитах, макрофагах, легочных альвеолоцитах, на гладкомышечных клетках бронхов, влияя тем самым на возможность модулировать врожденный и адаптивный иммунитет. Витамин D регулирует активность белков-интегринов, участвующих в моторике эндотелиальных клеток, ангиогенезе и в процессах, связанных с формированием регулируемых межклеточных взаимодействий. Витамин D связан с транскрипцией более 200 генов. Все это доказывает, что витамин D имеет более мощное воздействие на физиологию человека, чем считалось ранее.

Цель исследования – изучить обеспеченность витамином D больных БА и его влияние на вентиляционную функцию легких.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 80 больных (средний возраст $36,2 \pm 6,5$) с бронхиальной астмой различной степени тяжести и уровня контроля. Группу сравнения составили 50 людей без бронхолегочной патологии. Уровень контроля БА и степень тяжести оценивались согласно критериям GINA, 2019.

Уровень 25-(ОН) D в сыворотке крови был исследован с помощью иммунохемилюминисцентного метода. Уровень витамина D ≥ 30 нг/мл расценивался нами как достаточный, в пределах 29-20 нг/мл – недостаточный, ≤ 20 нг/мл – его дефицит.

Результаты и обсуждение. Средний уровень витамина D у 80 больных БА был достоверно ниже - $18,83 \pm 3,73$, чем у 50 обследуемых группы сравнения (без бронхолегочной патологии) - $27,47 \pm 3,65$ нг/мл ($p=0,000019$). При этом уровень витамина D у больных БА с поздним дебютом заболевания достоверно ниже и составил $15,07 \pm 6,79$

нг/мл, чем при длительности БА более 10 лет – $24,18 \pm 6,57$ нг/мл ($p=0,03$). Следовательно, низкий уровень 25-(ОН) D может являться одним из факторов риска развития БА. Уровень витамина D достоверно был намного ниже в группе больных с БА тяжелого неконтролируемого течения, чем в остальных группах. При этом минимальное содержание витамина D у больных с тяжелой БА составило 5,088 нг/мл, что является выраженным дефицитом 25(ОН)D и требует коррекции.

Дефицит витамина D является маркером ухудшения течения БА во время беременности ($r=-0,54$, $p=0,0002$), а также ведет к большему количеству и тяжелее протекающих обострений ($r=-0,42$, $p=0,0003$).

Определены корреляционные связи между показателями фентиляционной функцией легких и концентрацией витамина D: витамин D/ОФВ₁ ($r=0,34$; $p=0,01$); витамин D/МОС₅₀ ($r=0,33$; $p=0,01$); витамин D/МОС₇₅ ($r=0,39$; $p=0,004$); витамин D/ПСВср. ($r=0,63$; $p<0,0001$). Выявленные связи подтверждают результаты исследований о влиянии дефицита витамина D на течение БА и доказывают наличие рецепторов к данному витамину в бронхолегочной системе.

Подводя итог вышесказанному, можно с уверенностью сказать о важном значении витамина D в жизнедеятельности организма, заслуживающий особого внимания и нуждающийся в дальнейшем, более детальном изучении при заболеваниях бронхолегочной системы.

Дефицит витамина D можно считать маркером как тяжелого течения БА, так и фактором увеличивающим частоту и тяжесть обострений.

Биографический список:

1. Лучникова, Т.А. Особенности функции внешнего дыхания у беременных больных бронхиальной астмой с позиции уровня контроля заболевания /Т.А. Лучникова, О.Б. Приходько//Аллергология и иммунология. -2016.-Т.17.-№1.С.34.
2. Лучникова, Т. А. Влияние генетических маркеров эндотелиальной дисфункции на течение бронхиальной астмы во время беременности// Российский аллергологический журнал. – 2017. -№1. –С.78-80.
3. Лучникова Т.А., Приходько О.Б., Романцова Е.Б. Особенности состояния плода и здоровья новорожденных, родившихся от матерей с бронхиальной астмой и дефицитом витамина D// Дальневосточный медицинский журнал. -2018.- № 4.- С. 25-27.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЕЕ МЕТАБОЛИЗМА У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Щегорцова Ю.Ю., аспирант 3 года обучения, кафедра факультетской и поликлинической терапии

Научный руководитель: Павленко В. И. д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
shchegortsova92@mail.ru

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, минеральная плотность кости, кальций-фосфорный обмен, С-концевой телопептид

Аннотация: В статье представлены результаты собственных исследований по оценке минеральной плотности кости, С-концевого телопептида коллагена I типа (СТХ) и фосфорно-кальциевого обмена у 100 мужчин с хронической обструктивной болезнью легких. Остеопенический синдром различной степени выраженности и повышение выше порогового уровня содержания СТХ выявлено у 66 (66%) больных. У 28% обнаружено снижение ниже нормы общего кальция (Ca). Выявлена обратная зависимость Т-критерия L1-L4 с СТХ и произведением Сах фосфор на уровне тенденции.

Остеопороз (ОП) представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, так как частота его постоянно возрастает [1,2]. Развитие ОП – результат нарушения баланса между процессами костеобразования и костной резорбции. Нарушение кальций-фосфорного обмена при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) объясняется, прежде всего, особенностями патофизиологических изменений заболевания, а именно дисбалансом между активностью стрессирующих факторов и состоянием стресслимитирующих систем, приводящим к истощению резерва компенсаторно-приспособительных механизмов, и как следствие, к нарушению кальцийрегуляторных систем [3]. Предотвратить снижение содержания кальция (Ca) во внеклеточной жидкости в условиях хронического отрицательного кальциевого баланса вследствие нарушения адаптационных процессов способна только усиленная резорбция кости, под действием остеокластов. Это приводит к распаду коллагена I типа с образованием С-концевого телопептида (СТХ) и прогрессированию остеопении [4].

Цель работы: оценить показатели кальций – фосфорного обмена, СТХ, плотности костной ткани у мужчин с ХОБЛ GOLD II-III.

Материал исследования: Проведено открытое сравнительное исследование 100 курящих мужчин больных ХОБЛ GOLD II-III в возрасте от 50 до 65 лет, находившихся на лечении в специализированном пульмонологическом отделении ГАУЗ АО ГКБ и ДНЦ ФПД. Средняя длительность заболевания составила $15,9 \pm 4,5$ лет, индекс курящего человека (ИКЧ) - $25,9 \pm 3,4$ пачка/лет, индекс массы тела - $25,8 \pm 5,6$ кг/м², частота обострений ХОБЛ за предыдущий год – $2,05 \pm 0,9$. Группу контроля составили 30 практически здоровых курящих добровольцев, обследованных с целью установления контрольных показателей. По возрасту, ИМТ, ИКЧ группы были равноценны.

Из обследования были исключены лица, получающие глюкокортикоиды, антирезорбтивную терапию и имеющие другие заболевания, которые могли оказать влияние на костный метаболизм.

МПК определяли методом двойной рентгеновской абсорбциометрии в области поясничного отдела позвоночника и шейке бедренной кости на денситометре «LUNAR 8743» фирмы GE Medical Systems Lunar (США) [1]. Сканировали поясничный отдел позвоночника (L1- L4) и шейку бедренной кости (ШБК). Результаты костной плотности

оценивались в величинах стандартного отклонения от пика костной массы (ВОЗ, 1994г.). Также оценивался показатель BMD (г/см²) в L1-L4 и ШБК.

Содержание СТХ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа тест-системы Serum CrossLaps фирмы «БиоХимМак» (Россия). Состояние кальций-фосфорного обмена оценивали по уровню концентрации общего кальция (Ca), неорганического фосфора (P) в сыворотке крови, произведению Ca×P. Статистический анализ осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты: Показатели остеоденситометрии, концентрация СТХ, Ca и P в группах представлены в таблице 1. Средние значения T-критерия в основной группе укладывались в категорию выраженной остеопении (ОПН), составляя -1,86±0,14 SD. ОПН была диагностирована у 30 (30%) пациентов, ОП – у 36 (36%) больных. Уровень общего Ca составил, в среднем, 2,04±0,02 ммоль/л, что достоверно отличалось от группы контроля (p<0,001), и было ниже нормативных значений. У 28 (28%) человек имело место гипокальциемия (в среднем 1,52±0,03ммоль/л). При этом у 17 (60,7%) больных гипокальциемия ассоциировалась с ОПН, у 11(39,3%) с ОП. Уровень P в основной группе был достоверно выше, чем в группе контроля на 69%, но превышал референсные значения. Содержание маркера резорбции костной ткани СТХ в основной группе было выше в 4,5 раза аналогичного показателя в группе контроля (p=0,000). У 66 (66%) больных СТХ был выше порогового значения. Следует отметить, что выраженность нарушений увеличивалось по мере усугубления стадии и частоты обострения заболевания.

В основной группе больных выявлена обратная зависимость T-критерия L1-L4 с СТХ (Rs= -0,57; p<0,001) и произведением Ca×P на уровне тенденции (Rs= -0,19; p=0,08).

Таблица. Остеоденситометрические показатели С-концевой телопептид и кальций-фосфорный обмен в обследованных группах (Me[Q1;Q3])

Показатели	Группа контроля (n=30)	Основная группа (n=100)	P
BMD L1-L4, г/см ²	1,25[1,17;1,41]	0,82[0,66;0,98]	0.000
T-критерий L1-L4, SD	0,88[-0,14;0,9]	-2,54[-3,4;-1,68]	0.000
BMD ШБК, г/см ²	0,95[0,79;1,13]	0,76[0,7;0,82]	0.04
T-критерий ШБК, SD	0,91[0,61;1,2]	- 1,78[-2,08;-1,49]	0.000
Ca, ммоль/л	2,37[2,21;2,53]	2,04[2; 2,08]	0.000
P, ммоль/л	0,32[0,24;0,4]	1,03[0,93;1,13]	0.000
СТХ, нг/мл	0,16[0,16;0,24]	0,72[0,551;0,891]	0.000

Заключение: У мужчин с ХОБЛ GOLDII-III снижение костной плотности в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и ШБК встречается довольно часто (практически у каждого второго), преимущественно страдает область поясничного отдела позвоночника. Преклинический ОП (ОПН) встречается у 30% больных, а клинически выраженный – у 36%. Вероятность снижения МПК сопряжена с усилением резорбции костной ткани и нарушением минерального обмена. Включение методов диагностики нарушений МПК в комплексное обследование мужчин с ХОБЛ позволит провести более раннюю диагностику ОП у таких больных и наметить пути его своевременной профилактики и эффективного лечения.

1. Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И., Нарышкина С.В. Состояние костной ткани и факторы риска остеопороза у мужчин, больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2019. - №74. - С.45-52.
2. Agusti A.G. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease // Novartis Found Symp.- 2001. - Vol.234. - P.242-249.
3. Biskobing D.M. COPD and osteoporosis //Chest. - 2002. - Vol.121. - №2. - P.609-620.