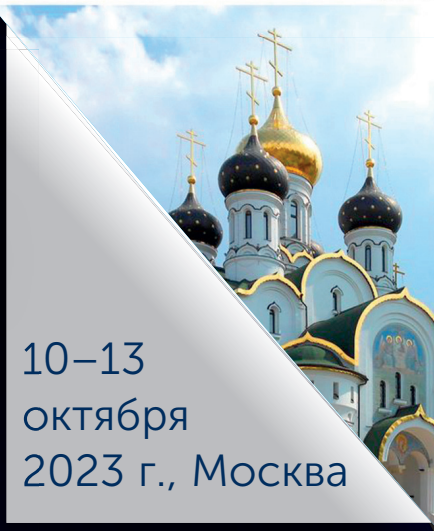
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения города Москвы
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России
«НМИЦ Пульмонологии»
Сеченовскиий университет
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
АО «Русатом РДС» / Госкорпорация «Росатом»



10–13
октября
2023 г., Москва

XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ISBN 978-5-901450-22-2

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

2023

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения города Москвы
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России
«НМИЦ Пульмонологии» Сеченовскиий университет
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
АО «Русатом РДС»/Госкорпорация «Росатом»

XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

г. Москва, 2023

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

С23

С23 **Сборник трудов конгресса.** XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания; Под. ред. акад. А.Г. Чучалина – М. : ДизайнПресс, 2023. – 144 с.

ISBN 978-5-901450-22-2

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания
10 – 13 октября 2023 года
СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА
ООО «ДизайнПресс», 113054, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, стр. 3
Подписано в печать 29.09.2023. Тир. 100 экз.
ISBN 978-5-901450-22-2

ОГЛАВЛЕНИЕ

5 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

13 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

25 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

33 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

34 ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

35 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

37 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

38 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

41 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

48 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

50 МИКРОБИОЛОГИЯ

51 МУКОВИСЦИДОЗ

52 НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

54 НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

58 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

60 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

62 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

64 ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

67 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

68 ПНЕВМОНИЯ

77 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

78 РАЗНОЕ

85 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

90 РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

93 САРКОИДОЗ

96 ТАБАКОКУРЕНИЕ

100 ТУБЕРКУЛЕЗ

105 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

108 ХОБЛ

119 ЭНДОСКОПИЯ

122 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1. ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

1 – БУЗОО «Больница скорой медицинской помощи № 2», Россия, Омск, улица Лизы Чайкиной. 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава Россия, Омск, улица Ленина, 12

Дубровская И.И. – 1, Стрельцова В.В. – 2, Антипова Е.П. – 2, Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2, Моисеева М.В. – 2

Цель: выделить группу риска тяжелого течения COVID-19 у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), госпитализированных в стационар по неотложной помощи.

Материалы и методы: в ретроспективное исследование на базе БУЗОО «Больница скорой медицинской помощи № 2» города Омска, включено 98 пациентов с ХСН и COVID-19, мужчин 36 (36,7%), женщин 62 (63,3%) ($\chi 2=5,27$; $p=0,022$), медиана возраста (Me 25;75) 66,0 лет. Выделены причины развития, стадии и функциональные классы ХСН среди обследованных пациентов. Результаты У 85,7% (84 человек) обследованных, причиной развития ХСН послужила артериальная гипертензия (АГ), из них 4 человека (4,8%) – со стадией I, 19 (22,6%) – со стадией II и 61 пациент (72,6%) – со стадией III. На втором месте среди причин ХСН – ишемическая болезнь сердца – 12 пациентов (12,2%), у 2 пациентов – ХОБЛ крайне тяжелой степени (2,0%). Кроме того, 49% обследованных пациентов диагностировано ожирение, у 30% – избыточная масса тела. Среди госпитализированных пациентов I стадию ХСН имели 27 пациентов (27,6%), II А – 68 человек (69,4%), II Б – 3 пациента (3,1%). ХСН I функционального класса (ФК) – 23 (23,5%), ФК II 73 (74,5%), ФК III – 2 пациента (2,0 %).

Выводы: группу риска тяжелого течения COVID-19, требующего госпитализации составляли пациенты с ХСН, развившейся на фоне АГ, старше 60 лет (возраст 66,0 лет (59;72)), с ХСН II А и ФК II. Наличие коморбидной сердечно-сосудистой патологии при госпитализации пациента с COVID-19 требует комплексного подхода к лечению, как основного (COVID-19), так и сопутствующих заболеваний (АГ и ХСН), с учётом индивидуальных особенностей для предупреждения декомпенсации состояния, снижения риска смерти от всех причин и последующей успешной их реабилитации.

2.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ СИСТЕМЫ ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО СИНДРОМА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА

1– Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени ак. Черноруцкого с клиникой, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России); 2 – Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; 3 – Отделение функциональной диагностики №2 Научно-клинического исследовательского центра ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Кулагин Е. А. – 1,2, Янбухтина В.Р. – 2, Смирнова А.Г. – 2, Рабик Ю.Д. – 3, Моисеев И.С. – 2, Трофимов В.И. –1

Синдром облитерирующего бронхиолита (СОБ) – иммунное бронхолегочное осложнение в структуре реакции «трансплантат против хозяина» у пациентов с заболеваниями системы крови, получающих аллогенную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК). Смертность у больных с СОБ >50%. На данный момент нет единых стандартов лечения СОБ после алло-ТГСК. Новым направлением в лечении СОБ является применение ингибиторов янус-киназ (Руксолитиниб (Ruxo)), подавляющих активность Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов.

Цель: оценка эффективности ингибиторов системы янус-киназ (руксолитиниб (Ruxo)) в лечении синдрома облитерирующего бронхиолита (СОБ) после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК).

Материалы и методы: включено 52 взрослых пациентов с СОБ, получавших алло-ТГСК (2008-2021 гг.). Медиана возраста 33 года (18-58). СОБ диагностирован соответственно критериям Национальных Институтов Здоровья США (NIH, 2014). Оценка эффективности Ruxo проведена у 20 (38%) пациентов. Контрольная группа – 32 (62%) пациентов. Медиана ОФВ1 на момент диагноза 42% (20-71) и 41,5% (22-74) в группах Ruxo и контроля соответственно. Оценка лечения проводилась по шкале NIH, 2014: полный ответ – нормализация ОФВ1; частичный ответ – прирост ОФВ1 > 10%; прогрессия – снижение ОФВ1 > 10%; стабилизация – изменение ОФВ1 на < 10%. Различия между группами больных оценивались с помощью критерия Манна-Уитни; анализ динамики ОФВ1- с помощью критерия Фридмана. Результаты. Медиана наблюдения-2,5 лет (0,4-9). В группе Ruxo у 5 (26%) пациентов частичный ответ; стабилизация и прогрессия – у 7 (37%) и 7 (37%) пациентов соответственно. В группе контроля частичный ответ, стабилизация и прогрессия у 3 (12%), 17 (65%) и и 6 (23%) пациентов соответственно (p=0,253). Медиана дельты ОФВ1-2,5% (-40%–+23%) и -2% (-47%–+15%) в группах Ruxo и контроля соответственно (p=0,955). В группе Ruxo пациенты получали терапию системными ГКС с меньшей частотой (35%), чем в контрольной группе (63%) (p=0,049).

Результаты: Медиана наблюдения-2,5 лет (0,4-9). В группе Ruxo у 5 (26%) пациентов частичный ответ; стабилизация и прогрессия – у 7 (37%) и 7 (37%) пациентов соответственно. В группе контроля частичный ответ, стабилизация и прогрессия у 3 (12%), 17 (65%) и и 6 (23%) пациентов соответственно (p=0,253). Медиана дельты ОФВ1-2,5% (-40%–+23%) и -2% (-47%–+15%) в группах Ruxo и контроля соответственно (p=0,955).

Выводы: Ruxo позволяет достичь преимущественно стабилизации течения СОБ после алло-ТГСК. Динамика ОФВ1 на фоне Ruxo и других вариантов иммуносупрессивной терапии не значимо не отличалась. Использование Ruxo позволяет избегать назначения системных ГКС и потенциально снизить развитие их побочных эффектов.

3.
ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ООО «МЕДСИ-Волгоград», ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Св. Луки Минздрава России

Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О.

Цель: оценить терапевтическую эффективность лерканидипина — селективного блокатора медленных кальциевых каналов при лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 40 пациентов бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертензией, из них 25 женщин и 15 мужчин в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст составил (47,8±2,3) года. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести течения БА. Первую группу составили 5 пациентов (12,5%) БА легкой степени контролируемого и частично контролируемого течения в сочетании с АГ 1-2 степени. Вторую группу составили 20 больных (50%) БА средней степени тяжести частично контролируемой и неконтролируемой в сочетании с АГ 1-2 степени. Третью группу составили 15 человек (37,5%) тяжелой неконтролируемой БА в сочетании с АГ 1 – 2 степени. Проводилось ежедневное клиническое наблюдение, однократные лабораторные исследования (развернутый общий анализ крови, общий анализ мочи, электролитный состав, глюкоза крови, печеночные и почечные пробы, липидный спектр), исследование функции внешнего дыхания, ежедневное троекратное измерение АД. В результате проведенного исследования было выявлено, что назначение лерканидипина было эффективно у 80% больных, не оказывая влияния на бронхиальную проводимость.

Вывод: Лекарнидипин (леркамен) – селективный блокатор медленных кальциевых каналов, ввиду хорошей переносимости, эффективности, может быть препаратом выбора при лечении артериальной гипертензии 1-2 степени у больных бронхиальной астмой.

4.
СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ И УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ В КОВИД-ГОСПИТАЛЕ

Приволжский исследовательский медицинский университет

Смирнова М.С., Медведев К.А.

Цель: Проанализировать структуру госпитализированных и умерших пациентов в ковид-госпитале с учетом возраста.

Материалы и методы: Проведена оценка внутрибольничной летальности в ковид госпитале, развернутом на базе ГБУЗ Нижегородской области “Борская центральная районная больница”. С января по декабрь 2021 г. по данным реестров пролечено 9384 пациента, из них умерло 984. Результаты. Количество пролеченных пациентов колебалось по месяцам от 408 и 509 в мае и апреле, соответственно, до 1020 в июне, 1070 в июле и составило максимум в октябре (1447). Летальность за

год равнялась 10,49% и была ниже в первые 3 месяца 2021 года: январь, февраль, март – 5,48%, 6.36%, 6.25%, соответственно; с мая повысилась до 11,52% и достигла своего пика в ноябре и декабре 2021 г. (14,73 и 15,44%). В структуре выписанных преобладали лица старше 60 лет (5868 человек, 62,53%). Летальность среди них (14,38%, умерло 844) была значимо выше, чем у более молодых пациентов (3,98%, из 3516 больных умерло 140). В структуре умерших преобладали лица 61-70 лет (31,4%), 71-80 лет (25,4%) и 81-90 лет (25,61%). В этих группах показатель смертности достоверно увеличивался с возрастом – из 3236 пролеченных пациентов 61-70 лет умерло 309 (летальность 9,55%), из 1627 лиц 71-80 лет скончались 309 (летальность 15,37%), из 917 больных 81-90 лет умерло 252 (летальность 27,48%), и максимальных значений показатель (37,50%) достигал в возрасте старше 90 лет (среди 88 пролеченных было 33 неблагоприятных исхода).

Заключение: Летальность в ковид госпитале в 2021 г. составляла 10,49% и зависела от возраста. Уровень смертности пациентов старше 60 лет был значительно выше. Дальнейшее увеличение возраста ассоциировалось с ростом внутрибольничной летальности.

5.
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Позднякова О.Ю., Дышекова Н.В.

Цель работы: изучить морфологическое состояние слизистой оболочки (СО) желудка у больных хроническим гастритом (ХГ) в сочетании с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: проведено клинико-эндоскопическое исследование гастродуоденальной зоны с морфологическим анализом биоптатов СО желудка у 59 пациентов. 1 группу составили больные ХГ в сочетании с БА (n=29); 2 группу – больные с БА без ХГ (n=17); 3 группу – больные с ХГ изолированного течения (n=13).

Результаты: гистологическое исследование у 18 (62,6%) больных ХГ в сочетании с БА выявило контаминацию Helicobacter pylori (H.pylori) СО желудка, в группе пациентов с ХГ (38,5%), в то время как у больных БА контаминация H.pylori отсутствовала (p1-2=0,001). H.pylori инфицирование СО желудка у больных с сочетанной патологией сопровождалось частым развитием активного гастрита у 68,9% пациентов. Изучение патоморфологической картины СО желудка показало, что у больных ХГ в сочетании с БА на фоне процессов дисрегенераторной гиперплазии, желудочной метаплазии выявлена высокая контаминация СО желудка H.pylori. Активный гастрит выявлялся достоверно чаще в основной группе (p1-2=0,05). Дисплазия была характерна только в группе пациентов с ХГ (30,8%). Изучение клеточного состава воспалительного инфильтрата СО желудка показало увеличение суммарной клеточности воспалительного инфильтрата у пациентов с сочетанной патологией. Взаимосвязь подверждается корреляционной зависимостью суммарной клеточности с лимфоцитами (r=±0,82, p=0,002) и плазмоцитами (r=±0,80, p=0,006).

Выводы: у больных ХГ в сочетании с БА выявлена высокая контаминация СО желудка H.pylori на фоне процессов дисрегенераторной гиперплазии, желудочной метаплазии, а также перераспределение соотношения эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов в сторону увеличения эозинофилов.

6.
ХОБЛ, COVID-19 И РЕЛАКСАЦИЯ ДИАФРАГМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

Барламов П.Н. – 1

Цели исследования: На примере истории болезни пациента с ХОБЛ показать ухудшение течения данного заболевания на фоне релаксации диафрагмы, последовавшей после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы: Пациент К., 48 лет, курильщик 40 лет, воздержание 5 лет. С характерными для ХОБЛ симптомами (кашель, одышка, свистящее дыхание). Перенес подтвержденный COVID-19 в октябре 2021. После чего усилилась и постепенно нарастала одышка. Данные спирографии от 17.09.2021: ОФВ1=81%, а ФЖЕЛ=94% к должным величинам; ОФВ1/ФЖЕЛ=68%, что соответствовало легкому течению ХОБЛ. Данные спирографии от 23.04.2023: ОФВ1=58%, а ФЖЕЛ=72% к должным величинам; ОФВ1/ФЖЕЛ=68%. При обзорной рентгенографии органов грудной клетки от 23.04.2023 обнаружены уплотнения стенок бронхов, диффузный пневмосклероз, релаксация правого купола диафрагмы. На предшествующих флюорограммах, сделанных до перенесенного COVID-19 релаксация диафрагмы отсутствовала.

Результаты: По данным проведенной в динамике спирометрии было обнаружено значительное нарастание обструктивных и рестриктивных нарушений. На основании проведенного анализа жалоб, анамнеза, физикального статуса, лабораторных и инструментальных исследований в сопоставлении с мировыми литературными данными демонстрируемому пациенту был поставлен диагноз ХОБЛ, средней тяжести, с редкими обострениями в фазе неполной ремиссии. Релаксация правого купола диафрагмы, дыхательная недостаточность по смешанному типу.

Выводы: 1. Ухудшение дыхательной недостаточности у демострируемого пациента было связано с появлением релаксации правого купола диафрагмы, возможно, связанной с перенесенным COVID-19.

7.
ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

1 – Белорусский государственный медицинский университет; 2 – ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева; 3 – 6-я городская клиническая больница г. Минска

Каленчиц Т.И. – 1, Кабак С. Л. – 1, Диденко Н.С. – 2, Лосевич О. В. – 3, Глазкина М.А. – 3

Цель: установить факторы риска внутрибольничной летальности у пациентов с COVID-19 инфекцией.

Материал и методы: в исследование включены 1542 пациента, инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2 (диагноз подтвержден экспресс тестом на антиген коронавируса или ПЦР секрета верхних дыхательных путей), находившиеся в период с 01.01.2022 по 28.02.2022 г. на стационарном лечении в терапевтических отделениях городской клинической больницы г. Минска. Средний возраст пациентов, из которых 58,6% составили женщины, был равен 67,2±14,3 лет, в том числе доля лиц ≥65 лет составила 62,5%, 40-64 лет – 32,1% и 18-39 лет – 5,4%; 403 человека (25,3%) были ранее привиты вакцинами «Спутник V» или «Vero Cell». Результаты: внутри-

больничная летальность составила 7,5%. Она была выше среди непривитых (9,5%), чем у привитых (1,7%). Средний возраст умерших пациентов – 80,1 лет. Доля возрастной группы 65 лет и старше составили 93,3%. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов с летальным исходом колебалась в диапазоне от 1-го до 58-ми дней. Все они имели при поступлении среднетяжелое и тяжелое течение COVID-19 инфекции, рентгенологическую картину умеренной (КТ1) или среднетяжелой (КТ2) пневмонии (45,8%), 100% нуждались в кислородной поддержке, а 65 человек (54,2 %) были подключены к аппарату искусственной вентиляции легких. Все пациенты с летальным исходом имели более 2-х сопутствующих заболеваний, включая сахарный диабет, гипертоническую болезнь, ожирение и онкологические заболевания.

Заключение: полученные результаты свидетельствует о том, что факторами риска смертности пациентов, инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2, являлись возраст (≥ 65 лет), отсутствие вакцинации, наличие двух и более сопутствующих заболеваний, тяжелое течение заболевания и потребность в кислородной поддержке.

8.
МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В ПОЗДНЕМ ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Сулима М.В., Решетникова Л.К.

Введение: перенесенный Covid-19 на фоне лечения антибиотиками приводит к стойким изменениям микробиоты.

Цель: учитывая, что после перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКИ) нередко сохраняются диарейный и болевой симптомы, целью нашей работы было изучить особенности кишечной микробиоты у больных, перенесших пневмонию на фоне лечения антибиотиками в позднем постковидном периоде (>3 мес.)

Материалы и методы: анализ 27 результатов исследования кала на микробиоту методом ПЦР-диагностики «Колонофлор» в режиме реального времени. Больные были разделены на две группы: 1я группа (n=20) – лица, в постковидном периоде перенесших пневмонию (КТ-2), 2я группа (n=7) – перенесшие пневмонию (КТ-3). Результаты: при исследовании кала у больных, перенесших пневмонию (КТ-2), из 20 у 10 (50%) выявлено нарушение микробиоты, обусловленное количественными и качественными изменениями (бифидобактерии 104 КОЕ/г, лактобактерии 105 КОЕ/г, грибы рода Candida 103-104). У 7 больных (70%) отмечен рост гемолизирующей кишечной палочки до 104 КОЕ/г, у 3 пациентов (30%) изменения микробиоты не выявлены. У 7 пациентов (КТ-3) в 100% случаев отмечено снижение лактобактерий до 103 КОЕ/г и появление грибов рода Candida 106 КОЕ/г. Все эти изменения иллюстрировали прогрессирующую диарею в позднем постковидном периоде.

Вывод: практически в 90% случаев у больных, перенесших пневмонию при активной антибиотикотерапии, изменения микробиоты в позднем постковидном периоде требуют назначения невсасывающегося антибиотика (рифаксимин) в оптимальной дозировке, пробиотиков, полиеновых противогрибковых препаратов, метабиотиков, что способствует нормализации микробиоты, купированию диареи и улучшению качества жизни.

9.
НЕДИАГНОСТИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ И ГАЗООБМЕНА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Даниленко С.О., Поротникова С.С., Самойлова Е.А., Жеравин А.А., Красильников С.Э.

Цель: Оценить распространенность нарушений легочной вентиляции и газообмена у пациенток с раком молочной железы (РМЖ), поступивших для проведения курса лучевой терапии (ЛТ).

Материал и методы: В исследование включены 230 женщин в возрасте от 27 до 84 лет с РМЖ, поступившие для прохождения курса ЛТ. До начала ЛТ проведена оценка легочной вентиляции и газообмена методами бодиплетизмографии и оценки диффузионной способности легких.

Результаты: До включения в исследование 7 (3 %) пациенток с РМЖ имели документальное подтверждение сопутствующего заболевания респираторной системы. Преобладали хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма. По данным легочных функциональных тестов нарушения легочной вентиляции и газообмена различной степени выраженности были зарегистрированы в 15 % случаев. Среди них обструктивный паттерн дыхания отмечен у 7 % пациентов, рестриктивный паттерн дыхания – у 3 % пациентов, смешанный тип нарушений – у 5 %. У большинства пациенток с РМЖ (79% случаев среди выявленных нарушений функции внешнего дыхания) нарушения легочной вентиляции были выявлены впервые. Снижение диффузионной способности легких менее 70% от должного зарегистрировано у 57 пациенток с РМЖ (25 % случаев). В 5 случаях (2 %) уровень диффузионной способности легких был критически снижен (менее 50% от должного).

Заключение: Нарушения легочной вентиляции и газообмена зарегистрированы у 15 % пациенток с РМЖ, из них у 79 % данные нарушения были выявлены впервые. Высокая распространённость нарушений легочной вентиляции и газообмена свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за состоянием функции внешнего дыхания при прохождении пациентами с РМЖ курса ЛТ, а также дальнейшего изучения проблемы легочного повреждения, вызванного радиационным излучением.

10.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника№1 Главного Медицинского Управления при Администрации Президента Республики Узбекистан

Курбанова Г.А.

SARS-CoV-2 остается актуальной проблемой в клинике внутренних болезней. В настоящее время очевиден мультисистемный характер поражения, однако нет единого мнения о патофизиологических механизмах отдаленных постковидных нарушений и таргетной медикаментозной терапии.

Цель исследования: выявить фенотипы кардио-респираторных проявлений у больных с постковидным синдромом.

Материал и методы исследования: Были обследованы 118 больных с постковидным синдромом с кардио-респираторными проявлениями в возрасте от 18 до 71 года. Распределение больных показало преобладание больных молодого и зрелого возраста, без особенностей разделения по половому признаку. Изучение анамнеза выявило, что среди больных, перенесших Covid-19, превалировали пациенты с легкой степенью тяжести – 51,7%, менее всего – больные с тяжелым течением Covid-19 – 11,0%. Больным с целью определения нозологического фенотипа постковидного синдрома проведены общеклинические исследования, спирометрия, ЭКГ, ЭхоКГ, тест с 6 минутной шаговой пробой (6МШП), определение уровня насыщения гемоглобина кислородом в капиллярной крови (SpO2) в покое и после нагрузки, оценка одышки по шкале Борга, тест Руфье.

Результаты: все пациенты предъявляли жалобы на слабость, утомляемость, одышку при физической нагрузке – 77,9%, перебои в работе сердца – 50%, сухой кашель – 54,2%. На ЭКГ выявляли различные нарушения ритма: синусовая тахикардия (72,8%), экстрасистолии (18,6%), синусовая брадикардия(3,4%). На ЭхоКГ выявлен перикардит – 43,2%, снижение ФВ<50% – 4,2%. По данным спирометрии – обструктивный тип нарушений (51,7%).

Выводы: Выявлены основные кардио-респираторные фенотипы постковидного синдрома. При этом наиболее частыми кардиальными фенотипами явились тахикардия и перикардит, а респираторного фенотипа – бронхит с бронхообструктивным синдромом.

11.
20 СЛУЧАЕВ ПЛАСТИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Овсянников Д.Ю., Колганова Н.И.

Цель исследования: описать заболевания, ассоциированные с пластическим бронхитом (ПБ), его клинические проявления, методы диагностики, терапии, а также исходы у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: В период с 2002 по 2022 г. мы наблюдали 20 пациентов с ПБ в возрасте от 10 мес до 11 лет (медиана возраста составила 4,5 [2,9; 7,5] года). Пациентам проводились рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки, бронхоскопия, цитологическое исследование слепков, определение уровней специфических иммуноглобулинов Е, а также спирометрия.

Результаты: Самым частым ассоциированным с ПБ заболеванием была бронхиальная астма. Течение ПБ было подострым: отмечался кашель со слепками бронхов, дыхательная недостаточность, развитие ателектазов; многим пациентам проводились неоднократные бронхоскопии с положительным эффектом; летальных исходов не отмечено.

Выводы: При развитии кашля, ателектазов, дыхательной недостаточности, откашливании слепков бронхов, наличии ассоциированных с ПБ заболеваний необходимо включать данное заболевание в диагностический поиск.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

12.
Т2-ЭНДОТИП ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ России

Цындымеева Д.А.

Цель исследования: изучить особенности и фенотипическую структуру тяжелой бронхиальной астмы (ТБА). Материалы и методы: Ретроспективный анализ амбулаторных карт 152 пациентов с ТБА, находящихся на лечении в ОГАУЗ ГКБ N10 в г. Иркутск в 2019-2023 гг.

Результаты: Т2-эозинофильное воспаление(эозинофилы крови>300кл/мкл и/или зозинофилия мокроты >3%)≥2 раз за последние 12 месяцев было обнаружено у 89(58,6%) пациентов: средний возраст 61±12(M±SD) лет, соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Т2-эозинофильное воспаление характерно для аллергической БА(51,3%), аспириновой БА(18,2%), БА физического усилия(17,3%), но у 13,2% оказалась неуточненная форма. Среди пациентов с Т2-эндотипом отмечен поздний дебют заболевания у 31,6% пациентов в возрасте 50±9 лет. При сравнении групп пациентов с Т2 и не Т2 типами воспаления, среди больных Т2-эндотипом больше больных с аллергическим фенотипом(40,5% против 34,3%,p=0,003, хи-квадрат=8,92), реже встречалась неаллергическая этиология (31% против 40,4%, p=0,014,хи-квадрат=6,01), БА с поздним дебютом (p=0,019,хи-квадрат=5,54) и БА с ожирением (p=0,009,хи-квадрат=6,83). Фиксированная бронхообструкция выявлена у 48,3% пациентов при эозинофильной ТБА и у 30,2% при неэозинофильной ТБА (p=0,01,хи-квадрат=5,65). Частота обострений чаще наступает при Т2-эндотипе: 2,5±0,75 обострений в год при эозинофильной и 1,6±0,6 при неэозинофильной ТБА. Среди коморбидных состояний при Т2-воспалении чаще встречается аллергический ринит (40,2% против 31,2%,p=0,017,хи-квадрат=5,67), но реже ожирение (52,5% против 63,2%,p=0,009,хи-квадрат=6,83).

Выводы: среди пациентов с ТБА преобладает Т2-тип воспаления, что обусловливает более высокий риск обострений и формирования фиксированной бронхообструкции. Т2-воспаление более характерно для аллергической формы ТБА.

13.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИКЛА ОКСИДА АЗОТА НА ФОНЕ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1-ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России; 2-ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород

Климанов И.А. – 1, Соодаева С.К. – 1, Попова Н.А. – 1, Хорошаева А.В. – 1, Кубышева Н.И. – 2, Елисеева Т.И. – 2, Кравченко Н.Ю. – 1, Мишарин В.М. – 1

Интервальные гипоксические тренировки (ИГТ) используются для повышения физической работоспособности, улучшения функции жизненно важных систем в экстремальных условиях, в комплексной терапии различных заболеваний в том числе и при бронхиальной астме (БА).

Целью работы: явилось изучение влияния ИГТ и однократного гипоксического сеанса (ОГС) на параметры цикла NO посредством исследования динамики изменений NO3-/NO2- анионов, их суммарной концентрации (Σ NO3-/NO2-) в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) при атопической БА легкого течения. Для характеристики клинических проявлений БА использовалась балльная оценка симптомов заболевания (вопросник ACQ) у пациентов. Выявлено достоверное увеличение среднего уровня Σ NO3-/NO2- и NO3- в КВВ после 3-х недельного курса ИГТ. Однако, достоверных изменений уровня NO2- в КВВ в ходе курса не обнаружено. Отмечено достоверное превышение Σ NO3-/NO2- и NO3- у этих же пациентов до и после ИГТ по сравнению с контрольной группой, $p<0,05$. В группе пациентов ИГТ выявлено достоверное снижение клинических проявлений БА с 2,8±0,2 баллов до курса до 1,4±0,2 после курса. При ОГС не обнаружено достоверного снижения Σ NO3-/NO2- и NO3 в КВВ. В то же время зарегистрировано достоверное уменьшение концентрации нитрит-аниона. При изучении корреляционных взаимоотношений между параметрами цикла оксида азота выявлена положительная корреляционная связь между NO2-, NO3-, Σ NO3-/NO2- во всех группах испытуемых. Таким образом, ИГТ существенно влияет на цикл NO, приводя к увеличению концентрации стабильных метаболитов NO при ИГТ и тенденции к снижению этих показателей при ОГС.

14.
СТРУКТУРА ТАРГЕТНОЙ БИОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В КЛИНИКЕ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Башкирский государственный медицинский университетг

Козырева Л.С., Исламова Г.А., Николаева Л.В., Зулкарнеев Р.Х.

Цель: провести анализ назначаемых пульмонологами препаратов таргетной биотерапии бронхиальной астмы (ТБТ БА) в амбулаторных и стационарных условиях.

Всего в 2023 г. в Клинике Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ) ТБТ БА получают 268 чел, в том числе в амбулаторных условиях – 223(83,2%) чел. в стационаре – 45(16,8%) чел. В амбулаторных условиях из 223 пациентов с БА бенрализумаб 30 мг получают 76(34,1%) чел., дупилумаб 300 мг – 75(33,6%) чел., омализумаб в индивидуальной дозе 75-375 мг – 67(30,0%) чел., меполизумаб 100 мг – 5(2,2%) чел. В пульмонологическом стационаре преобладает назначение омализумаба – 28(62,2%) чел., в том числе в рамках импортозамещения применяется отечественный препарат омализумаб Генолар (Генериум, РФ) – 8 чел., на II месте – дупилумаб – 13(28,9%) чел., на III месте – бенрализумаб – 4(8,9%) чел. Были переведены на другие молекулы из общего числа 268 пациентов 5(1,9%) чел., в том

числе с омализумаба на дупилумаб и бенрализумаб при выявлении комбинации БА и полипозного риносинусита. В итоге ТБТ БА, проводимая в Клинике БГМУ в 2023 г., имеет следующую структуру: омализумаб – 95(35,4%) чел., дупилумаб – 88(32,8%) чел..бенрализумаб – 80(29,9%) чел., меполизумаб – 5(1,9%) чел.

Выводы: в структуре ТБТ БА в Клинике БГМУ примерно равные доли занимают препараты омализумаб, бенрализумаб, дупилумаб. Меполизумаб назначается в единичных случаях. В стационаре преимущественно назаначается омализумаб, в амбулаторных условиях – бенрализумаб. Доля замены препаратов не превышает 2%.

15.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ИНГАЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УЧЕТОМ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА (АКЦЕНТ НА ТУРБУХАЛЕР)

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, кафедра военно-морской терапии, Санкт-Петербург

Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Гришаев С.Л. Шуленин К.С., Соболев А.Д. – 1

БА требует постоянного контроля, лечения, предупреждения обострений. Доказана важная роль ингаляционной терапии на всех этапах лечения БА. Неясен вопрос выбора ингалятора в обострении БА. Оправдан акцент внимания на формотерол/будесонид турбухалер-часто используемый препарат для лечения БА. Доза полученного препарата в порошковых ингаляторах (ПИ) зависит от способности пациента создать адекватный пиковый инспираторный поток (ПИП). Ограничение ПИП может приводить к снижению эффективности ингаляционной терапии.

Цель работы: Определить значения ПИП для выбора оптимального ингалятора в различные периоды БА (акцент на турбухалер). Материалы и методы: обследовано 60 больных 38-70 лет с различными вариантами БА:16 – с полным и 22 – частичным контролем, 22 – с обострением БА. Пациенты получали терапию в соответствии с Рекомендациями РРО. ПИП определялся на приборе In-Check DIATM G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания) при имитации сопротивления ингалятора.

Результаты и обсуждение: У здоровых при всех уровнях сопротивления ПИ был оптимальный ПИП. При полном контроле БА ПИП был снижен, большинство больных могло использовать ингаляторы R0 – R2. При утрате контроля субоптимальный ПИП на турбухалере вырос с 25 до 32%, увеличилась потребность в препарате. Одной из причин этого может быть ограничение ПИП. Экстраполируя прирост пиковой скорости вдоха сБДТ (0,40±0,20л)на быстродействующий формотерол, можно объяснить эффективность терапии турбухалером по потребности. При обострении БА ограничение ПИП при имитации встречалось в 8-86 %, на практике у 1/2 больных, на турбухалере в 73% случаев.

Вывод: Выбор ингалятора при БА должен быть персонализирован на основе прямого измерения ПИП. При обострении БА возможна временная смена турбухалера на рапихалер со спейсером, спиромакс.

16.
ВОЗМОЖНОСТИ ГИБТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница

Гатауллина О. А., Ревель-Муроз Н.П.

Цель исследования: выявить возможности достижения контроля тяжелой бронхиальной астмы (ТБА) путем переключения с омализумаба на другие таргетные препараты.

Материал и методы исследования: Проанализированы данные историй болезни 14 пациентов, получавших таргетную терапию омализумабом на протяжении 6 лет. Средний возраст пациентов составил 49 лет. У 5 пациентов диагноз бронхиальной астмы (БА) был выставлен в возрасте до 18 лет, у 5 пациентов до 40 лет, и у 4 пациентов в возрасте старше 40 лет. Среднее время от постановки диагноза до начала таргетной терапии составило от 3 до 40 лет. У 4 пациентов (28%) ежедневная доза системных глюкокортикоидов (ГКС) варьировала от 10 до 20 мг и у 10 пациентов (78%) наблюдались тяжелые обострения БА и вызовы СМП несмотря на проводимую таргетную терапию. Критериями перевода на другой генно-инженерный биологический препарат (ГИБП) была стероидная зависимость, госпитализации и низкие показатели ФВД.

Результаты: из 14 пациентов, 4 пациента, получавших терапию омализумабом (36%) были переведены на другие ГИБП в среднем через 14 месяцев от начала таргетной терапии. На дупилумаб переведено 3 пациента, на бенрализумаб – 1. Сочетание полипозного этмоидита с БА наблюдалось у 50 % переведенных пациентов. Пыльцевая сенсибилизация наблюдалась у 100%.

Выводы: через 12 месяцев после переключения с омализумаба на дупилумаб среднее повышение ОФВ1 составило + 25% и 676 мл, достигнута полная отмена ГКС у 100 % пациентов. У пациента на бенрализумабе через 12 месяцев удалось снизить дозу системных ГКС на 50 % и через 24 месяца полностью их отменить, при этом прирост ОФВ1 через 12 месяцев составил + 65 % и 1580 мл. Данное наблюдение демонстрирует возможности достижения контроля ТБА путем переключения с одного ГИБП на другой.

17.
ТРОЙНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки»,
ООО «МЕДСИ- Волгоград», г. Волжский, РФ

Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О.

Цель: исследование клинико-функциональной эффективности тройной комбинации (гликопиррония бромид + индакатерол + мометазона фуроат) у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: 17 амбулаторным пациентам с бронхиальной астмой, у которых отмечалось тяжелое неконтролируемое течение болезни, в качестве базисной терапии был назначен препарат гликопиррония бромид + индакатерол + мометазона фуроат в дозировке 50мкг/150мкг/160мкг. Возраст исследуемых составлял от 33 до 76 лет. Диагноз бронхиальной астмы был выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, а также лабораторных и инструменталь-

ных методов исследования. Критерием для назначения тройной терапии было наличие неконтролируемого течения тяжелой БА (согласно Gina) при применении базисной двойной терапии с максимальными дозировками ингаляционных глюкокортикостероидов.

Результаты: эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов, изменениям показателей функции внешнего дыхания. У всех пациентов до начала лечения были отмечены ежедневные приступы удушья, значения ОФВ1 менее 60% от должных величин. При использовании препарата гликопиррония бромид + индакатерол + мометазона фуроат в дозировке 50 мкг/150 мкг/160 мкг в течение всего периода исследования (3 месяцев) у пациентов с тяжелой БА отмечалось достоверное уменьшение выраженности основных клинических симптомов заболевания (урежение приступов удушья, уменьшение потребности в скоропомощных бронходилататорах), а также статистически недостоверное улучшение показателей бронхиальной проходимости при спирометрии.

Вывод: Комбинированный препарат гликопиррония бромид + индакатерол + мометазон фуроат в дозировке 50 мкг/150 мкг/160 мкг 1 раз в сутки у больных БА тяжелого течения может быть рекомендован для базисной терапии.

18. ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ООО «Евгения», ГАУЗ АО «АОКБ», ГАУЗ АО «БГКБ», ДНЦ ФПД, Благовещенск, ФБГУ НИИ Э и М им. Пастера, СПб

Лазуткина Е.Л., Бардов В.С., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н.

Цель: Изучить приверженность и эффективность лечения у больных бронхиальной астмой при использовании фиксированной тройной комбинации вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат (Треледжи Эллипта).

Материалы и методы: в исследование были включены 16 пациентов с тяжелым неконтролируемым течением бронхиальной астмы (1–я группа), которым была рекомендована терапия фиксированной тройной комбинацией вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат (Треледжи Эллипта). 2 репрезентативную по полу и возрасту группу, 18 человек, составили пациенты с тяжелым неконтролируемым течением БА, получавшие будесонид и фенотерол в отдельных ДАИ. Наблюдение за больными осуществлялось на протяжении 6-ти месяцев, фиксировались следующие конечные точки: госпитализация в связи с обострением БА, уровень эозинофильного катионного белка сыворотки крови, функция внешнего дыхания, динамика приверженности к лечению, количество баллов теста по контролю над астмой (АСТ).

Результаты: через 6 месяцев приема фиксированной тройной комбинации вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат у больных 1 группы выявлено улучшение приверженности к лечению в виде снижения доли не приверженных пациентов с БА на14,1%; статистически значимо снизилась средняя частота обострений по сравнению с пациентами 2 группы, обнаружено увеличение ОФВ1 с 57,2±3,8% до 70,3±2,7% у больных 1 группы по сравнению со 2 группой (58,2±3,6%

до 65,1±4,2%), а также статистически значимое снижение уровня катионного эозинофильного белка у пациентов 1 группы.

Вывод: результаты исследования подтвердили точку зрения, согласно которой приверженность играет существенную роль в эффективности лечения больных БА.

19. КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ПРИ ТЕРАПИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа.

Мирхайдаров А.М., Габзалилова С.Р., Рафикова Э.Ф.

Цель: оценить уровень контроля симптомов у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) и хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) в процессе терапии препаратом моноклональных антител (МАТ) – дупилумаб.

Методы: под наблюдением находились 25 пациентов (18 женщин и 7 мужчин) с ТБА в сочетании с ХПРС в возрасте 25-73 лет. Средний возраст составил 54,6±12,4 лет. По показаниям были назначены МАТ. Исходно и через 6 месяцев терапии МАТ оценивали уровень контроля симптомов БА при помощи опросника ACQ-5, для оценки клинических проявлений ХПРС использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), представляющую собой числовое значение интенсивности симптомов от 0 до 10 (0 – нет симптомов; 10 – максимальная выраженность симптомов).

Результаты: до начала терапии МАТ частые симптомы ТБА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) отмечали 22 пациента, ночные симптомы – 8 пациентов, неконтролируемое течение БА выявлялось у 9, частично контролируемое – у 10 пациентов, число баллов по шкале ACQ-5 составили в среднем 2,5±0,9 и 0,78±0,3 соответственно. На фоне терапии МАТ контроль над астмой был достигнут у 21 пациента БА, частичный контроль – у 4 пациентов, число баллов ACQ-5 снизились в среднем до 0,15±0,21 и 0,9±0,13 соответственно. При оценке клинических проявлений ХПРС (давление или боль в области лица, головная боль, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, снижение обоняния, чихание) до назначения МАТ общее число баллов ВАШ у больных составило в среднем 7,8±1,3. В процессе терапии МАТ у больных значительно уменьшились симптомы ХПРС, общее число баллов ВАШ снизилось в среднем до 2,6±1,4.

Выводы: препарат МАТ дупилумаб уменьшает клинические проявления БА и ХПРС, позволяет достичь контроля над симптомами заболеваний.

20. БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ ПОЛИПОЗОМ НОСА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В.

Цель: оценить маркеры Т2-воспаления у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) и сопутствующим полипозом носа (ПН) в условиях специализированного центра.

Материалы и методы: обследованы 184 больных (мужчин 34%) 18-90 лет (ср.возраст 55 лет) с неконтролируемой (средний ACQ-5 2,64 балла) ТБА, получавшие стандартное лечение ИГКС/ДДБА±тиотропий±СГКС и не применявшие биологическую терапию не менее 1 года. Сопутствующий ПН имелся у 39 больных. Уровень эозинофилов периферической крови (ЭОЗ) определялся на автоматическом гемоанализаторе, оксид азота выдыхаемого воздуха (FeNO) оценивался на хемилюминесцентном газоанализаторе (Logan-4100). Атопический статус определялся по результатам кожных проб или уровню специфических IgE в сыворотке крови к распространенным ингаляционным аллергенам.

Результаты: У пациентов с ТБА и ПН (группа 1) по сравнению с больными без ПН (группа 2) дебют астмы в возрасте от 12 до 40 лет отмечался чаще (49% и 27%, p<0,05), а старше 40 лет – реже (30% и 50%, p<0,05), реже имелся анамнез курения (36% и 55%, p<0,01) и ХОБЛ (10% и 28%, p<0,05), они имели более высокий ОФВ1 (63% и 52%, p<0,01) и переносили больше обострений за год (2,8 и 1,8, p<0,05). Частота гормонозависимой (38% и 17%, p<0,001) и аспириновой астмы (54% и 7%, p<0,001) была выше в 1 группе, частота атопии (67% и 60%, p>0,05) не различалась. Уровни ЭОЗ в 1 и 2 группе составили 598±68 кл/мкл и 338±32 кл/мкл (p<0,001), FeNO – 41±6 ppb и 29±3 ppb (p<0,05), соответственно. Доли больных с ЭОЗ≥150 кл/мкл (87% и 66%, p<0,05) и FeNO≥20 ppb (62% и 45%, p<0,05) были выше в 1 группе, чем во второй.

Заключение: Большинство пациентов с ТБА имеют один или более повышенный маркер Т2-воспаления (ЭОЗ≥150 кл/мкл, FeNO≥20 ppb или аллергию). ЭОЗ≥150 кл/мкл были самым частым повышенным маркером у больных ТБА с НП.

21.
КОНТРОЛЬ И МАРКЕРЫ Т2-ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В., Цуканова И.В., Знахуренко А.А.

Цель: оценить контроль БА, уровни эозинофилов периферической крови (ЭОЗ) и оксида азота выдыхаемого воздуха (FeNO) после прекращения генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы: обследованы 40 амбулаторных пациентов (мужчин 30%, возраст 31-74 года) с ТБА. Атопическая астма выявлена у 73%, аспириновая – у 20%, гормонозависимая – в 40%, сопутствующая ХОБЛ – у 30% пациентов. В течение 1-8 лет (в среднем 2,1 года) больные ТБА, помимо терапии ИГКС/ДДБА±ДДХЛ±СГКС, получали препараты против IgE (Омализумаб, 8 чел), ИЛ-5/ИЛ-5-рецептор (Меполизумаб /Бенрализумаб, 16 чел) и ИЛ-4/ИЛ-13 (Дупилумаб, 16 чел). Контроль симптомов БА оценивался с помощью вопросника ACQ-5. Уровень ЭОЗ определялся на автоматическом гемоанализаторе, FeNO – на хемилюминесцентном газоанализаторе (Logan-4100), – перед использованием ГИБТ и в ее конце, далее каждые 3 мес в течение 1 года.

Результаты: Доля больных с неконтролируемой ТБА за время лечения биологической терапией снизилась с 92% до 54% (p<0,001). После прекращения ГИБТ больные с ACQ-5≥1,5 баллов составили 62% (p>0,05) через 3 мес, 70% (p>0,05) через 6

мес и 81% (p<0,05) через 12 мес. В ходе лечения доля больных с ЭОЗ≥150 кл/мкл уменьшилась с 93% до 40% (p<0,001), но через год после ГИБТ практически восстановилась до исходного уровня (83%, p>0,05). В период лечения доли больных с FeNO≥20 ppb снизились с 66% до 16% (p<0,001), но через 3, 6, 9 и 12 мес после прекращения ГИБТ вновь повысилась до 31% (p>0,05), 34% (p>0,05), 38% (p<0,05) и 47% (p<0,01), соответственно.

Заключение: У больных ТБА через год после прекращения ГИБТ наблюдается ухудшение контроля ТБА, повышение уровней ЭОЗ и FeNO, что свидетельствует об активации Т2-воспаления.

22.
ПРИМЕНЕНИЕ БЕНРАЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

СПб ГБУЗ Городская поликлиника №106

Серов А.Н.

Цели: проанализировать эффективность и безопасность применения Бенрализумаба в реальной клинической практике.

Материалы и методы: проанализированы электронные амбулаторные карты 9 пациентов, получающих Бенрализумаб от 3 до 18 месяцев. Из них 8 женщин и 1 мужчина. Средний возраст 55 лет. У всех астма тяжёлая, эозинофильная. Хронический полипозный риносинусит у 8. Не переносят НПВП – 7. Аллергия пылевая, пыльцевая у 8. Средняя продолжительность астмы 18 лет. Не курят все, 5 – бывшие курильщики.

Результаты: Обострение, потребовавшее применения СГКС – у одной пациентки. Средний ACQ-5 снизился с 1,75 до 0,5. Эозинофилов до лечения в среднем было 537 в мкл, на фоне лечения – 0. ОФВ1 средний до лечения 1,95 л (60%), в динамике до 2,19 л (69%). НЯ – ОРВИ не чаще, чем обычно. СНЯ не было.

Выводы: Применение Бенрализумаба является эффективной и безопасной стратегией для достижения клинической ремиссии тяжёлой бронхиальной астмы с эозинофильный фенотипом.

23.
ПОЛИМОРФИЗМ C-589T ГЕНА IL-4 У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И H.pylori – АССОЦИИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Дышекова Н.В., Позднякова О.Ю., Дохкаева А.З.

Цель работы: определение частоты встречаемости гетерозиготных и мутантных генотипов гена интерлейкина -4 (IL-4) у пациентов с бронхиальной астмой (БА) и хеликобактер – ассоциированным хроническим гастритом (ХАХГ) в сочетании с БА.

Материалы и методы: молекулярно-генетическое исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции «SNP-ЭКСПРЕСС» 125 пациентам, которые были разделены на три группы. 1 группа: больные с БА в сочетании с H.pylori – ас-

социированным ХГ (n=50), 2 группа: больные с БА (n=35); 3 группа: здоровые добровольцы (n=40).

Результаты: при анализе распределения частот генотипов полиморфизма C-589T гена IL-4 среди больных ХАХГ в сочетании с БА установлено увеличение доли носителей гетерозиготного генотипа C/T (44,0% и 11,5% соответсвенно, χ2 =2,407) по сравнению с группой больных БА (p=0,02). Доля носителей мутантного гомозиготного генотипа T/T была достоверно выше среди больных ХАХГ в сочетании с БА (8,8% и 4,6% соответственно, χ2=2,079, p=0,034) по сравнению с группой больных БА. Носительство генотипов C/T и T/T гена IL-4 ассоциировалось более чем с двукратным увеличением вероятности наличия БА (OR=2,129; 95% CI 1,234-4,627 и OR=2,864; 95% CI 0,836-9,804). Нами были выявлены статистически значимые различия в распределении частот аллеля 589T гена IL-4 между группой больных ХАХГ в сочетании с БА и группой с изолированной БА (26,8% против 4,6%, χ2 =4,700, p=0,001).

Выводы: преобладание генетического маркера атопии аллеля 589T гена IL-4 у больных с H.pylori – ассоциированным ХГ в сочетании с БА по сравнению с группой изолированной БА позволяет предположить, что носительство этого аллеля способствует формировании хронического гиперергического воспаление слизистой оболочки желудка и неконтролируемого течения БА у пациентов с H.pylori – ассоциированным ХГ.

24.
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ АСИТ КЛЕЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФБГУ НИИ Э и М им. Пастера, СПб., ООО «Евгения», ГАУЗ АО «АОКБ», ГАУЗ АО «БГКБ», ДНЦ ФПД, Благовещенск

Лазуткина Е.Л., Бардов В.С., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н.

Цель: изучить маркеры эффективности аллерген – специфической иммунотерапии (АСИТ) аллергенами клещей dermatophagoides pteronissimus et farinae.

Материалы и методы: в исследование были включены 22 пациента с атопической бронхиальной астмой, которым на протяжении 3–х лет проводилась АСИТ аллергенами клещей dermatophagoides pteronissimus et farinae (Сталораль-клещи). Всем пациентам по окончании 3–х летнего цикла АСИТ была проведена молекулярная аллергодиагностика.

Результаты: Неудовлетворительный эффект от АСИТ был зафиксирован у 4 больных (18%). У данных пациентов выявлена сенсибилизация к минорному аллергену Der p 10. У пациентов с положительным эффектом от АСИТ, обнаружена сенсибилизация к мажорным аллергенам Der p 1 и 2; Der f 1 и 2.

Вывод: результаты исследования показали необходимость предварительной молекулярной аллергодиагностики в случае назначения АСИТ. Данный метод будет эффективен при обнаружении мажорных аллергенов Der p 1 и 2 ; Der f 1 и2 и не эффективен при обнаружении минорных аллергенов Der p 10.

25.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ» Минобрнауки России, Белгород – 1, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва – 2, ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» – 3

Третьяков А.Ю. – 1, Ромасенко Л.В. – 2, Ермилов О.В. – 1, 3

Цель: оценка особенностей бронхиальной астмы (БА) при шизофрении (Ш).

Методы: анализ баз данных медицинских публикаций, ретроспективный анализ медицинской документации 3156 больных шизофренией и 1931 пациента терапевтических отделений без психической патологии.

Результаты: в настоящее время данные эпидемиологии БА при Ш остаются противоречивыми, а одним из объяснений высокой распространенности может выступать ее гипердиагностика; -предполагается, что причиной такой коморбидности может служить общность иммунных механизмов развития обеих нозологий, например, активность Th2-иммунного ответа обнаруживает себя не только при БА, но и при Ш; -дисбаланс активности ряда субстанций сопряжен с обеими нозологиям, к таковым относят интерлейкин-33, CCL22 хемокин, хитиназа-3-подобный белок-1, эотаксин-1/CCL11, фактор роста нейронов и ряд других; -полиморфизм генов может быть связан как с низкой частотой БА и Ш (ген CCR5 32-bp), так и определять высокую их частоту (ген G308A TNF-α, ген ИЛ-4–590T и др.) -некорректное функционирование Ca2+/цАМФ-системы, которая контролирует накопление и высвобождение нейротрансмиттеров и гормонов, а также участвует в сокращении гладкой мускулатуры дыхательных путей; -в основе развития Ш также может лежать длительный прием кортикостероидов по поводу БА -в нашем случае в психиатрической когорте БА выявлена у 16 человек (5.1‰), в то время как в соматической она встречалась значительно чаще (41; 21.2‰; $p<0.001$).

Полученные результаты позволяют предполагать наличие особенностей эпидемиологии и патогенетических механизмов комплекса «БА-Ш».

26.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И COVID-19

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва, Россия

Алекперов Р.И., Макарьянц Н.Н., Чушкин М.И.

Актуальность: Острые респираторные инфекции являются наиболее частой причиной обострения бронхиальной астмы (БА). Учитывая пандемию COVID-19 и высокую распространенность бронхиальной астмы, было решено оценить влияние COVID-19 на течение БА.

Цель: оценить клинико-функциональные изменения у пациентов с БА, перенесших вирусную инфекцию SARS-CoV-2 различной степени тяжести.

Материалы и методы: Обследовано 25 пациентов с БА, перенесших COVID-19 не более 12 месяцев. Пациенты разделены на 3 группы по тяжести перенесенного COVID-19. 1 группа (9 человек) – пациенты с БА и КТ-0. 2 группа (12 человек) – пациенты с БА и КТ-1/КТ-2. 3 группа (4 человека) – пациенты с БА и КТ-3/КТ-4. Пациентам

проводилась оценка клинических симптомов, спирометрия, бодиплетизмография, ДСЛ, сила дыхательных мышц вдоха (PImax).

Результаты: После новой коронавирусной инфекции (НКИ) через 13,33 ± 2,1 недели зарегистрировано обострение БА у 64 % пациентов, дебют БА – у 20% пациентов. Отмечено утяжеление течения астмы у 28% пациентов, что потребовало перехода на более высокую ступень терапии. По данным спирометрии и бодиплетизмографии связи между нарушениями функции легких и степенью тяжестью COVID-19 не выявлено. При исследовании ДСЛ выявлено выраженное снижение во 2 и 3 группах (1 группа – 72,80% ± 6,73%; 2 группа – 63,06% ± 4,84%; 3 группа -59,42% ± 15,28%; p <0,05). У пациентов с 2 и 3 группы отмечалось снижение PImax по сравнению с 1 группой пациентов (1 группа – 82,05% ± 13,37%; 2 группа – 55,18% ± 8,56%; 3 группа – 50,65% ± 10,85%; p <0,05).

Вывод: у пациентов с БА после COVID-19 в 28% случаев отмечается утяжеление течения забоелвания не зависимо от степени вирусного поражения легких. Значимое снижение ДСЛ и PImax регистрируется только у пациентов, перенесших среднюю и тяжелую формы COVID-19.

27.
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Н. Новгород, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Н. Новгород – 2, ГБУЗ НО «Городская больница №28 Московского района» г. Н. Новгород. – 3.

Болдина М.В. – 1, Киселева Н.В. – 1, Тарловская Е.И. – 1, Постникова Л.Б. – 2, Зеляева Н.В. – 3

Цель: изучить влияние перенесенного Covid-19 на течение бронхиальной астмы (БА) у взрослых пациентов.

Материалы и методы: Проанализировано 38 пациентов с БА, наблюдающихся на базе пульмонологического консультативного центра ГБ №28 Нижнего Новгорода, перенесших Covid-19. Средний возраст пациентов 62,25 ±5,3 лет [53; 74] (из них 31 (81,6%) женщин и 7 (18,4%) мужчин). Возраст установления диагноза БА 48,25±12,2 лет. 21 пациент (55,2%) имели атопическую БА, 6 (15,8%) – аспириновую, 11 (29%) – неатопическую. Индекс коморбидности CIRS составил 10,7±3,9. Избыточный вес имели 11 (29%) больных, ожирение I ст. – 9 (23,7%), II ст. – 7 (18,4%), III ст. – 7 (18,4%). 95% пациентов страдали артериальной гипертензией. Большая часть исследуемых (68,3%) перенесли Covid-19 в среднетяжелой форме, 23,7% – в легкой, 8% – в тяжелой. 21 (55,3%) больных имели объем поражения КТ-1, 8 (21%) – КТ-2 и 9 (23,7%) – КТ-0. Проводилась оценка контроля БА и объема получаемой терапии до и после перенесенной коронавирусной инфекции.

Результаты: до Covid-19 доля пациентов с контролируемой БА по критериям GINA составила 5,3% (n=2), с частично контролируемой – 52,6% (n=20), с неконтролируемой – 42,1% (n=16). После Covid-19 ни один из этих пациентов не имел полного контроля БА, а доля пациентов с неконтролируемым течением возросла до 71% (n=27). До Covid-19 4 (10,5%) пациента находились на 2 ступени терапии, 18 (47,5%) – на третьей и по 8 (21%) пациентов на 4 и 5 ступенях. После перенесенного Covid-19 20 (52,5%) больным был увеличен объем терапии БА, доля пациентов на 2 ступени составила – 1 (2,6%), на 3 – 7 (18,4%), на 4 – 11 (29%), на 5- 19 (50%).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о негативном влиянии перенесенного Covid-19 на течение БА у взрослых пациентов в сторону ее утяжеления.

28.
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С НОРМАЛЬНЫМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фалетрова С.В., Урясьев О.М., Бельских Э.С.

Цель: сравнить уровни провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-8, TNF-α) в плазме крови у пациентов с бронхиальной астмой (БА) с ИМТ<25 кг/м2 и ИМТ≥25 кг/м^2 в период обострения.

Методы: в исследовании приняли участие 77 человек: – группа 1: 41 здоровый доброволец, – группа 2: 36 пациентов с неинфекционным обострением БА. Каждая группа была разделена на две подгруппы в зависимости от ИМТ. Уровень IL-6, IL-8 и TNF-α оценивали иммуноферментным методом на анализаторе StatFax 3200 с помощью коммерческих наборов Platinum ELISA.

Результаты: у пациентов с БА в плазме крови выявлено увеличение уровня IL-6, IL-8, TNF-α, по сравнению со здоровыми добровольцами. В подгруппе здоровых добровольце с ИМТ≥25 кг/м^2, только уровень IL-6 (0,8[0,6;1,44] пг/мл), статистически значимо выше (p<0,05) в сравнении с подгруппой с ИМТ<25 кг/м^2 (IL-6 – 0,51[0,3;0,99] пг/мл), Между показателями IL-8, TNF-α в исследуемых подгруппах здоровых добровольцев. статистически достоверных различий не выявлено. В подгруппе пациентов с БА и ИМТ≥25 кг/м^2, уровни IL-6 (5,84[5,32;8,12] пг/мл), IL-8 (65,82[62,76;72,32] пг/мл), TNF-α (8,9[8,55;9,45] пг/мл), статистически значимо выше (p<0,05), по сравнению с показателями пациентов с нормальной массой тела (IL-6 – 1.4[1.08;1.88] пг/мл, IL-8 – 32,77[8;31;35,16] пг/мл, TNF-α – 4,25[2,8;6,5] пг/мл)).

Выводы: в период обострения у пациентов с бронхиальной астмой и избыточным весом уровни провоспалительных цитокинов в плазме крови выше, чем в подгруппе с нормальной массой тела.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

29.
ОБМЕН БИЛИРУБИНА У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1 – ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород; 2 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России

Туш Е.В. – 1, Борискина О.С. – 1, Храмова Р.Н. – 1, Павлова Е.В. -– 1, Соодаева С.К. – 2

Актуальность: Накапливаются данные о протективном действии легкой гипербилирубинемии при бронхиальной астме (БА) [Shapira U, с соавт, 2021]. Однако практически отсутствуют сведения о влиянии билирубина на функцию внешнего дыхания у детей.

Цели: Изучить взаимосвязь между уровнем билирубина и параметрами внешнего дыхания у детей с бронхиальной астмой. Материалы. Были обследованы 236 пациентов с атопической БА в возрасте от 8 до 17 лет, 69,9% мальчиков (165/236), проходивших лечение в ГБУЗ НО ДГКБ№1 г. Нижнего Новгорода, Россия, в 2017-2022 годах.

Методы: Всем пациентам была проведена оценка основных антропометрических, биохимических и спирометрических показателей. По уровню общего билирубина больные были разделены на 3 группы: 1- с низким (менее 7,5 мкмоль/л), 2-средним (7,5-15,6 мкмоль/л), 3-повышенным (15,6 -44,1 мкмоль/л) уровнем билирубина. Спирометрические исследования проводились с использованием пневмоспирометра Mastercreen (171400-UMR; Jaeger, Германия).

Результаты: Показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, ИТ у пациентов 3 групп не отличались. Однако у пациентов с низкими значениями билирубина отмечались более низкие показатели MEF 25% (59,1 [41.5;77.4], 65.9 [42.6;85.2], 74.4 [54.3; 95.5], в 1-3 группе соответственно, p=0.0179). Аналогичная тенденция, не достигающая уровня статистической значимости, отмечалась для MEF 25-75%. Выявлена также положительная корреляционная связь уровня билирубина и MEF 25-75% у девочек, r=0,29, p=0,012, а так же MEF 25% и билирубина у девочек (r=0,33, p=0,0041) и мальчиков (r=0,16, p=0,0382). Отмечена также прямая корреляция ИТ и уровня билирубина у девочек (r=0,29, p=0,0583), у мальчиков такой корреляции не отмечено.

Выводы: У пациентов с более высоким уровнем билирубина отмечаются лучшие показатели проходимости малых дыхательных путей.

30.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Андижанский Государственный Медицинский институт. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Урумбоева З.О., Шамсиев Ф. М.

Цель исследования: Изучение показателей цитокинового статуса и определение особенностей системы гемостаза и кислотно-щелочного состояния при бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы: Было обследовано 25 детей с БА в приступный период в возрасте от 7 до 14 лет, получившие лечение в отделении аллергологии, группу сравнения составили – 20 больных БА в ремиссию.

Результаты и обсуждение: Исследование цитокинов показало, что у больных БА в приступный период показатели IL -1 были достоверно повышены и достигали 96,8±5,7 пг/мл. Показатели IL -8 в группе детей с БА в период ремиссии составили 19,8±1,4. По нашим данным, спонтанная продукция IL-8 у больных в 3,7 раза выше, чем в контроле. Исследование коагулограммы показало, что в исследуемой группе отмечался высокий уровень ПТИ (125,48±1,57). Исследование КЩС показало, что результатом БО явилась артериальная гипоксемия. Так, у больных БА в приступный период PO2 (55,5±6,16), SO2 (83,9±5,13), были значительно ниже аналогичных показателей у детей из контрольной группы. Вместе с этим показатели pH крови у детей в приступный период был чуть больше нормы (7,45±0,02). Также отмечались изменения в электролитном составе крови. Уровень калия (K+) в исследуемой группе составил (3,09±0,159), а Ca++ почти в два раза ниже нормы (1,01±0,05).

Выводы: Развитию БА способствуют высокие уровни провоспалительных цитокинов IL-1β и IL-8. По биохимическим показателям, у больных БА был выявлен высокий уровень ПТИ, со стороны КЩС определялся метаболический алкалоз, низкий уровень парциального давления O2 в крови, в электролитном составе крови отмечалось снижение концентрации ионов K+ и Ca++. Это говорит о том, что нарушения в системе гемостаза обусловлены длительно персистирующим воспалением в бронхолегочной системе и выраженной гипоксией.

31.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Андижанский государственный медицинский институт. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Цель исследования: Определить микробиологические особенности слизистой оболочки носоглотки у детей с бронхиальной астмой и дать сравнительную характеристику микрофлоры в зависимости от патогенеза заболевания.

Материалы и методы: Нами было обследовано 28 детей с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 5 до 15 лет (I), группу сравнения составили 28 детей с рецидивирующим бронхитом с синдромом бронхиальной обстукции (РБ СБО) (II). Исследование было проведено в отделении пульмонологии и аллергологии.

Результаты исследования: При БА отмечался рост Haemophilus influenzae (28*104). Также обнаружены бактерии Streptococcus haemolyticus (1,5*103), Enterococcus faecium (103), Enterococcus faecalis (103), которые не выявлены в группе контроля. Во II гр. содержание Streptococcus pneumoniae (25*104) было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля. Такие возбудители, как Haemophilus influenzae, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, которые были обнаружены только при БА. Определено высокое содержание микроорганизмов рода Staphylococcus (5*106), Streptococcus (108) и Enterococcus (5*104) при БА. При этом концентрация семейства Enterococcus статистически значимо выше, чем во II группе.

Выводы: При БА отмечается преобладание условно-патогенных микроорганизмов. Полученные нами результаты исследования можно расценить как явления дисбактериоза, наступившего вследствие снижения местного и системного иммунитета из-за трофических нарушений слизистой оболочки носоглотки. Определены высокие показатели семейства Enterobacteriaceae и Enterococcus и низкое Staphylococcus hominis. Увеличение численности этих бактерий акцентирует важную роль этих семейств в запуске аллергического воспаления респираторного тракта атопического генеза.

32. ИММУННЫЙ СТАТУС И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Ташкентская медицинская академия. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: Определить характер изменений микроэлементного статуса и установить их взаимосвязь с иммунологическим статусом у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Было обследовано 25 детей, больных БА в возрасте от 7 до 14 лет, группу сравнения составили 20 детей того же возраста с ООБ. Исследование было проведено в отделении пульмонологии.

Результаты исследования: По результатам изучения цитокинового статуса, было выявлено, что у детей с БА наблюдается нарастание противовоспалительного цитокина IL–4 во всех группах, но более выражено при БА, превышая норму в 5,8 раза, IL–8 превысил норму в 5,2 раза, TNF-α был повышенным в 3,5 раза по сравнению с детьми контрольной группы (P<0,001). У детей с БА существует дисбаланс микроэлементов, проявляющийся снижением в волосах содержания Ca, Mg, Zn, Mn и повышением — K, Cl. Снижение содержания Ca и Mg в волосах сочетается с эозинофилией периферической крови. У детей с БА отмечается гипермикроэлементоз хлора (2237,0 мг/мл), натрия (820,0 мг/мл) и железа (34,7 мг/мл). В свою очередь при БА отмечался Cu (8,9 мг/мл), Mn (0,35 мг/мл) и Se (0,23 мг/мл) и Ca (528,3 мг/мл). Дефицит Mg, Cu, Mn и Ca сопровождается развитием вторичной иммунной недостаточности, которая проявляется снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением продукции интерферона.

Выводы: Дефицит Mg, Cu, Mn и Ca сопровождается развитием вторичной иммунной недостаточности, которая проявляется снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением продукции интерферона. Наибольшие изменения иммунного статуса отмечаются у больных с БА, которые характеризуются достоверно высо-

кими уровнями провоспалительных цитокинов IL–4, IL–8 и TNFα в сыворотке крови и низким уровнем IFNγ, что необходимо учитывать при выборе лечебно-восстановительных программ.

33. БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ташкентская медицинская академия. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Цель исследования: Изучить особенности биохимических и иммунологических показателей при коморбидном течении бронхиальной астмы с атопическим дерматитом у детей.

Материалы и методы исследования: Обследовано 69 пациентов с БА (I) в возрасте 3–16 лет, и 50 детей с БА, коморбидной с атопическим дерматитом (БА+АтД) (II). Исследование было проведено в отделении пульмонологии.

Результаты: Содержание IgE при БА+АтД – 414,78±22,9, что в 3,45 раз выше чем в контроле. IgG был ниже в 2,3 раза при БА+АтД (4,37±0,78). При оценке IgM и A выявилось достоверное снижение показателей. Исследования цитокинового профиля показало увеличение ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10, также при БА+АтД имело место увеличение ИЛ-1β почти в 2 раза. У больных БА выявлено снижение ИФН-γ в 7 раз и в 4,5 раз при БА+АтД. Наибольшая разница была выявлена у ИЛ-8. У детей с БА его содержание составило 30,86±6,1, БА+АтД – 21,38±4,3, что в 18 и 12 раз выше контроля (1,67±0,05. Анализ данных ПОЛ-АОС показал, что у детей с БА и БА+АтД отмечается недостоверное снижение содержания МДА (2,24±0,3 и 2,17±0,9 нмоль/мл). Содержание ДК повысилось в 3,3 раза при БА и в 2,7 раз при БА+АтД по сравнению с контролем. Содержание СОД у детей с БА достоверно выросло в 1,6 раз и в 1,2 раза при БА+АтД,. С детьми из контрольной группы отмечалась достоверная разница каталазы при БА+АтД в 1,3 раза.

Выводы: При БА+АтД уровень IgE превышал показатель контроля в 3,4 раз. Концентрация других исследованных иммуноглобулинов, была в 2,3 раза меньше аналогичных показателей контроля. Оценка цитокинового баланса выявила низкое содержание ИЛ-1β, ИЛ-2 и ИФНγ. Выявлен дисбаланс в системе ПОЛ-АОС при БА+АтД, с достоверным снижением активности АОС и усилением ПОЛ в 1,2–3,3 раза, что говорит о зависимости системы ПОЛ-АОС от тяжести обструкции дыхательных путей.

34.
ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФБГОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Храмова Р.Н., Замятина А.П., Творогова А.Г., Прахов А.В.

Избыточная масса тела и ожирение являются фактором негативной модификации бронхиальной астмы (БА). Механизмы усугубляющего влияния ожирения на течение БА до конца еще не определены, но включают изменения внешнего дыхания.

Цель: изучить влияние избыточной массы тела/ожирения на спирометрические параметры и на встречаемость дизанапсиса у детей и подростков с БА.

Материалы и методы: Данные были получены от 428 пациентов с атопической БА в возрасте от 7 до 17 лет, 12.0 [9.0; 14.0], из них мальчиков 72,9% (312/428). Дети были разделены на 3 группы: 1 – нормальная масса тела, 2 – избыточная масса тела, 3 – ожирение. Всем участникам проведена спирометрия, рассчитано отношение ОФВ1/ФЖЕЛ и выполнена диагностика дисанапсиса.

Результаты: По мере увеличения массы тела выявлено прогредиентное снижение FEV1/FVC: 1 группа – 79.55 [71.37; 85.43]%, 2 группа – 76.82 [70.12; 82.03]%, 3 группа – 76.28 [67.04; 79.89]% при P=0.004, а также снижение FEV1/FVC: 1 группа -1.23 [-2.18; -0.28], 2 группа -1.54 [-2.19; -0.68], 3 группа -1.75 [-2.63; -0.90] при P=0.02. Дизанапсис был выявлен у 37,7% (159/428) пациентов. Встречаемость диасанапсиса статистически значимо возрастала по мере увеличения ИМТ и составила: при нормальном ИМТ – 31,7% (77/243), при избыточной массе тела – 42,0% (55/131), при ожирении – 50% (27/54) при P=0,016.

Выводы: У детей и подростков с БА по мере увеличения ИМТ наблюдается статистически значимое снижение соотношение FEV1/FVC, и, следовательно, бронхиальной проходимости; также статистически значимо увеличивается встречаемость дизанапсиса. В совокупности это свидетельствует о формировании обструктивного паттерна внешнего дыхания под влиянием избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков с БА.

35.
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДИСАНАПСИСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Храмова Р.Н., Редькин А.А., Пыпин П.Е., Прахов А.В.

Цель исследования: изучить влияние возраста на встречаемость дисанапсиса у детей и подростков с бронхиальной астмой (БА) с учетом антропометрических характеристик пациентов.

Материалы и методы исследования: Данные были получены от 334 пациентов с атопической БА в возрасте от 7 до 17 лет, 12,0 [9,0; 14,0] года, из них мальчиков 72,2% (241/334). Всем участникам проведена спирометрия, выполнена диагностика дисанапсиса.

Результаты: встречаемость дисанапсиса в общей группе была выше у детей допубертатного возраста по сравнению с пациентами подросткового возраста, составив, соответственно, 57,0% (77/135) и 30,7% (61/199), p<0,001. Данные закономерности были характерны также для детей с нормальной массой тела (МТ) –53,0% (44/83) против 22,3% (23/103) и для пациентов с избыточной МТ – 68,6% (24/35) против 33,3% (22/66), p<0,001 и p<0,001 соответственно. В группе пациентов с ожирением встречаемость дисанапсиса была сопоставима в препубертатном – 52,9% (9/17) и подростковом возрасте – 53,3% (16/30), p=0,980.

Выводы: при БА у пациентов с нормальной и избыточной МТ встречаемость дисанапсиса выше в препубертатном возрасте, чем у подростков. У пациентов с БА и ожирением встречаемость дисанапсиса сопоставима в препубертатном и подростковом возрастах.

36.
МОНОЦИТЫ КАК МАРКЕР СИСТЕМНОГО НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ

ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород

Храмова Р.Н., Елисеева Т.И., Овсянников Д.Ю., Замятина А.П., Кубышева Н.И.

В современных публикациях отмечается, что для пациентов с бронхиальной астмой (БА) в сочетании с избыточной массой тела/ожирением характерна модификация Т2-воспаления под влиянием комплекса факторов, в том числе, ассоциированных с моноцитами. Тем не менее, исследований, посвященных изучению содержания моноцитов в периферической крови пациентов с БА с учетом их индекса массы тела (ИМТ) нами не найдено.

Цель исследования: изучить содержание в периферической крови моноцитов у пациентов с БА и различным ИМТ.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 224 пациента с БА, мальчики – 203, девочки – 88, в возрасте от 7 лет и старше. Всем участникам выполнены антропометрические измерения, спирометрия, общий анализ периферической крови с подсчетом абсолютного количества моноцитов и эозинофилов.

Результаты: Содержание эозинофилов в периферической крови составило: при нормальной массе тела – 0.34 [0.13; 0.58]х109/л, при избыточной массе тела – 0.22 [0.1; 0.46] х109/л, при ожирении – 0.22 [0.14; 0.52]х109/л, p=0.09. Содержание моноцитов в периферической крови составило: при нормальной массе тела – 0.55 [0.45; 0.69] х109/л, при избыточной массе тела – 0.61 [0.48; 0.75] х109/л, при ожирении – 0.66 [0.54; 0.82] х109/л, p=0.018.

Выводы: У пациентов с БА с избыточной массой тела и ожирением содержание эозинофилов в периферической крови несколько ниже, а уровень моноцитов статистически значимо выше, чем у пациентов с БА, имеющих нормальную массу тела. Возможно, что у пациентов с БА и ожирением в модификации Т2-зависимого воспаления участвуют механизмы, ассоциированные с клетками моноцитарного ряда.

37.
ВЛИЯНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА α-2b НА ДИНАМИКУ КОМПЛЕКСА ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород

Красильникова С.В., Горбунова К.В., Овсянников Д.Ю., Халецкая А.И.

Проведено продольное когортное исследование с целью оценки влияния профилактического курса интраназального (спрей) рекомбинантного интерферона альфа-2b (ИФН α-2b) на клинические, функциональные и иммунологические параметры у пациентов с сочетанным течением бронхиальной астмы (БА) и аллергического ринита (АР). Обследовано 12 детей в возрасте от 10 до 17 лет. На первый и 31-й дни исследования проводилась оценка клинических симптомов и назальной респираторной функции, определение содержания в назальном секрете VEGF, интерлейкинов 1, 2, 4, 6, эозинофильного катионного протеина (ЭКП) и общего IgE. Отмечены статистически значимое повышение показателей назального респираторного потока (p=0.001), снижение выраженности назальных (p=0.002) и синоназальных симптомов (p=0.0015), снижение содержания в назальном секрете VEGF (p=0.014), тенденция к уменьшению содержания ЭКП (p=0,09) и ИЛ-4 (p=0,10). Статистически значимых изменений содержания ИЛ-1, ИЛ-6, а также ИгЕ выявлено не было.

Вывод: Профилактические курсы интраназального рекомбинантного ИФН α-2b хорошо переносятся пациентами с сочетанным течением АР и БА, сопровождаются улучшением назальной респираторной функции, снижением выраженности назальных и синоназальных симптомов, тенденцией к уменьшению содержания в назальном секрете некоторых биомаркеров Т2-зависиого воспаления.

38.
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И ПОЛА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород

Елисеева Т.И., Горбунова К.В., Храмова Р.Н., Ишарина А.Н., Строганов А.Б.

В современных публикациях отмечается, что имеет место неравенство полов в течении БА. Однако преимущественно обсуждается влияние пола на частоту встречаемости БА у пациентов разного возраста с преобладанием встречаемости БА у мальчиков препубертатного возраста. В то же время влияние пола на особенности течения БА, включая выраженность бронхиальной обструкции, у пациентов разного возраста изучено недостаточно.

Цель исследования: оценить влияние пола на выраженность обструктивных нарушений у подростков с БА различного возраста.

Материалы и методы: обследовано 440 пациентов с БА от 9 лет и старше, мальчиков 323. Группа 1: от 9 до 11 лет – условный препубертат (164 пациента), Группа 2: от 12 до 15 лет – условный пубертат (184 пациента), Группа 3: от 16 до 17 лет – завершившийся пубертат (117 пациентов). Всем была выполнена спирометрия с расчетом коэффициента ОФВ1/ФЖЕЛ и его z-критерия с позиций оценки обструктивных нарушений внешнего дыхания.

Результаты: Значения z ОФВ1/ФЖЕЛ были сопоставимы у мальчиков и девочек в препубертате и пубертате, составив, соответственно, в группе 1: -1.64±1.11 и -1.43±1.16, p=0.3; в группе 2: -1.23±1.24 и -1.06±1.11, p=0.3. В периоде завершившегося пуберата (группа 3) значения z ОФВ1/ФЖЕЛ у мальчиков были статистически значимо выше, чем у девочек, составив, соответственно, -0,71±1.34 и -1,50 ±1.15, p=0,02.

Выводы: В препубертатном и пубертатном периодах при БА выраженность обструктивных нарушений сопоставима у мальчиков и девочек, однако в периоде завершившегося пубертата выраженность обструктивных нарушений статистически значимо более выражена у девочек по сравнению с мальчиками.

39.
ВЛИЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России

Белых Н.А., Пизнюр И.В., Никифоров А.А., Никифорова Л.В.

Цель исследования: изучить взаимосвязь концентрации периостина (POSTN) и трансформирующего фактора роста β1 (TGF-β1) в зависимости от уровня обеспеченности организма VD у детей с БА.

Материалы и методы: обследовано 80 детей в возрасте от 2-х до 17 лет (12±3,25), которые распределены на 2 группы: 1 группа – дети с БА (n= 40); 2 – контрольная группа (n=40). Концентрацию 25(OH)D, POSTN и TGFβ1 в сыворотке крови определяли методом ИФА в ЦНИЛ РязГМУ.

Результаты: Большинство детей имели среднюю (57,5%, n=23) и легкую степень тяжести БА (42,5%, n=17). В 1 группе 7 детей (17,5%) имели оптимальную обеспеченность VD, что 2 раза ниже, чем в 2 -й (37,5%, n=15) (p<0,05), а дефицит – в 2 раза чаще: 72,5% (n=29) против 35,0% (n=14). Медиана (Me) 25(OH)D соответствовала дефицитному состоянию в 1 группе (16,7 нг/мл), и недостаточности – во 2-й (25,7 нг/мл, p<0,05). Me POSTN в 1 группе была в пределах нормы (730,2 нг/мл), но статистически значимо превышала показатель 2 группы (539,7 нг/мл, p<0,05) и не зависела от возраста и длительности БА. Высокие показатели POSTN имели дети со средней степенью тяжести БА при стаже заболевания 4-6 лет (617,2 нг/мл). Me TGFβ1 в обеих группах соответствовала нормальным значениям (309,0 и 369,6 пг/мл соответственно, p>0,05) и не зависела от возраста и стажа БА. Не выявлено взаимосвязи между уровнем POSTN, TGFβ1 и обеспеченностью витамином D у детей с БА.

Выводы: В г. Рязани у детей с БА дефицит VD регистрируется в 2 раза чаще по сравнению со здоровыми детьми. Уровень POSTN у детей со среднетяжелой степенью БА превышает показатель детей с легкой степенью БА. Me TGFβ1 в сыворотке крови обследованных детей соответствует диапазону нормальных значений и не зависит от уровня обеспеченности VD и наличия БА.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40. ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России

Мамровская Т.П., Коваленко В.О., Джораев А.Д., Фоменко А.В.

Цель: оценка клинического течения инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у людей молодого возраста в зависимости от статуса вакцинации.

Методы: изучены истории болезни 142 пациентов 18 – 45 лет (Me=21) с подтвержденной COVID-19, лечившихся в 301 военном клиническом госпитале с января по июль 2021 года. 40 человек – вакцинированные (В) 1 или 2 дозами Гам-КОВИД-Вак, 102 не были вакцинированы (НВ).

Результаты: в группе В легкое течение COVID 19 отмечено у 82,5%, в группе НВ – у 70% пациентов. Поражение легких, соответствующее степени КТ 1, наблюдалось у 17,5% В и 30% НВ (p>0,05). В группе НВ были 3 случая со степенью КТ 2-3 и дыхательной недостаточностью 1 степени. Тяжелого течения COVID-19 в исследуемой популяции не было. Самыми частыми симптомами в обеих группах были общая слабость и непродуктивный кашель (до 95%), около трети отмечали лихорадку, боль в горле и насморк, одышку – до 7 % пациентов. Достоверных различий частот субъективных симптомов между группами В и НВ не выявлено. Длительность сохранения симптомов различалась только в отношении общей слабости: Me=4 в группе В и Me=7 дней в группе НВ (p<0,05). Уровень СРБ в сыворотке крови В был 15,4 (8,5-25,9) мг/л и 21,2 (10,8-52,9) мг/л у НВ, фибриногена – 4 (3,7-4,5) г/л и 4,5 (4-5,5) г/л соответственно (p<0,05). Длительность вирусовыделения и продолжительность стационарного лечения между группами не различалась.

Выводы: 1. Инфекция, вызванная SARS-CoV-2, у молодых пациентов чаще протекала в форме ОРЗ или поражения легких без дыхательной недостаточности. 2. Течение COVID-19 у вакцинированных сопровождалось меньшей выраженностью системного воспаления и тенденцией к уменьшению поражения легких. 3. В целом, вакцинация Гам-КОВИД-Вак не оказала существенного влияния на течение COVID-19 в исследуемой популяции.

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

41. КАНДИДОЗНЫЙ ТРАХЕОБРОНХИТ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Бондаренко В.Н., Левченко К.В.

Пациенты с хроническими формами туберкулеза легких являются группой риска развития кандидоза легких в силу снижения резистентности макроорганизма, длительного приема комбинации противотуберкулезных лекарственных средств, проведения инвазивных манипуляций.

Цель: изучить распространенность кандидозного трахеобронхита у пациентов с хроническими формами туберкулеза легких.

Материалы и методы: проведено микробиологическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на дрожжевые грибы у 189 пациентов с хроническими формами туберкулеза легких, изолированный туберкулез выявлен в 85 (45,0%) случаев, у 104 (55,0%) человек туберкулез сочетался с ВИЧ-инфекцией.

Результаты: кандидозный трахеобронхит выявлен у 86 (45,5%) пациентов. Из них: Candida spp. была определена в 50 (58,1%), Candida albicans в 23 (26,7%), Candida krusei в 4 (4,7%), Candida glabrata, Candida famata и Candida ciferrii по 1 (1,2%) случаю соответственно. У 6 (6,9%) пациентов выявлена ассоциация дрожжевых грибов с плесневыми. Не получено статистически значимого различия между пациентами с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом и изолированным туберкулезом. Так среди пациентов с изолированным туберкулезом легких грибковая флора выявлена в 40 из 85 (47,1%) случаев, у пациентов с сочетанием ВИЧ/туберкулез кандидоз бронхов диагностирован у 46 из 104 (44,2%) человек.

Выводы: У 45,5% пациентов с хроническими формами туберкулеза легких развивается кандидозный трахеобронхит, причем ВИЧ-инфекция не является фактором риска присоединения грибковой инфекции. В 8,1% случаев выделены Candida non-albicans, имеющие природную резистентность к флюконазолу.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

42. ИММУННОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Цель исследования: Выявление особенностей прооксидантной и антиоксидантной систем и иммунного статуса детей, больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Было обследовано 218 детей дошкольного и школьного возрастов, из них 172 больных хроническим бронхитом (ХБ) и 46 детей с бронхиальной астмой (БА). Проводились общеклинические, биохимические и иммунологические исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру – Стьюденту.

Результаты исследования: При анализе биохимических данных в группе детей с ХБ и БА в фазе обострения отмечалось достоверное нарастание уровня малонового диальдегида и диеновых конъюгатов (P<0,001), отмечалось достоверное снижение уровня супероксиддисмутазы и каталазы в сыворотке крови (P<0,01). Если учесть, что одновременно происходило увеличение интенсивности процессов переоксидации, соответствующее в известной степени тяжести клинического течения болезни, то выявление изменения активности супероксиддисмутазы и каталазы следует рассматривать как снижение уровня антиоксидантной защиты. Результаты исследований иммунного статуса детей с ХБ и БА в фазе обострения заболевания выявили глубокие нарушения: снижение CD3+-, CD4+ – лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, повышение CD8+-, CD16+-, CD20+- лимфоцитов (P<0,001). Исследование интерлейкинов показало, что у детей с ХБ и БА определялось гиперпродукция провоспалительных и противовоспалительных цитокинов – ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 (P<0,001).

Выводы: Таким образом, полученные результаты исследований указывают на необходимость решения вопросов назначения больным с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой иммуномодулирующих и мембраностабилизирующих препаратов.

43.
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ СОПРОВОЖДАЕМЫМИ ОЧАГОВЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ

Хабаровский филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства.

Книжникова Е.В., Евсеева Г.П., Полубарцева В.В.

В основе патогенеза большинства хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) у детей лежит длительно текущий воспалительный процесс, часто приводящий к формированию в структурно измененной ткани пневмофиброза, который требует динамического наблюдения за пациентами, в том числе с исследованием функции внешнего дыхания (ФВД).

Цель: оценка показателей ФВД у детей с хронической бронхолегочной патологией, сопровождающейся пневмофиброзом.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 84 детей с ХНЗЛ. Основную группу составили 45 детей с ХНЗЛ с очаговым пневмофиброзом (исходы БЛД, ВПРЛ, хронический бронхит, постпневмонический фиброз). Группу сравнения составили 39 детей с ХНЗЛ без пневмофиброза. Средний возраст детей составил 9,3±0,48 лет. Пациентам выполнена МСКТ легких с программой виртуальной бронхоскопии и внутривенным болюсным контрастированием. Оценка ФВД производилась методом спирометрии на аппарате MasterScreen (Германия).

Результаты: у пациентов в период ремиссии средние значения вентиляционной способности легких в обеих группах находились в пределах условно должных величин. Однако у пациентов с фиброзными изменениями нарушение функции легких выявлялось в 2 раза чаще, чем у детей с ХНЗЛ без пневмофиброза (35,5 и 15,4%, соответственно, $p<0,05$). Рестриктивные нарушения вентиляции диагностированы только в группе пациентов с пневмофиброзом. У детей с пневмофиброзом риск снижения вентиляционной способности значительно выше, чем у детей с ХНЗЛ без пневмофиброза (OR=3,04, 95%CI 1,049–8,78).

Заключение: полученные данные могут служить предпосылкой к дальнейшей разработке прогнозирования характера течения заболевания, выделения «групп риска» по развитию фиброзных изменений для персонализированного подхода к лечению и диспансерному наблюдению детей с ХНЗЛ.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

44.
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЗАЛЬНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ И СИСТЕМНЫХ МАРКЕРОВ Т2-ЗАВИСИМОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород

Колесник А.С., Горбунова С.В., Красильникова С.В., Елисеева Т.И.

Введение: Важным компонентом объективной оценки назальной респираторной функции является определение пикового назального инспираторного потока (ПНИП) Однако до настоящего времени сохраняется дискуссия о взаимосвязи ПНИП с выраженностью назальных (шкала TNSS) и синоназальных (SNOT-22) симптомов, а также о взаимосвязи ПНИП с системными маркерами Т2-зависимого воспаления у пациентов с аллергическим ринитом (АР).

Цель: Оценка взаимосвязи ПНИП с назальными и синоназальными симптомами, а также с системными маркерами Т2-зависимого воспаления у пациентов с АР.

Материалы и методы: В исследование было включено 99 пациентов в возрасте 12,2 (5,0-17,00) лет, мальчиков 67. Для измерения ПНИП использовали назальный пикфлоуметр (In-Check Nasal, Clement Clarke International Ltd., Англия). Определяли IgE общий в сыворотке крови и содержание (10*9/L) в периферической крови.

Результаты: Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная взаимосвязь между ПНИП и назальными (R=-0,51; p<0.0001) и синоназальными (R=-0,398; p<0.0001) симптомами, между ПНИП и уровнем общего IgE в сыворотке крови (R=-0,31 при p=0,02), но не между ПНИП и содержанием эозинофилов (p>0,05).

Заключение: ПНИП является объективным методом оценки назальной респираторной функции у пациентов с АР, об этом свидетельствует взаимосвязь ПНИП как с выраженностью симптомов АР, так и с некоторыми системными маркерами Т2-зависимого воспаления.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

45.
ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У ЛИЦ, ПРИБЫВШИХ НА ЮЖНЫЙ БЕРЕГ КРЫМА ИЗ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОН

ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения и медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Масликова Г.Г., Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Черноротов В.А., Сыроватка И.А.

ГБУЗРК «АНИИ ФМЛ, МК и Р им. И. Н. Сеченова» было обследовано 392 здоровых лица, прибывших в Крым на отдых из контрастных зон страны. Из них 120 человек были жители Центральных районов Западной Сибири 108 человек – жители Крайнего Севера, 89 человек – жители Дальнего Востока и 75 человек – жители Средней Азии. В сыворотке крови исследовались гетерофильные антитела, лизоцим, комплемент, антитела к стафилококку и иммуноглобулины класса G.

Наибольшие различия выявлены между группой лиц, прибывших с Крайнего Севера и жителями Крыма. У северян средние значения всех используемых иммунологических показателей были достоверно ниже, чем у южан. У жителей Дальнего Востока по сравнению с жителями юга снижены средние показатели гетерофильных антител, лизоцима и комплемента. Как и в предыдущих двух группах (сибиряки и северяне), у прибывших с Дальнего Востока число лиц с низкими показателями было больше, чем у южан, а лиц, с высокими показателями, наоборот, меньше.

Проведенная комплексная оценка полученных данных позволила более четко выявить отличие в состоянии иммунологической реактивности лиц, прибывших в Крым из различных зон страны. Установлено, что наиболее «неблагоприятное» состояние иммунологической реактивности регистрировалось у прибывших из районов Крайнего Севера, затем у прибывших с Дальнего Востока и Западной Сибири. У жителей Средней Азии различие с крымчанами было выражено в меньшей степени, чем в остальных группах. Приведенные выше данные свидетельствуют о различном иммунологическом статусе лиц, прибывших из контрастных зон страны. При назначении и дозировании климатопроцедур необходимо учитывать место постоянного жительства, прибывшего на отдых, его иммунологический статус. Это будет способствовать правильному и обоснованному назначению лечебных климатопроцедур.

46.
БИОМАРКЕРЫ ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БА И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Красильникова С.В., Елисеева Т.И., Овсянников Д.Ю.

Аллергическое воспаление -ведущий патогенетический механизм формирования бронхиальной астмы (БА) и аллергического ринита (АР). Описаны по крайне мере два подтипа воспаления: с высоким и низким уровнем активности Т2 лимфоцитов. В реализации Т2 эндотипа задействованы алармины: IL-33, IL-25, тимусный стромальный лимфопоэтин (ТСЛП), которые способствуют экспрессии IL-4, IL-5 и IL-13, эозинофилии, повышению содержания IgE и уровня периостина. Данные цитокины способствуют повышенной секреции слизи, гиперреактивности дыхательных путей (ДП) и стимулируют ремоделирование ДП.

Цель: Изучить содержание локальных биомаркеров Т2 воспаления с учетом клинических проявлений со стороны верхних ДП.

Материалы и методы: Обследовано 43 пациента в возрасте 4 – 17 лет с БА и АР. Выполнены общеклиническое и аллергологическое обследование. Сбор носового секрета проводили с использованием губчатых тупферов Merocel (Medtronic, США). Содержание периостина и ТСЛП в носовом секрете определяли иммуноферментным методом на анализаторе ALISEI Qualitysystem (Radim, Италия).

Результаты: Обострение АР сопровождалось статистически значимым повышением содержания ТСЛП в носовом секрете – до 0,24 [0,06; 1,26] нг/мг, а содержание периостина – до 0,84 [0,06; 48,79] нг/мг по сравнению с периодом ремиссии, при котором содержание ТСЛП составляло 0,004 [0; 0,24] нг/мг (p=0,02), а периостина – 0,13 [0,001; 0,36] нг/мг; (p=0,04). Содержание периостина прогредиентно возрастало по мере усиления тяжести течения АР, составив при легком течении 0,16 [0,00; 0,36] нг/мг, при АР средней степени тяжести – 0,20 [0,00; 9,03] нг/мг, при тяжелом течении – 10,7 [0,56; 769,2] нг/мг; p=0,048.

Выводы: Содержание периостина и ТСЛП в носовом секрете можно рассматривать в качестве биомаркеров активности локального аллергического воспаления.

47.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

Решетникова Л.К., Сулима М.В.

Введение: Актуальной проблемой остается изучение реакции иммунной системы в организме при новой коронавирусной инфекции.

Цель: Выявить особенности иммунного статуса при COVID-инфекции у привитых и непривитых пациентов в возрасте от 18 до 25 (22,16+2,03).

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов с документально подтвержденным диагнозом и вирусным поражением легких от 20 до 40%. Выделено 2 группы: первая – невакцинированные (20) и вторая – вакцинированные пациенты (20),

которым проведено иммунологическое обследование. Определенны показатели клеточного и гуморального иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, а также Ig A, IgM, Ig G). Показатели сравнивались между группами и с референтными значениями, определенными в контрольной группе (20) у здоровых лиц этого возраста.

Результаты: В первой группе были отмечены изменения со стороны клеточного иммунитета, а именно достоверное снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3), цитотоксических лимфоцитов (CD8, CD16), а также CD4 по сравнению с нормальными показателями ($p<0,05$). Во второй группе снижение этих показателей было не столь выражено, достоверная разница по сравнению с данными в первой группе отмечалась лишь в отношении CD3 и CD8 ($p<0,05$). Со стороны гуморального иммунитета отмечено недостоверное ($p>0,05$) снижение CD20 и Ig A, IgM, Ig G в первой группе, тогда как во второй группе имелась тенденция к повышению показателей CD20, IgM, Ig G, но разница с данными в контрольной группе и по сравнению с данными в первой группе недостоверна ($p>0,05$).

Заключение: При COVID-инфекции у невакцинированных пациентов происходит депрессия клеточного звена иммунитета в большей степени, чем у вакцинированных пациентов, у которых достоверно выше показатели CD3 и CD8 ($p<0,05$) и имеется тенденция к повышению CD20, IgM, Ig G ($p>0,05$).

48.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ПРЕПАРАТОВ ПЫЛЬЦЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Беляева С.Н.

Создание препаратов российского производства особенно актуально в настоящее время.

Цель исследования: выявление особенностей формирования пыльцовой сенсибилизации у жителей Южного берега Крыма.

Материалы и методы: круглогодичный аэрополинологический мониторинг в г. Ялта гравиметрическим методом в течении 7 лет, анализ обращаемости жителей ЮБК с сезонным поражением дыхательных путей и слизистой глаз.

Результаты: проведенные аэрополинологические исследования выявили наличие пыльцы в воздухе г. Ялта в течении всех сезонов года. Определены 2 вида аэрополинорисков для жителей ЮБК. Первый вид связан с пыльцой кипариса вечнозеленого, определяемый в воздухе города с февраля по первые числа мая. Второй вид аэрополинориска связан с пылением амброзии полинолистной, выявляемой с 10 чисел августа до конца сентября в атмосфере города. Увеличение обращаемости пациентов с клиникой пыльцевой аллергии совпало с пиками пыления этих растений.

Выводы: производство пыльцевых аллергенов в России должно учитывать региональные особенности аэрополинорисков. Для Южного берега Крыма и Краснодарского края необходимы препараты для диагностики и лечения из пыльцы кипариса вечнозеленого и амброзии полинолистной.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

49.
АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИОННОГО ПРОФИЛЯ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК H19, MALAT1, MEG3, DNM3OS, TP53TG1 И LINC00342 ПРИ COVID-19-ИНДУЦИРОВАННОМ И ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ

1 - Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; 2 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, Уфа, Россия

Зулкарнеев Ш.Р. – 1, Корытина Г.Ф. – 1,2, Маркелов В.А. – 1,2, Гибадуллин И.А. – 1, Зулкарнеев Р.Х. – 1, Авзалетдинов А.М. – 1, Загидуллин Н.Ш. – 1

Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) является интерстициальным заболеванием легких с неизвестной причиной и неясным патогенезом, быстропрогрессирующим и не имеющего эффективного лечения. Одним из самых грозных осложнений после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 является легочный фиброз. Имеются данные о вкладе иммунных и генетических факторов в развитие данного заболевания. Среди последних на сегодняшний день активно изучается роль длинных некодирующих РНК (днРНК).

Целью исследования является: анализ экспрессионного профиля днРНК, вовлеченных в регуляцию процесса активации фибробластов легких, трансдифференцировку и старение эпителиальных клеток у больных с ИЛФ и COVID-19 индуцированным ЛФ. Были сформированы следующие группы: 1 – пациенты с подтвержденным диагнозом ИЛФ (N=10); 2 – пациенты COVID-19 индуцированным ЛФ (N=16); 3 – контрольная группа (N=59). Тотальная РНК была выделена из PBMC периферической крови и образцов легочной ткани. Относительный уровень экспрессии оценивали с помощью ddCt метода. В клетках легочной ткани больных ИЛФ было выявлено значимое снижение экспрессии гена DNM3OS (FR=-2,28, P=0.0258) и увеличение экспрессии гена LINC00342 (FR=2,917, P=0.0365). В клетках PBMC больных с ИЛФ было выявлено значимое снижение уровня экспрессии генов MEG3 (FR=-10.56, P=0.0254). У больных COVID-19-индуцированным ЛФ было выявлено статистически значимое снижение экспрессии генов TP53TG1 (FR=-5.27, P=0.017) LINC00342 (FR=-3.74, P=0.0346) MALAT1 (FR=-4.532, P=0.047) и DNM3OS (FR=-2.463, P=0.0203). Данные днРНК являются мультифункциональными и могут выступать в качестве индуктора ремоделирования легочной ткани при легочном фиброзе посредством различных механизмов. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда№ 22-25-00019.

50.
ОБЪЕДИНЕННЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (ИЗЛ) В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2023 Г.

Башкирский государственный медицинский университет

Козырева Л.С., Исламова Г.А., Николаева Л.В., Зулкарнеев Р.Х.

Цель: представить структурно-функциональные возможности объединенного регионального регистра больных ИЗЛ в Республике Башкортостан.

Регистр носит интегративный характер и объединяет актуальные данные о пациентах с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ), гиперсенситивным пневмонитом (ГП), поражением легких при системных заболеваниях соединительной ткани (СЗСТ) и др ИЗЛ.

В регистре содержатся: оценки одышки по шкалам ВАШ и mMRC, качества жизни, результаты спирографии, пульсоксиметрии, эхокардиографии, 6-мин. теста ходьбы, КТ легких высокого разрешения, бодиплетизмографии, определения диффузионной способности легких, биопсии легких (при наличии), и данные о проведении специфической антифибротической, иммуносупрессивной и иной системной терапии. Первая пациентка с диагнозом ИЛФ была включена в регистр ИЗЛ в 2017 г., на данный момент продолжает лечение. В 2022 г. в регистре были учтены 50 пациентов ИЗЛ, из них за год умерло 7 чел., получали антифибротическую терапию нинтеданибом 17 чел. На июнь 2023 г. в регистре ИЗЛ состоят 93 чел., из них за 6 мес. 2023 г. умерло 4 чел. С установленным диагнозом ИЛФ состоят 59 чел. и 10 чел. в статусе кандидата по мере уточнения диагноза ИЛФ, ГП -14 чел., поражением легких при СЗСТ – 7 чел. Антифибротическую терапию нинтеданибом получают 53 чел., пирфенидоном – 6 чел.

Выводы: региональный регистр больных ИЗЛ – необходимый инструмент повышения эффективности медицинской помощи при этих заболеваниях. Перспективным представляется создание объединенного федерального регистра больных ИЗЛ.

51.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ФИБРОЗНОГО ФЕНОТИПА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кубанский государственный медицинский институт. Кафедра пульмонологии ФПК и ППС.

Болотова Е.В., Юркова Ю.Г.

Диагностика интерстициальных заболеваний легких с прогрессирующим фиброзным фенотипом (ИЗЛ ПФФ) основывается на оценке в динамике функциональных и рентгенологических методов диагностики. Вместе с тем в настоящее время активно изучаются молекулярные биомаркеры, которые могут улучшить лабораторную диагностику для постановки данного диагноза. Наиболее изученными являются биомаркеры идиопатического легочного фиброза (ИЛФ). Повышенные уровни KL-6, металлопротеиназ MMP-1, MMP-7, фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), IGF-связывающего белка 2 (IGFBP-2), лизилоксидазоподобного белка 2 (LOXL2), хемокинов CXCL и CCL18, кальций-

связывающих белков S100A8 и S100A9 в сыворотке крови определяются у пациентов с ИЛФ по сравнению со здоровыми людьми. При хроническом гиперчувствительном пневмоните повышение уровня KL-6, поверхностно-активного белка A (SP-A) и сурфактантного белка D (SP-D), Хитиназо-3-подобного белка 1 (YKL-40) прогнозирует плохой прогноз и повышает риск смертности. У пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией высокие уровни KL-6, SP-A и SP-D связаны со снижением таких функциональных показателей, как DLCO и ФЖЕЛ, и более низкими результатами в тесте с 6-минутной ходьбой. Концентрации CXCL в сыворотке крови значительно выше у пациентов с ревматоидным артритом (РА) с ИЗЛ по сравнению с пациентами с РА без ИЗЛ. Так же обнаружены повышенные концентрации SP-A и SP-D, CCL18, YKL-40 , у пациентов с ИЗЛ, ассоциированным с системной склеродермией (ССД), которые связаны с более низкими показателями выживаемости и с повышением риска смертности.

Несмотря на то, что поиск биомаркеров прогрессирующего фиброза при ИЗЛ представляет собой сложную задачу, дальнейшие исследования в данной области представляют большой интерес для развития ранней диагностики ИЗЛ ПФФ.

52.
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ КРАТКОСРОЧНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПНИВЛ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗИРУЮЩИМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПОСРЕДСТВОМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО ТЕСТА

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Обухова А.А., Куликов А.Н., Рабик Ю.Д., Бутомо М.И., Зинченко А. В., Марков Н.В., Попова К.А.

Цель работы: оценить краткосрочный эффект респираторной терапии портативными приборами неинвазивной вентиляции легких (пНИВЛ) у пациентов с фиброзирующими интерстициальными заболеваниями легких (ФИЗЛ) методом кардиореспираторного теста (КРТ).

Материалы и методы: в исследование было включено 35 пациентов с верифицированными клинико-рентгенологически или гистологически ФИЗЛ. Наблюдалось следующее распределение по нозологиям: 60% ИЛФ, 31% экзогенный аллергический альвеолит фиброзирующего типа, 9% плевропаренхиматозный фиброэластоз. Все пациенты выполнили КРТ исходно, после чего методом рандомизации были распределены на 2 группы: группу «А»-18 человек (основная группа, получавшая респираторную поддержку пНИВЛ) и группу «В»-17 человек (контрольная группа, без респираторной поддержки). Через 1 месяц все пациенты повторили КРТ в динамике.

Результат: через 1 месяц респираторной терапии пНИВЛ у пациентов исследуемой группы «А» отмечалось статистически значимое изменение некоторых показателей КРТ, таких как улучшение вентиляционно-перфузионного отношения, в виде снижения показателя ФМП/ДО(p=0,09), повышение эффективности выполняемой работы (снижение Vo2/WR(p=0,02)), увеличение мощности выполняемой нагрузки (MET(p=0,02), вт/кг(p=0,03), PWC(p=0,02)). У больных контрольной группы «В» через 1 мес. статистически значимых изменений показателей КРТ не выявлено. Сравнительный анализ между группами так же подтвердил более эффективную доставку кислорода в группе «А».

Выводы: можно предположить положительное влияние краткосрочного курса респираторной поддержки пНИВЛ на функциональный статус респираторной системы у пациентов ФИЗЛ, в частности – улучшение вентиляционно-перфузионного отношения в покое и на нагрузке, а также повышение толерантности к физической нагрузке, по данным КРТ.

53.
КОНЦЕНТРАЦИЯ TGF-β1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ КАК МАРКЕР ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Майсеенко В.И., Буйневич И.В

5 мая 2023 г. ВОЗ официально объявила об окончании пандемии COVID-19, подчеркнув, что такое решение не означает, что коронавирус перестал представлять угрозу. До сих пор нет надежных клинических или лабораторных показателей, позволяющих на ранних стадиях COVID-19 выявлять пациентов с риском развития заболевания до тяжелых и смертельных форм с последующим формированием интерстициального легочного фиброза. В литературе описаны биомаркеры фиброгенеза, определяемые как через 24 ч после начала развития ОРДС, так и в отдаленном периоде (среди них TGF-β1). Цель: проанализировать концентрации TGF-β1 в сыворотке крови у тяжелобольных пациентов с COVID-19 в динамике.

Материалы и методы исследования: 95 образцов сыворотки крови, полученной от 48 пациентов. Из них 48 образцов (группа А) взяты во время стационарного лечения тяжелой формы COVID-19 инфекции. В зависимости от времени от начала заболевания выделено две подгруппы: 1А – 22 человека с 1 по 10 день заболевания; 2А – 26 человек с 11 по 21 день. Через 6 месяцев у 47 (группа В) пациентов было проведено повторное исследование уровня TGF-β1. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica v.10».

Результаты: средний уровень TGF-β1 был достоверно выше у пациентов 1А подгруппы 5544,25±911,86 пг/мл против 2000,4±978,115 пг/мл 1В ($p < 0,05$). Через 6 месяцев всем пациентам было проведено контрольное КТ ОГК. У подавляющего большинства (95,74%) были выявлены различной степени выраженности поствоспалительные интерстициальные изменения. При этом средний уровень TGF-β1 составлял 3778,02±719,3 пг/мл, что достоверно выше уровня при поступлении в стационар ($p < 0,05$).

Выводы: интерстициальные изменения в легких могут быть вызваны синтезом и секрецией цитокинов, таких как TGF-β1.

54.
ЛОНГ-КОВИД И ДИНАМИКА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Прибылов С.А., Мележенкова А.Ю., Прибылов В.С., Гаврилюк Е.В., Маслова Т.А.

Цель: изучить динамику интерстициальных изменений в легких у больных ХОБЛ, перенесших длительный ковид в динамике через 4 недели, 3, 6 и 12 месяцев.

Материалы и методы: в рестроспективное исследование включались 48 взрослых пациента с ХОБЛ II-III ст., перенесшие COVID-19, завершившие стационарное лечение и поступившие вновь с клиникой ковид-инфекции (2-3 раза в течение 12 месяцев). 32 пациента были переведены из инфекционного стационара на долечивание в пульмонологическое отделение, а 25 из которых через 2-3 недели, в связи с появлением симптомов COVID-19 и положительным тестом, вновь переведены в инфекционное отделение. 2-я группа перенесли COVID-19 средней степени тяжести.

Результаты: При КТ-исследовании через 4 нед. и 3 мес. изменения в легких у пациентов, перенесших лонг-ковид, обнаружены у 74% пациентов, через 6 мес. – у 42%, через 12 мес. – у 25 %. Диагносцированные в легких изменения через 6 мес. включали участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» чаще в кортикальных отделах легких – 23%, зоны ретикулярных изменений с расширением просветов бронхов «тракционные бронхоэктазы» у 13%, толстые линейные консолидации и перилобулярные участки уплотнения (34%), линейные ателектазы (17%), нарушение архитектоники и уменьшение размеров долей и сегментов (28%). Через 12 мес. после лонг-ковида выявлены участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» у 21% пациентов.

Выводы: при КТ-исследовании органов грудной клетки у 24% пациентов через 12 мес. наиболее длительно сохраняющимся симптомом является симптом «матового стекла», установлена взаимосвязь исходного объема поражения легочной ткани от тяжести ХОБЛ и COVID-19, степени выраженности дыхательной недостаточности, длительности ИВЛ у больных и другой коморбидной патологией.

55.
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФИБРОЗИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ЭМФИЗЕМОЙ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Марков Н.В., Ходорик Н.А., Илькович М.М.

Цель исследования: Оценить показатели функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с идиопатической фиброзирующей болезнью легких (ИФБЛ) в сочетании с эмфиземой.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов спирометрии, бодиплетизмографии и диффузионной способности легких (ДСЛ) у 44 больных ИФБЛ в сочетании с эмфиземой.

Результаты: При анализе основных спирометрических показателей были выявлены значения, близкие к нормальным (ЖЕЛ 80,92 ± 19,88 %Д, ФЖЕЛ 81,81 ± 20,55 %Д, ОФВ1 81,62 ± 19,82 %Д). Показатели ФВД коррелировали с выраженностью одышки, но даже в группе пациентов с тяжелой одышкой (mMRC 4) их снижение было умеренным (ЖЕЛ 66,30 ± 24,38 %Д, ФЖЕЛ 65,95 ± 23,63 %Д, ОФВ1 61,19 ± 14,75 %Д). При оценке легочных объемов методом бодиплетизмографии были выявлены близкие к нормальным значения ОЕЛ (медиана – 78,20 %Д) при умеренном снижении ООЛ (медиана – 69,17 %Д). У пациентов с сочетанием ИФБЛ и эмфиземы определялось резкое снижение ДСЛ (37,09 ± 13,89 %Д), при этом ДСЛ изменялась соразмерно выраженности одышки и была минимальной в группе пациентов с тяжелой одышкой. Низкие показатели ДСЛ в большей степени объяснялись ухудшением проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны, чем снижением альвеолярного объема (69,74 ± 15,24 %Д), что можно объяснить гиперинфляционными эффектами эмфиземы.

Выводы: При сочетании ИФБЛ и эмфиземы показатели спирометрии не соответствуют клинической выраженности одышки, при этом оценка диффузионной способности легких имеет основное значение в определении тяжести функциональных расстройств у таких пациентов.

56. СТРУКТУРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» МЗ РТ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, ГАУЗ РКБ МЗ РТ

Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д.

Цель: анализ структуры больных интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ).

Методы: проведен анализ 311 амбулаторных карт пациентов, включенных в регистр «ИЗЛ» в период 2017-2022 гг., проходивших обследование и лечение в поликлинике ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ.

Результаты: в 2017–2022 гг. ИЗЛ диагностированы у 311 пациентов, мужчины – 31,2%, женщины – 68,8%. Средний возраст 51,5±0,7 лет (от 19 до 81 года). Время постановки диагноза – 4,7±0,4 месяца (от 1 до 84 месяцев). Морфологическое исследование с целью верификации диагноза выполнено у 148 пациентов. В структуре ИЗЛ по данным регистра первое место занимает саркоидоз (50,2%). 60 пациентов (19,3%) составили группу с идиопатическими интерстициальными пневмониями: идиопатический легочный фиброз – 13, неспецифическая интерстициальная пневмония–25, криптогенная организующаяся пневмония – 21, лимфоцитарная интерстициальная пневмония – 1 пациент. ИЗЛ на фоне системных заболеваний соединительной ткани – 37 пациентов (11,9%): системный васкулит – 10 случаев, системная склеродермия – 8, смешанные заболевания соединительной ткани – 12, ревматоидный полиартрит – 5. У 33 пациентов (10,6%) – гиперчувствительный пневмонит. 19 пациентов (6,1%) наблюдались с диагнозом «Интерстициальное заболевание легких недифференцированное». По 0,6% – редкие заболевания легких (гистиоцитоз Х легких, лимфангиолейомиоматоз, легочный альвеолярный протеиноз и гранулематоз с полиангиитом).

Выводы: по данным регистра «ИЗЛ» выявлены трудности в диагностике у врачей первичного звена, что подтверждается длительным периодом установления диагноза.

Наиболее часто диагностируемые заболевания в структуре ИЗЛ: саркоидоз, идиопатические интерстициальные пневмонии, поражения легких у пациентов системными заболеваниями соединительной ткани, гиперчувствительный пневмонит

57.
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Семендяева Е.В., Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Шевченко Д.Ф., Воронин К.А.

Актуальность идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) обусловлена несколькими причинами – эта группа заболеваний характеризуется, за редким исключением, постоянным прогрессирующим течением с формированием стойкой легочной недостаточности и быстро приводит к необратимым изменениям со стороны правых отделов сердца. Согласно проведенным исследованиям последних лет существует прямая зависимость между легочной гипертензией и прогнозом для жизни у пациентов с диффузными интерстными заболеваниями легких, к которым относится ИИП.

Цель исследования: было изучить состояние и изменения кардиореспираторной системы у пациентов с идиопатическими интерстициальными заболеваниями легких в зависимости от формы ИИП и длительности заболевания.

Материалы и методы: обследовано 42 пациента (19 мужчин и 23 женщины, средний возраст – 46,1±1,6лет), у 20 был диагностирован идиопатический легочной фиброз (ИЛФ), у 22 – неспецифическая интерстициальная пневмония (НИП). В 19% случаев диагноз был подтвержден морфологически. Средняя продолжительность заболевания составила 3,13±0,30 лет. Исследование функции внешнего дыхания позволило установить у больных ИИП значительное снижение показателя VCmax – 50,8±2,1% от должных величин. Показатели газового состава капиллярной крови: pO2,мм рт.ст. в основной группе (n=42) – 57,4±0,6, группе контроля (n=18) – 72,1±2,3, что свидетельствует о выраженной гипоксемии. Фракция выброса правого желудочка в основной группе – 63,3±1,9%, в контрольной – 68,8±4,1%.

Выводы: Снижение эффективности функции ПЖ сердца зависит от длительности заболевания. Для больных ИЛФ в сравнении с НИП, характерными являются нарушение легочного кровообращения, а также ухудшение газового состава крови, что отображается в более значимых морфологических изменениях в паренхиме легких.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

58. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ МНОГОСРЕЗОВОЙ ЛИНЕЙНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ COVID-19

Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану» Республики Молдова, г. Кишинев

Писаренко Н.К.

Цель: определить эффективность применения томосинтеза (ТС) для рентгенодиагностики COVID-19.

Материалы и методы: анализ собственного опыта, а также актуальных источников и литературы, отобранных в базах научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary. Результаты и их обсуждение: полученные результаты подтверждают эффективность применения метода ТС для диагностики COVID-19, особенно в условиях, при которых доступ к компьютерной томографии (КТ) ограничен. Рентгеновские изображения, полученные методом ТС, позволяют выявлять характерные для COVID-19 патологические изменения (затемнения, консолидации, узлы и плевральные выпоты), которые соотносятся с результатами КТ, что позволяет дифференцировать COVID-19 с другими заболеваниями легких и принимать решения о тактике ведения пациентов. Кроме того, визуализация с помощью ТС и применение шкал оценки тяжести поражения легких позволяют группировать пациентов по тяжести заболевания и оптимизировать использование ресурсов согласно их потребностям. Однако отмечается и ряд проблем, связанных с ТС для для диагностики COVID-19. Во-первых, требуется специальное оборудование и обученный персонал рентгенотделения; во-вторых, имеется опасность заражения персонала рентгенотделения во время обследования пациентов; в-третьих, сохраняется возможность неточной интерпретации специфических изменений, вызванных COVID-19, которая может привести к ошибочному диагнозу и лечению.

Выводы: Томосинтез расширяет возможности рентгенологического метода, является ценным инструментом для диагностики, мониторинга и управления COVID-19. В сравнении с КТ томосинтез обладает рядом преимуществ, таких как более низкая доза излучения и большая доступность. КТ остается «золотым стандартом» для рентгенодиагностики тяжелых форм COVID-19.

59.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ

ОМСУ Муниципальная фтизиопневмологическая клиническая больница, г. Кишинев

Писаренко Н.К., Станчева М.В., Палади К.Д.

Цель: Определение базовых этических проблем (ЭП) при рентгенологическом обследовании (РО) детей (Д) в возрасте до 7 лет и способов их решения.

Материалы и методы: Анализ собственного опыта и актуальной литературы, отобранной в базах научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary. Результаты и обсуждение: Использование рентгенологических методов (цифровая рентгенография – ЦР, томосинтез – ТС, компьютерная томография – КТ) при обследовании Д в возрасте до 7 лет порождает несколько ЭД, ключевой из которых является баланс между необходимостью РО для медицинского диагноза и контроля состояния здоровья Д и рисками (Р), связанными с облучением. Несмотря на то, что рентгеновские снимки могут предоставить ценную информацию о здоровье Д, всегда существует Р, связанный с ионизирующим излучением, особенно в случае КТ (КТ > ТС > ЦР). Поэтому всегда должны учитываться потенциальные преимущества РО в соотношении с Р и приниматься меры для минимизации облучения. Другая ЭД касается решений об информировании законных представителей ребенка, неспособного своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права. Они имеют право на четкую и полную информацию о РО и связанном с ним Р для принятия обоснованного решения о здоровье ребенка. Важно помнить, что адекватное предоставление информации законным представителям может быть сложным, вызывать у них тревогу, которая передается ребенку. Поэтому медицинские специалисты должны предоставлять четкие объяснения и эмоциональную поддержку в процессе принятия решений о РО.

Заключение: РО детей в возрасте до 7 лет является чувствительной и сложной темой, которая порождает ряд ЭД. Сбалансированный и ответственный подход, учитывающий преимущества и риски РО, является существенным для защиты здоровья и благополучия детей.

МИКРОБИОЛОГИЯ

60.
АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО ОКСИДА АЗОТА (INO) НА ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ (НП)

1 – НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия,
2 – ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, г. Томск, Россия,
3 – ОГАУЗ ТОКБ, г. Томск, Россия

Калашникова Т.П. – 1, Арсеньева Ю.А. – 1, Кравченко И.В. – 1,
Каменщиков Н.О. – 1, Подоксенов Ю.К. – 1, Чубик М.В. – 2,
Карпова М.Р. – 2, Быконя С.А. – 3, Ракитин С.С. – 3, Бощенко А.А. – 1

Цель: оценить воздействие однократной и многократных экспозиций iNO на возбудителей НП in vitro.

Материалы и методы: Из панрезистентных изолятов P. aeruginosa, E. coli, A. baumannii и K. pneumoniae, выделенных из мокроты больных НП, а также музейных культур P. aeruginosa и E. coli готовили суспензии, содержащие 108 КОЕ/мл. По 2 мкл суспензии каждой культуры сеяли на 2 чашки Петри со средой Эндо бактериологической петлей методом «штрихов». Одну из них подвергали iNO 200 ppm в герметичной камере в течение 30 минут, вторая служила контролем. Оценивали результат через 24 и 48 ч. Во втором эксперименте штаммы, за исключением клинических изолятов P. aeruginosa и E. coli, подвергали воздействию iNO 200 ppm по 30 мин четырехкратно с интервалом в 4 ч. Оценивали эффект через 48 ч после последнего воздействия NO.

Результаты: Через 24 и 48 ч после однократного воздействия iNO отсутствовал рост клинических изолятов P. aeruginosa и E. coli. Наблюдался более редкий рост A. baumannii по сравнению с контролем через 24 ч, через 48 ч отмечен его сплошной рост. После многократных экспозиций iNO отсутствовал рост музейной культуры E. coli, снижался рост остальных изолятов по сравнению с чашками контроля: музейная культура P. aeruginosa 25 против 40 КОЕ, A. baumannii 15 против 55 КОЕ, K. pneumoniae 27 против 53 КОЕ.

Выводы. Однократное воздействие iNO 200 ppm в течение 30 минут влияет бактерицидно на панрезистентные штаммы P. aeruginosa и E. coli и бактериостатически на A. baumannii. Многократное воздействие iNO вызывает гибель музейного штамма E. coli, влияет бактериостатически на A. baumannii, K. pneumoniae и музейную культуру P. aeruginosa. Результаты служат основой для начала применения iNO в дозе 200 ppm в терапии НП.

МУКОВИСЦИДОЗ

61. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ О ЗАБОЛЕВАНИИ, МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

НАО «Медицинский университет Астана», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1», Центр респираторной медицины и сомнологии Resswee, Казахстан, Астана.

Мукатова И.Ю., Токсарина А.Е., Сыздыкова А.Б., Муканов А.М., Серикова А.С., Ким С.С., Бегайдаров Д.А.

Цель работы: определение уровня информированности взрослых пациентов с муковисцидозом (МВ) о своем заболевании, методах диагностики, видах лечения, включая кинезиотерапию и другие техники.

Материалы и методы исследования: объект исследования: 10 пациентов с установленным диагнозом МВ, 18 лет и старше, средний возраст 26,2±3,8 лет (от 21 до 37), 6 женщин (60%) и 4 мужчин (40%).

Критерии исключения: возраст младше 18 лет, отказ от участия в исследовании.

Разработано 2 анкеты. Анкета№1 состоит из 10 вопросов, направленными на определение уровня информированности пациентов о МВ, методах лечения, реабилитации. Анкета№2 с вопросами на определения уровня практического владения навыками реабилитации и понимание роли кинезиотерапии и других техник в лечении МВ. Результаты исследования: По результатам Анкеты№1 80,0±13,3% пациентов знают об этиологии и патогенезе МВ, 90,0±10,0% осведомлены о методах диагностики и терапии, 100±0,0% знают о реабилитации, кинезиотерапии. По результатам Анкеты№ 2 в 46,7±6,67% случаях пациенты не уверены в правильности выполнения методик кинезиотерапии, аутогенного дренажа. В 30±5,77 % случаев владеют методом (обучил ранее специалист). В 23,3±8,82 % не используют кинезиотерапию и другие техники – не считают это полезным в лечении МВ.

Выводы: Взрослые пациенты с МВ очень хорошо информированы о своем заболевании – уровень осведомленности от 80 до 100%. При высоком уровне информированности о методах реабилитации (100±0,00%), пациенты показывают низкий процент практического владения навыками реабилитации (30±5,77 %).

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

62.
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ МОДЕЛИ РИСКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Белозерова Н.В., Горохова С.Г., Буниатян М.С.

Выявление синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у работающего населения представляет важную задачу, т.к. ассоциирован с сонливостью во время работы и, как следствие, производственными ошибками, несчастными случаями, а также ограничивает допуск к труду по ряду профессий.

Цель исследования: изучение информативности модели риска СОАС для научного обоснования методики формирования группы работников, подлежащих углубленной диагностике СОАС.

Материалы и методы: В когорте железнодорожников изучен комплекс признаков и факторов риска СОАС. Всем проводили клинико–инструментальное обследование, в т.ч. полисомнографию или кардиореспираторный мониторинг, оценивали дневную сонливость, условия труда. Структуру признаков анализировали методом главных компонент (PCA). При оценке информативности прогностической модели применяли нейронную сеть – многослойный перцептрон. Результаты. По данным обследования, у 68% работников диагностирован СОАС, в т.ч. у 51% из них умеренной и тяжелой степени.

Результаты: PCA выявили, что в структуре главных компонент наибольшие факторные нагрузки имеют признаки и факторы риска СОАС: 1) традиционные – храп, ожирение, артериальная гипертония, 2) относящиеся к условиям труда – напряженность труда, ночные смены. Полученная прогностическая модель риска СОАС характеризовалась показателем информативности AUC–ROC=0,869. На ее основе разработана методика выделения целевой группы работников, подлежащих углубленной диагностике СОАС, которая успешно апробирована.

Выводы: Полученная модель риска СОАС с включением указанного комплекса признаков и факторов риска, которые определяются при обязательных медосмотрах работающих с вредными и/или опасными условиями труда, может лежать в основе методики формирования целевых групп работников для углубленной диагностики СОАС.

63.
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НА ОКСИГЕНАЦИЮ КРОВИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Марков Н.В., Зинченко А.В., Кулагин Е.А., Рабик Ю.Д., Куликов А.Н.

Цель исследования: Провести анализ зависимости сатурации крови в ночное время от имеющихся нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с хронической бронхообструкцией.

Материалы и методы: Проанализированы результаты ночной компьютерной пульсоксиметрии, КИФВД 24 пациентов с хронической бронхообструкцией (ХОБЛ, n=13, и хронической РТПХ легких с бронхиолитом, n=11). Результаты. У пациентов с хронической бронхообструкцией в ночное время наблюдается умеренное снижение средней сатурации (91,28 ± 3,48 %). Ее значения коррелируют с показателями ФВД, отражающими степень бронхообструкции (ОФВ1, p=0,035; СОС 25-75, p=0,024; МОС50, p=0,016; ООЛ, p=0,044). Уровень минимальной сатурации (медиана – 78%) в большей степени связан со значениями ЖЕЛ (p=0,005), ФЖЕЛ (p=0,004) в процентах к должному, а также с диффузионной способностью легких (ДСЛ) (p=0,003). Снижение ДСЛ ассоциировано с увеличением количества десатураций в час (p<0,001) и повышением интенсивности десатурации (p=0,008). При этом выраженность бронхоспазма (прирост ОФВ1 после ингаляции бронхолитика) влияет на среднюю длительность эпизодов десатурации (p=0,046). Снижение уровня pO2 артериальной крови в дневное время оказывает влияние на среднюю (p=0,045) и минимальную (p=0,021) сатурацию ночью. Повышение уровня pCO2 приводит к высокой продолжительности эпизодов десатурации (p=0,039).

Выводы: У пациентов с хронической бронхообструкцией могут наблюдаться нарушения газообмена в ночное время. Тяжесть ночной гипоксемии ассоциирована с показателями газообмена в состоянии бодрствования и нарушениями ФВД.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

64. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: Изучить функциональные показатели при хроническом бронхите и бронхиальной астме у детей.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 65 пациентов с БА (I группа) в возрасте 3–16 лет, и 45 пациентов с ХБ (II группа). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Исследование было проведено в отделении пульмонологии. Оценка функции внешнего дыхания во всех группах проводилась с помощью компьютерной бронхофонографии (КБФГ) (прибор «ПАТТЕРН- 2»).

Результаты исследования: В результате анализа акустических характеристик дыхания при помощи КБФГ у детей с ХБ и БА, отмечено повышение уровня акустического компонента работы дыхания. У детей с БА наблюдался более высокий уровень АКРДобщ (8,46±2,93 и 5,16±1,37), АКРД1 (6,44±2,66 и 3,36±0,90), АКРД3 (0,37±0,16 и 0,16±0,06) в отличие от II группы ($p<0,05$). В ходе анализа амплитудных акустических характеристик дыхательных шумов в высокочастотном диапазоне отмечено, что у пациентов I и II групп относительный уровень амплитуды высокочастотных осцилляций был достоверно выше (соответственно, 0,057±0,008 и 0,049±0,010) по сравнению с практически здоровыми детьми (0,037±0,004), сохраняющиеся в периоде реконвалесценции.

Выводы: Для детей с ХБ и БА, характерны изменения функциональных показателей дыхательной системы, проявляющиеся высоким уровнем акустического компонента работы дыхания в полном частотном диапазоне (АКРДобщ); коэффициента отношения АКРД в высокочастотном диапазоне к АКРДобщ. (φ3), свидетельствующие о скрытой бронхиальной обструкции и наличии бронхиальной гиперреактивности. При этом данные изменения у пациентов с отягощённым аллергоанамнезом, были достоверно более выражены, чем у детей без отягощенного аллергоанамнеза, что должно настораживать в отношении раннего дебюта БА.

65.
МЕТОДИКА ПОДБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДОЗЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ПОМОЩИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Позднякова Д.Д., Нгуен Хоанг Кыонг, Баранова И.А., Шогенова Л.В.

Ингаляционный оксид азота (NO) применяется в различных областях медицины. Для лечения используют эмпирически подобранные фиксированные дозы. Метод подбора эффективной дозы NO в настоящее время не разработан. Учитывая роль NO в регуляции кровотока в мелких сосудах, исследование динамики микроциркуляции с помощью капилляроскопии может помочь провести титрование и подбор оптимальной дозы NO.

Цель исследования: разработать методику подбора индивидуальной дозы NO при помощи капилляроскопии бульбарной конъюнктивы.

Материалы и методы: В открытое несравнительное проспективное исследование включены 10 добровольцев в возрасте от 18 до 60 лет, не имеющих острых или хронических заболеваний. Оценивались параметры микроциркуляции (диаметр и скорость кровотока в артериолах и венулах) с помощью метода капилляроскопии бульбарной конъюнктивы. После 15 минут ингаляции NO в дозе 60 ppm повторно выполнялась капилляроскопия и оценивались параметры микроциркуляции.

Результаты: При сравнении результатов до начала и после 15 минут ингаляции NO в дозе 60 ppm отмечается увеличение скорости кровотока в венулах. Исходно этот показатель составлял 394(319,5;678,0), по окончании ингаляции – 545,0(451,0; 867,5) мкм/с ($p<0,05$). Скорость кровотока в артериолах возросла с 359,5(276,0;387,5) до 436,0 (394,5;485,75)мкм/с. Отмечалось увеличение диаметра венул в динамике (с 17,0(13,75; 21,25) до 19,5(14,75; 21,5)).

Выводы: Разработана методика подбора индивидуальной дозы NO с помощью капилляроскопии бульбарной конъюнктивы. У всех добровольцев, получавших NO в начальной дозе 60 ppm, изменились параметры микроциркуляции, что подтвердило эффективность выбранной дозы. При отсутствии динамики показателей микроциркуляции возможно увеличение дозы NO с повторным контролем скорости кровотока и диаметра сосудов.

66.
СРАВНЕНИЕ СОПОСТАВИМОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ 6-МИНУТНОГО ШАГОВОГО ТЕСТА И 1-МИНУТНОГО ТЕСТА «СЕСТЬ И ВСТАТЬ»

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ

Канаева Т.В.

Актуальность: Во время пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) возникла проблема поиска функциональных тестов (ФТ) для объективизации состояния пациентов.

Цель: сравнение результатов 6-минутного шагового теста (6МТ) и 1-минутного теста «Сесть и Встать» (1МТ) у госпитализированных пациентов с НКИ.

Материал и методы: В открытом сравнительном исследовании приняли участие 117 пациентов, госпитализированных с подтвержденным диагнозом НКИ. Кроме

определения стандартных клинико-лабораторных показателей и выполнения КТ ОГК, при поступлении всем пациентам проводились 6МТ и 1МТ. После выполнения ФТ рассчитывался показатель снижения сатурации (Δ SpO2) – различие исходной и конечной SpO2, и наличие десатурации (снижение SpO2 менее 90% или более 4%). Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием программы Statistica 8 (StatSoft Inc., США). Для описания признаков с распределением, отличным от нормального, указывалась медиана, верхний и нижний квартили (Me [Q1; Q3]). Для определения корреляционных взаимосвязей между показателями рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты: Исходное состояние пациентов перед проведением тестов было сопоставимым: SpO2 96% [95,0; 98,0] перед 6МТ и 97% [96,0; 98,0] перед 1МТ, rs=0,88, p<0,001; выраженность одышки с использованием оригинальной шкалы Борга 8 баллов [6,0; 12,0] перед 6МТ и 8 баллов [6,0; 12,0] перед 1МТ, rs=0,97, p<0,001. В процессе 6МТ пациенты прошли 390 [340,0; 420,0] метров, а при выполнении 1МТ сделали 17 [14,0; 19,0] повторений. Δ SpO2 после 6МТ и 1 МТ составила 2% [1,5; 4,0] и 2% [1,0; 3,0] соответственно. При проведении корреляционного анализа выявлено, что результаты ФТ (пройденная дистанция и количество повторов) сопоставимы между собой (rs=0,76, p<0,001), как и сопоставимы Δ SpO2 (rs=0,81, p<0,001). Десатурация зарегистрирована у 25 пациентов после 6МТ и у 25 пациентов после 1МТ. Также установлено, что результат ФТ (количество пройденных метров и повторений) связан как с исходной SpO2 (rs=0,48 для 6МТ и rs=0,45 для 1МТ), так и конечной SpO2 (rs=0,71 для 6МТ и rs=0,64 для 1МТ), Δ SpO2 (rs=-0,79 для 6МТ и rs=-0,63 для 1МТ) и наличием десатурации (rs=-0,62 для 6МТ и rs=-0,54 для 1МТ), p<0,001.

Выводы: Из полученных данных следует, что результаты 6МТ и 1МТ у пациентов с НКИ сопоставимы. При этом 1МТ более прост и быстр в исполнении, может проводиться в условиях палаты, что важно для пациентов с острыми инфекционными заболеваниями.

67.
ЭФФЕКТ ВОДОРОДА НА ГАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Зинчук В.В., Рабковская Е.М.

Цель работы: изучение эффекта водорода на газовые показатели крови.

Материалы и методы: объектом исследования являлась кровь, которая была разделена на 3 группы (n=9) по 4 мл. Первая группа служила контролем. Вторую и третью группы обрабатывали газовой смесью, содержащей 2-% водород, в термостатируемом сатураторе в течении 5 мин. Время инкубации для второй группы составляло 30 минут, для третьей – 60 минут. На газоанализаторе Stat Profile pHOx plus L (NOVA Biomedical Corporation, США) при 37° определяли показатели кислородтранспортной функции крови, такие как напряжение кислорода (pO2) и степень оксигенации (SO2), и кислотно-основного состояния (напряжение углекислого газа (pCO2), стандартный бикарбонат (SBC), реальный/стандартный недостаток (избыток) буферных оснований (ABE/SBE), гидрокарбонат (HCO3–), концентрация водородных ионов (pH), общая углекислота плазмы крови (TCO2)). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0. Достоверность полученных данных, с учетом размеров малой выборки, оценивали с использованием U-критерия Манна–Уитни.

Результаты: при инкубации крови, насыщенной газовой смесью, содержащей 2-% водород, отмечалось статистически значимое ($p \leq 0,05$) увеличение напряжения кислорода. Подобная тенденция наблюдается и по отношению к степени насыщения крови кислородом, которая возрастает при экспозиции 30 и 60 минут в сравнении с контролем. Изменение кислотно-основного состояния крови (pCO2, SBC, ABE/SBE, HCO3–, pH, TCO2) в опытных группах не выявлено.

Выводы: таким образом, результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что инкубация крови с водородом приводит к изменению кислородтранспортной функции крови, проявляющееся в увеличении pO2, SO2.

68.
ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь-1.
Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь-2

Глуткина Н.В. – 1, Гуляй И.Э. – 1, Зинчук В.В. – 2

Цель: Определить уровень мелатонина и показатели прооксидантно-антиоксидантного баланса у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Методы исследования: Объектом исследования являлись пациенты с коронавирусной инфекцией COVID-19 (36 чел.). Степень тяжести вирусной пневмонии определяли по регионарной классификации диагностики и лечению COVID-19. Интенсивность перекисного окисления липидов оценивали в плазме и эритроцитах по уровню диеновых конъюгатов и малонового диальдегида. Состояние антиоксидантной системы (АОС) исследовали по содержанию α-токоферола, ретинола, церулоплазмина, восстановленного глутатиона и активности каталазы. Концентрацию мелатонина в плазме крови определяли иммуноферментным анализом. Все показатели проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка и программы “Statistica 10.0”.

Результаты и обсуждение: В ходе проведенных исследований наблюдали рост активности процессов липопероксидации и снижение показателей АОС в группе до лечения, что свидетельствует о развитии окислительного стресса. После проведенной терапии наблюдали снижение активности прооксидантов и достоверный рост показателей АОС. В группе до лечения выявлено снижение концентрации мелатонина, к концу терапии уровень антиоксиданта возрастает, коррелируя со снижением тяжести данной патологии.

Выводы: Полученные результаты демонстрируют дисбаланс в работе прооксидантно-антиоксидантной системы, снижение уровня мелатонина при коронавирусной инфекции, что необходимо учитывать в коррекции окислительного стресса при данной патологии.

Финансирование осуществляется в рамках научного проекта ГПНИ № 20210366.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

69. МЕДИЦИНСКИЕ ПРАКТИКИ, ФОРМИРУЮЩИЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ниязова Ф.Н., Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В.

Цель: Оценить практики применения антимикробных препаратов (АМП) в рамках стандартов лечения пациентов с обострениями инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП).

Материал и методы: Предметом и объектом исследования была выкопировка данных о применении АМП из 236 карт амбулаторного наблюдения больных за период с 2018-2020 гг. Использована методология оценок управления антимикробными препаратами (АМП) – количественные методы сбора данных на соответствие международным и национальным протоколам антимикробной терапии при ИНДП.

Результаты: Обоснованность АМП, регистрируемая в медицинских картах пациентов в 34% случаях подтверждается наличием критериев обострения по Anthonisen, в 27,5% случаев – наличием двух и более признаков синдрома системного воспалительного ответа и в менее 2% случаях – идентификацией этиологически значимого микроорганизма. Практики выбора АМП от стратификации пациента по тяжести заболевания и коморбидности имеют соответствие в 15% случаях. В структуре назначаемых АМП антибиотики 1 группы-Access, рекомендуемые ВОЗ в рамках массовой доступности, назначались лишь в 2,1% случаях; 2 группы – Watch – использованы в 100 %, где преобладали цефалоспорины III поколения (45,1%), фторхинолоны (51,4%), макролиды (18,4%). Антибиотики 3 группы – Reserve, рекомендованные ВОЗ к использованию только в крайних случаях, назначались в режимах лечения респираторной патологии в 5,0% случаях. В первые 3 дня при 100% клинической неэффективности антибиотика его смена отмечена лишь в 21,1%, на 4-5 сутки при 90,5% неэффективности – в 40,4%.

Заключение: Критичная практика назначения антибиотиков отражают серьезные проблемы, приводящие к росту необоснованного и нерационального их применения и риску формирования антибиотикорезистентности в регионе.

70.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Мамбетниязов К., Ливерко И.В.

Цель исследования: оценить роль медико-социальных факторов, повышающих риски неприверженности лечению у больных хронической обструктивной патологией легких.

Материал и методы: В рамках комплексного клинико-функционального обследования 100 больных обструктивной патологией легких, в том числе 50 больных ХОБЛ (GOLD,2021) и 50 больных БА(GINA,2019), использован вопросник количественной оценки приверженности лечению (КОП 25).

Результаты: Индикаторы важности лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и готовности им следовать у больных ХОБЛ и БА составляли до 50% от максимально возможных уровней. Отмечено, что пациенты ХОБЛ, имеющие низкий образовательный статус, нутритивную недостаточность/дефицит массы тела, стаж болезни более 5 лет, тяжелые клинические проявления как по ОФВ1, степени одышки, так и выраженности влияния заболевания на здоровья пациента и частотой обострений более 2 раз в год, характеризуются крайне низкими индикаторами в осознании важности и готовности следовать рекомендациям лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни. У пациентов БА пенсионного возраста, при госпитализации не более 1 раз год отмечены крайне низкие индикаторы в осознании важности и готовности следовать рекомендациям медицинского сопровождения и модификации образа жизни. Замечено, что женщины, страдающие БА в возрасте до 40 лет, имеют худшие индикаторы важности и готовности модификации образа жизни.

Заключение: Пациент-ориентированные подходы оказания медицинской помощи пациентам должны строиться на партнерских отношениях врача и пациента, что лежит в основе достижения высокой приверженности пациента лечению и будет способствовать повышению качества и продолжительности жизни больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

71. О ПОВТОРНОМ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЕ ОРИТ ФТИЗИОПНЕВМОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Маня М.Л., Доника А.Ф., Мартынюк К.И., Николаев В.В., Писаренко С.В.

Цель: Изучить причины и последствия повторных переводов в ОРИТ фтизиопнемологического стационара и предложить меры их предупреждения.

Материал и методы: аудит медицинской документации пациентов; анализ литературы, отобранной в базах научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary. Критерием повторного перевода в ОРИТ считали временной интервал, рекомендованный European Society of Intensive Care Medicine.

Результаты и их обсуждение: Повторный перевод в ОРИТ в течение 48 часов нами был отмечен в 1.2% случаев. Повторный перевод был потенциально непредотвратим и обусловлен развитием осложнений, резким нарастанием дыхательной и сердечной недостаточности, необходимостью лечения и мониторинга в ОРИТ. Повторный перевод, связанный с повышенным риском неблагоприятного исхода, обусловил большую длительность и затраты на лечение в ОРИТ. Согласно текущим литературным оценкам, показатель повторного перевода в ОРИТ составляет в среднем 4-6% и может служить критерием эффективности работы ОРИТ и стационара в целом. Анализ показателя повторного перевода и принимаемые корректирующие меры имеют значение для повышения уровня качества и безопасности оказания медицинской помощи. Для предупреждения повторного перевода рекомендуется улучшить объективизацию состояния пациента, в том числе с использованием специальных шкал, оптимизировать лечение основного заболевания, улучшить коммуникацию медицинского персонала стационара, повысить техническую и кадровую оснащенность и др.

Заключение: Показатель повторного перевода пациентов в ОРИТ фтизиопневмологического стационара составляет 1.2%. Достигнутый уровень качества и безопасности оказания медицинской помощи тем не менее может быть улучшен путем внедрения комплекса мер, воздействующих на факторы риска повторного перевода.

72.
О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОТКАЗА В СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Маня М.Л., Доника А.Ф., Николаев В.В., Писаренко С.В.

Цель: определить частоту и причины госпитализации (Г) пациентов (П) С заболеваниями органов дыхания (ЗОД) в течение 24 часов после отказа в стационарном лечении (СЛ), а также предложить соответствующие меры предупреждения.

Материал и методы: анализ медицинской документации (учетные формы 001/е, 081/е, 003/е și 027/е) П, госпитализированных в течение 24 часов после отказа в СЛ; анализ литературы, отобранной с помощью PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary.

Результаты и их обсуждение: из 2597 П с ЗОД, обратившихся для Г, у абсолютного большинства из них (99,1%) первичная диагностика, оценка тяжести состояния, необходимость в СЛ были проведены в соответствии с действующими клиническими протоколами, и они были Г. Отказ в Г установлен в 24 случаях. В 37,5% случаев причиной для него послужила ошибка первичной диагностики (ПД), из-за которой П были перенаправлены в другие стационары. В 41,7% случаев отказ в Г был обусловлен недооценкой критериев для СЛ и П было рекомендовано амбулаторное лечение. Еще в 20,8% случаев П после осмотра отказались от Г, выразив желание начать СЛ позже. Во всех случаях отказы от госпитализации были оформлены документально, а П даны врачебные рекомендации.

Заключение: Показатель госпитализации П в течение 24 часов после отказа в СЛ служит одним из критериев качества медицинской помощи. Необоснованные отказы в Г можно предупредить путем: соблюдения процедур ПД, оценки тяжести состояния П и триажа; обучения медперсонала (тренинги по клиническому мышлению, обновление знаний и навыков по медицинской диагностике, обучение по клиническим протоколам, эффективной коммуникации и др.); разработки информационных материалов для П; постоянного мониторинга и оценки результативности внедренных мер (аудит эффективности, обратная связь с П и др.).

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

73. ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения и медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

Дудченко Л.Ш., Шуляк И.В.

Клиническая цитология, как полноценный метод морфологического анализа, в практической и исследовательской работе привлекает простотой, быстротой, легкой повторяемостью. Пациенты предъявляют жалобы на слабость, отдышку, дискомфорт в области грудной клетки, сухой или влажный кашель. Нами проведено цитологическое исследование мокроты пациентов, поступивших на санатарно-курортную реабилитацию с кашлевым синдромом. При изучении цитологии мокроты реконвалесцентов, обращает внимание пролиферация бронхиального эпителия с реактивными изменениями: удлинение клеток цилиндрического эпителия крупных бронхов. Увеличение количества клеток лимфоидного ряда в препаратах – один из признаков активизации иммунологической реактивности. Лейкоциты представлены сегментоядерными нейтрофильными гранулоцитами с дегенеративными изменениями в виде токсикогенной зернистости и вакуолизации. Развитие постковидного синдрома (ПКС) у пациентов с мультиморбидной патологией в анамнезе, накладывает дополнительные сложности как в лечении, так и в реабилитации.

Цель исследования: дать клинико-функциональную характеристику состояния пациентов с ПКС, развившемся на коморбидном фоне. Объем обследования в количестве 200 пациентов включал клинические, лабораторные и функциональные исследования, различные опросники одышки и качества жизни. Статистическая обработка материала включала описательную статистику и сравнение независимых выборок.

Выводы: пациенты с ПКС, имеющие коморбидный фон, являются более сложной и неоднородной группой и требуют индивидуального подхода в выборе методов реабилитации.

74.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДОВ В РАКЕ ЛЕГКОГО

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Греков И.С.

Актуальность: современная морфологическая диагностика злокачественных новообразований легкого не учитывает особенности строения сосудистого компонента опухоли. Изучение этого аспекта позволит более точно оценивать прогностические особенности течения патологического процесса у конкретного пациента. Цель: изучить морфологические особенности сосудов в раке легкого.

Материалы и методы: исследовано 42 случая рака лёгкого. 37 случаев (88,1±5,0%) немелкоклеточного рака. В группу мелкоклеточного рака отнесено 5 случаев (11,9±5,0%). Сосуды изучали на светооптическом уровне и с помощью иммуногистохимических исследований.

Результаты: при подсчете плотности сосудистого русла все случаи РЛ распределились следующим образом: с малой плотностью 1 случай (2,4±2,4%), с умеренной 12 случаев (28,6±7,0%), с большой 24 случая (57,1±7,6%), с очень большой плотностью сосудистого русла 5 случаев (11,9±5,0%). Мы наблюдали в РЛ резко выраженный полиморфизм сосудов. Превалировали сосуды синусоидного и капиллярного типа. Они имели разнообразную, форму, сильно отличались в размерах. Встречались сосуды в виде щелей, иногда даже без просветов в виде полосок. Большинство сосудов были очень мелкими, тонкостенными, округлой или овальной формы. Кроме того, встречались щели с наличием эритроцитов без эндотелиальной выстилки, что является крайней степенью незрелости сосудов. Пролиферирующий эндотелий в сосудах, который экспрессировал маркер CD31, имел вид набухших клеток вытянутой формы с наличием отростков, выступающих в просвет, иногда клетки располагались в несколько слоев. В одном из случаев плоскоклеточного РЛ, в эндотелии сосуда выявлена экспрессия Ki67.

Выводы: таким образом, в раке легкого преобладают функционально незрелые сосуды, что также заметно по иммуноморфологическому профилю таковых.

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

75. ВАЛИДАЦИЯ НОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»

Кириллова И.Г., Юдкина Н.В., Николаева Е.В., Волков А.В., Корсакова Ю.О.

Цель: апробировать косвенные эхокардиографические (ЭХОКГ) признаки для диагностики легочной гипертензии (ЛГ) у больных системной склеродермией (СД).

Методы: В исследование включено 74 пациента СД, впервые направленные для диагностики ЛГ: 97% женщин, возраст 57(50;64) лет, длительность СД 134(71;306) мес. 67 больных имели лимитированную форму СД, 6-диффузную, 1-висцеральную. Всем больным проведена ЭХОКГ, затем катетеризация легочной артерии (ЛА) и правых отделов сердца (ПОС). ЭХОКГ исследование изучалось ретроспективно в DICOM. Проводился расчет значимости дополнительных показателей построением ROC кривой. Сила связи демонстрировалась площадью под кривой (R2).

Результаты: По данным катетеризации ПОС и ЛА ЛГ была подтверждена у 54(73%) пациентов с СД. У больных ЛАГ с СД скорость трикуспидальной регургитации с пороговым значением 3,4 м/сек (R2 0,988 95%ДИ 0,968-1,000), p<0,0001) показала высокую специфичность 82% и чувствительность 95%. У пациентов с ЛАГ и СД косвенные ЭХОКГ признаки ЛГ были расположены в следующем порядке по значимости: время ускорения кровотока в выносящем тракте правого желудочка (ПЖ) (0,980 95%ДИ 0,934-1,000),p<0,000), TAPSE/СДЛА (R2 0,971 95%ДИ 0,928-1,000, p<0,0001), площадь правого предсердия (ПП) (0,943 95%ДИ 0,889-0,996, p<0,000), соотношение базальных диаметров ПЖ и ЛЖ (0,934 95% ДИ 0,877-0,992, p<0,0001), скорость легочной регургитации (0,931 95%ДИ 0,832-1,000), p<0,000), диаметр ствола ЛА (0,886 95%ДИ 0,803-0,969, p<0,0001), соотношение диаметров ствола ЛА и аорты (0,837 95%ДИ 0,743-0,931), p<0,0001), индекс эксцентричности (0,837 95%ДИ 0,743-0,931), p< 0,000), давление в ПП (0,759 95% ДИ 0,654-0,865), p<0,001).

Выводы: Необходимо учитывать значимость выявления косвенных ЭХОКГ признаков ЛГ у больных СД для направления на катетеризацию ПОС и ЛА

76.
ВАЛИДАЦИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ УПРОЩЕННОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

Введение: Создание алгоритмов диагностики ЛАГ в группе ССД направлено на раннее выявление и своевременную инициацию терапии с целью улучшения продолжительности и качества жизни пациентов.

Материал и методы: В настоящее исследование включена группа пациентов с ССД (74 человека), которым впервые была выполнена катетеризация правых отделов сердца (КПОС) для верификации диагноза ЛАГ.

Результаты: По результатам проведенной КПОС диагноз ЛАГ у 27. У 20 ЛГ не обнаружено. У 16 ЛГ вследствие заболеваний левых отделов сердца, у 11 – интерстициального заболевания легких. Нами построены кривые для диагностики ЛГ и ЛАГ на изучаемой группе. Первое бинарное распределение соответствовало наличию (у 54 человек) и отсутствию (у 20) гемодинамических параметров ЛГ. Второе – наличию (у 27) и отсутствию (у 47) гемодинамических характеристик ЛАГ. Сравнительная оценка скрининговых алгоритмов по характеристикам: чувствительность/специфичность/положительная прогностическая значимость/отрицательная прогностическая значимость/точность. Соответственно для алгоритма DETECT 100/26/44/100/53, ASIG 74/55/49/79/62, ItenerAIR 100/28/56/100/54, нашей модели 96/70/65/97/80.

Заключение: Отсутствие дорогостоящих и малодоступных в широкой практике параметров делают способ незаменимым инструментом для выявления больных ССД с высоким риском развития ЛАГ. Созданный нами алгоритм ранней диагностики ЛАГ-ассоциированного фенотипа ССД может применяться в клинической практике ревматологов и врачей смежных специальностей.

Практическая значимость: Наш алгоритм доступный, недорогой, определяющий показания для ЭхоКГ и последующей КПОС.

77.
ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГОЧНУЮ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЮ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Поротникова С.С., Даниленко С.О., Ломиворотов В.Н., Чернявский А.М.

Цель: Изучить динамику параметров функции внешнего дыхания в процессе комплексной сердечно-легочной медицинской реабилитации (МР) пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ), перенесших легочную эндартерэктомию (ЛЭЭ).

Материал и методы: В исследование включено 40 пациентов с ХТЭЛГ, перенесших ЛЭЭ. Все пациенты прошли второй этап МР продолжительностью 12-14 дней в условиях стационара. Функция внешнего дыхания оценивалась методами бодиплетизмографии и оценки диффузионной способности легких до хирургического лечения, до начала и после окончания программы МР.

Результаты: Результаты легочных функциональных тестов показали снижение эффективности легочного газообмена у пациентов ХТЭЛГ, о чем свидетельствует снижение диффузионной способности легких (в среднем 43±3,2 % от должного). Рестриктивных нарушений в изучаемой группе не было зарегистрировано, обструктивные нарушения были отмечены у 6 (15 %) пациентов. В раннем послеоперационном периоде основные параметры легочной вентиляции ухудшились в результате ограничения экскурсии грудной клетки после ЛЭЭ. Жизненная емкость легких снизилась с 94±5,2 % до 72±8,4 % от должного (p=0,037), объем форсированного выдоха за 1с снизился с 90±4,4 % до 76±6,1% от должного (p=0,041). Диффузионная способность легких не ухудшилась (45±2,8 % от должного, p=0,315), После окончания программы МР отмечено достоверное улучшение газообменной функции легких. Диффузионная способность легких возросла в изучаемой группе до 53±3,5 % от должного, в среднем на 28% от исходного уровня (p<0,001). Параметры легочной вентиляции после МР восстановились до нормальных значений.

Заключение: Пациенты с ХТЭЛГ, прошедшие второй этап комплексной сердечно-легочной МР после ЛЭЭ, характеризуется значимым улучшением газообменной функции легких.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

78. ДЕСИНХРОНОЗ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ражабов Х.С., Ливерко И.В.

Цель исследования: оценить реакции индивидуальных хронотипов и их вклад в ритмическую структуру циркадианных ритмов у больных ХОБЛ в прогнозе тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Материал и методы: Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 76 больных ХОБЛ (GOLD, 2021), включая анализ показателей величины ПСВ, ОФВ1 и ЖЕЛ, а также – полисомнографическое исследование. Регистрация вышеуказанных показателей для исследования циркадианной ритмики проводилась в течение суток через каждые 4 ч. Вычислены хронобиологические критерии — мезор параметров; амплитуда — наибольшее отклонение от мезора; акрофаза — время наивысшей точки ритма.

Результаты: Десинхроноз циркадного ритма дыхательной системы отмечался у 89,5% больных ХОБЛ, где отмечалось преобладание вечернего (18-24 ч), ночного (24-06 ч) и утреннего (06-12 ч) типов биоритма дыхательной системы соответственно в 39,5%, 26,3% и 23,7%. С утяжелением степени обструкции отмечено сдвиг акрофазы с послеполуденных часов на ночные и ростом амплитуды колебаний оцениваемых параметров. Отмечено, что среди больных ХОБЛ с десинхронозом циркадного ритма дыхательной системы вес встречаемости СОАГС составляет 76,5%, в основном у больных ХОБЛ с «вечернем» (80,0%), «ночным» (75%) и «утреннем» (72,2%) типом ритмической циркадианной структурой.

Заключение: Десинхроноз циркадианного ритма дыхательной системы, вероятно, имеют определенное значение в формировании тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

ПНЕВМОНИЯ

79.
ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА (ФР) РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ (НП) ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК)

1 – НИИ кардиологии Томского НИМЦ, г. Томск, Россия, 2 – ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, г. Томск, Россия

Калашникова Т.П. – 1, Арсеньева Ю.А. – 1, Подоксенов Ю.К. – 1, Кравченко И.В. – 1, Горчакова М.Б. – 1, Каменщиков Н.О. – 1, Романюк Е.Т. – 2, Козлов Б.Н. – 1, Бощенко А.А. – 1

Цель: оценить частоту и ФР развития НП после операций в условиях ИК.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 417 историй болезней пациентов, прооперированных в условиях ИК в отделении сердечно-сосудистой хирургии института в 2022 году.

Результаты: Частота развития НП в целом по группе составила 26,4%, среди больных после коронарного шунтирования (КШ) 24,7%, после хирургии клапанов 25,9%, после сочетанного вмешательства КШ+клапан 26,2%. У больных, перенесших протезирование дуги аорты по методике «полудуги» (hemiarch), НП развивалась в 19,5% случаев, после протезирования всей дуги аорты с имплантацией стент-графта в нисходящую аорту – в 32%. НП развивалась в среднем на 4,6±2,9 сутки после операции. В группе больных с НП зафиксирована более высокая доля лиц с фибрилляцией предсердий (ФП) до операции (p=0,0003), большая длительность ИК (p=0,005), пережатия аорты (p=0,004) и ИВЛ (p=0,04).

Выводы: Предикторами развития НП в послеоперационном периоде у кардиохирургических больных являются ФП в анамнезе, продолжительное ИК и пережатие аорты, длительная ИВЛ.

80.
ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: Разработка методов профилактики внебольничной пневмонии затяжного течения у детей.

Материал и методы: Обследованы 180 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся на лечение в отделении пульмонологии. В I группу входили 80 детей, получавших только базисную терапию (БТ) и II группу 100 детей получавших базисную терапию и лиофилизированный бактериальный лизат (Исмижен) по схеме.

Результаты и обсуждение: Результаты исследования системы иммунитета у детей с ВП указывают на дефицит со стороны Т-системы иммунитета: однако при ВП затяжного течение у детей, наблюдалось достоверное снижение относительного количества числа CD3+ -лимфоцитов 45,4 ± 0,9 и CD4+ -лимфоцитов до 29,1±0,8, также отмечалось достоверное снижение CD8+- лимфоцитов до 16,4±0,6% у здоровых -18,5±1,1 с повышением относительного количества CD20+- лимфоцитов, что составило 29,7±0,6. Наблюдалось понижение уровня IgA и IgM, что составило 46,2±2,6; 91,3±3,2 соответственно. После проведенного профилактического лечения у детей, получавших в комплексе традиционной терапии лиофилизированный бактериальный лизат по схеме (II группа) наблюдалась активация показателей клеточного иммунитета, в виде прироста числа CD3+ -лимфоцитов, составляющий 52,2±1,9, достоверный по отношению показателей I группы больных. CD8+ лимфоциты, также имели положительную динамику под влиянием комплексной терапии, в то время как в I группе достоверных изменений в показателях не наблюдалось.

Выводы: ВП затяжного течения у детей характеризуется напряженностью клеточного и гуморального звеньев иммунитета. В связи с этим целесообразно проводить направленную иммунокорригирующую терапию. Своевременное лечение с использованием лиофилизированного бактериального лизата уменьшает частоту развития внебольничной пневмонии затяжного течения у детей.

81.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Андижанский государственный медицинский институт. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Цель исследования: Изучить особенности иммунологических и микробиологических показателей затяжного течения внебольничной пневмонии у детей после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы исследования: В исследование вошло 26 детей с ВП затяжного течения (ВПЗТ), после перенесенного COVID-19, 1-15 лет (I группа). Группу сравнения составили 30 детей с ВП (II группа) того же возраста. ВПЗТ диагностировали в случаях отсутствия улучшения процесса в сроки от 1,5 до 6 мес. и наличия IgG к COVID-19.

Результаты исследования: Исследования цитокинов показали повышение уровней IL-1β, ИЛ-4, ИЛ-8 и TNFα у детей с ВПЗТ после перенесенного COVID-19. Продукция IFNγ составила 19,5±1,7; уровень IL-1β повысился в 3,5 раза. IL-6 составил 13,4±0,3 пг/мл и оказался в 2 раза выше, чем в контроле. Уровень IL-4 повысился в 3,2 раза до 14,9±0,9 пг/мл. IL-8 составил в среднем – 47,5 4,3 пг/мл, что в 2,5 раза выше показателей контрольной группы. TNFα составил 73,5 6,1 пг/мл, что в 1,7 раз выше контроля. IFNγ составил – 24,6±1,4, что в 1,3 раза ниже, чем при контроле. Бакте-

риологическое исследование мокроты показало, что в посевах при ВП3Т отмечался рост Staphylococcus aureus (32,1%), Haemophilus influenzae (21,4%), Micoplasma pneumoniae (14,3%), Streptococcus pneumonia (14,3%).

Выводы: ВП3Т у детей после перенесенного COVID-19, характеризовалась дисбалансом цитокинового статуса, что способствует замедлению выздоровления после перенесенного COVID-19. Staphylococcus aureus занимает ведущее место в этиологической структуре ВП3Т, который трудно поддаётся лечению антибактериальными препаратами первой линии, ввиду высокой резистентности к ним, что является одной из основных причин затяжного течения ВП после перенесенного COVID-19.

82.
СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ SMRT-CO

Башкирский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №21 г. Уфа

Мухаметова Л.И., Хакимова Э.Ф., Каюмова В.Л., Амирова Э.Ф.,
Фархутдинов У.Р., Зулкарнеев Р.Х.

Цель работы: определение дополнительных возможностей шкалы SMRT-CO в оценке тяжести состояния госпитализированных больных с внебольничной пневмонии средней степени тяжести.

Материалы и методы: обследовано 60 госпитализированных пациентов в возрасте от 27 до 82 лет, М/Ж – 28/32 чел.

Результаты: были сформированы 2 группы: I гр. – 0 баллов SMRT-CO (n=27 чел.), II гр. – 1 и более баллов SMRT-CO (n=33 чел.). В сравнении с I гр. во II гр. были существенно выше уровень лейкоцитов 7,3±3,1*109 и 8,6±4,9*109 /л, p<0,05, СРБ – 18,4±47,9 и 34,3±58,7 мг/л, p<0,05, СОЭ – 10,0±10,6 и 22,0±12,5 мм/ч, p<0,02.

Выводы: шкала SMRT-CO позволяет дополнительно стратифицировать пациентов, госпитализированных с внебольничной пневмонией средней тяжести. Пациенты с баллами 1 и более по шкале SMRT-CO имели признаки более активной системной воспалительной реакции.

83.
БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОДОЗНОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОЯННОЙ НИЗКОДОЗНОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ NO-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19 СО СПОНТАННЫМ ДЫХАНИЕМ

Научно-исследовательский институт кардиологии – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Кравченко И.В., Каменщиков Н.О., Калашникова Т.П., Подоксенов Ю.К., Козлов Б.Н.

Цель: Проверка гипотезы о том, что непрерывная ингаляция оксида азота (iNO) (низкодозная iNO с эпизодами высокодозной iNO) безопасна и эффективна в сравнении с перемежающей высокодозной iNO у больных COVID-19, осложненным ДН.

Материалы и методы: В исследование были включены взрослые пациенты с подтвержденным COVID-19 осложненным ДН. Исключались пациенты с тяжелым тече-

нием заболевания. 20 больных было распределено в две группы. Группа 1: iNO 200 ppm 30 мин 2 раза в день; группа 2: iNO 200 ppm 30 мин 2 раза в день + постоянная iNO 20 ppm. Контрольная группа состояла из ретроспективно оцененных пациентов. Первичной конечной точкой был уровень метгемоглобина (MetHb) через 48 ч iNO. Вторичные точки исследовали безопасность и эффективность данной терапии посредствам определения уровня MetHb, частоты ОПП, S/F-индекса, сроков элиминации вируса и времени до клинического выздоровления. Также исследовалось влияние iNO на легочную функцию и кардио-пульмональные взаимодействия. Высокодозная iNO проводилась через полуоткрытый контур, при низкодозной газ подавался в магистраль подачи увлажненного кислорода. iNO продолжалась до момента клинического выздоровления (отсутствие потребности в кислородотерапии ≥ 24 ч), но не более 14 дней.

Результаты: Уровень MetHb был выше в группе 2 чем в группе 1, но не превышал 5%. Не было случаев ОПП во всех группах. Продемонстрирован более высокий S/F-индекс в iNO группах, тенденция к снижению времени элиминации вируса и времени клинического выздоровления. iNO продемонстрировала благоприятное влияние на легочную функцию и кардио-пульмональные взаимодействия.

Выводы: Предложенная модальность iNO безопасна и эффективна. Требуются дальнейшие исследования для выявления оптимального режима iNO, в том числе и при бактериальных инфекциях нижних дыхательных путей.

84.
СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа – 1,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа – 2.

Мирхайдаров А.М. – 1, Фархутдинов У.Р. – 2.

Цель: изучить продукцию активных форм кислорода (АФК) в крови и течение заболевания у больных внебольничной пневмонией (ВП), эффективность иммуноглобулина для внутривенного введения (ИГВВ) – иммуновенина в коррекции их нарушений.

Методы: обследованы 68 больных ВП возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст составил 42,8±13,8 лет. Продукцию АФК в крови у больных изучали методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ), в сыворотке крови определяли содержание маркеров эндотоксикоза – молекул средней массы (МСМ) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В комплексе лечения у 33 больных ВП был использован ИГВВ по 50,0 мл внутривенно трехкратно с интервалом в два дня. Остальные 35 больных получали стандартную терапию (СТ).

Результаты: Интенсивность ХЛ крови больных превышала контрольные значения и зависела от выраженности воспаления. Содержание МСМ и ЦИК в крови больных ВП было повышенным в среднем в 1,3-1,5 раза. На фоне лечения ИГВВ у больных ВП нормализовались значения ХЛ крови, снизилось содержание МСМ и ЦИК, улучшились клинико-лабораторные показатели. При СТ динамика изучаемых показателей была менее выраженной, у части больных воспалительный процесс принимал затяжное течение.

Выводы: применение ИГВВ в комплексе лечения у больных ВП корригирует генерацию АФК клетками крови, устраняет проявления эндотоксикоза, улучшает результаты лечения.

85.
СОСТОЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ (18-МЕСЯЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

УНИИФ-филиал ФГБУ НМИЦ «ФПИ» Минздрава России

Глушкова Т.В.

Цель: Оценить состояние респираторной системы у пациентов, перенесших COVID-19 с поражением легких, в течение 18 месяцев от первых симптомов заболевания.

Материалы и методы: В исследование включено 89 пациентов на 50(36-68) день от первых симптомов COVID-19. Критерии включения: пациенты, перенесшие подтвержденную COVID-19 в среднетяжелой и тяжелой формах с поражением легочной ткани, подтвержденное компьютерной томографией (КТ), добровольное информированное согласие; критерии исключения: хронические заболевания респираторной системы. Через 3, 6, 12 и 18 месяцев (70, 51, 45 и 22 пациента) проведены спирометрия, бодиплетизмография и диффузионная способность легких, измеренная методом однократного вдоха по монооксиду углерода (Dlco). В 18 мес. обследованы больные только с Dlco<80% в 12 мес.

Результаты: Пациенты, перенесшие тяжелую форму COVID-19, чаще имели объем поражения легких КТ 3-4, госпитализировались в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), нуждались в высокопоточной кислородотерапии (ВПО) (p<0.001). Обструктивные нарушения не выявлены. Снижение общей емкости легких (ОЕЛ) через 3 мес. выявлено у 61,1% больных, перенесших тяжелую форму COVID-19, через 12 мес. – у 13,3%. Через 12 мес. 86,7% больных, перенесших тяжелую форму COVID-19, имели Dlco<80%, 42,3%-Dlco<60%. Факторы риска Dlco<60% через 12 мес.-тяжелая форма COVID-19, госпитализация в ОРИТ, ВПО, независимо от объема поражения легких (p<0,05). Медиана Dlco через 12 мес. – 75(71-80)% и 64(57-75)% для среднетяжелой и тяжелой форм, соответственно (p=0.04). Через 18 мес. медиана Dlco составила 66(64-70)%.

Выводы: Тяжелая форма COVID-19, ОРИТ, ВПО-факторы риска Dlco<60% через 12 мес. Через 18 мес. уровень Dlco не достигает нормальных значений у больных с Dlco<80% через 12 мес.

86.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Левченко К.В.

Проведен ретроспективный анализ случаев вирусно-бактериальной пневмонии, ассоциированной с SARS-CoV-2, 50 пациентов, проходивших лечение в У«ГОТКБ» в 2022 году. Группа исследования – 23 женщины и 27

мужчин. Чаще всего пациенты жаловались на слабость – 47 (94,0%) человек. Одышка отмечалась у 38 (76,0%) пациентов. Кашель присутствовал у 35 (70,0%), мокрота – у 24 (48,0%) пациентов. Боли в грудной клетке – у 5 (10,0%) пациентов. Потливость – у 5 (10,0%), головная боль, головокружение беспокоили 3 (6,0%) пациентов. Присоединение бактериальной инфекции отмечалось на 13,0±5,0 день болезни. Наиболее частыми возбудитедями бактериальной пневмонии явились:S. aureus – 23,2%, K. pneumoniae – 19,5%, другие микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae – 17,1%, и A. baumannii – 13,4%. Ухудшение самочувствия, связанное с развитием бактериальных осложнений, чаще сопровождалось снижением сатурации у 29 (58,0%; 43,2 – 71,8) пациентов (средняя SpO2 93,1±4,0%), повышением температуры тела у 20 (40,0%; 26,4 – 54,8), (средняя температура тела составила 37,5 ±0,4 °С), учащением ЧД у 37 (74,0%; 59,7 – 85,4) пациентов (средняя ЧД равнялась 19,4±1,8 в минуту). В гемограмме 31 (62,0%;47,2-75,3) пациента отмечался умеренный лейкоцитоз (среднее количество лейкоцитов–11,0±5,9*109/л), среднее количество нейтрофилов – 72,9±15,4%. СРБ был повышен у 42 (84,0%; 70,9 – 92,8) пациентов, средний уровень составил 77,6±5,9 мг/л. Уровень ПКТ был повышен у 32 (64,0%; 49,2 – 77,1) пациентов, среднее значение равнялось 2,0±0,9 нг/мл. Вирусно-бактериальная пневмония сопровождалась признаками дыхательной недостаточности. У большинства пациентов выявлялись лабораторные признаки бактериальной инфекции. Спектр бактериальных возбудителей чаще соответствовал нозокомиальной пневмонии, что нужно учитывать при назначении антибактериальной терапии.

87.
ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНО-МИКОЗНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИ H1N1 НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ» Минобрнауки России, Белгород – 1,
ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» – 2

Третьяков А.Ю. – 1, Ермилов О.В. – 1, 2

В текущем году участились случаи развития вирусно-бактериально-микозной (ВБМ) пневмонии при H1N1 на фоне сахарного диабета (СД). Подобные клинические ситуации вызывают значительные трудности в курациии и ложатся тяжелым экономическим бременем на здравоохранение. Несвоевременная диагностика этих состояний значительно увеличивает летальность. Особенностью ВБМ инфекции является не только частая такая ассоциация при СД, но и трансформация клинической картины заболевания, ее несоответствие лабораторным данным. Нами проведен анализ публикаций, посвященных этой сложной клинической проблеме. Лабораторные, клинические и эпидемиологические исследования показали, что бактериальная, микозная ко-/супер-инфекция может значительно трансформировать течение гриппа. В основе этих особенностей лежит ряд фактов: 1. вызванное вирусом снижение мукоцилиарной активности и местного иммунитета нарушает его элиминацию, повышает вероятность адгезии бактерий и грибков, риск инвазии грибковых гифов; 2. вирусные гликопротеины – гемагглютинин и нейраминидаза – выступают здесь в качестве бактериальных рецепторов адгезии для S. aureus (MRSA, в том числе амбулаторных штаммов), H. Influenzae, S. pneumoniae; 3.наличие лейкоцидина Пантона – Валентина вызывает дегрануляцию и разрушение лейкоцитов; 4.наличие СД приводит к внутриклеточному накоплению конечных продуктов гликирования, активизации хронического воспаления, увеличению

экспрессии GRP78 – рецептора адгезии спор гриба; 5.широкое использование кортикостероидов. Подобные патогенетические особенности обуславливают не только тяжелое течение инфекции, но и несоответствие лабораторных данных клинической картине. В частности, прокальцитонин может не повышаться при вирусных инфекциях, так как вырабатываемый в этих условиях интерферон-γ подавляет его синтез.

88.
СЛОЖИВШАЯСЯ ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь

Позднякова О.Ю., Афанасьев Н.Е., Перегудова Л.Н.

Цель: изучить структуру бактериальных возбудителей и сложившуюся практику антибактериальной терапии (АБТ) у пациентов с внебольничной пневмонией (ВП).

Материал и методы: оценка результатов бактериологического анализа мокроты на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам (АБП) и эффективность АБТ у 226 пациентов с ВП, находившихся на лечении в условиях стационара.

Результаты: у обследованных пациентов Streptococcus pneumonia (Str.pneumonia) был выявлен у 49,6%, а Haemophilus influenza (H.influenza) – у 22,4%. Установлено, что двухкомпонентная микст-инфекции наблюдались у 19,2%, а трехкомпонентная – у 34,7%. Среди ассоциантов ведущая роль принадлежала грибам рода Candida spp. (26,5%), причем вместе с ними в 25,6% случаев выделялись энтеробактерии и в 21,5% – Staphylococcus aureus (S.aureus). Изучение чувствительности микрофлоры к АБП показало, что основные бактериальные возбудители ВП были наиболее чувствительны к амоксициллину, цефтриаксону и меропенему. В то же время эти возбудители показали высокую резистентность к тетрациклину, доксициклину, цефалоспоринам I–II поколения. Пациентам со средней степенью тяжести течения ВП (59,2%) назначалась монотерапия АБП, при тяжелой ВП у 40,8% пациентов применялась комбинация АБП. Для монотерапии АБП в большинстве случаев (64,1%) назначались цефалоспорины III поколения, в 25,4% применяли фторхинолоны, макролиды использовались у 10,5% пациентов. Изменение стартовой АБТ потребовалось в 29 случаях (14,6%).

Выводы: анализ этиологически значимых возбудителей у пациентов с ВП показал, что основная доля бактериальной флоры приходилась на Str.pneumonia, S.aureus, H.influenza. Значимые возбудители ВП оказались чувствительны к амоксициллину, цефтриаксону и меропенему и резистентны к тетрациклину и доксициклину.

89.
СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ПРОГНОЗ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Абулдинова О.А., Приходько О.Б.

Частота развития постковидного синдрома колеблется от 10% до 35%. В патогенезе его развития играет роль сосудистая дисфункция.

Цель исследования: разработка способа прогнозирования постковидного синдрома у пациентов с вирусной внебольничной пневмонией (ВП) – SARS-COV-2.

Методы и материалы: Обследовано 56 пациентов с вирусной ВП, ассоциированной с SARS-COV-2 и 50 здоровых лиц. Средний возраст 41,5±8,4 года. Проводилась оценка показателей периферической микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии при поступлении в стационар и динамике, в период от 1 до 3 месяцев. Для исследования состояния микроциркуляции использовался лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛААК-02. Выявлено, что кровоток в тканях больных ВП статистически достоверно ниже, чем у здоровых лиц. При проведении окклюзионной пробы у 10 пациентов (17,9%) выявлен гиперреактивный тип реакции, у 2(3,6%) пациентов – нормоциркуляторный и у 44(78,5%) – ареактивный тип реакции на окклюзию. Таким образом, у пациентов с COVID-19-ассоциированной ВП формируется стазический тип нарушений микроциркуляции за счет спазма артериол и нарушения реологических свойств крови. Клинически выявлена выраженность респираторных проявлений (78,5%), продолжительный субфебрилитет (58,9%), неврологическая симптоматика в виде головной боли (32,1%) и суставные боли (32,1%). Отмечена четкая взаимосвязь патологической реакции на окклюзионную пробу с возникновением симптомов постковидного синдрома. У всех 44(100%) пациентов с ареактивным типом реакции были выявлены одышка, слабость, ощущение неполного вдоха, у 75% – длительный субфебрилитет, у 41% – головная боль и суставные боли.

Выводы: Выявленные закономерности можно использовать для построения прогностической модели возникновения постковидного синдрома и прогнозирования тяжести течения заболевания.

90. СОСТОЯНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ В ПОРАЖЕННОМ ЛЕГКОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Томск, Российская Федерация

Букреева Е.Б., Зоркальцев М.А., Удодов В.Д., Зайцева А.А.

Цель: Изучить состояние альвеолярно-капиллярной проницаемости (АКП) у пациентов внебольничной пневмонией (ВП) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материалы и методы: У 16 пациентов (мужчин – 8, женщин – 8, средний возраст – 64,8 лет) с верифицированными диагнозами ВП и СД2 проведена оценка АКП в пораженных легких (ПЛ) методом вентиляционной сцинтиграфии легких с использованием однофотонной эмиссионной компьютерной томографии BrightView Philips с применением радиофармпрепарата 99мТс-пентатех. Группу контроля составили 25 пациентов с ВП. Согласно методике, определяли количество импульсов (гамма-квантов) спустя 1, 10 и 30 минут после ингаляции радиоактивной смеси.

Результаты: Был проведен сравнительный анализ АКП в ПЛ между группами ВП и ВП на фоне СД2. При оценке параметров, полученных на 1-й минуте исследования в ПЛ достоверных различий между группами получено не было. На 10-й минуте в ПЛ наблюдалась тенденция к ускорению проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны (АКМ), но не было выявлено статистически значимых различий. Тогда

как на 30-й минуте АКП была достоверно выше в группе ВП на фоне СД2 39,2 % по сравнению с группой ВП – 30,9 % соответственно (p=0,035).

Выводы: По результатам проведенного исследования выявлено ускорение АКП ПЛ в группе пациентов с ВП на фоне СД2, по сравнению с контрольной группой, что вероятно обусловлено более выраженным течением воспалительного процесса и нарушении АКМ в ПЛ у данной категории пациентов.

91.
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У НАРКОПОТРЕБИТЕЛЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославская областная клиническая больница

Брусин С.И., Гришкова М.Д., Удальцова Н.Н.

Цель сообщения: Показать особенности клинической картины, рентгенологических и лабораторных данных пневмонии при ВИЧ-инфекции. Показать возможности эмпирической антибактериальной терапии у наркопотребителя с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы: Клинический разбор истории болезни пациента М., 47 лет, находившегося в пульмонологическом отделении ЯОКБ с диагнозом: «Основной: тяжелая внебольничная двусторонняя полисегментарная абсцедирующая пневмония. Фоновое: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний, без приема АРВТ. Осложнения: ДН 2 степени. Анемия средней степени тяжести. Сопутствующий: хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз печени. Портальная гипертензия: асцит, гепатоспленомегалия. НРС: НБПНПГ, AV- блокада 1 степени». Поступил в тяжелом состоянии с гипоксемической и интоксикационной энцефалопатиией, SpO2 88% при дыхании воздухом. Анализ крови на стерильность (трехкратный) – роста микробов не обнаружено. Анализ мокроты на КУМ (трехкратный)– не обнаружено. На РКТ ОГП при поступлении 22.12.2022: признаки 2-х сторонней полисегментарной пневмонии с абсцедированием S6 левого легкого. Лимфаденопатия ВГЛУ. 30,12.2022 Отрицательная динамика. Двусторонняя полисегментарная пневмония смешанного генеза (субтотальная по типу «матового стекла»), слева в н/д деструктивная пневмония. Антибактериальная терапия. Левофлоксацин, амоксициллин/клавуланат, ко-тримоксазол, имипенем/циластатин, амикацин .

Результаты и обсуждение: Отмечается положительная клиническая, лабораторная и рентгенологическая динамика. Нормализация сатурации, отсутствие интоксикации. На РКТ 19.01.2023: положительная динамика: уменьшение интенсивности полисегментарной инфильтрации легочной ткани с обеих сторон.

Вывод: Показана эффективность эмпирической антибактериальной терапии жизнеугрожающей пневмонии

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

92
ГИПОКСИЧЕСКИЙ ТЕСТ КАК ИНДИКАТОР УСТОЙЧИВОСТИ РАБОТНИКОВ К УСЛОВИЯМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА

ФГБНУ «НИИ МТ», Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Румянцева О.И., Петрыкина М.В., Чжан Синьлян, Глазачев О.С.

Цель работы: оценить степень влияния промышленного аэрозоля на адаптационные возможности организма работающих путем проведения гипоксического теста (ГТ).

Материалы и методы: В условиях стационара обследовано 10 работников завода по производству вторичного свинца «Фрегат» (плавильщики, стропальщики, ср.стаж 18 ± 1.8 г.), 14 горнорабочих очистного забоя СУБР (ср.стаж 25±2.1г.), 8 здоровых лиц, не имеющих контакта с вредными производственными факторами. ГТ (дыхание 10 мин. через маску газовой смесью с FiO2-11%) выполнен с применением аппарата ReOxy Cardio (Aimediq S.A. Люксембург) со встроенным пульсоксиметрическим датчиком «Masimo Rad-5», США.

Результаты: В первой группе время десатурации гемоглобина O2 до пороговых значений 80% составило в среднем 126±40 сек, время реоксигенации – 180±40 сек, значения гипоксического индекса (ГИ) варьировали от 3,6 до 10,2 при среднем по группе – 5,9±2,3. Критерием прекращения ГТ были высокая скорость десатурации до 78-80% (6 чел.) и значительная тахикардия (4 чел.). Во 2-й группе время десатурации составило 228±80 сек, время восстановления SpO2 – 69±20 сек., среднее значение ГИ 8,9±3.7 с индивидуальным разбросом от 4.2 до 12.2. Значения ГИ в группе контроля были значимо выше. Обсуждение: выявлена сниженная устойчивость к гипоксии в группе работников предприятия «Фрегат», что может свидетельствовать о триггерном токсическим действии свинца на процессы перекисного окисления липидов с развитием структурно-функциональных нарушений ферментных систем тканевого дыхания, нарушением антиоксидантных резервов организма.

Заключение: Внедрение гипоксического теста индикатора резервных возможностей работающих в программы реабилитации позволит персонифицировать комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий с включением метода гипоксических тренировок

РАЗНОЕ

93.
ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

1 – Белорусский государственный медицинский университет;
2 – ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева;
3 – 6-я городская клиническая больница г. Минска

Каленчиц Т.И. – 1, Кабак С.Л. – 1, Диденко Н.С. – 2, Лосевич О.В. – 3, Глазкина М.А. – 3

Цель: установить факторы риска внутрибольничной летальности у пациентов с COVID-19 инфекцией.

Материал и методы: в исследование включены 1542 пациента, инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2 (диагноз подтвержден экспресс тестом на антиген коронавируса или ПЦР секрета верхних дыхательных путей), находившиеся в период с 01.01.2022 по 28.02.2022 г. на стационарном лечении в терапевтических отделениях городской клинической больницы г. Минска. Средний возраст пациентов, из которых 58,6% составили женщины, был равен 67,2±14,3 лет, в том числе доля лиц ≥65 лет составила 62,5%, 40-64 лет – 32,1% и 18-39 лет – 5,4%; 403 человека (25,3%) были ранее привиты вакцинами «Спутник V» или «Vero Cell».

Результаты: внутрибольничная летальность составила 7,5%. Она была выше среди не привитых (9,5%), чем у привитых (1,7%). Средний возраст умерших пациентов – 80,1 лет. Доля возрастной группы 65 лет и старше составили 93,3%. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов с летальным исходом колебалась в диапазоне от 1-го до 58-ми дней. Все они имели при поступлении среднетяжелое и тяжелое течение COVID-19 инфекции, рентгенологическую картину умеренной (КТ1) или среднетяжелой (КТ2) пневмонии (45,8%), 100% нуждались в кислородной поддержке, а 65 человек (54,2 %) были подключены к аппарату искусственной вентиляции легких. Все пациенты с летальным исходом имели более 2-х сопутствующих заболеваний, включая сахарный диабет, гипертоническую болезнь, ожирение и онкологические заболевания.

Заключение: полученные результаты свидетельствует о том, что факторами риска смертности пациентов, инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2, являлись возраст (≥ 65 лет), отсутствие вакцинации, наличие двух и более сопутствующих заболеваний, тяжелое течение заболевания и потребность в кислородной поддержке.

94.
СООТНОШЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ И ВНЕЛЕГОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

1 – Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, 2 – Городская клиническая детская стоматологическая поликлиника, Ставрополь, Россия, 3 – Ставропольский базовый медицинский колледж, Ставрополь, Россия

Малыхин Ф.Т. – 1, Малыхин Т.Ф. – 2, Малыхин А.Ф. – 3

Цель: Определение преобладающей симптоматики постковидного синдрома (ПКС) у молодых людей.

Материал и методы: Использован адаптированный опросник «Анкета по постковидному синдрому» (https://anketolog.ru/). Предшествующее заболевание COVID-19 у респондентов подтверждено лабораторно. Статистический анализ включал определение ошибки для относительных показателей по t-критерию Стьюдента ($p<0,05$).

Результаты: В анкетировании приняли участие 152 студента педиатрического и лечебного факультетов, 72,9 % женщин и 27,1% мужчин, в возрасте 18-22 г. Одышка беспокоила 39,9% процентов опрошенных, сухой кашель – 44,3%, продуктивный был у 26,1% респондентов. Преобладала неврологическая и психиатрическая симптоматика: снижение памяти (52,9%), «мозговой туман/бред» (35,2%), утрата концентрации внимания (60,4%), ощущение собственной беспомощности (36,8%), навязчивые мысли (32,7%), головокружение и шаткость походки (57,1%, боли в мышцах и суставах (64,5%), головные боли (60,4%), повышенная утомляемость (72,6%), тревога, депрессия, панические атаки (42,4%), нарушение сна (59,9%), снижение настроения (60,6%). Существенной проблемой в самочувствии студентов-медиков, по данным анкетирования, является и наличие у молодых людей в рамках ПКС симптомов поражения органов пищеварения, трофических расстройств, кардиологических симптомов.

Выводы: Несмотря на то, что COVID-19 в остром периоде является, прежде всего, респираторной инфекцией, наиболее частыми и разнообразными по проявлениям симптомами постковидного синдрома, наблюдаемыми у прошедших анкетирование студентов-медиков, являются психоневрологические проявления. Помимо возможной нейротропности вируса, этому могли способствовать сосудистые и гематологические эффекты SARS-CoV-2.

95.
СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ И МЕХАНИЗМЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ ИЗОФОРМ NOS ОТ CA2+

1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России;
2 – Московский физико-технический институт

Попова Н.А. – 1,2, Соодаева С.К. – 1,2, Климанов И.А. – 1, Темнов А.А. – 2

Основным и достаточно изученным структурным элементом, определяющим зависимость изоформ синтазы оксида азота (NOS) от ионов Ca2+, является белок кальмодулин (CAM). Как известно, iNOS всегда экспрессируется с CAM, поэтому является независимой от концентрации Ca2+ в среде, тогда как конститутивные формы – nNOS и eNOS, экспрессируются без CAM и для их активации требуется его связывание. CAM имеет четыре центра связывания Ca2+ с разной аффинностью, что предопределяет двухэтапный процесс: сначала заполняются два центра с

более высокой аффинностью, что позволяет CAM связаться с NOS, но при этом еще CAM не может выполнять свою основную функцию – ускорять перенос электронов от флавинмононуклеотида (FMN) редуктазного домена на гем. Для «включения» CAM в работу требуется заполнение ионами кальция двух оставшихся центров связывания. Несмотря на то, что связывание CAM, фактически, выполняет роль триггера в каталитическом цикле NOS, в отсутствие CAM eNOS способна синтезировать оксид азота (NO) на уровне 2,5% от нормального катализа, для nNOS концентрации NO в отсутствии CAM не определяются. При этом на сегодняшний день выявлены другие структурные элементы, определяющие зависимость изоформ NOS от Ca2+, основным из которых сейчас считается аутоингибиторная вставка (AI). Более того, AI, представляющая из себя последовательность из 52 – 55 аминокислот в редуктазном домене, вероятно, является основным структурным отличием конститутивных изоформ, поскольку она отсутствует в iNOS. Благодаря исследованиям химер eNOS с удаленной AI было показано, что она практически в семь раз увеличивает требуемый для активации редуктазной активности фермента уровень Ca2+ (с 20 нМ до 150 нМ). Но, несмотря на высокую активность редуктазного домена, для синтеза NO таким химерам все равно необходимо связыван

96.
АУТОРЕГУЛЯТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ C-TAIL NO-СИНТАЗ

1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России;
2 – Московский физико-технический институт

Попова Н.А. – 1,2, Соодаева С.К. – 1,2, Климанов И.А. – 1, Темнов А.А. – 2, Мишарин В.М. – 1

Известно, что все изоформы синтаз оксида азота (NOS) имеют на С-конце удлинение из 20 – 40 аминокислот, что отличает их от цитохрома P450 редуктазы. Характерной особенностью С-конца NOS является наличие базовой последовательности из восьми аминокислот (основание C-tail), которая оказалась полностью идентична для разных изоформ NOS, принадлежащих разным животным и насекомым. При этом удлинение базовой последовательности (непосредственно «C-tail») имеет разную длину и разную последовательность аминокислот. Считается, что в силу удаленности, C-tail не может напрямую контактировать с оксигеназным доменом, аутоингибиторной вставкой и кальмодулином. Эксперименты с мутантными формами NOS показали, что C-tail оказывает сложное и разнонаправленное влияние на каталитическую активность NOS и, особенно, ее редуктазную активность. Если базовая последовательность (основание C-tail) является необходимой для эффективного катализа, и при ее удалении вместе с C-tail синтез оксида азота (NO) падает почти на 70%, то при удалении только самого C-tail синтез NO растет на 15%, а редуктазная активность NOS увеличивается почти в 10 раз. Особенностью регуляторного действия C-tail является его парадоксальное влияние на редуктазную активность NOS при связывании CAM: исходные NOS с сохраненным C-tail при связывании CAM усиливают редуктазную активность от 3 до 10 раз, а мутантные формы с удаленным C-tail наоборот, снижают ее на 36 – 46% в ответ на связывание CAM. В отсутствии CAM, редуктазная активность мутантов с удаленным C-tail выше, чем у нормальных форм – в 7 раз для eNOS и в 21 раз для nNOS, что подтверждает сильное аутоингибирующее влияние этого структурного элемента. При этом в присутствии CAM удаление C-tail не имеет заметного влияния на редуктазную активность. То есть C-tail, во многом,

97.
РОЛЬ ЮРИСТА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМИ ОШИБКАМИ

Международный Независимый Университет Молдовы, г. Кишинев

Писаренко К.С.

Цель: определить роль юриста (Ю) лечебного учреждения (ЛУ) в разрешении конфликтов, связанных с медицинскими ошибками (МО).

Материал и методы: анализ собственного опыта, а также источников и литературы, отобранных в базах данных научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary.

Результаты и их обсуждение: риск МО остается одним из основных рисков при оказании медицинской, в том числе специализированной помощи, а конфликты (К), возникшие на их почве, сегодня не редкость. В разрешении связанных с этим юридических вопросов важную роль играет Ю ЛУ. Он анализирует обстоятельства «МО», включая документацию, свидетельства больных (Б), медперсонала (МП) и другие фактические данные, чтобы определить, были ли нарушены законодательство (З) и стандарты медпрактики. По завершению анализа Ю формирует правовую позицию ЛУ, информирует о ней вовлеченного в К медработника (МР) и администратора (А), рекомендует им действия для урегулирования К. Ю может вести переговоры с Б или его законным представителем по вопросам компенсации за причиненный ущерб и заключения досудебного соглашения. В случае судебного разбирательства Ю защищает интересы ЛУ и МР. Он готовит дело, представляет доказательства и строит стратегию защиты. Ю может разрабатывать рекомендации для улучшения внутренних процедур, обучения МП, контроля качества медпомощи для предотвращения МО в будущем. Ю следит за изменениями в З и нормативных актах, касающихся поставщика медуслуг, его ответственности за причинение вреда жизни и здоровью Б и информирует А и МП о необходимых изменениях в медпрактике.

Выводы: роль юриста ЛУ в разрешении связанных с МО конфликтов состоит в обеспечении справедливого и законного решения, удовлетворяющего интересы сторон конфликта и предотвращающего подобные ситуации в будущем.

98.
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (СН-СФВ) НА ПЕРВИЧНУЮ КОМБИНИРОВАННУЮ КОНЕЧНУЮ ТОЧКУ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ России, ГБУЗ Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

Бабушкина Г.В., Шайхлисламова Г.И., Сахабетдинова И.М., Губаева А.М.

Цель: оценить комплексную терапию с включением ивабрадина у пациентов с СН-СФВ на первичную комбинированную конечную точку в течение 1 года наблюдения.

Материал и методы: В исследование включено 160 пациентов с ХСН II и III ФК (по NYHA), сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ 50%) на фоне стабильной стенокардии III ФК в возрасте от 45 до 65 лет, с синусовым ритмом и ЧСС более 70 ударов в минуту. Пациенты были разделены на 3 группы: в группе А в

составе комплексной терапии назначался бисопролол , в группе В – комбинация бисопролола с ивабрадином, в группе С — ивабрадин. В течение года наблюдения определялись клинические исходы – первичные конечные точки, включающие сердечно-сосудистую смерть, госпитализации в связи с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и ХСН.

Результаты: За год наблюдения случаев смерти в группах зарегистрировано не было. Развитие ОИМ отмечалось у пациентов в группах А и С и составило соответственно 5,7 и 3,9%. Частота повторных госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН, в группе А составила 26,4%, В – 14,3%, С – 23,5%.

Вывод: выявлено снижение риска госпитализаций по поводу ОИМ и ХСН в течение 1 года наблюдения на фоне комплексной терапии в сочетании с приемом бисопролола и ивабрадина у пациентов ИБС с СН-СФВ ≥ 50 %. Уменьшение вероятности числа повторных госпитализаций в связи с ХСН способствует как увеличению продолжительности жизни, так и улучшению ее качества

99.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МАКСИМАЛЬНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ России ГБУЗ Республики Башкортостан «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

Бабушкина Г.В., Пермякова С.В., Шестова К.А., Губаева А.М., Музюкова С.А.

Цель: изучить влияние комплексной терапии Q -инфаркта миокарда (Q-ИМ) с включением максимальных доз статинов на структурно-функциональные показатели миокарда в течение года.

Материалы и методы: В исследование включены 104 мужчины в возрасте до 60 лет с острым Q-ИМ, которые наблюдались в течение 12 месяцев. Оценивались структурно-функциональные особенности миокарда методом ЭХО-кардиографии. Для сравнения взяты две группы пациентов, рандомизированных методом случайных чисел. I группа (n=54) в составе комплексной терапии Q-ИМ получала розувастатин в дозе 40 мг в сутки, II группа (n=50) – аторвастатин в дозе 80 мг в сутки.

Результаты: По данным ЭХО-КГ через 6 месяцев наблюдалось значимое уменьшение толщины ЗСЛЖ в обеих группах ($p<0,05$). В I группе наблюдалось значимое увеличение ФВ на 9,23% через 3 месяца ($p<0,05$) и на 12,20% – через 6 месяцев наблюдения ($p<0,01$); во II группе – на 9,97% через 6 месяцев ($p<0,05$).Было выявлено значимое уменьшение ИММЛЖ на 10,18% через 6 месяцев в I группе ($p<0,05$); и на 9,35% через 12 месяцев – во II группе ($p<0,05$).

Выводы: на фоне комплексной терапии с включением максимальных доз статинов в течение года наблюдения у пациентов трудоспособного возраста, перенесших Q-ИМ, наблюдалось улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики (уменьшение толщины ЗСЛЖ, ИММЛЖ через 6-12 месяцев ; увеличение ФВ через 3-6 месяцев) ($p<0,05$).

100.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ДОСТАВКИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕГКИЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Резяпова А.И.

Цель: На основании изучения выборки больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой сопоставить и оценить 9 ингаляторов по частоте их правильного использования, типу ошибок, оценке устройств обследуемыми и выявить возможные факторы, влияющие на неправильное использование ингаляторов.

В исследовании приняли участие 141 человек от 21 до 82 лет (68% мужчин и 32% женщин. 46% пациентов страдали ХОБЛ, 51% бронхиальной астмой, а 2,8% пациентов имели сочетание ХОБЛ и БА). Были сопоставлены следующие ингаляторы: жидкостные – ДАИ и респимат; порошковые капсульные – бризхалер и CDM; порошковые многодозные – турбухалер, спиромакс, дженуэйр и эллипта. Оценка осуществлялась в три этапа: интуитивная, после прочтения инструкции и после обучения медицинским работником. Мы учитывали факторы, которые могут влиять на понимание техники использования устройств и возможность правильного использования, а также быть причиной неконтролируемого течения заболевания. Артриты (5,7%) могли затруднять движения, нарушения зрения (24,1%) и слуха (20,6%), когнитивные нарушения (18,4%), тремор рук (15,6%) — затруднять обучение и использование устройств, ринит (34%) – быть причиной неконтролируемого течения БА. По интуитивно правильному использованию ингаляторы расположились следующим образом: эллипта 45,4%, спиромакс и ДАИ по 40,4%, рапихалер 39,7%, бризхалер 32,6%, CDM 31,2%, турбухалер 17,7%, дженуэйр 8,5%, респимат 5%. После прочтения инструкции: CDM и спиромакс 89,4%, эллипта 87,9%, дженуэйр 83%, бризхалер 77,3%, рапихалер 60,3%, турбухалер 58,2%, респимат 54,6%, ДАИ 46,1%. После личного обучения получились следующие данные: эллипта, бризхалер и спиромакс 100%, CDM 99,3%, дженуэйр 98,6%, турбухалер 95%, респимат 92,9%, рапихалер 82,3%, ДАИ 82,3%.

101.
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ И ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННЫХ COVID-19

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ

Колесников П.Е., Визель А.А.

Пандемия инфекции COVID-19 оказалась вызовом для систем здравоохранения по всему миру. Несмотря на достигнутые успехи в лечении этого заболевания, многие выжившие продолжают испытывать различные симптомы, объеденные термином «долгий COVID», наиболее частый из таких симптомов – усталость.

Материалы и методы: Нами было исследовано 100 пациентов, перенёсших госпитализацию по поводу ПЦР-подтверждённой инфекции COVID-19 с поражением лёгких. Усталость оценивалась при помощи шкалы оценки усталости (FAS). Статистический анализ проведён с использованием стандартных методов.

Результаты: Согласно полученным данным, клинически значимую усталость удалось выявить у большинства пациентов (66%), при этом домен «физической усталости» (Me=14;IQR:11-18) преобладал над доменом «ментальной усталости» (Me=10;IQR:8-12). Синдром усталости встречался значимо чаще у пациентов с тяжёлым течением COVID-19 (p=0,014), а так же у лиц с ожирением (p=0,002). Наличие сопутствующей патологии было ассоциировано с развитием синдрома усталости (p=0,018). Установлено (p=0,013), что пациенты с усталостью предъявляли большее число дополнительных симптомов, так же, синдром усталости значимо чаще встречался у пациентов с одышкой (p=0,016). У пациентов, включённых в исследование, синдром усталости зависел от продолжительности госпитализации (p=0,015), но не был связан с фактом лечения в условиях ОРИТ (p=0,158). У вакцинированных пациентов синдром усталости встречался значимо реже, чем у не вакцинированных (p=0,002), тогда как приём противовирусных препаратов не оказывал влияния на развитие усталости (p=0,894).

Выводы: Выявленные закономерности позволяют сфокусировать внимание системы здравоохранения на наиболее уязвимой группе пациентов, оптимизировать подходы к лечебным и реабилитационным мероприятия.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

102. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ ПНЕВМОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

ГКДЦ №1, ПСПбГМУ

Новикова Т.А. – 1, Попов Е.А. – 1, Рубаник Т.В. – 1, Шапиро Н.В. – 1, Шапорова Н.Л. – 2, Тишков А.В. – 2

Повреждение легких, вызванное жизнедеятельностью вируса SARS-COV-2, является серьезным препятствием к выздоровлению пациентов с COVID-19-ассоциированной пневмонией. Лечение постковидного синдрома в настоящее время – значимая проблема мирового здравоохранения. Именно поэтому проведение пульмонологической реабилитации важно на всех этапах болезни. В статье представлены программы комплексной реабилитации, включающие физиолечение, галоингаляции, лечебную физкультуру и гипербарическую оксигенацию. Изучено влияние данных методов на показатели функции внешнего дыхания, анализы крови, состояние органов грудной клетки по результатам компьютерной томографии, пульсоксиметрии, одышки по опроснику mMRS. Известно, что при коронавирусной инфекции развивается диффузное альвеолярное повреждение, которое может привести к нарушению диффузионной способности легких. В статье рассматривается влияние гипербарической оксигенации на показатели диффузионной способности легких. Проведение реабилитации, включающей в себя дыхательные упражнения, ингаляционную небулайзерную, физио- и галотерапию, у пациентов, перенесших COVID-пневмонию, уменьшает проявления и степень выраженности остаточных изменений заболевания. Проведение баротерапии на этапе реабилитации у этих пациентов эффективно для уменьшения выраженности одышки, улучшения переносимости физических нагрузок и других проявлений постковидного синдрома, способствует более быстрому разрешению интерстициальных изменений в легких. Совместное последовательное использование данных методов реабилитации имеет дополнительное положительное влияние на респираторную систему пациентов, перенесших COVID-19, и может быть рекомендовано к применению в рутинной практике на 3-м амбулаторном этапе реабилитации.

103.
ДОЛГОСРОЧНЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ COVID-19: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОТДАЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение Медико-санитарная часть №1 Республики Марий Эл – Йошкар-Ола (Российская Федерация); Казанский государственный медицинский университет – Казань (Российская Федерация)

Соболева Е.А., Хамитов Р.Ф.

На этапе годового наблюдения постковидные изменения сохраняют свою актуальность.

Цель: Разработка и анализ долгосрочных персонифицированных восстановительных программ у пациентов, перенесших COVID-19.

Методы: Динамическое наблюдение пациентов, перенёсших COVID-19, проведение и анализ персонифицированных восстановительных программ через 12 месяцев. Программы включали физические тренировки на тренажерах (велоэргометр, тредмил, мотомед, степпер), ЛФК, тренировки дыхательной мускулатуры с тренажерами Threshold IMT, когнитивную программу.

Результаты: Распределение по степени тяжести COVID-19 у 48 пациентов: средней ст. тяжести 41,7%, тяжелой ст. – 45,8%, крайней тяжелой ст. – 12,5%. Распределение согласно шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ): пациенты со средней ст.тяжести – преимущественно ШРМ4 92,9%; с тяжелым течением – в 64,7% ШРМ4, в 29,4% ШРМ5; пациенты с COVID-19 крайней ст. тяжести – ШРМ4 в 33,3%, ШРМ5 в 66,7% (при первичной госпитализации после выписки из инфекционного стационара). Коморбид в виде СД – 26,7%,ГБ – 94,9%, ИБС – 20%, ХОБЛ – 11%. Реабилитационные проблемы спустя год: в 81,8% одышка (ШРМ3- 26,7%, ШРМ4-26,7%, ШРМ5-46,7%), кашель в 36,4% случаев (ШРМ3-33,3%, ШРМ5-66,7%), когнитивные нарушения в 72,7%, мышечная слабость в 27,3% и артралгии в 59,1% случаев. Тест с 6ти минутной ходьбой (Т6Х) через год при ШРМ5 – 375м, ШРМ4 – 390м, ШРМ3 – 400м. Механотерапия через 12 месяцев: ШРМ5 – 60% ВЭМ/тредмил, 40% мотомед; ШРМ4 – 34% мотомед, 64%- ВЭМ/тредмил.

Выводы: Динамическое годичное наблюдение с проведением восстановительных программ позволяет своевременно выявить отдаленные последствия перенесенной COVID-19. Высокий процент реабилитационных проблем спустя 12 месяцев показывает актуальность различных направлений реабилитации.

104.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ФГАОУ ВО «КФУ им. ВИ. Вернадского» Институт «МА имени С.И. Георгиевского»

Юсупалиева М.М., Гришин М. Н., Корчагина Е.О

Целью исследования являлось: определить воздействие методов физиотерапии на этапе СКЛ для пациентов, перенесших COVID-19, и проанализировать полученные результаты.

Учитывались: показатели СПГ, ЭКГ, уровень D-димера и СРБ, гемограммы, ЧДД и сатурация при поступлении и выписке. Материалы и методы: В отделении ФКУЗ «Са-

наторий «Алупка» МВД России» были сформированы 3 основные группы больных в количестве 75 человек и контрольные группы (КГ) в количестве 60 пациентов.

Результаты: В первой группе применялась магнитолазеротерапия: уменьшилось СОЭ; биохимические «острофазные» показатели; количество нейтрофилов от умеренного до нормального (P=0,05); отмечалось снижение D-димера, кроме КГ. Нарушения функции лёгких были обнаружены во второй группе. При применении нормобарической гипокситерапии отмечены улучшения в общей ёмкости легких (TLC), ОФВ1, ФЖЕЛ, диффузионной способности лёгких (DLCO) и бронхиальной проходимости. SpO2 повысились на 1-3% (от исходных 91-93%), кроме КГ. Применение барокамеры в третьей группе с диагнозом ХОБЛ и ГБ статистически значимо улушило биохимические «острофазные» показатели, количество нейтрофилов, снижение СОЭ. D-димер снизился от 266-320 нг/мл до 100-150 нг/мл, (P=0,05). Бронхиальная проходимость улучшилась на 25%, показатель ОФВ1 – на 1,5% . SpO2 повысились на 3-5% (от исходных 89-91%), кроме КГ.

Выводы: Данные методы рекомендуются на 3 этапе реабилитации в отделениях пульмонологии, в зависимости от исходных показателей лабораторных и функциональных данных.

105.
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОГО ФЕНОТИПА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, ГБУЗРК «АНИИ им. И.М. Сеченова», г. Ялта

Каладзе Н.Н., Дудченко Л.Ш., Соловьева Е.А.

Респираторный фенотип постковидного синдрома (ПКС) проявляется остаточными интерстициальными изменениями в легких с риском формирования фиброза, матового стекла или консолидации и дыхательной недостаточностью. Под наблюдением находилось 269 больных с респираторным фенотипом ПКС, получивших комплексную санаторно-курортную реабилитацию. У пациентов при поступлении на реабилитацию превалировали жалобы на одышку, повышенную утомляемость, сниженную толерантность к физической нагрузке, некоторое снижение показателей вентиляционной функции легких и снижение качества жизни. Лабораторные исследования не выявили значимых отклонений от референсных значений. Проведенные дополнительные иммунологические исследования обнаружили значительное повышение профибротического цитокина – трансформирующего фактора роста (TGF-β), что подтверждало гипотезу формирования необратимых фиброзных изменений легочной ткани. Длительно сохраняющая одышка и низкая толерантность к физической нагрузке у пациентов с остаточными явлениями COVID-19 подтверждала выявленная обратная корреляционная связь между TGF-β и опросником одышки BDI/TDI. Вышесказанное обуславливает целесообразность акцента в реабилитационных методиках на респираторной терапии: инспираторных дыхательных тренажерах Coach-2, гипоксически-гиперкапнических тренировках, высокочастотной осцилляции органов грудной клетки, тренировках диафрагмального дыхания. Возможности восстановления легочной паренхимы расширяются за счет включения в реабилитационный комплекс ингаляций экзогенного сурфактанта. Проведение комплексной санаторно-курортной реабилитации целенаправленных методов респираторной терапии способствует восстановлению функциональных резервов бронхо-легочной системы и возращению пациентов к прежнему уровню здоровья.

106.
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ (ОКСИДОМ АЗОТА И МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВОДОРОДОМ)

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Позднякова Д.Д., Нгуен Хоанг Кыонг, Баранова И.А.

В настоящее время медицинские газы широко используются в медицине. Оксид азота (NO) применяют для лечения легочной гипертензии, ОРДС и др. Молекулярный водород (H2) обладает антиоксидантным эффектом. Применение NO и H2 показало эффективность, однако методика их совместного назначения малоизучена. Такая комбинация может зарекомендовать себя как эффективный и безопасный метод лечения пациентов с различной патологией.

Целью исследования является: определение безопасности применения комбинированной ингаляционной терапии NO и H2 у здоровых добровольцев.

Материалы и методы: В открытое несравнительное проспективное исследование включены 10 добровольцев от 18 до 60 лет, не имеющих острых или хронических заболеваний. Им была предложена однократная комбинированная ингаляция NO (60 ppm) и H2 (>4% в газовой смеси) в течение 90 минут. Исследовались образцы артериальной и венозной крови для определения газового состава, гемодинамические показатели по данным ЭХО-КГ, данные спирометрии и диффузионной способности легких (DLCO).

Результаты: При оценке парциального давления кислорода и углекислого газа, сатурации, лактата по окончании ингаляции NO и H2 не отмечено достоверных изменений ($p>0,05$). Отсутствовала динамика функциональных легочных объемов (ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ), DLCO и данных гемодинамики по ЭхоКГ (фракция выброса, среднее давление в легочной артерии (СДЛА), размеры камер сердца) ($p>0,05$). Концентрация 60 ppm NO не привела к повышению метгемоглобина крови (0,59±0,11%) в конце исследования. Не зафиксировано появление объективных побочных эффектов, витальные показатели сохранились в пределах нормы.

Выводы: Результаты исследования демонстрируют безопасность применения комбинированной терапии NO и H2 по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

107.
СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЁННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРРЕКЦИЮ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Гришечкина И.А.

Цель исследования: оценить отдалённые исходы программ реабилитации при пульмонологических проявлениях постковидного синдрома.

С августа 2021 года по март 2022 года проведено проспективное когортное исследование, с участием 113 пациентов с пульмонологическими проявлениями постковидного синдрома. Пациентам основной группы (n=25) проведена исследуемая реабилитационная программа, пациентам трёх других групп – вмешательства с использованием отличных от исследуемого протоколов реабилитации (методики восточной медицины; бальнео- и физиотерапии; самостоятельное обучение, с использованием видеоконтентов реабилитационных методик и физические тренировки). Группы были сопоставимы по полу, возрасту и шкале реабилитационной маршрутизации. В течение периода наблюдения в группах регистрировались: частота госпитализаций в связи с обострением постковидного синдрома, смерти или инвалидизации, а также потребность в других видах помощи. Пациенты групп сравнения больше и чаще обращались за терапевтической помощью в связи с возникающими симптомами постковидного синдрома ($\chi2=6,635$, $p=0,001$; $\chi2=13,463$, $p=0,001$; $\chi2=10,949$, $p=0,001$), а также чаще госпитализировались ($\chi2=5,357$, $p=0,021$; $\chi2=0,125$, $p=0,724$; $\chi2=0,856$, $p=0,355$), чем пациенты основной группы. Относительный риск госпитализаций в наблюдаемой когорте составил 0,143 (CI: 0,1; 1,0); 0,580 (CI: 0,1; 6,0); 0,340 (CI: 0,1; 2,9). Снижение относительного риска госпитализаций при применении исследуемой методики реабилитации пациентов с постковидным синдромом составило 85,7%; 42,0 % и 66,0 % соответственно. Наилучшие исходы у пациентов с пульмонологическими проявлениями постковидного синдрома в последующие 6 месяцев отмечены после применения реабилитационной программы, разработанной с включением основных компонентов респираторной реабилитации.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

108
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ФВД) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИСТИОЦИТОЗОМ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА (ГКЛ)

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких

Зинченко А.В., Илькович М.М.

Цель исследования: Провести анализ изменений показателей ФВД у пациентов с ГКЛ на фоне применения различных схем терапии.

Материалы и методы: Проанализированы показатели КИФВД у 62 пациентов с гистологически верифицированным (в том числе и иммуногистохимически) ГКЛ, наблюдающиеся в НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ПСПбГМУ им.И.П.Павлова на фоне терапии в течение 12 мес. Результаты. Выделены 4 группы пациентов: на терапии СКС (n=14), на сочетанной терапии цитостатиком и СКС (n=18), на химиотерапии (n=16), без проводимого лечения – динамическое наблюдение (n=14). Выявлены статически значимые различия при анализе динамики ЖЕЛ в зависимости от группы лечения ($p = 0,002$), динамики ОФВ1 ($p < 0,001$), динамики диффузионной способности легких ($p < 0,001$), динамики ООЛ (p 0,001). На фоне химиотерапии выявлена четкая стабилизация процесса (прирост ЖЕЛ на 0,03 л, прирост ФЖЕЛ на 0,08 л, уменьшение ООЛ на 0,21 л, прирост DLCO на 3 %).

Выявлена отрицательная динамика (снижение диффузионной способности легких) у пациентов без лечения при относительно стабильных показателях КИФВД. Статически значимых различий в изменении показателей ФВД на фоне терапии СКС и СКС + цитостатик не выявлено.

Выводы: Применение курса химиотерапии оказывает положительный эффект со стороны изменений показателей ФВД у пациентов с ГКЛ по сравнению с другими видами лечения и динамического наблюдения.

109.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗ-ЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства» ФМБА, Москва, Россия

Бабаджанова Г.Ю.

Муковисцидоз является редким генетическим заболеванием, а муковисцидоз-зависимый сахарный диабет (МЗСД) – его наиболее частым внелегочным осложнением, в первую очередь связанным с инсулиновой недостаточностью. В настоящее время опубликовано немного работ о лечении и ведении взрослых пациентов с этим заболеванием.

Для скрининга МЗСД самым информативным является пероральный глюкозотолерантный тест, однако есть публикации и о возможностях определения содержания гликозилированного гемоглобина (HbA1c) для выявления диабета у пациентов с муковисцидозом.

Имеются ограниченные данные рандомизированных клинических исследований, определяющих оптимальные варианты фармакологического лечения МЗСД.

В современных рекомендациях отмечен инсулин как наиболее подходящий препарат для лечения МЗСД. В данной работе приведен обзор публикаций о диагностике, скрининге и лечении пациентов с муковисцидозом и нарушением толерантности к глюкозе.

Представлены результаты клинических исследований, изучающих роль инсулинотерапии при МЗСД. На основании проанализированных данных можно предположить, что при МЗСД инсулин является препаратом выбора, улучшающим гликемический контроль, нутритивный статус и функцию легких.

Перспективной считается терапия, основанная на применении трансмембранных регуляторов кистозного фиброза (CFTR-модуляторов).

110.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Левченко К.В.

Пациентка Л., 1992 г.р., состоит на учете с диагнозом «туберозный склероз с поражением кожи лица и туловища, почек, головного мозга, печени» с 2013 года. Диагноз был установлен после проведения резекции ангиомиолипомы левой почки и исследования биопсийного материала. В апреле 2016 года при прохождении профилактического рентгенфлюорографического обследования впервые выявлены изменения в легких в виде кольцевидной тени левого легкого. Был выставлен диагноз: киста S6 левого легкого. В ноябре 2016 года пациентка госпитализирована в торакальное отделение У«ГОТКБ» с жалобами на резко возникшую одышку, усиливающуюся при нагрузке, тяжесть и боли в левой половине грудной клетки. Обзорная рентгенограмма ОГК: Левое легкое полностью коллабировано. Выставлен диагноз: Киста S6 левого легкого. Спонтанный пневматоракс слева. Проведена операция: видеоассистированная резекция S6 левого легкого. Пациентка была выписана на амбулаторный этап лечения в

удовлетворительном состоянии. В октябре 2016 года повторная госпитализация с диагнозом «левосторонний рецидивирующий пневмоторакс». 05.10.16 г выполнено дренирование левой плевральной полости. Для дообследования была направлена на КТ ОГК.

По данным КТ ОГК: с обеих сторон по всем легочным полям визуализируются множественные, диффузные мелкие тонкостенные полости до 2 см в диаметре, кистозная деструкция верхней доли правого легкого. Был заподозрен диагноз: лимфангиолейомиоматоз, ассоциированный с туберозным склерозом (болезнь Бурневилля-Прингла). 27.11.16 г. проведена видеоассистированная резекция S 1,4-5 правого легкого, перевязка булл S6, коагуляция булл верхней доли. По данным морфологического исследования биопсийного материала и иммуногистохимического метода исследования диагноз подтвержден.

САРКОИДОЗ

111.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛЕФГРЕНА ПРИ САРКОИДОЗЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 – Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь.
2 – ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС РБ», г. Минск, Республика Беларусь

Метельский С.М. – 1, Федоров С.Е. – 2, Саченко В.В. – 2, Ярошовец В.В. – 2

Саркоидоз относится к системным гранулематозным заболеваниям с преимущественным поражением органов грудной клетки. Одной из прогностически благоприятных форм саркоидоза является синдром Лефгрена, который проявляется внутригрудной лимфаденопатией, узловатой эритемой и явлениями артрита. Согласно современным стандартам при классической картине синдрома Лефгрена необходимости в гистологической верификации диагноза нет, и лечение системными кортикостероидами не показано.

Цель: проведенного исследования был анализ течения синдрома Лефгрена в реальной клинической практике. Из 498 пациентов с саркоидозом, проходивших лечение в период с 2000г. по 2022г. и включенных в общую базу для анализа, синдром Лефгрена выявлен у 35 (7%). Женщин было 21, мужчин – 14. Возраст пациентов – от 20 до 52 лет (33,9 ± 1,6). Установлено, что в 8 из 35 случаев синдрома Лефгрена (22,9%) диагноз подтверждался гистологическим исследованием. У 2 из 35 пациентов отмечено рецидивирующее течение заболевания. У еще одного пациента имело место прогрессирование процесса в течение первого года наблюдения, что потребовало назначения метилпреднизолона сроком на 1 год с положительным эффектом. В остальным случаях (91,4%) течение саркоидоза было благоприятным, сопровождалось регрессией и стабилизацией процесса. В целом в группе синдрома Лефгрена терапия системными кортикостероидами назначалась в 9 случаях (25,7%).

Полученные результаты: свидетельствуют в целом о благоприятном течении синдрома Лефгрена, но при этом следует учитывать возможное прогрессирование и рецидивирующее течение саркоидоза, сопровождающегося синдромом Лефгрена. Существует необходимость повышения образовательного уровня профильных специалистов по вопросам диагностической и лечебной тактики при саркоидозе.

112.
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ НАКОПЛЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛЕГКИХ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ САРКОИДОЗЕ

1. – ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
2. – ФГАОУ ВО НИ Томский политехнический университет,
3. – ОГАУЗ Томская областная клиническая больница, Томск, Российская Федерация.

Денисова О.А. – 1, Барановская Н.В. – 2, Калачева Т.П. – 1,
Топольницкий Е.Б. – 3., Шефер Н.А. – 3., Пальчикова И.А. – 3,
Романов Д.С. – 1, Чернявская Г.М. – 1,Черногорюк Г.Э. – 1.

Целью исследования являлось: изучение показателей накопления микроэлементов в норме и саркоидных гранулемах легких и лимфатических узлов, влияние данных показателей на клинические проявления и прогноз.

Методы: В исследование включены 112 больных саркоидозом. Протокол исследования включал более 200 клинических характеристик в дебюте заболевания. Все больные наблюдались не менее 7 лет. Микроэлементный состав (24 элемента) был исследован методом ИНАА в 76 образцах легких, 42 лимфатических узлов пациентов, 30 контрольных образцах полученных от людей, умерших от случайных причин. Рассчитывался суммарный коэффициент накопления химических элементов Zн, равный сумме коэффициентов концентрации микроэлементов в патологически-измененном образце по отношению к контролю и удельное число пиковых проб Zп (превышающее 2 сигмальных отклонения).

Полученные результаты: Ткань легких и лимфатических узлов при саркоидозе достоверно отличается высокими показателями как Zн, так и Zп по сравнению с контролем. Выявлены ассоциации Zп легких с количеством лимфоцитов крови (r=-0,55; p= 0,03), соотношением CD4/CD8 в крови (r=0,48; p= 0,04). С другими проявлениями клинической картины связи не было выявлено. Zн и Zп лимфатических узлов ассоциированы: с количеством гранулем и гигантских клеток в поле зрения (r 0,52-0,6; p <0,01); с поражением кожи (r 0,5-0,6; p< 0,05); с хроническим рецидивирующим течением (r=0,6-0,62; p< 0,02). Zп связано с показателями МОС 50 спирограммы (r=0,48; p= 0,02).

Результаты: исследования позволяют предположить, что суммарное накопление химических элементов в легких может способствовать развитию саркоидоза, а в медиастинальных лимфатических узлах может быть ассоциировано с неблагоприятным прогнозом заболевания.

113.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО СибГМУ

Романов Д.С., Беспалова И.Д., Денисова О.А.

Цель исследования: Определить распространенность компонентов метаболического синдрома у пациентов с саркоидозом, проживающих на территории Томской области.

Материалы и методы: Проанализированы амбулаторные медицинские карты 274 пациентов с саркоидозом, находящихся на диспансерном учете. Распределение пациентов по полу: мужчин 96 (35%) средний возраст 48±3 лет и 178 женщин (65%) средний возраст 57±4 лет. В качестве компонентов МС рассматривались: повышение артериального давления (АД)≥130/85 мм.рт.ст. или достигнутое целевое АД на фоне приема антигипертензивной терапии; нарушение гликемии натощак>6,1 ммоль/л или раннее диагностированный сахарный диабет 2 типа; ожирение (индекс Кетле≥30 кг/м2); дислипидемия: повышение общего холестерола >5,2 ммоль/л, триглицеридов ≥1,7 ммоль/л, ЛПНП>3,0 ммоль/л, снижение ЛПВП<1,0 ммоль/л у мужчин,<1,2 ммоль/л у женщин. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Office» и STATISTICA 10.0 фирмы StatSoft inc.Статистически значимыми считались различия при p<0,05.

Результаты: Установлено, что наиболее часто выявляемым компонентом МС была артериальная гипертензия (АГ), встречалась в 42% случаев. Дислипидемия регистрировалась практически у каждого третьего больного (34%). Ожирение и сахарный диабет 2 типа у 57% и 27% пациентов соответственно. Сравнительный анализ распространенности компонентов МС в группах больных, выделенных по полу, показал статистически значимые различия (p<0,05): артериальная гипертензия выявлена у 50% женщин и 26% мужчин. Ожирение диагностировано у 24% женщин и 14% мужчин. По остальным показателям разница была не существенной.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности компонентов МС у пациентов, страдающих саркоидозом на территории Томской области.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

114.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ОКСИДАТИВНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ КУРИЛЬЩИКОВ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

1 – Владимирский государственный университет;
2 – НИИ пульмонологии МЗ РФ, г. Москва

Запруднова Е.А. – 1, Хромова А.М. – 1, Соодаева С.К. – 2,
Климанов И.А. – 2, Попова Н.А. – 2, Татаурова Н.Н. – 2, Хорошаева А.В. – 2

Физическая нагрузка, являясь стрессорным фактором, позволяет выявить резервные возможности организма и определить особенности его функционирования, что может быть использовано для обнаружения ранних стадий патологических изменений, а также скрытых и вялотекущих форм, сопровождающихся дисбалансом оксидативного метаболизма. Курение электронных сигарет является распространённым явлением среди молодых практически здоровых людей. В связи с этим, изучение изменений оксидативного метаболизма курильщиков электронных сигарет в ответ на физическую нагрузку является актуальным.

Цель: оценка влияния курения электронных сигарет на показатели свободнорадикальных процессов (СРП) в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) молодых людей при физической нагрузке.

В исследовании участвовало 45 молодых людей в возрасте 20-25 лет: 20 – курильщики электронных сигарет со стажем курения не менее одного года, 25 – группа контроля. В эксперименте использовались только никотинсодержащие электронные сигареты. Все испытуемые не имели диагностированных заболеваний органов дыхания. При выполнении физической нагрузки проводилось измерение ЧСС и сатурации. До и после выполнения нагрузки регистрировались показатели ЖЕЛ, собирался КВВ для исследования метаболитов оксида азота (NO) – нитратов/нитритов, а также уровня железа и активности супероксиддисмутазы (СОД).

Установлено, что у курящих электронные сигареты ЧСС при нагрузке увеличивается более интенсивно, чем у некурящих (в 1,2 раза). В тоже время, не выявлено различий в уровне сатурации при физической нагрузке в обеих группах. В группе курящих электронные сигареты наблюдается повышение концентрации метаболитов NO в КВВ после физической нагрузки – в 2,3 раза в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует об интенсификации СРП.

115.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ВРАЧА ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

СПбГБУЗ ГМПБ №2

Крошкина И.Ю., Махмутова В.Р., Пирожкова Е.Г., Рефицкая Н.В.

Согласно рекомендациям GOLD краткая беседа по поводу отказа от курения необходима при каждом обращении к врачу пациента с ХОБЛ.

Цель: Оценить эффективность индивидуальной консультации врача в формировании у пациента мотивации отказа от курения.

Методы: Анкетирование 52 пациентов с ХОБЛ на стационарном лечении в СПбГБУЗ ГМПБ №2 по 20 вопросам анамнеза курения, личном опыте и роли врача в прекращении курения.

Результаты: Включено 40 мужчин (76,9%; средний возраст – 66,6 лет); 12 женщин (23,1%; средний возраст 63,3 лет). Не выявлено различий в показателе «возраст начала курения» (женщины – 19,7 лет; мужчины – 17,2 лет). Не менее одной попытки прекратить курение имели 82,6% (43) пациента. Среди курящих пациентов 69,2% (36) прекратили бы курение, если бы это было легко. 7,7% (4) пациента целенаправленно обращались за помощью к врачу и 57,7% (30) пациентов имели индивидуальную консультацию врача о вреде курения, при обращении в медучреждение. Установлена положительная корреляция между показателями «индивидуальная консультация врача о вреде курения» и «мотивация отказа от курения» ($p<0,05$); выявлена положительная тенденция между показателями «обращение к врачу» и «прекратил курить» ($p<0,07$) и «мотивация отказа от курения» и «прекратил курить» ($p<0,08$). Также 25% (13) пациентов не имеют мотивации к прекращению курения, этим пациентам должны быть разработаны альтернативные, ступенчатые варианты отказа от курения, с использованием никотинзаместительной терапии, возможно с временным переходом на системы низкого нагревания табака, перед полным отказом от курения.

Выводы: Индивидуальные консультации врача являются высокоэффективной частью борьбы с курением у пациента с ХОБЛ по формированию мотивации отказа от курения, что подтверждено результатами проведенного исследования.

116.
НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПРИ ТАБАКОКУРЕНИИ (ТК)

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России

Добрых В.А., Мамровская Т.П., Дьяченко О.А.

Цель: выявить клинические и цитоморфологические признаки дебюта формирования хронического бронхита у молодых курящих мужчин.

Материалы и методы: У 177 здоровых мужчин в возрасте 18-28 лет, проведено сравнительное исследование «респираторных» клинических симптомов и цитоморфологических свойств базального трахеобронхиального содержимого (БТС) при разном статусе табакокурения (ТК).

Результаты: Симптомы кашля и выделения мокроты отмечались у курящих обследованных в 16,7% и 14,8 % случаев и отсутствовали у некурящих (р <0,01). Частота одышки у курящих также была выше, чем у некурящих (соответственно, 35,3% и 17,6% (р <0,05). В 83,3% цитограмм некурящих обследованных выявлено преобладание нейтрофилов (Н) над другими неэпителиальными клетками (НК). Выраженность ТК по величине индекса пачка-лет (ИПЛ) до 3,0 сопровождалась нарастанием неэпителиального цитоза «выравниванием» количества Н и макрофагов (М) за счет прироста М. При увеличении ИПЛ более 3 в образцах БТС увеличилась частота нейтрофильного преобладания (с 50% до 100% (р <0,05). ТК также ассоциировалось с нарастанием в БТС относительного содержания лимфоцитов и эозинофилов (Э). Появление Э в образцах БТС было связано с более низкими значениями ОФВ1.

Выводы: Выявлена высокая распространенность абсолютного нейтрофилеза БТС у некурящих, свидетельствующая о большой частоте бессимптомно протекающего эндобронхита в изучаемой популяции. Величина ИПЛ выше 3, вероятно, является рубежным значением начала формирования хронического нейтрофильного бронхита у молодых курящих мужчин.

117.
ФИЗИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БАЗАЛЬНОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА У МУЖЧИН В НОРМЕ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ И ХОБЛ, ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России

Добрых В.А., Мамровская Т.П., Дьяченко О.А., Тен Т.К., Уварова И.В.

Цель: Изучение физических и цитоморфологических свойств образцов базального трахеобронхиального содержимого (БТС) на ранних стадиях формирования хронического бронхита (ХБ), связанного с табакокурением (ТК) у молодых мужчин.

Материалы и методы: Образцы БТС получены с помощью оригинального устройства «фарингеальная ловушка». Вязкоупругие характеристики БТС и его физическая неоднородность оценены микрометодом утоньшающейся нити. Обследовано 71 некурящий, 69 курящих здоровых и 88 курящих больных ХБ и ХОБЛ вне периода обострения в возрасте 18- 69 лет.

Результаты: ТК у здоровых мужчин приводит к снижению вязкоупругости образцов БТС (время релаксации, в среднем с 0,61 до 0,23 сек., а развитие ХБ и ХОБЛ ассоциируются со значительным увеличением этого показателя, коррелирующим с возрастом (в среднем, до 0,9сек (р<0,05). Частота случаев аномального поведения нити в процессе релаксации образцов БТС (неоднородность вязкоупругости) у здоровых некурящих с возрастом не изменяется, при ТК снижается с 30,4% до 12,0%, а у больных ХБ и ХОБЛ при ТК этот показатель, напротив, увеличивается, с 35,7 % до 60,3% (р<0,05).

Выводы: Наличие ХБ и ХОБЛ в отличие от факторов ТК и возраста пациентов сопровождается увеличением абсолютных значений вязкоупругих характеристик образцов БТС и степени его физической неоднородности (диссимметричности).

118.
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент. Узбекистан

Ташметов Х.М., Убайдуллаева Н.Н.

Цель: оценить корреляционную связь между иммунными показателями в зависимости от наличия табакокурения.

Материал и методы: в исследование включались 57 молодых пациентов с респираторной патологией. Были исследованы: уровень суммарного IgE в сыворотке крови с использованием диагностических наборов реагентов IgE – ИФА-БЕСТ; уровень секреторного иммуноглобулина А определяли с помощью метода иммуноферментного анализа с использованием тест систем ЗАО «Вектор Бест»; определение монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (CO) –с использованием специального газоанализатора смокелайзера; ОФВ1 с помощью спирометрии.

Результаты: по результатам исследования уровня общего IgE, как маркера развития гиперреактивности бронхов было установлено, что у 57 молодых пациентов с респираторной патологией имеют дисбаланс в содержании IgE. Отмечено, что в 56,1% случаях у обследуемых больных с фактором риска (у 25 из 57 больных) выявлено повышение уровня IgE в пределах 61,35±6,96, а у больных без фактора курения 96,0±13,24. Из анализируемых данных видно, что для общего IgE, в целом, характерно повышение вне зависимости от фактора курения. Оценка корреляционной связи между иммунными показателями установило наличие у курящих прямой корреляционной связи умеренной силы между IgE и оксидом азота в выдыхаемом воздухе (r=0,47); средней силы с ОФВ1 (r=0,53), с интенсивностью курения, с монооксидом углерода в выдыхаемом воздухе (r=-0,55, r=-0,53); сильной силы с sIgA (r=-0,70); слабой силы с тестом Фагерстрема (r=-0,54

ТУБЕРКУЛЕЗ

119.
СНИЖЕНИЕ РИСКА МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК ПРИ ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

1 – ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев
2 – Международный Независимый Университет Молдовы, г. Кишинев

Писаренко С.В. – 1, Александру С.М. – 1, Хайдарлы И.Н. – 1,
Маня М.Л. – 1, Писаренко К.С. – 2

Цель: определить рекомендации по снижению риска медицинских ошибок (МО) при оказании противотуберкулезной помощи.

Материал и методы: анализ отчетов по внутренним аудитам качества медицинской помощи (МП) за 2020-2022 годы и актуальных источников литературы, отобранных в базах научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary; обобщение опыта медицинской и юридической деятельности.

Результаты и их обсуждение: риск МО остается одним из основных рисков при оказании МП, в том числе специализированной. На сегодня предложено много определений МО. Согласно законодательству Республики Молдова, МО – это деятельность или сознательное бездействие поставщика медицинских услуг, приведшее к смерти или причинению ущерба здоровью пациента (П) по неосторожности, халатности или в связи с отсутствием профессионализма. С целью снижения риска МО выполнялись ряд рекомендаций: внедрение системы управления рисками; внутренний контроль качества МП; повышение квалификации медперсонала; соблюдение медицинских стандартов, клинических протоколов и др.; использование медицинских информационных систем; осуществление инфекционного контроля; улучшение физической инфраструктуры стационара; междисциплинарное сотрудничество; повышение правовой грамотности медперсонала; проведение санпросвет работы; обеспечение психологической поддержки и обратной связи с участниками лечебного процесса. Все это повысило качество МП и предупредило МО, при которых совершившие их лица подлежат привлечению к юридической ответственности.

Выводы: выполнение рассмотренных в исследовании рекомендаций в форме плановых систематических мероприятий эффективно снижает риск МО, частоту и тяжесть связанных с ними последствий для П, персонала, репутации медорганизации, обеспечивает требуемый уровень качества МП.

120.
ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ГБУЗ ККФПМЦ (Кузбасский клинический фтизиопульмонологический медицинский центр)

Осинцева И.Ю. – 1, Пьянзова Т.В. – 2

Целью данного исследования явилась: оценка эпидситуации по туберкулезу (ТБ) в годы пандемии COVID-19 (2020 – 2021 гг.) в сравнении с допандемическим периодом в регионе с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Объектом исследования служили данные официальной статистики основных показателей противотуберкулезной работы по оказанию помощи населению Кемеровской области, проведено исследование динамики основных эпидемиологических показателей по ТБ и ВИЧ-инфекции на территории Кемеровской области – Кузбасса за период с 2007 по 2021 г. Установлено, что при значительном снижении заболеваемости ТБ в период с 2019 по 2021 г. на 24,8% зафиксирована тенденция к росту удельного веса впервые выявленных больных ТБ с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением, увеличению доли случаев фиброзно-кавернозного ТБ легких среди впервые выявленных пациентов, а также снижение на 60% показателя выявляемости случаев ТБ на флюорографических осмотрах в динамике за 3 года (2019–2020 гг.) В период с 2019 по 2020 г. отмечалось существенное (на 28,5%) снижение показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией, в 2021 г. снижение продолжилось (32,2 %). Заболеваемость ТБ/ВИЧ за период с 2019 по 2020 г. снизилась на 22%, в 2021 г. – еще на 2,3%. С учетом значительного снижения показателей заболеваемости ТБ и ВИЧ-инфекцией при увеличении в структуре вновь выявленных пациентов тяжелых форм ТБ/ВИЧ есть основание полагать, что необходима реализация комплексных мер по интенсификации обследования населения, относящегося к группам риска по возникновению и развитию этих заболеваний для предотвращения негативных последствий влияния антиковидных ограничений, приведших к снижению охвата населения профилактическими осмотрами в регионе, эпидемиологически «напряженному» по ТБ и ВИЧ-инфекции.

121.
ПРОБЛЕМА НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ К ЛЕЧЕНИЮ: ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ

ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Писаренко С.В., Русу Д.А., Маня М.Л., Чебану С.И., Ботнару Д.Н.

Цель: изучить причины недостаточной приверженности больных ТБ к лечению (Л) и предложить решения для улучшения ситуации.

Материал и методы: обобщение собственного опыта; анализ результатов опроса пациентов (П) и врачей; изучение источников, отобранных в базах научного цитирования PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary; анализ стратегий и подходов к Л в изучаемом контексте. Результаты и их обсуждение: установлены основные причины недостаточной приверженности больных к Л: отсутствие информированности и недостаток знаний о ТБ среди П; страх перед стигматизацией и дискриминацией, что может приводить к нежеланию пройти Л или признать наличие ТБ; антисоциальное поведение П, утрата ими способности критически оце-

нивать свое состояние и поведение; недостаточная материальная поддержка и социальная защита П; побочные эффекты лекарств, которые могут снижать качество жизни П и мотивацию к Л; сложность и продолжительность Л, что может приводить к демотивации и невыполнению назначений.

Предложены следующие решения проблемы: улучшение информированности По важности своевременного, полноценного Л; содействие развитию психосоциальной поддержки больных для снижения стигматизации и повышения мотивации к Л; усиление поддержки больных со стороны государства и НПО, включая материальную помощь и социальные льготы, что облегчит выполнение врачебных назначений и улучшит качество жизни П; создание новых препаратов и подходов к Л, направленных на снижение побочных эффектов и сокращение продолжительности курса Л; повышение квалификации медработников и улучшение взаимодействия между специалистами и П для учета особенностей каждого случая.

Выводы: недостаточная приверженность больных ТБ к лечению является серьезной проблемой, требующей комплексного подхода и активного участия всех сторон.

122.
НОВЫЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

ФГБУ «НМИЦ им В.А.Алмазова» Минздрава России

Старшинова А.А., Беляева Е.Н., Осипов Н.Н.

Актуальность. Проблема повышения эффективности лечения туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ – ТБ) продолжает быть актуальной в Российской Федерации. Бедаквилин – один из новых противотуберкулезных препаратов, рекомендованных для лечения больных МЛУ-ТБ.

Цель исследования: определение эффективности препарата бедаквилин в лечении туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя на основании мета-анализа проведенных в Российской Федерации исследований с применением математического моделирования.

Материалы и методы: Авторами проведен анализ данных опубликованных в исследованиях, проведенных с 2014 по 2022 годы. Всего включена 41 публикация, из которых 15 статей соответствовало дизайну исследования. Описаны результаты лечения 1356 больных туберкулезом легких со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя. В 65,3% случаев (898) больные имели множественную и в 34,7% (470) – широкую ЛУ возбудителя по данным бактериологического обследования. Бедаквилин применялся по стандартной схеме с описанием результатов лечения от 24-26 недель. Эффективность лечения оценивалась согласно принятым критериям.

Результаты исследования: проведенный анализ показал, что эффективность лечения по прекращению бактериовыделения достигнута в 79,6% (95%CI 75,1-83,4) случаев, выздоровление отмечалось в 82,0% (95%CI 78,6 – 84,9) случаев. Отрыв от терапии отмечался в редких случаях (8,7%; 95%CI 5,7-13,1). При этом есть статистически значимая зависимость ($p< 0.01$) между долей больных с сопутствующей патологией и долей больных, не закончивших лечение. Смертельные исходы зафиксированы в 5,8% (95%CI 3,6-9,2), что связано с тяжелым течением заболевания и наличием сопутствующей патологии в 84,2%. Отмена бедаквилина возникла в единичных случаях (7,8%; 95%CI

123.
РОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУППЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

ФКУЗ МСЧ-24 ФСИН России г. Красноярск

Корецкая Н.М., Петров А.М., Тятенкова П.М., Левина Е.Б., Кондрашова И.С.

Цель: установить значимость различных заболеваний группы повышенного риска в развитии туберкулеза в местах лишения свободы (МЛС).

Проанализировано 160 случаев туберкулеза органов дыхания, развившегося во время следствия или отбывания наказания в МЛС. Преобладали мужчины – 92,5%; 66,3% – лица моложе 40 лет. Установлено, что несмотря на преобладание лиц молодого и среднего возраста, заболевания группы риска имели 105 (65,6%) заболевших. Из них одно заболевание констатировано у 46 (28,8%), два – 56 (35,0%), три – 3 (1,8%). Наиболее частыми были ВИЧ-инфекция – 70 (43,8%), наркомания – 66 (41,2%), алкоголизм – 22 (13,8%). Значительно реже встречались язвенная болезнь – 3 (1,9%), хронические неспецифические заболевания легких и сахарный диабет – по 2 (1,2%), психические заболевания – 1 (0,6%). У 48 (68,6%) больных ВИЧ-инфекцией диагностированы поздние ее стадии, у 36 (54,3%) отмечен низкий иммунный статус (количество CD-4 менее 500 кл/мкл).

Таким образом, заболевания группы риска (со значительным преобладанием ВИЧ-инфекции и наркомании) играют важнейшую роль в развитии туберкулеза органов дыхания в МЛС, что требует обязательного проведения его химиопрофилактики среди лиц спецконтингента, имеющих данные заболевания.

124.
ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ФКУЗ МСЧ-24 ФСИН России, г. Красноярск

Корецкая Н.М., Петров А.М., Тятенкова П.М., Князева Е.В., Белоусова Ю.Н., Троегубова А.Ю.

Цель: определить степень эпидопасности заболевших туберкулезом органов дыхания (ТОД) в пенитенциарных учреждениях (ПУ).

Изучена структура ТОД, частота, массивность бактериовыделения, лекарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий (МБТ) у 151 больного. Бактериовыделение определялось методом люминесцентной микроскопии (ЛМ) и посевом мокроты на среду Левенштейна-Йенсена. Лекарственная чувствительность (ЛЧ) МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП) проводилась стандартным непрямым методом абсолютных концентраций. Определяли частоту, структуру, спектр ЛУ. Преобладал инфильтративный туберкулез (ТБ) 62,9%; доля диссеминированного ТБ – 16,6%, очагового – 11,9%, ТБ бронхов – 4,6%, туберкулемы и ТБ внутригрудных лимфоузлов – 1,3%, милиарного ТБ и ТБ плевры – по 0,7%. По протяженности: ограниченные процессы (1-2 сегмента) – 80,8%; долевые – 5,7%, более доли – 2,8%, тотальное поражение легких-10,7%. Распад легочной ткани – 27,0%. Бактериовыделение имели 53,6%, 26,4% – массивное (определялось методом ЛМ). Методом посева бактериовыделение выявлено у 44,3%. Бактериовыделение только методом посева имелось у 21,8% (пациенты с меньшей эпидопасностью в виду более низкой его массивности). По картограммам 67 больных лишь у 37,3% установлена ЛЧ МБТ, а ЛУ – у

62,7%. Структура ЛУ МБТ: монорезистентность – 4,4%, полирезистентность – 6,0%, множественная ЛУ (МЛУ) – 23,9% и пре-широкая ЛУ (пре-ШЛУ) – 19,4%, широкая (ШЛУ) – у 9,0%, т.е. более чем у ½ имелись самые тяжелые виды ЛУ, что требовало назначения дорогостоящих ПТП, удлиняло сроки лечения. Кроме того, больные с МЛУ, пре-ШЛУ, ШЛУ МБТ представляют большую эпидопасность в связи с повышенной трансмиссивностью возбудителя, а с учетом санитарно-гигиенических условий в ПУ создаются условия, способствующие заражению и в дальнейшем к развитию заболевания.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

125. ДИАГНОСТИКА РЕСТРИКТИВНЫХ И ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ АНАЛИЗА ПАТТЕРНА ЕСТЕСТВЕННОГО СВОБОДНОГО ДЫХАНИЯ

Башкирский государственный медицинский университет, городская клиническая больница №21 г. Уфа

Зулкарнеев Р.Х., Насыров Р.В., Бикташев Т.Р., Бакирова В.Э., Зулкарнеев Ш.Р.

Уменьшенное отношение Tpef/Te , где Tpef – время от начала выдоха до достижения пиковой скорости выдоха в рамках паттетрна естественного свободного дыхания, а Te – продолжительность выдоха используется как критерий для диагностики обструктивных нарушений легочной вентиляции (Morris M.J., Lane D.J., 1981; Williams E.M. et al., 1998). В то же аналогичный критерий для диагностики рестриктивных нарушений до настоящего времени не разработан. Цель исследования: оценить соотношение Tpef/Te у больных внебольничной пневмонией (ВП) и рестриктивными нарушениями. 78 пациентов с нетяжелой ВП (38,9 ± 6,5 баллов PORT), 20 пациентов с тяжелой ВП (70,6 ± 15,1 баллов PORT) и 207 здоровых лиц контрольной группы были обследованы для анализа паттерна естественного свободного дыхания. Жизненную емкость легких (ЖЕЛ) измеряли с помощью спирографии. Отношение Tpef/Te было получено из 10-минутных записей импедансной пневмографии в покое. В обеих группах ВП отношение Tpef/Te было достоверно выше, чем в контрольной группе и имело величину 45,7±4,1, 43,0±4,4 в сравнении с 36,8±5,1 в КГ, $p<0,01$. Отношение Tpef/Te достоверно коррелировало с ЖЕЛ ($r=0,35$, $p<0,01$). Критерий Tpef/Te> 0,43 показал чувствительность 80%, специфичность 67% и площадь под ROC-кривой 0,78 для выделения пациентов с ВП и выраженными рестриктивными нарушениями с ЖЕЛ<50% пред. Заключение: повышенное отношение Tpef/Te в структуре паттерна естественного свободного дыхания может служить показателем рестриктивных нарушений у больных ВП.

126.
ДЕСИНХРОНОЗ ЦИРКАДНОГО РИТМА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ражабов Х.С., Ливерко И.В.

Цель исследования: оценить характер изменений циркадного ритма вегетативной нервной системы (ВНС) у больных ХОБЛ в прогнозе тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Материал и методы: Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 50 больных ХОБЛ (GOLD, 2021), включая анализ стандартных показателей величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), расчетом индекса Кердо, а также – полисомнографии. Регистрация вышеуказанных показателей для исследования циркадианной ритмики проводилась в течение суток через каждые 4 ч. Вычислены хронобиологические критерии – мезор параметров; амплитуда – наибольшее отклонение от мезора; акрофаза – время наивысшей точки ритма.

Результаты: Десинхроноз циркадного ритма ВНС отмечался у 84% больных ХОБЛ, где тип суточного преобладания парасимпатического влияния отмечен в 20%, – симпатического влияния – в 30%, – «обратный» тип с преобладанием симпатического «вечер-ночь» и парасимпатического «утро и день» влияния – в 4%, – «дрейфующий» тип А «утро и вечер» парасимпатическое и «день и ночь» симпатическое влияние – 26%, – «дрейфующий» тип Б «утро и ночь» симпатическое и «день и вечер» парасимпатическое влияние – 26%. У 64% больных ХОБЛ отмечается смещение симпатического влияния ВНС на вечернее и ночное время. Отмечено, что среди больных ХОБЛ с десинхронозом циркадного ритма ВНС по симпатическому типу удельный вес встречаемости СОАГС составляет 79%, в основном у лиц суточного преобладания симпатического влияния (47,4%), «дрейфующий» тип А (31,6%).

Заключение: Десинхроноз смещения симпатического влияния ВНС на вечернее и ночное время у больных ХОБЛ повышает риск развития жизнеугрожающих состояний со стороны сердечно-сосудистой системы и коррелирует с высокой частотой СОАГС.

127.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО КРИВОЙ «ПОТОК-ОБЪЁМ»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Десяцкова Е.М., Греченко В.В.

Оценка ФВД является основой диагностики таких заболеваний, как ХОБЛ, бронхиальная астма, бронхиты и др. Несмотря на то, что данный метод применяется достаточно давно, в настоящее время существует ряд нерешённых проблем – так, например, используемые системы расчёта должных, не учитывая индивидуальных особенностей пациентов, нередко приводят к гиподиагностике указанных заболеваний. Описанные в литературе методы оценки пневмотахограммы по её форме (в

частности, метод оценки отношения площадей под фактической кривой и кривой индивидуальной нормы) потенциально способны решить эту проблему, поэтому целью настоящего исследования являлось проведение сравнительного анализа различных методов оценки показателей пневмотахометрии для определения наиболее достоверного из них в диагностике нарушений ФВД. В рамках данной работы была проведена оценка 298 проб ФВД пациентов НКЦ №2 РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского. Для каждой пробы рассчитаны должные значения по системам Клемента, Knudson и ECCS, определено отношение площадей под фактической кривой «поток-объём» и кривой индивидуальной нормы, проведены оценка обструкции по Шику и Канаеву и сравнение полученных результатов с экспертной оценкой врача ФД с расчётом диагностических чувствительности, специфичности, ПЦПР, ПЦОР с использованием ROC-анализа (статистический анализ проводился в ПО IBM SPSS Statistics, v.21). Установлено, что критерий «оценка отношения площадей» обладает самой высокой чувствительностью из рассмотренных систем (0,996, 95% ДИ (0,977; 1,000)), что говорит о нём как о достаточно точном диагностическом методе. Его совместное использование с системой Knudson, обладающей самой низкой чувствительностью (0,758, 95% ДИ (0,725; 0,789)), потенциально может стать новым высокоточным методом диагностики обструктивных нарушений ФВД.

128.
ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

Введение: Исследования последних десятилетий посвящены поиску предикторов поражения легких при системной склеродермии (ССД), в частности изучению роли компьютерной томографии легких высокого разрешения (ВРКТ) и функциональных легочных тестов.

Материал и методы: В исследование включено 305 пациентов с ССД. По результатам обследования пациенты разделены на 3 группы: ИЗЛ-ССД (n=127), ЛАГ-ССД (n=78), ССД без ИЗЛ и ЛАГ (n=100). Согласно алгоритму Goh NS et al. (2008) в группе ИЗЛ-ССД выделено также 2 подгруппы с вовлечением более 20% объема легких (n=52) и менее 20% (n=75).

Результаты: В группе ИЗЛ-ССД (n=127) с подтвержденным по ВРКТ ИЗЛ, ФЖЕЛ составила 86% (67;101), ДСЛ 48% (36;63), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,8 (1,5;2,3). В группе ССД без ИЗЛ и ЛАГ (n=100) ФЖЕЛ 105% (91;118), ДСЛ 71% (60;79), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,5 (1,3;1,8). Среди ИЗЛ-ССД меньше 20% ФЖЕЛ 102% (88;114), ДСЛ 66% (55;69), ФЖЕЛ/ДСЛ 1,6 (1,4;1,9); больше 20% ФЖЕЛ 73% (63;89), ДСЛ 39% (27;49), ФЖЕЛ/ДСЛ 39 (27;49). Различий в ДСЛ среди больных ИЗЛ-ССД и ЛАГ-ССД не выявлено. ФЖЕЛ/ДСЛ >1.6 во всех группах, при этом 2.1 одинаково часто в группе ЛАГ-ССД и ИЗЛ-ССД с обширным поражением легких. В группе ЛАГ-ССД (n=78) с отсутствием интерстициальных изменений в легких по ВРКТ ФЖЕЛ 98% (87;108), ДСЛ 46% (34;56), ФЖЕЛ/ДСЛ 2.1 (1.7;2.8), в динамике без изменений.

Заключение: При ИЗЛ-ССД исследование ФЖЕЛ и ДСЛ является методом выбора тактики лечения на момент постановки диагноза, а для динамического наблюдения значимость подтвердила только лишь ФЖЕЛ. При ЛАГ-ССД снижение ДСЛ является предиктором летальности. Исследование исходного уровня ДСЛ должно использоваться для оценки риска смертельного исхода у пациентов с ЛАГ. Исследование ФЖЕЛ только на начальном этапе для дифференциального диагноза с ИЗЛ.

ХОБЛ

129.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: В ФОКУСЕ ЖИТЕЛИ СЕЛА

1 – БУЗОО «Омская центральная районная больница», Россия, Омск, улица Малиновского, 14; 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава Россия, Омск, улица Ленина, 12

Шапран А.А. – 1, Темерева Е.А. – 2, Никоненко Е.В. – 2, Назмутдинов Г.С. – 2, Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2, Моисеева М.В. – 2

Цель: выявить частоту встречаемости хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких в Омском районе Омской области.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование на базе БУЗОО «Омская центральная районная больница» включено 189 пациентов, перенесших туберкулез легких за 2018-2021 год. Медиана возраста (Me 25;75) 45,0 лет (39;55), мужчин 128 (67,7%), женщин – 61 (32,3%) ($\chi 2$=16,06; p=0,00). Большая часть проживали в частных домах с неблагоприятными санитарными условиями, печным отоплением, не имели образования и постоянной работы, курили, употребляли алкоголь.

Результаты: в 2018-2021 годах в Омском районе туберкулез легких преобладали лица мужского пола молодого, среднего возраста, курящие (89,4%). Инфильтративный туберкулез легких – 94,3%. Более 50% пациентов имели различные хронические заболевания бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта в моноварианте и/или различных сочетаниях. При поступлении в стационар пациентам проведен сбор жалоб, анамнеза, исследование функции внешнего дыхания. Субъективно большинство пациентов отмечали одышку, без значимого ограничения физической активности, продолжительность курения от 20 до 30 лет, анамнез курения от 20 до 27 пачка/лет. По результатам спирографии, диагноз ХОБЛ впервые выставлен 16,9% курящим пациентам (32 человека), среднюю степень тяжести по GOLD имели 31,6%, легкую 23,4% пациентов, с редкими обострениями, невыраженной симптоматикой.

Выводы: Среди жителей сельской местности отмечается невысокий уровень распространенности ХОБЛ, несмотря на активное курение, неблагоприятные жилищные условия, что может быть связано с неадекватным отношением к своему здоровью, низким уровнем обращаемости за медицинской помощью.

130.
МЕСТО БРОНХОСКОПИИ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ ХОБЛ

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4»,
2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ,
3 – ЧУООВО «Медицинский университет «Реавиз», г. Самара

Штейнер М.Л. – 1,2, Макова Е.В. – 1,3, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2

Цель: Оценить возможность и целесообразность привлечения бронхологического пособия к амбулаторному ведению пациентов с тяжёлой хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

Методы исследования: Объектом наблюдения стали 28 пациентов (100,00%) с тяжёлой сте-пенью ХОБЛ по спирометрической классификации и относящиеся к группе С по классификации GOLD 2011 г. в течении двух лет (2020-2021 г.г.). В амбулаторных условиях наряду с традиционной бронхолитической терапией выполнялись санационные бронхоскопии с целью предотвращения роста неконтролируемой обструкции нижних отделов трахеобронхиального дерева патологически изменённым бронхиальным секретом. Бронхоскопии выполнялись с использованием индивидуализированных вариантов премедикации, а также на фоне непрерывной подачи увлажнённого кислорода с использованием носовых катетеров (не менее 8 л/мин). Из исследования исключались пациенты с сопутствующей лёгочной или внелёгочной патологией, которая являлась самостоятельным показанием к госпитализации.

Результаты: У всех пациентов эндобронхиальные изменения укладывались во II-ю степень интенсивности воспаления с умеренным или значительным количеством бронхиального секрета, который носил преимущественно слизисто-гнойный характер. При этом только у 5 пациентов (17,86%) отмечена одна госпитализация за 2 года.

Заключение: Включение в программу амбулаторного ведения пациентов с тяжёлой ХОБЛ бронхологического пособия можно рассматривать, как способ снижения потребности в госпитализациях этого контингента больных.

131.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК MALAT1, TP53TG1 И LINC00342 В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, Уфа, Россия; 2 – Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Корытина Г.Ф. – 1, 2, Маркелов В.А. – 1, 2, Гибадуллин И.А. – 2,
Зулкарнеев Ш.Р. – 2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Ахмадишина Л.З. – 1,
Ларкина А.П. – 1, Авзалетдинов А.М. – 2, Загидуллин Н.Ш. – 2

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – многофакторное хроническое гетерогенное воспалительное заболевание респираторной системы. Длинные

некодирующие РНК (днРНК) лежат в основе тонкой регуляции сложных генных сетей на уровне эпигенетических изменений.

Целью исследования является: поиск новых молекулярных маркеров хронической обструктивной болезни легких на основе анализа профиля экспрессии днРНК H19, MALAT1, MEG3, DNM3OS, TP53TG1, LINC00342 в легочной ткани и мононуклеарных клетках крови (PBMC) и оценка их функционального вклада в развитие ХОБЛ.

Для исследования были сформированы следующие группы: 1 – ХОБЛ (N=89); 2 – контрольная группа (N=80). Проведено выделение тотальной РНК из PBMC и биоптатов легочной ткани. Для определения уровня таргетных генов использованы наборы праймеров и целевых флуоресцентных зондов. Относительный уровень экспрессии оценивали с помощью ddCt метода. В группе больных ХОБЛ в легочной ткани было выявлено статистически значимое снижение экспрессии MALAT1 в 2.059 раза (P=0.0055). Уровень экспрессии TP53TG1 (P=0.07) и LINC00342 (P=0.16) также был снижен в легочной ткани пациентов с ХОБЛ. В клетках PBMC группы больных с ХОБЛ было выявлено значимое снижение по сравнению с контролем уровня экспрессии генов MALAT1 (P=0.0074), TP53TG1 (P=0.0012) и LINC00342 (P=0.05). Для генов H19, MEG3, DNM3OS значимых изменений уровня экспрессии в клетках легочной ткани и PBMC больных ХОБЛ выявлено не было. Связанные с клеточным старением и окислительным стрессом днРНК MALAT1, TP53TG1 и LINC00342 являются мультифункциональными и оказывают воздействие на патогенез ХОБЛ посредством различных механизмов. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-25-00019.

132. ПРОБЛЕМА ГИПОДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ: ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ

ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Писаренко С.В., Русу Д.А.

Цель: изучение причин гиподиагностики (ГД) хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) и выработка рекомендаций по их устранению.

Материал и методы: анализ опросов пациентов (П) и врачей (В), изучение источников и литературы, отобранных с помощью PubMed, Google Scholar, Web of Science, eLibrary.

Результаты и обсуждение: установлены основные группы причин ГД ХОЗЛ. Причины, связанные с П: неосведомленность о ХОЗЛ; стигма вокруг курения; отсутствие или ограниченный доступ к медпомощи; несоблюдение рекомендаций В. Причины, связанные с В / пульмонологом: недостаток знаний и опыта; ошибочная интерпретация симптомов, в том числе у пожилых П; проблемы коммуникации и координации. Причины, связанные с системой здравоохранения: недофинансирование; неравномерное распределение ресурсов; недостаток квалифицированных кадров; малые нормы времени на посещение одним П врача; несовершенная организация пульмонологической помощи; отсутствие программ раннего выявления ХОЗЛ; недостаточное применение спирометрии для скрининга на ХОЗЛ. С учетом характера установленных причин ГД разработан комплекс мер, включающий: улучшение информированности П о ХОЗЛ; повышение квалификации В по программе ХОЗЛ; оптимизацию распределения ресурсов; обеспечение доступности критически важных медицинских диагностических тестов; развитие цифровых технологий;

улучшение контроля за созданием, качеством и внедрением клинических протоколов, программ скрининга на ХОЗЛ и поддержки П; укрепление координации и взаимодействия с НПО (ассоциации П, благотворительные фонды и др.); увеличение финансирования исследований.

Выводы: гиподиагностика ХОЗЛ является сложной проблемой, решение которой требует проведения комплекса мер, воздействующих на причины, связанные с пациентом, врачом и системой здравоохранения.

133. ИЗУЧЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Организация: ФГБОУ ВО «БГУ», Медицинский институт, г. Улан-Удэ

Шпак И.И., Олзоева А.М.

Цель: анализ базисной терапии у пациентов с ХОБЛ в реальной практике.

Материалы и методы: ретроспективный анализ амбулаторных карт 38 пациентов с диагнозом ХОБЛ, состоящих на диспансерном учете в ГАУЗ «Городская поликлиника №2» в 2022 году.

Результаты: анализ показал, что в преобладающем числе исследуемых были мужчины (57,7%). Средний возраст составил 69,2±9,8 лет. Инвалидами являлись 47,3 % пациентов. У 47,2% пациентов зарегистрированы данные о курении. В 86,8% случаев сопутствовала патология сердечно-сосудистой системы. Основная группа пациентов была представлена со средней и тяжелой степенью тяжести ХОБЛ по классификации GOLD: B – 46,6%, C – 20,1% , D – 30,0%. Базисная терапия пролонгированными бронхолитиками рекомендована в 100% случаев. В 34,2% случаях пациентам было рекомендована монотерапия ДДАХ, фиксированные комбинации ДДАХ-ДДБА и ИГКС-ДДБА (38,9 и 18,4% соответственно) и тройная комбинация – 8,5%. Рекомендованную терапию не принимали 50,0% пациентов группы B, 22,2% группы D; 66,6% группы C. Пациенты с ХОБЛ легкой степени тяжести получали терапию ДДАХ в 7,89%. Пациентам со средней степенью тяжести была рекомендована терапия ДДАХ в 47,0%, 35,2% пациентам рекомендована комбинация ДДАХ и ДДБА, 11,7% пациентам – ИГКС-ДДБА. При терапии ХОБЛ тяжелого течения назначали: монотерапию ДДАХ в 11,1%; комбинации ДДАХ-ДДБА и ИГКС-ДДБА в равной степени – 44.4%. У 14 (41,4%) пациентов наблюдались обострения в течение года, их средняя частота – 2-3 раза в год.

Выводы: Пациенты с ХОБЛ характеризуются средним и низким уровнями приверженности к лечению. Рекомендуемую базисную терапию принимали только 65,7% пациентов в полном объеме. При этом, у 18,4% пациентов с ХОБЛ группы C и Д лечение не соответствовало критериям клинических рекомендаций.

134. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа.

Мирхайдаров А.М., Закирова Э.Р.

Цель: анализ приверженности к терапии больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от возраста.

Методы: ретроспективно проведен анализ медицинских карт 96 пациентов со среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ (диагноз установлен согласно критериям GOLD) находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии в 2022 году. Выделены 2 группы больных. В 1 группу вошли 41 больной ХОБЛ в возрасте 45-60 лет, 2 группу составили 55 больных ХОБЛ старше 60 лет.

Результаты: В 1 группе тяжелая ХОБЛ выявлялась у 48,7% больных, в течение года 1 и более обострения ХОБЛ переносили 36,5% больных, сопутствующие заболевания (ИБС, ГБ, СД, заболевания ЖКТ) встречались у 43,9% больных. В этой группе амбулаторно принимали по потребности только КДБА и/или КДАХ 51,2% больных, монотерапию ДДБА или ДДАХ получали 24,3% больных, комбинации ДДБА / ДДАХ – 17%, а иГКС / ДДБА – 7,3% больных. По сопутствующим заболеваниям препараты принимали 29,2% больных ХОБЛ. Во 2 группе тяжелое течение заболевания отмечалось у 81,8% пациентов, обострения заболевания 1 и более раз в год переносили 72,7%, коморбидная патология выявлялась у 89,0% пациентов. В группе больных пожилого возраста амбулаторно для купирования одышки использовали только короткодействующие бронхолитики 16,3%, монотерапию ДДБА или ДДАХ получали 27,2%, двойную терапию ДДБА / ДДАХ – 45,4%, сочетание ДДБА / ДДАХ / иГКС – 9,0%, по сопутствующим заболеваниям препараты принимали 85,4% больных.

Выводы: У больных ХОБЛ старшей возрастной группы отмечается бóльшая приверженность к терапии, что видимо обусловлено тяжелым течением и частыми обострениями заболевания, полиморбидностью.

135. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ГЕНО-СЕРОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА STR. PNEUMONIAE В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз

Налибаева Р.А., Ливерко И.В.

Streptococcus pneumoniae является одним из основных возбудителей ХОЗЛ. Изучение региональной гено-серотипической специфичности S. pneumoniae необходимо для оценки эффективности пневмококковых вакцин у пациентов с ХОЗЛ.

Цель исследования: Изучить региональную гено-серотипическую специфичность str. pneumoniae у пациентов хроническими обструктивными заболеваниями легких в период респираторного обострения.

Материал и методы: У 202 пациентов проведен забор патологического материала из слизистой носоглотки. Str. pneumoniae определяли методом мультиплексной ПЦР, которая проводилась в несколько этапов. На начальном этапе определяли

наличие генов вирулентности/пилей, после выполнялась постановка мультиплексных реакций с праймерами, направленных на выявление серотипов и серогрупп.

Результаты: Частота встречаемости str. pneumoniae в когорте обследованных составила 48%, среди пациентов ХОБЛ – 42,2% (41), БА – 57,7% (56). У пациентов с БА генотип lytA обнаружен в 26 случаях (46,4%), генотип cpsA – в 20 случаях (35,7%), сочетание cpsA и lytA – в 10 (17,9%) с преобладающей частотой серотипов 5 (9; 16,1%), 14 (9; 16,1%) и 9V/9A (8; 14,3%). У пациентов с ХОБЛ генотип lytA обнаружен в 17 случаях (41,4%), cpsA – в 14 (34,1%) и сочетание cpsA и lytA – в 10 случаях (24,4%) с преобладанием серотипов 5 (9; 21,9%), 7F/7A (9; 21,9%) и 9L/N (8; 19,5%).

Заключение: В когорте пациентов БА отмечена большая встречаемость str. pneumonia, как генотипическая, так и серотипическая специфичность, определяемая генотипами cpsA и lytA и серотипами 14 и 9V/A.

136. НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ – РИСКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Мамбетниязов К., Ливерко И.В.

Цель исследования: изучить составляющие приверженности лечения у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в рамках усиления менеджмента контроля над прогрессированием заболевания.

Материал и методы: Для оценки приверженности нами использован вопросник количественной оценки приверженности лечению (КОП 25) в рамках комплексного клинико-функционального обследования 50 больных ХОБЛ (GOLD, 2021). Средней возраст анкетируемых составил 65,8 лет. Анкета позволяет вычислять индикаторы «важности» лекарственной терапии, медицинского сопровождения, модификации образа жизни и индикаторы «готовности» к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни.

Результаты: Индикаторы «важности» и «готовности» по составляющим «лекарственной терапии», «медицинскому сопровождению» и «модификации образа жизни» у больных ХОБЛ составляли от 48,3% до 64% уровня высокой приверженности. Больные ХОБЛ в 100% случаях имеют крайне низкие уровни показателей приверженности лекарственной терапии (22,9%, 95%ДИ20,4÷25,4) и интегральной приверженности лечения (31,1%, 95%ДИ 28,6÷33,6), что означает – медицинские рекомендации и основанные на них действия пациентами выполняться не будут или скорее не будут. Отмечены положительные связи со слабыми значениями приверженности и факторов возраста (r=+0,10), стажа болезни (r=+0,22), частоты обострений в год (r=+0,15), длительности использования ингаляционной терапии (r=+0,17) и – умеренной силы с показателями ОФВ1 (r=+0,26), и отрицательные связи умеренной силы с показателями MRC (r=-0,50) CAT (r=-0,36).

Заключение: Повышение приверженности лечению обеспечивает более высокую пациент-ориентированную эффективность оказания медицинской помощи пациентам, что будет способствовать повышению качества и продолжительности жизни больных

137.
АУТОИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ХОБЛ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ташметова Г.Т., Ливерко И.В.

Цель: оценить степень и характер аутоиммунной направленности системного воспаления у пациентов ХОБЛ.

Материал и методы: У 114 пациентов ХОБЛ методом иммуноферментного анализа твердофазного сэндвич варианта определены уровни интерлейкинов 1β,10,17 и TGF 1β, легочные антитела (ЛАТ) методом реакции пассивной гемаглютинации и антинуклеарные антитела (АНА).

Результаты: Повышенные титры ЛАТ отмечены в 93,6% среди пациентов тяжелой и крайне-тяжелой стадии и – в 100% у лиц с эмфизематозном фенотипом. Показано наличие корреляционных связей слабой силы между ФНО-α и ЛАТ (r=0,19), IL10 и ЛАТ (r=0,18), а также индексом воспалительной направленности ФНО-α/ IL10 и ЛАТ (r=0,20). Повышенные уровни АНА, отражающие системный аутоиммунный процесс, отмечены у 16,7% пациентов ХОБЛ, преимущественно среди больных крайне-тяжелой стадии (30,0%) и эмфизематозном фенотипе заболевания (25,0%). Повышение уровня ИЛ 17 отмечено у 32% пациентов. С утяжелением тяжести заболевания нарастает удельный вес лиц с повышенным уровнем с 22,2% до 38,8% и преимущественно у пациентов ХОБЛ эмфизематозного фенотипа. Отмечена слабая корреляционная связь между TGF 1β и АНА (r=0,24).

Заключение: Цитокиновая напряженность иммунного ответа определяет вероятность развития аутоиммунных процессов, что демонстрируется частотой высоких титров тканевых антител к легочной ткани и АНА. Выделение иммунных фенотипов диктует возможность иных подходов патогенетической терапии.

138.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ» Минобрнауки России, Белгород – 1, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва — 2, ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» — 3

Третьяков А.Ю. – 1, Ромасенко Л.В. – 2, Ермилов О.В. – 1, 3, Бочарова М.А. – 3

Цель: оценка особенностей хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) при шизофрении (Ш).

Методы: анализ баз данных медицинских публикаций, ретроспективный анализ медицинской документации 3156 больных шизофренией, и 1931 пациента терапевтических отделений. Результаты: -распространенность курения (основного фактора ХОБЛ) в группе больных Ш в 3-4 раза выше и может достигать 90%; -лица с Ш имеют низкий социально-экономический статус, более молодой возраст начала курения, меньшую мотивацию к отказу; -при Ш показана значительная никотиновая зависимость (никотин оказывает здесь специфическое влияние и способен, в частности, снижать выраженность побочных эффектов психофармакотерапии (ПФТ)), что может быть связано с вовлеченностью холинергической системы в патофизиологию Ш; -при Ш частота ХОБЛ практически в 2 раза выше, в том числе среди некурящих лиц; -пациенты с Ш чаще имеют респираторные симптомы и более высокие темпы

снижения функционального состояния, что связывается с угнетением мукоцилиарного пассажа ПФТ, ее влиянием на скелетные мышцы с нарушением механики дыхания; -ХОБЛ занимает 3-е место (7,8%) в структуре летальности; -пациенты с Ш имеют низкую приверженность к лечению ХОБЛ; -в нашем случае в психиатрической когорте распространенность курения составила 32%, в соматической — 21% (p<0.001); ХОБЛ диагностирована у 3,8% психиатрической и у 4,6% соматической (p>0.05) групп; последнее обстоятельство может быть следствием гиподиагностики заболевания.

На основании вышеизложенного можно судить от том, что проблема курения и ХОБЛ при шизофрении сохраняет актуальность.

139. ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МЗ РФ, кафедра внутренних болезней

Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р.

Цель: Оценить особенности инфекционных обострений ХОБЛ у пациентов с повторными госпитализациями.

Материал и методы: Ретроспективный анализ 423 медицинских карт больных, госпитализированных в терапевтическое отделение городского стационара за 4 года. 276 однократных госпитализаций (1 группа), 147 повторных (2 группа): из них 38 пациентов – 2 раза в год, 22 – 3 и более раз.

Результаты: Средняя продолжительность заболевания в 1 группе – 8,51±0,77 лет, во 2 – 11,34±1,33 года, (p<0,05). Значимых различий по возрасту, тяжести обструктивных нарушений между группами не было. Пациенты 1 и 2 групп предъявляли жалобы на одышку (97,5%, 98%), кашель (по 89,1%), усиление гнойности мокроты (36,9%, 25,2%) (p<0,05), лихорадку (31,5%, 17%) (p<0,05). Высокий уровень СРБ при госпитализации имели 50,7% пациентов 1 группы, 36,1% – 2 (p<0,05). Лейкоцитоз в общем анализе мокроты выявлен у 47,1% пациентов 1 группы, у 28,6% – 2 (p<0,05). При бактериологическом исследовании мокроты в группах были высеяны Streptococcus pneumoniae (40% и 38,5%), Klebsiella pneumoniae (24% и 23%), Pseudomonas aeruginosa (12% и 15,4%), однако во 2 группе частота высева Streptococcus pneumoniae увеличивалась в 4 раза от первой ко второй госпитализации. В обеих группах антибиотики назначали в 88% и 89,1% случаев: цефтриаксон (56,8%, 63,9%), азитромицин (6,2%, 3,3%), их комбинацию (16,7%, 13,3%), левофлоксацин (4,7%, 3,3%).

Выводы: В 1 группе в 2 раза чаще отмечались лихорадочные подъемы температуры и усиление гнойности мокроты. У однократно госпитализированных пациентов в 1,5 раза чаще отмечалось повышение уровня СРБ и лейкоцитов в мокроте. У пациентов с повторными госпитализациями отмечался рост высева из мокроты Streptococcus pneumoniae ко второй госпитализации, но режимы антибиотикотерапии оставались прежними.

140.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОДУЛЯТОРОВ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Урясьев О.М., Шаханов А.В., Канатбекова Ж.К., Никифоров А.А.

Актуальность: Существующие научные данные указывают на значительную роль оксида азота (NO) в патогенезе бронхообструктивных заболеваний, в том числе ХОБЛ, однако роль модуляторов синтеза NO, остается спорной.

Цель исследования: изучить уровни L-аргинина, аргиназы-1 и АДМА в плазме крови больных ХОБЛ.

Материалы и методы: В проспективное исследование случай-контроль включено 46 человек в возрасте от 40 до 76 лет (медиана – 59 [51; 66] лет), разделенных на две группы. В основную группу вошли 36 больных ХОБЛ, в контрольную группу вошли 10 здоровых добровольцев. Группы не различались по полу, возрасту и статусу курения. Уровень L-аргинина, АДМА и аргиназы-1 в плазме крови определяли методом ИФА с использованием лабораторных наборов Cloud-Clone Corp. (Китай).

Результаты: В группе пациентов с ХОБЛ по сравнению со здоровыми добровольцами выявлен более высокий уровень аргиназы-1 (2,40 [1,08; 9,8] нг/мл против 0,83 [0,60; 1,69] нг/мл, p=0,009). Установлено, что более высокая степень обструкции дыхательных путей по классификации GOLD связана с более высоким уровнем аргиназы-1 в плазме (GOLD 1: 1,29 [0,93; 3,44] нг/мл, GOLD 2: 1,39 [0,99; 2,19] нг/мл; GOLD 3: 3,90 [1,09; 9,30] нг/мл, GOLD 4: 16,85 [10,45; 24;00] нг/мл, p=0,043). Кроме этого выявлена связь уровня аргиназы-1 в плазме с клиническими группами ХОБЛ по классификации ABCD GOLD (p=0,027). Не было различий между ХОБЛ и контрольной группой в уровне L-аргинина в плазме (9,5 [6,8; 11,7] мкг/мл против 10,4 [6,8; 11,7] мкг/мл, p=0,093) и уровне АДМА в плазме (75,4) [12,0; 106,7] нг/мл против 99,5 [93,7; 107,0] нг/мл, p=0,149).

Выводы: среди пациентов с ХОБЛ отмечается более высокий уровень аргиназы-1 по сравнению со здоровыми добровольцами.

141.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ивахненко И.В., Сущук Е.А., Краюшкин С.И.

Цель: провести фармакоэпидемиологический анализ ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: Проведён анализ амбулаторных карт 139 пациентов (78 мужчин и 61 женщины) в возрасте от 49 до 85 лет, которые обращались в поликлиники г. Волгограда по поводу ХОБЛ в 2018-2022 годах. Оценивали соответствие терапии ХОБЛ вне обострения современным клиническим рекомендациям.

Результаты: При формулировки диагноза ХОБЛ врачи амбулаторного звена использовали классификацию по группам ABCD только в 28,2% случаях, чаще всего в амбулаторных картах указывали степень тяжести заболевания. У большинства пациентов имела место среднетяжёлая (63,7%) и тяжёлая ХОБЛ (19,8%), крайне тяжёлую ХОБЛ имели 9,9% пациентов и лёгкую 6,6%. Постоянную поддерживающую терапию получали 81,4% больных ХОБЛ: все пациенты с тяжёлой и крайне тяжёлой и 86,2% со средней степенью тяжести. Режимы терапии тяжёлой и крайне тяжёлой ХОБЛ распределились следующим образом: монотерапия длительнодействующим бронходилататором (ДДБД) (преимущественно тиотропия бромидом) – 27,3 %, двойная бронходилатирущюая терапия – 19,7%, комбинация ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и ДДБД – 34,4%, тройная терапия (ИГКС+ два ДДБД) – 8,5%, комбинированная терапия двумя короткодействующими бронходилататорами 2,1%. Следует отметить, что только у 42,2% больных в амбулаторных картах были описаны показания для назначения ИГКС: наличие сопутствующей бронхиальной астмы и/или частые обострения ХОБЛ, при этом записей по поводу количества эозинофилов в крови не было. Таким образом, в целом при лечении ХОБЛ вне обострения врачи амбулаторного звена придерживаются основных рекомендаций, однако не всегда обосновывают выбор того или иного режима терапии, особенно при назначении ИГКС.

142. ЭОЗИНОФИЛИЯ, ФЕНОТИПЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ХОБЛ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославская областная клиническая больница

Фураева А.С., Брусин С.И., Филатова Ю.С., Ильин М.В., Ивашечкин Е.Н.

Цель исследования: Определение влияние эозинофилии крови на течение ХОБЛ у госпитализированных пациентов.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 111 медицинских карт стационарных больных, госпитализированных с обострением хронической обструктивной болезни легких за 2021 год. Статистическая обработка данных была проведена при помощи программы Statistica 10.0. Использовался многомерный логистический регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение: Пациенты были разделены на группы: 1 группа (n=85) – пациенты с уровнем эозинофилии крови менее 2,0%, 2 группа (n=26) – пациенты с уровнем эозинофилии крови более 2,0%. Частота обострений за прошедший год отличалась в зависимости от биофенотипа ХОБЛ – в 1 группе 60,0% пациентов сталкивались с двумя обострениями в год (20,6% – с тремя, 11,8% – с четырьмя), в отличие от пациентов 2 группы абсолютное большинство пациентов (79,2%) перенесло лишь одно обострение за год (20,8% – два обострения за год). При этом пациентам 1 группы чаще назначались комбинированные препараты в сочетании с иГКС (45,9%). Установлено, что наибольшим влиянием эозинофилия крови обладает на продолжительность госпитализации (F=5,11 p=0,026) и характер обострений (F=8,61 p=0,041), что соотносится с результатами факторного анализа и позволяет использовать данный показатель в качестве прогностического фактора.

Выводы: 1. Повышение уровня эозинофилов крови ≥2,0% у больных ХОБЛ связано с меньшей частотой обострений и меньшим количеством проведенных койко-дней в стационаре. 2. Больные ХОБЛ с эозинофилией крови ≥2,0% характеризуются более низкой степенью тяжести течения заболевания. 3. У госпитализированных пациентов с обострением ХОБЛ исследование общего анализа крови целесообразно проводить с оценкой уровня эозинофилов крови.

ЭНДОСКОПИЯ

143.
ПАРЕЗЫ ГОРТАНИ В БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ

Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2, Корымасов Е.А. – 2, Кривощёков Е.П. – 2

Цель: оценить частоту парезов гортани различной этиологии в рамках общего бронхологи-ческого приема.

Методы исследования: Частота парезов гортани была ретроспективно оценена по материалам 7029 первичных бронхоскопий (100,00%), проведённых в эндоскопическом кабинете Самарской городской больницы №4 за период с 2017 по 2022 гг.

Результаты: Односторонние парезы гортани были выявлены в 8 случаях (0,114%). У всех пациентов с парезом гортани отмечалась дисфония, однако это не явилось самостоятельным показанием к проведению бронхоскопии. В 3 -х случаях (0,043%) показанием к проведению бронхоскопии явилось наличие у пациентов клинико-рентгенологического синдрома ателектаза лёгочной ткани (во всех случаях были обнаружены бронхологические признаки центрального рака лёгкого). В одном наблюдении (0,016%) причиной проведения бронхоскопии явилось кровохарканье. В этом случае парез гортани в процессе обследования и лечения пациента был связан с токсической формой гриппа (больной был госпитализирован в пульмонологическое отделение с тяжёлой постгриппозной пневмонией, сопровождающейся кровохарканьем). В 5 случаях (0,072%) бронхоскопия была проведена в связи с не разрешающейся обструкцией нижних отделов дыхательных путей бронхиальным секретом. Трое пациентов были госпитализированы с тяжёлым обострением ХОБЛ, имели тяжёлую сочетанную соматическую патологию. Парезы гортани были связаны с перенесённым острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе. В 2-х случаях парез отмечался на фоне тяжёлого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и был расценен, как осложнение основного заболевания.

Заключение: парезы гортани являются редкой находкой бронхологического осмотра, но всегда требуют проведения этиологической верификации.

144.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБАВОЧНЫХ БРОНХОВ СРЕДНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ БРОНХОСКОПИИ

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4»,
2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: Оценка частоты аномалий ветвления трахеобронхиального дерева в области средней доли.

Методы исследования: Частота аномалий ветвления трахеобронхиального дерева в области средней доли была ретроспективно оценена по материалам 7029 первичных бронхоскопий (100,00%), проведённых в эндоскопическом кабинете Самарской городской больницы №4 за период с 2017 по 2022 г.г.

Результаты: В двух случаях (0,03%) был выявлен добавочный бронх сегментарного уровня, т.е. среднедолевой бронх распадался не на два бронха (сегментарные бронхи B4 и B5), а на три. Это давало визуальную картину трифуркации, совершенно не характерную для данной анатомической области.

Заключение: Средняя доля правого лёгкого является анатомической областью, где такая аномалия ветвления трахеобронхиального дерева, как добавочные бронхи, отмечается чрезвычайно редко.

145.
СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ТРАХЕАЛЬНОГО БРОНХА И ДОБАВОЧНОГО БРОНХА ЛЕВОЙ БАЗАЛЬНОЙ ПИРАМИДЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЁЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4»,
2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: Описание интересного случая аномалий ветвления трахеобронхиального дерева.

Методы исследования: Бронхоскопия была выполнена гибким фиброволоконным брон-хоскопом Pentax FB-18RBS. Показанием к проведению бронхоскопии явилась стремительно нарастающая обструкция нижних дыхательных путей бронхиальным секретом и быстрым про-грессированием дыхательной недостаточности на фоне неэффективности собственной медикаментозно стимулированной экспектoрации. Бронхоскопия была выполнена на фоне трансназальной подачи кислорода с помощью назальных катетеров (объём подаваемого кислорода составил 8 л/мин).

Результаты: У пациента была выявлена массивная диффузная обструкция долевых и сегментарных бронхов обоих лёгких гнойным бронхиальным секретом, выраженные отёк и гиперемия слизистой, стёртость сосудистого рисунка (отмечались поля сплошной гиперемии). В нижней трети трахеи, на 9´, на 1 см выше места бифуркации было обнаружено устье бронха. Детальный осмотр остальных отделов трахеобронхиального дерева показал, что долевые и сегментарные бронхи с двух сторон находятся в местах обычных локализаций. Это позволило трактовать об-

наруженный трахеальный бронх, как сверхкомплектный. Кроме того, был обнаружен добавочный бронх в области левой базальной пирамиды. Бронхологическое заключение было сформулировано так: «Сверхкомплектный трахеальный бронх. Диффузный распространённый эндобронхит III-й степени интенсивности воспаления по Лемуану. Добавочный бронх нижней доли левого лёгкого в области базальной пирамиды. Лаваж с 80 мл изотонического раствора хлорида натрия. Бронхоскопия проводилась на фоне трансназальной подачи кислорода.

Заключение: Данная сочетанная аномалия ветвления трахеобронхиального дерева была выявлена совершенно случайно, не определяла клиническую картину и носила характер

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

146.
ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРИЧИНЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2019-2021 ГОДАХ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Хронические болезни нижних дыхательных путей (ХБНДП) вносят значительный вклад в структуру смертности взрослого населения. Показатели смертности (ПС) по причине ХБНДП различаются в зависимости от возрастно-половой структуры населения федеральных округов (ФО) Российской Федерации (РФ).

Цель: Провести анализ показателей смертности населения России от хронических болезней нижних дыхательных путей за 2019-2021 гг.

Материал и методы исследования: Статистическая информация Минздрава России о ПС по причине ХБНДП (класс болезней X J40-J47, МКБ-10). Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica, version 10. При сравнении показателей рассчитывали t-критерий Стьюдента (p), различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: За период 2019-2021 гг. ПС населения от болезней органов дыхания увеличились и составили в 2019 г. 40,3; 2020 г. – 65,9; 2021 г. – 78,7 случаев, а от ХБНДП не различались: в 2019 г. – 20,0; 2020 г. – 22,1 ($p=0,249$) и 2021 – 21,4 случаев ($p=0,440$) на 100 тыс. всего населения. В структуре смертности от болезней органов дыхания 2019 г. доля ХБНДП достигала 49,2%, а в 2021 г. – 27,2%. Среди трудоспособного населения в 2019 г. ПС от ХБНДП составляли 3,9 случаев, а среди населения старше трудоспособного возраста – 68,3 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста. В 2021 г. ПС от ХБНДП трудоспособного населения имели тенденцию к увеличению до 4,4 случаев ($p=0,474$) на 100 тыс. населения. Максимальные ПС были в Сибирском (6,1; $p=0,016$) и Приволжском ФО (6,0; $p=0,016$), а самый низкий ПС – в Северо-Западном ФО (2,0; $p<0,001$). В возрасте старше трудоспособного в 2021 г. ПС от ХБНДП увеличился до 76,5 случаев ($p<0,001$) на 100 тыс. населения. По ФО в этой возрастной группе выше среднероссийского были ПС в Северо-Кавказском (110,2; $p<0,001$), Приволжском (103,2; $p<0,001$), Сибирском (90,2; $p<0,001$), Дальневосточном (89,2; $p<0,001$), Уральском ФО (78,1; $p=0,393$), а самый низкий ПС – в Северо-Западном ФО (34,4; $p<0,001$).

Заключение: В период 2019-2021 гг. отмечался рост ПС по причине болезней органов дыхания в 1,95 раз без прироста среднего уровня ПС от ХБНДП. В возрастной структуре смертности увеличились ПС от ХБНДП в возрасте старше трудоспособ-

ного в 1,12 раз. Самые высокие ПС населения трудоспособного возраста были в Сибирском и Приволжском ФО, а старше трудоспособного – в Северо-Кавказском и Приволжском ФО.

147.
ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014-2021 ГОДЫ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Введение: Показатели смертности (ПС) населения от бронхиальной астмы (БА) имеют связь с возрастом и различаются по территориям проживания.

Цель: Провести анализ показателей смертности населения Российской Федерации (РФ) бронхиальной астмы (БА) в 2014-2021 гг. различных возрастных групп по федеральным округам.

Материал и методы исследования: Использована статистическая информация о ПС населения от БА (класс болезней X J45-J46, МКБ-10) Минздрава России и Росстата. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica, version 10.

Результаты: За период 2014 – 2021 гг. наблюдалась тенденция к снижению ПС всего населения по причине БА: 2014 г. – 1,2; 2018 г. – 0,9; 2021 г. – 0,8 на 100 тыс. всего населения. Наиболее высокие ПС от БА зарегистрированы в Приволжском ФО: 2014 г. – 1,7; в 2018 г. и 2019 г. – 1,1; в 2021 г. – 1,2 на 100 тыс. всего населения. Среди трудоспособного населения ПС от БА на 100 тыс. населения составляли в 2014 г. 0,4 и в 2018, 2019, 2021 – 0,3 гг. , с превышением среднероссийского уровня в 2021 гг. в Уральском, Сибирском, Дальневосточном ФО (0,4 на 100 тыс. соответствующего населения). Среди населения старше трудоспособного возраста за период 2014-2021 гг. ПС от БА снизились в 1,75 раза: с 4,2 в 2014 г. до 2,4 на 100 тыс. соответствующего населения в 2021 г. Превышение среднероссийского уровня ПС от БА в данной возрастной группе в 2021 г. отмечено в Приволжском (3,9); Сибирском и Северо-Кавказском ФО (3,3).

Заключение: ПС населения по причине БА имели прямую связь с возрастом и снизились за период 2014-2021 гг. Самые высокие ПС от БА всего населения и населения старше трудоспособного возраста фиксировались в Приволжском ФО.

157.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Введение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является тяжелым заболеванием, которое поражает преимущественно взрослое население, и приводит к инвалидности и сокращению продолжительности жизни. Показатели общей заболеваемости (ОЗ) ХОБЛ неуклонно увеличиваются.

Цель: Провести анализ общей заболеваемости населения хронической обструктивной болезнью легких в 2019-2021 гг. в Российской Федерации.

Материал и методы исследования: Использована статистическая информация Минздрава России и Росстата относительно ОЗ ХОБЛ (класс болезней X J44 согласно МКБ-10). Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica, version 10. При сравнении показателей рассчитывали t-критерий Стьюдента (p), различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты: В 2019 г. ОЗ ХОБЛ составила в 564,2, в 2020 г. – 542,3 (p=0,002) и в 2021 г. – 529,3 (p<0,001) на 100 тыс. всего населения (снижение на 5,6% по сравнению с 2019 г.). Снижение показателей ОЗ ХОБЛ прослеживается во всех ФО РФ. В 2021 г. выше среднероссийского уровня показатели ОЗ ХОБЛ регистрировались в Сибирском, Приволжском и Дальневосточном ФО. Максимальный уровень ОЗ ХОБЛ отмечался в Сибирском ФО: 2019 г. – 867,3; 2020 г. – 806,8 (p<0,001); 2021 г. – 791,8 (p<0,001) на 100 тыс. всего населения (снижение на 8,7% по сравнению с 2019 г). Самые низкие показатели ОЗ ХОБЛ зарегистрированы в Северо-Кавказском ФО: 2019 г. – 410,3; 2020 г. – 466,7 (p<0,001); 2021 г. – 370,8 (p=0,812) на 100 тыс. всего населения (снижение на 4% по сравнению с 2019 г.). В структуре ОЗ БОД всего населения в 2021 г. на ОЗ ХОБЛ приходилось 1,2%. По ФО самая большая доля лиц с ХОБЛ в структуре ОЗ БОД отмечалась в Сибирском ФО (1,6%), а наименьшая – в Северо-Западном ФО (0,8%).

Заключение: В период 2019-2021 гг. отмечается снижение уровня ОЗ ХОБЛ всего населения РФ. Самые высокие показатели в 2021 г. регистрировались в Сибирском, Приволжском и Дальневосточном ФО.

158. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЗА 2014-2021 ГОДЫ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Введение: За последние 10 лет отмечается постепенный прирост общей заболеваемости (ОЗ) населения России бронхиальной астмой (БА) в связи с улучшением диагностики заболевания. Высокая заболеваемость населения COVID-19 в 2020-2021 годах способствовала снижению обращаемости за медицинской помощью по ряду заболеваний.

Цель: Провести анализ общей заболеваемости бронхиальной астмой по обращаемости за медицинской помощью в учреждения здравоохранения населения Российской Федерации за 2014 – 2021 годы.

Материал и методы исследования: Анализ статистической информации Минздрава России и Росстата относительно ОЗ БА населения (класс болезней X J45–J46, МКБ-10) по федеральным округам (ФО) за 2014-2021 годы. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica, version 10. При сравнении показателей рассчитывали t-критерий Стьюдента (p), различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты: Показатели ОЗ БА всего населения РФ составили в 2014 г. 961,6, в 2019 г. – 1085,0 (+12,8%; p<0,001), а в 2021 г. – 1073,1 (-1,1%; p=0,391) на 100 тыс. всего населения. В структуре ОЗ болезней органов дыхания на БА приходилось в 2014 г.

– 2,6%, в 2019 г. – 2,7%, в 2021 г. – 2,6%. Превышение среднероссийского уровня и прирост показателей ОЗ БА по РФ в 2014 г. и 2019 г. наблюдались в Приволжском, Северо-Западном, Уральском и Сибирском ФО. Самый высокий уровень ОЗ БА в 2014 г. отмечался в Сибирском ФО – 1 234,4 с ростом до 1 507,1 на 100 тыс. всего населения в 2019 г. (+18,1%; $p<0,001$). В 2021 г. выше среднероссийского уровня ОЗ БА были в Северо-Западном, Приволжском, Уральском ФО, максимальным показателем в Сибирском ФО – 1 512,2 на 100 тыс. всего населения. Показатели ОЗ БА в 2019 г. по сравнению с 2014 г. увеличились во всех ФО, кроме Северо-Кавказского ФО. За период с 2019 по 2021 годы прироста ОЗ БА среди населения РФ не зарегистрировано.

Заключение: В период 2014-2019 гг. отмечалось увеличение показателей ОЗ БА всего населения РФ, а в 2019-2021 годах прирост ОЗ БА отсутствовал. Самые высокие показатели ОЗ БА отмечены в Сибирском ФО. В период эпидемической циркуляции новой коронавирусной инфекции отмечено снижение обращаемости населения в медицинские учреждения по поводу БА, что отразилось на показателях ОЗ.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Авторы тезисов
XXXIII Национального Конгресса по болезням органов дыхания

А

Абдуллаев С.К. 27, 28
Абулдинова О.А, 74
Авзалетдинов А.М. 41, 109
Азнабаева Ю.Г. 109
Алекперов Р.И. 22
Александру С.М. 100
Амирова Э.Ф. 70
Антипова Е.П. 5
Арсеньева Ю.А. 50
Арсеньева Ю.А. 68
Афанасьев Н.Е. 74
Ахмадишина Л.З. 109

Б

Бабаджанова Г.Ю. 91
Бабушкина Г.В. 81, 82
Багишева Н.В. 5, 108
Базилевич А.Ю. 17, 21
Бакирова В.Э. 105
Баранова И.А. 55, 88
Барановская Н.В. 94
Бардов В.С. 17, 21
Барламов П.Н. 9
Бегайдаров Д.А. 51
Белозерова Н.В. 52
Белоусова Ю.Н. 103
Белых Н.А. 32
Бельских Э.С. 24
Беляева Е.Н. 102
Беляева С.Н. 38, 40
Биктагиров Ю.И. 109, 119
Бикташев Т.Р. 105
Биличенко Т.Н. 122, 123, 124
Болдина М.В. 23
Болотова Е.В. 42
Бондаренко В.Н. 34
Бородий К.Н. 47
Ботнару Д.Н. 101
Бочарова М.А. 114
Бощенко А.А. 50, 68
Брусин С.И. 76, 117
Буйневич И.В 44
Букреева Е.Б. 75
Буниатян М.С. 52
Бутомо М.И. 43
Быконя С.А. 50
Быстрицкая Е.В., 122, 123, 124

В

Ватанская И.Ю. 7, 16
Визель А.А. 83
Волков А.В. 64, 65, 107
Воронин К.А. 47

Г

Габзалилова С.Р. 18
Гаврилюк Е.В. 45
Гатауллина О. А. 16
Гибадуллин И.А. 41, 109
Гизатуллина Э.Д. 46
Глазкина М.А. 9, 78
Глазачев О.С. 77
Глуткина Н.В. 57
Глушкова Т.В. 72
Горбунова К.В. 31
Горбунова С.В. 37
Горохова С.Г. 52
Горчакова М.Б. 68
Греков И.С. 63
Греченко В.В. 106
Гришаев С.Л. 15
Гришечкина И.А. 88
Гришин М. Н. 86
Гришкова М.Д. 76
Губаева А.М. 81, 82
Гуляй И.Э. 57

Д

Даниленко С.О. 11, 65
Демура О.В. 17, 21
Денисова О.А. 94
Десяцкова Е.М. 106
Джораев А.Д. 33
Диденко Н.С. 9, 78
Добрых В.А. 97, 98
Доника А.Ф. 60, 61
Дохкаева А.З. 20
Дубровская И.И. 5

Дудченко Л.Ш. 38
Дудченко Л.Ш. 62, 87
Дышекова Н.В. 8, 20
Дьяченко О.А. 97, 98

Е

Евсеева Г.П. 36
Елисеева Т.И. 14, 30, 31, 37, 39
Емельянов А.В. 18, 19
Ермилов О.В. 22, 73, 114

Ж

Жеравин А.А. 11
Жестков А.В. 109, 119

З

Загидуллин Н.Ш. 41, 109
Зайнабитдинова С.Н. 68, 69
Зайцева А.А. 75
Закирова Э.Р. 112
Замятина А.П. 29, 30
Запруднова Е.А. 96
Зеляева Н.В. 23
Зиннатуллина А.Р. 115
Зинченко А.В. 43, 53, 90
Зинчук В.В. 56, 57
Знахуренко А.А. 18, 19
Зоркальцев М.А. 75
Зулкарнеев Р.Х. 14, 41, 42, 70, 105
Зулкарнеев Ш.Р. 41, 105, 109

И

Ивахненко И.В. 116
Ивашечкин Е.Н. 117
Ильин М.В. 117
Илькович М.М. 45, 90
Исламова Г.А. 14, 42
Ишарина А.Н. 31

К

Кабак С. Л. 9, 78
Каладзе Н.Н. 87
Калачева Т.П. 94
Калашникова Т.П. 50, 68, 70
Каленчиц Т.И. 9, 78
Каменская О.В. 11, 65
Каменщиков Н.О. 50, 68, 70
Канаева Т. В. 55
Канатбекова Ж.К. 116
Каримова Н.И. 26, 28, 35, 54, 69
Карпова М.Р. 50
Каюмова В.Л. 70
Ким С.С. 51
Кириллова И.Г. 64
Киселева Н.В. 23
Климанов И.А. 79
Климанов И.А. 14, 80, 96
Клинкова А.С. 11, 65
Книжникова Е.В. 36
Князева Е.В. 103
Коваленко В.О. 33
Козлов Б.Н. 68, 70
Козырева Л.С. 14, 42
Колганова Н.И. 12
Колесник А.С. 37
Колесников П.Е. 83
Кондрашова И.С. 103
Корецкая Н.М. 103
Корсакова Ю.О. 64
Корчагина Е.О 86
Корымасов Е.А. 119
Корытина Г.Ф. 41, 109
Кравченко И.В. 50, 68, 70
Кравченко Н.Ю. 14
Красильников С.Э. 11
Красильникова С.В. 31, 37, 39
Краюшкин С.И. 116
Кривощёков Е.П. 119
Крошкина И.Ю. 97
Кубышева Н.И. 14, 30
Кулагин Е.А. 6, 53
Куликов А.Н. 43, 53
Курбанова Г.А. 11

Л

Лазаренко Л.Л. 17, 21
Лазуткин Н.Н. 17, 21
Лазуткина Е.Л. 17, 21
Ларкина А.П. 109
Левина Е.Б. 103
Левченко К.В. 34, 72, 91
Лешенкова Е.В. 18, 19
Ливерко И.В. 58, 59, 67, 106, 112, 113,114
Липовецкая Ю.О. 7, 16
Логинова И.Ю. 11, 65
Ломиворотов В.Н. 65
Лосевич О.В. 9, 78

М

Майсеенко В.И. 44
Макарьянц Н.Н. 22
Макова Е.В. 109
Малыхин А.Ф. 79
Малыхин Т.Ф. 79
Малыхин Ф.Т. 79
Мамбетниязов К. 59, 113
Мамровская Т.П. 33, 97, 98
Маня М.Л. 60, 61, 100, 101
Маркелов В.А. 41, 109

Марков Н.В. 43, 45, 53
Мартынюк К.И. 60
Масликова Г.Г. 38
Маслова Т.А. 45
Махмутова В.Р. 97
Медведев К.А. 7
Мележенкова А.Ю. 45
Метельский С.М. 93
Мирхайдаров А.М. 18, 71, 112
Мишарин В.М 14, 80
Моисеев И.С. 6
Моисеева М.В. 5, 108
Моногарова Н.Е. 47
Мордык А.В. 5, 108
Музюкова С.А. 82
Муканов А.М. 51
Мукатова И.Ю. 51
Мухаметова Л.И. 70
Мухсинов Ф.М. 58

Н

Назмутдинов Г.С. 108
Налибаева Р.А. 112
Насыров Р.В. 105
Нгуен Хоанг Кыонг 55, 88
Никифоров А.А. 32, 116
Никифорова Л.В. 32
Николаев В.В. 60, 61
Николаева Е.В. 64
Николаева Л.В. 14, 42
Никоненко Е.В. 108
Ниязова Ф.Н. 58
Новикова Т.А. 85

О

Обухова А.А. 43
Овсянников Д.Ю. 12, 30, 31, 39
Оленицкая Е.С. 7, 16
Олзоева А.М. 111
Осинцева И.Ю. 101
Осипов Н.Н. 102

П

Палади К.Д. 49
Пальчикова И.А. 94
Перегудова Л.Н. 74
Пермякова С.В. 82
Петров А.М. 103
Петрыкина М.В. 77
Пизнюр И.В. 32
Пирожкова Е.Г. 97
Писаренко К.С. 81, 100
Писаренко Н.К. 48, 49
Писаренко С.В. 60, 61, 100, 101, 110
Подоксенов Ю.К. 50, 68, 70
Позднякова Д.Д. 55, 88
Позднякова О.Ю. 8, 20, 74
Полубарцева В.В. 36
Попов Е.А. 85
Попова К.А. 43
Попова Н.А. 14, 79, 80, 96
Поротникова С.С. 11, 65
Постникова Л.Б. 23
Прахов А.В. 29
Прибылов В.С. 45
Прибылов С.А. 45
Прибылова Н.Н. 45
Приходько О.Б. 74
Пыпин П.Е. 29
Пьянзова Т.В. 101

Р

Рабик Ю.Д. 6, 43, 53
Рабковская Е.М. 56
Ражабов Х.С., 67, 106
Ракитин С.С. 50
Рафикова Э.Ф. 18
Ревель-Муроз Н.П. 16
Редькин А.А. 29
Резяпова А.И. 83
Рефицкая Н.В. 97
Решетникова Л.К. 10, 39
Романов Д.С. 94
Романюк Е.Т. 68
Ромасенко Л.В. 22, 114
Рубаник Т.В. 85
Румянцева О.И. 76
Русу Д.А. 101, 110

С

Самойлова Е.А. 11
Сахабетдинова И.М. 81
Саченко В.В. 93
Семендяева Е.В. 47
Сергеева Г.Р. 18, 19
Серикова А.С. 51
Серов А.Н. 20
Смирнова А.Г. 6
Смирнова М.С. 7
Соболев А.Д. 15
Соболева Е.А. 86, 87
Соодаева С.К. 14, 79, 80, 96
Станчева М.В. 49
Старшинова А.А. 102
Стрекозова И.П. 7, 16
Стрельцова В.В. 5
Строганов А.Б. 31
Сулима М.В. 10, 39

Сущук Е.А. 116
Сыздыкова А.Б. 51
Сыроватка И.А. 38

Т

Тарловская Е.И. 23
Татаурова Н.Н. 96
Ташметов Х.М. 98
Ташметова Г.Т. 114
Творогова А.Г. 29
Темерева Е.А. 108
Темнов А.А. 79, 80
Тен Т.К. 98
Тишков А.В. 85
Токсарина А.Е. 51
Топольницкий Е.Б. 94
Третьяков А.Ю. 22, 73, 114
Троегубова А.Ю. 103
Трофимов В.И. 6
Тятенкова П.М. 103

У

Убайдуллаева Н.Н. 99
Уварова И.В. 98
Удальцова Н.Н. 76
Удодов В.Д. 75
Урумбоева З.О. 26
Урясьев О.М. 24, 116

Ф

Фалетрова С.В. 24
Фархутдинов У.Р. 70, 71
Федоров С.Е. 93
Филатова Ю.С. 117
Фоменко А.В. 33
Фураева А.С. 117

Х

Хайдарлы И.Н. 100
Хакимова Э.Ф. 70
Халецкая А.И. 31
Хамитов Р.Ф. 86
Хамитов Р.Ф. 115
Ходорик Н.А. 45
Хорошаева А.В. 14, 96
Храмова Р.Н. 29, 30, 31
Хромова А.М. 96

Ц

Цуканова И.В. 19
Цындымеева Д.А. 13

Ч

Чебану С.И. 101
Черкашин Д.В. 15
Черногорюк Г.Э. 94
Черноротов В.А. 38
Чернявская Г.М. 94
Чернявский А.М. 65
Чжан Синьлян 77
Чубик М.В. 50
Чушкин М.И. 22

Ш

Шабанов Е.А. 45
Шайхлисламова Г.И. 81
Шакирова Г.Р. 46
Шамсиев Ф.М. 26, 27, 28, 35, 54, 68, 69
Шапиро Н.В. 85
Шапорова Н.Л. 85
Шапран А.А. 108
Шарова Н.В. 15
Шаханов А.В. 116
Шевченко Д.Ф. 47
Шестова К.А. 82
Шефер Н.А. 94
Шогенова Л.В. 55
Шпак И.И. 111
Штейнер М.Л. 109, 119, 120
Шуленин К.С. 15
Шуляк И.В. 62

Ю

Юдкина Н.В. 64, 65
Юдкина Н.Н. 107
Юркова Ю.Г. 42
Юсупалиева М.М. 86

Я

Янбухтина В.Р. 6
Ярошовец В.В. 93

Содержание

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1. ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Дубровская И.И. – 1, Стрельцова В.В. – 2, Антипова Е.П. – 2, Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2, Моисеева М.В. – 2 5

2. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ СИСТЕМЫ ЯНУС-КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО СИНДРОМА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА
Кулагин Е. А. – 1,2, Янбухтина В.Р. – 2, Смирнова А.Г. – 2, Рабик Ю.Д. – 3, Моисеев И.С. – 2, Трофимов В.И. – 1. 6

3. ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О. 7

4. СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ И УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ В КОВИД-ГОСПИТАЛЕ
Смирнова М.С., Медведев К.А. 7

5. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Позднякова О.Ю., Дышекова Н.В. 8

6. ХОБЛ, COVID-19 И РЕЛАКСАЦИЯ ДИАФРАГМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Барламов П.Н. – 1 9

7. ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Каленчиц Т.И. – 1, Кабак С. Л. – 1, Диденко Н.С. – 2, Лосевич О. В. – 3, Глазкина М.А. – 3 9

8. МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ В ПОЗДНЕМ ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ
Сулима М.В., Решетникова Л.К. 10

9. НЕДИАГНОСТИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ И ГАЗООБМЕНА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Даниленко С.О., Поротникова С.С., Самойлова Е.А., Жеравин А.А., Красильников С.Э. 11

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
Курбанова Г.А. 11

11. 20 СЛУЧАЕВ ПЛАСТИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ
Овсянников Д.Ю., Колганова Н.И. 12

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

12.
Т2-ЭНДОТИП ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
Цындымеева Д.А. 13

13.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИКЛА ОКСИДА АЗОТА НА ФОНЕ
ГИПОКСИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Климанов И.А. – 1, Соодаева С.К. – 1, Попова Н.А. – 1, Хорошаева А.В. – 1,
Кубышева Н.И. – 2, Елисеева Т.И. – 2, Кравченко Н.Ю. – 1, Мишарин В.М. – 1 14

14.
СТРУКТУРА ТАРГЕТНОЙ БИОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В КЛИНИКЕ
БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Козырева Л.С., Исламова Г.А., Николаева Л.В., Зулкарнеев Р.Х.. 14

15.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ИНГАЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УЧЕТОМ ПИКОВОГО
ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА (АКЦЕНТ НА ТУРБУХАЛЕР)
Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Гришаев С.Л. Шуленин К.С., Соболев А.Д. – 1 15

16.
ВОЗМОЖНОСТИ ГИБТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ
ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Гатауллина О. А., Ревель-Муроз Н.П. 16

17.
ТРОЙНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О. 16

18.
ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ
В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Лазуткина Е.Л., Бардов В.С., Демура О.В., Базилевич А.Ю.,
Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н. 17

19.
КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
И ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ПРИ
ТЕРАПИИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ
Мирхайдаров А.М., Габзалилова С.Р., Рафикова Э.Ф. 18

20.
БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ
ПОЛИПОЗОМ НОСА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В.. 18

21.
КОНТРОЛЬ И МАРКЕРЫ Т2-ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
У ПАЦИЕНТОВ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) ПОСЛЕ
ОТМЕНЫ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Лешенкова Е.В.,
Цуканова И.В., Знахуренко А.А. 19

22.
ПРИМЕНЕНИЕ БЕНРАЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЁЛОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Серов А.Н.. 20

23.
ПОЛИМОРФИЗМ C-589T ГЕНА IL-4 У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И H.PYLORI – АССОЦИИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Дышекова Н.В., Позднякова О.Ю., Дохкаева А.З. 20

24.
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ АСИТ КЛЕЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Лазуткина Е.Л., Бардов В.С., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н. 21

25.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Третьяков А.Ю. – 1, Ромасенко Л.В. – 2, Ермилов О.В. – 1, 3 22

26.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И COVID-19
Алекперов Р.И., Макарьянц Н.Н., Чушкин М.И. 22

27.
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Болдина М.В. – 1, Киселева Н.В. – 1, Тарловская Е.И. – 1, Постникова Л.Б. – 2, Зеляева Н.В. – 3 23

28.
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С НОРМАЛЬНЫМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ
Фалетрова С.В., Урясьев О.М., Бельских Э.С. 24

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

29.
ОБМЕН БИЛИРУБИНА У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

30.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Урумбоева З.О., Шамсиев Ф. М. 26

31.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Урумбоева З.О., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 26

32.
ИММУННЫЙ СТАТУС И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М. 27

33.
БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ
Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 28

34.
ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Храмова Р.Н., Замятина А.П., Творогова А.Г., Прахов А.В. 29

35.
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДИСАНАПСИСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Храмова Р.Н., Редькин А.А., Пыпин П.Е., Прахов А.В. 29

36.
МОНОЦИТЫ КАК МАРКЕР СИСТЕМНОГО НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ
Храмова Р.Н., Елисеева Т.И., Овсянников Д.Ю., Замятина А.П., Кубышева Н.И. 30

37.
ВЛИЯНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА a-2б НА ДИНАМИКУ КОМПЛЕКСА ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Красильникова С.В., Горбунова К.В., Овсянников Д.Ю., Халецкая А.И. 31

38.
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И ПОЛА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ПОДРОСТКОВ
Елисеева Т.И., Горбунова К.В., Храмова Р.Н., Ишарина А.Н., Строганов А.Б. 31

39.
ВЛИЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Белых Н.А., Пизнюр И.В., Никифоров А.А., Никифорова Л.В. 32

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40.
ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Мамровская Т.П., Коваленко В.О., Джораев А.Д., Фоменко А.В. 33

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

41.
КАНДИДОЗНЫЙ ТРАХЕОБРОНХИТ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
Бондаренко В.Н., Левченко К.В. 34

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

42.
ИММУННОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 35

43.
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ СОПРОВОЖДАЕМЫМИ ОЧАГОВЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ
Книжникова Е.В., Евсеева Г.П., Полубарцева В.В. 36

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

44.
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЗАЛЬНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ И СИСТЕМНЫХ МАРКЕРОВ Т2-ЗАВИСИМОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ.
Колесник А.С., Горбунова С.В., Красильникова С.В., Елисеева Т.И. 37

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

45.
ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У ЛИЦ, ПРИБЫВШИХ НА ЮЖНЫЙ БЕРЕГ КРЫМА ИЗ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОН
Масликова Г.Г., Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Черноротов В.А., Сыроватка И.А. 38

46.
БИОМАРКЕРЫ ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БА И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ
Красильникова С.В., Елисеева Т.И., Овсянников Д.Ю. 39

47.
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-ИНФЕКЦИЕЙ
Решетникова Л.К., Сулима М.В. 39

48.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ПРЕПАРАТОВ ПЫЛЬЦЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ
Беляева С.Н. 40

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

49.
АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИОННОГО ПРОФИЛЯ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК H19, MALAT1, MEG3, DNM3OS, TP53TG1 И LINC00342 ПРИ COVID-19-ИНДУЦИРОВАННОМ И ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ
Зулкарнеев Ш.Р. – 1, Корытина Г.Ф. – 1,2, Маркелов В.А. – 1,2, Гибадуллин И.А. – 1, Зулкарнеев Р.Х. – 1, Авзалетдинов А.М. – 1, Загидуллин Н.Ш. – 1 41

50.
ОБЪЕДИНЕННЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (ИЗЛ) В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2023 Г.
Козырева Л.С., Исламова Г.А., Николаева Л.В., Зулкарнеев Р.Х. 42

51.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ФИБРОЗНОГО ФЕНОТИПА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
Болотова Е.В., Юркова Ю.Г. 42

52.
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ КРАТКОСРОЧНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПНИВЛ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОЗИРУЮЩИМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПОСРЕДСТВОМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО ТЕСТА
Обухова А.А., Куликов А.Н., Рабик Ю.Д., Бутомо М.И., Зинченко А. В., Марков Н.В.,Попова К.А. 43

53.
КОНЦЕНТРАЦИЯ TGF-B1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ КАК МАРКЕР ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
Майсеенко В.И., Буйневич И.В 44

54.
ЛОНГ-КОВИД И ДИНАМИКА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД
Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Прибылов С.А., Мележенкова А.Ю., Прибылов В.С., Гаврилюк Е.В., Маслова Т.А. 45

55.
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФИБРОЗИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ЭМФИЗЕМОЙ
Марков Н.В., Ходорик Н.А., Илькович М.М. 45

56.
СТРУКТУРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» МЗ РТ
Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д. 46

57.
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Семендяева Е.В., Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Шевченко Д.Ф., Воронин К.А. 47

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

58.
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ МНОГОСРЕЗОВОЙ ЛИНЕЙНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ COVID-19
Писаренко Н.К. 48

59.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ
Писаренко Н.К., Станчева М.В., Палади К.Д. 49

МИКРОБИОЛОГИЯ

60.
АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО ОКСИДА АЗОТА (INO) НА ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ (НП)
Калашникова Т.П. – 1, Арсеньева Ю.А. – 1, Кравченко И.В. – 1, Каменщиков Н.О. – 1, Подоксенов Ю.К. – 1, Чубик М.В. – 2, Карпова М.Р. – 2, Быконя С.А. – 3, Ракитин С.С. – 3, Бощенко А.А. – 1. 50

МУКОВИСЦИДОЗ

61.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ О ЗАБОЛЕВАНИИ, МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ
Мукатова И.Ю., Токсарина А.Е., Сыздыкова А.Б., Муканов А.М., Серикова А.С., Ким С.С., Бегайдаров Д.А. 51

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

62.
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ МОДЕЛИ РИСКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ
Белозерова Н.В., Горохова С.Г., Буниатян М.С. 52

63.
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ НА ОКСИГЕНАЦИЮ КРОВИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ
Марков Н.В., Зинченко А.В., Кулагин Е.А., Рабик Ю.Д., Куликов А.Н. 53

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

64.
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. 54

65.
МЕТОДИКА ПОДБОРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДОЗЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ПОМОЩИ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ
Позднякова Д.Д., Нгуен Хоанг Кыонг, Баранова И.А., Шогенова Л.В. 55

66.
СРАВНЕНИЕ СОПОСТАВИМОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ 6-МИНУТНОГО ШАГОВОГО ТЕСТА И 1-МИНУТНОГО ТЕСТА «СЕСТЬ И ВСТАТЬ»
Канаева Т.В. 55

67.
ЭФФЕКТ ВОДОРОДА НА ГАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ
Зинчук В.В., Рабковская Е.М. 56

68.
ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Глуткина Н.В. – 1, Гуляй И.Э. – 1, Зинчук В.В. – 2 57

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

69.
МЕДИЦИНСКИЕ ПРАКТИКИ, ФОРМИРУЮЩИЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ
Ниязова Ф.Н., Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В. 58

70.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ
Мамбетниязов К., Ливерко И.В. 59

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

71.
О ПОВТОРНОМ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЕ ОРИТ ФТИЗИОПНЕВМОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Маня М.Л., Доника А.Ф., Мартынюк К.И., Николаев В.В., Писаренко С.В. 60

72.
О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОТКАЗА В СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ
Маня М.Л., Доника А.Ф., Николаев В.В., Писаренко С.В. 61

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

73.
ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ВЫЗВАННУЮ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Дудченко Л.Ш., Шуляк И.В. 62

74.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДОВ В РАКЕ ЛЕГКОГО
Греков И.С. 63

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

75.
ВАЛИДАЦИЯ НОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Кириллова И.Г., Юдкина Н.В., Николаева Е.В., Волков А.В., Корсакова Ю.О.. 64

76.
ВАЛИДАЦИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ УПРОЩЕННОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Юдкина Н.Н., Волков А.В.. 65

77.
ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГОЧНУЮ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЮ
Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Поротникова С.С., Даниленко С.О.,Ломиворотов В.Н., Чернявский А.М. 65

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

78.
ДЕСИНХРОНОЗ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА
Ражабов Х.С., Ливерко И.В. 67

ПНЕВМОНИЯ

79.
ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА (ФР) РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ (НП) ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК)
Калашникова Т.П. – 1, Арсеньева Ю.А. – 1, Подоксенов Ю.К. – 1, Кравченко И.В. – 1, Горчакова М.Б. – 1, Каменщиков Н.О. – 1, Романюк Е.Т. – 2, Козлов Б.Н. – 1, Бощенко А.А. – 1 68

80.
ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М. 68

81.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19
Зайнабитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 69

82.
СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ SMRT-CO
Мухаметова Л.И., Хакимова Э.Ф., Каюмова В.Л., Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Зулкарнеев Р.Х. 70

83.
БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОДОЗНОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОСТОЯННОЙ НИЗКОДОЗНОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ NO-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19 СО СПОНТАННЫМ ДЫХАНИЕМ
Кравченко И.В., Каменщиков Н.О., Калашникова Т.П., Подоксенов Ю.К., Козлов Б.Н. 70

84.
СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ
Мирхайдаров А.М. – 1, Фархутдинов У.Р. – 2. 71

85.
СОСТОЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ (18-МЕСЯЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Глушкова Т.В. 72

86.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2
Левченко К.В. 72

87.
ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНО-МИКОЗНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИ H1N1 НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА
Третьяков А.Ю. – 1, Ермилов О.В. – 1, 2. 73

88.
СЛОЖИВШАЯСЯ ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Позднякова О.Ю., Афанасьев Н.Е., Перегудова Л.Н. 74

89.
СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ПРОГНОЗ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
Абулдинова О.А., Приходько О.Б. 74

90.
СОСТОЯНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ В ПОРАЖЕННОМ ЛЕГКОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
Букреева Е.Б., Зоркальцев М.А., Удодов В.Д., Зайцева А.А. 75

91.
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У НАРКОПОТРЕБИТЕЛЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Брусин С.И., Гришкова М.Д., Удальцова Н.Н. 76

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

92
ГИПОКСИЧЕСКИЙ ТЕСТ КАК ИНДИКАТОР УСТОЙЧИВОСТИ РАБОТНИКОВ К УСЛОВИЯМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА
Румянцева О.И., Петрыкина М.В., Чжан Синьлян, Глазачев О.С. 77

РАЗНОЕ

93.
ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Каленчиц Т.И. – 1, Кабак С.Л. – 1, Диденко Н.С. – 2, Лосевич О.В. – 3, Глазкина М.А. – 3 78

94.
СООТНОШЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ И ВНЕЛЕГОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
Малыхин Ф.Т. – 1, Малыхин Т.Ф. – 2, Малыхин А.Ф. – 3. 79

95.
СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ И МЕХАНИЗМЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ ИЗОФОРМ NOS ОТ CA2+
Попова Н.А. – 1,2, Соодаева С.К. – 1,2, Климанов И.А. – 1, Темнов А.А. – 2 79

96.
АУТОРЕГУЛЯТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ C-TAIL NO-СИНТАЗ
Попова Н.А. – 1,2, Соодаева С.К. – 1,2, Климанов И.А. – 1, Темнов А.А. – 2, Мишарин В.М. – 1 80

97.
РОЛЬ ЮРИСТА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНСКИМИ ОШИБКАМИ
Писаренко К.С. 81

98.
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА (СН-СФВ) НА ПЕРВИЧНУЮ КОМБИНИРОВАННУЮ КОНЕЧНУЮ ТОЧКУ
Бабушкина Г.В., Шайхлисламова Г.И., Сахабетдинова И.М., Губаева А.М. 81

99.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МАКСИМАЛЬНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ
Бабушкина Г.В., Пермякова С.В., Шестова К.А., Губаева А.М., Музюкова С.А. 82

100.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ДОСТАВКИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕГКИЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Резяпова А.И. 83

101.
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ И ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННЫХ COVID-19
Колесников П.Е., Визель А.А. 83

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

102.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, ОСЛОЖНИВШУЮСЯ ПНЕВМОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
Новикова Т.А. – 1, Попов Е.А. – 1, Рубаник Т.В. – 1, Шапиро Н.В. – 1, Шапорова Н.Л. – 2, Тишков А.В. – 2 85

103.
ДОЛГОСРОЧНЫЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРИ COVID-19: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОТДАЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
Соболева Е.А., Хамитов Р.Ф. 86

104.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Юсупалиева М.М., Гришин М. Н., Корчагина Е.О 86

105.
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОГО ФЕНОТИПА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
Каладзе Н.Н., Дудченко Л.Ш., Соловьева Е.А. 87

106.
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНГАЛЯЦИИ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ (ОКСИДОМ АЗОТА И МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВОДОРОДОМ)
Позднякова Д.Д., Нгуен Хоанг Кыонг, Баранова И.А. 88

107.
СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЁННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРРЕКЦИЮ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
Гришечкина И.А. 88

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

108
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ФВД) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИСТИОЦИТОЗОМ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА (ГКЛ)
Зинченко А.В., Илькович М.М. 90

109.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗ-ЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА
Бабаджанова Г.Ю. 91

110.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ
Левченко К.В. 91

САРКОИДОЗ

111.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛЕФГРЕНА ПРИ САРКОИДОЗЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Метельский С.М. – 1, Федоров С.Е. – 2, Саченко В.В. – 2, Ярошовец В.В. – 2. 93

112.
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ НАКОПЛЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛЕГКИХ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ САРКОИДОЗЕ
Денисова О.А. – 1, Барановская Н.В. – 2, Калачева Т.П. – 1, Топольницкий Е.Б. – 3., Шефер Н.А. – 3., Пальчикова И.А. – 3, Романов Д.С. – 1, Чернявская Г.М. – 1,Черногорюк Г.Э. – 1. 94

113.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Романов Д.С., Беспалова И.Д., Денисова О.А. 94

ТАБАКОКУРЕНИЕ

114.
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ОКСИДАТИВНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ КУРИЛЬЩИКОВ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ
Запруднова Е.А. – 1, Хромова А.М. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Попова Н.А. – 2, Татаурова Н.Н. – 2, Хорошаева А.В. – 2 96

115.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ВРАЧА ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ
Крошкина И.Ю., Махмутова В.Р., Пирожкова Е.Г., Рефицкая Н.В. 97

116.
НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПРИ ТАБАКОКУРЕНИИ (ТК)
Добрых В.А., Мамровская Т.П., Дьяченко О.А.. 97

117.
ФИЗИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БАЗАЛЬНОГО ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА У МУЖЧИН В НОРМЕ, ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ И ХОБЛ, ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ
Добрых В.А., Мамровская Т.П., Дьяченко О.А., Тен Т.К., Уварова И.В. 98

118.
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ
Ташметов Х.М., Убайдуллаева Н.Н. 99

ТУБЕРКУЛЕЗ

119.
СНИЖЕНИЕ РИСКА МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК ПРИ ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
Писаренко С.В. – 1, Александру С.М. – 1, Хайдарлы И.Н. – 1, Маня М.Л. – 1, Писаренко К.С. – 2. 100

120.
ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Осинцева И.Ю. – 1, Пьянзова Т.В. – 2 101

121.
ПРОБЛЕМА НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ К ЛЕЧЕНИЮ: ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ
Писаренко С.В., Русу Д.А., Маня М.Л., Чебану С.И., Ботнару Д.Н. 101

122.
НОВЫЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ
Старшинова А.А., Беляева Е.Н., Осипов Н.Н. 102

123.
РОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУППЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
Корецкая Н.М., Петров А.М., Тятенкова П.М., Левина Е.Б., Кондрашова И.С. 103

124.
ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
Корецкая Н.М., Петров А.М., Тятенкова П.М., Князева Е.В., Белоусова Ю.Н., Троегубова А.Ю. 103

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

125.
ДИАГНОСТИКА РЕСТРИКТИВНЫХ И ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ АНАЛИЗА ПАТТЕРНА ЕСТЕСТВЕННОГО СВОБОДНОГО ДЫХАНИЯ.
Зулкарнеев Р.Х., Насыров Р.В., Бикташев Т.Р., Бакирова В.Э., Зулкарнеев Ш.Р. 105

126.
ДЕСИНХРОНОЗ ЦИРКАДНОГО РИТМА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА
Ражабов Х.С., Ливерко И.В. 106

127.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО КРИВОЙ «ПОТОК-ОБЪЁМ»
Десяцкова Е.М., Греченко В.В. 106

128.
ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Юдкина Н.Н., Волков А.В. 107

ХОБЛ

129.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: В ФОКУСЕ ЖИТЕЛИ СЕЛА
Шапран А.А. – 1, Темерева Е.А. – 2, Никоненко Е.В. – 2, Назмутдинов Г.С. – 2, Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2, Моисеева М.В. – 2. 108

130.
МЕСТО БРОНХОСКОПИИ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ ХОБЛ
Штейнер М.Л. – 1,2, Макова Е.В. – 1,3, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2 109

131.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК MALAT1, TP53TG1 И LINC00342 В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Корытина Г.Ф. – 1, 2, Маркелов В.А. – 1, 2, Гибадуллин И.А. – 2, Зулкарнеев Ш.Р. – 2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Ахмадишина Л.З. – 1, Ларкина А.П. – 1, Авзалетдинов А.М. – 2, Загидуллин Н.Ш. – 2 109

132.
ПРОБЛЕМА ГИПОДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ: ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ
Писаренко С.В., Русу Д.А. 110

133.
ИЗУЧЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ХОБЛ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
Шпак И.И., Олзоева А.М. 111

134.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Мирхайдаров А.М., Закирова Э.Р. 112

135. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ГЕНО-СЕРОТИПИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА STR. PNEUMONIAE В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Налибаева Р.А., Ливерко И.В. 112

136.
НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ – РИСКИ
ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Мамбетниязов К., Ливерко И.В. 113

137.
АУТОИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ХОБЛ
Ташметова Г.Т., Ливерко И.В. 114

138.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Третьяков А.Ю. – 1, Ромасенко Л.В. – 2,
Ермилов О.В. – 1, 3, Бочарова М.А. – 3 114

139.
ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ
Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р. 115

140.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОДУЛЯТОРОВ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА
В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ
Урясьев О.М., Шаханов А.В., Канатбекова Ж.К., Никифоров А.А. 116

141.
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Ивахненко И.В., Сущук Е.А., Краюшкин С.И. 116

142.
ЭОЗИНОФИЛИЯ, ФЕНОТИПЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
ХОБЛ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Фураева А.С., Брусин С.И., Филатова Ю.С.,
Ильин М.В., Ивашечкин Е.Н. 117

ЭНДОСКОПИЯ

143.
ПАРЕЗЫ ГОРТАНИ В БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2,
Корымасов Е.А. – 2,
Кривощёков Е.П. – 2 119

144.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБАВОЧНЫХ БРОНХОВ СРЕДНЕЙ
ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ БРОНХОСКОПИИ
Штейнер М.Л. – 1,2. 120

145.
СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ТРАХЕАЛЬНОГО БРОНХА И ДОБАВОЧНОГО БРОНХА ЛЕВОЙ БАЗАЛЬНОЙ ПИРАМИДЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЁЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ
Штейнер М.Л. – 1,2. . . . . . *120*

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

146.
ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРИЧИНЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2019-2021 ГОДАХ
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. *122*

147.
ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014-2021 ГОДЫ
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. *123*

157.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. *123*

158.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЗА 2014-2021 ГОДЫ
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. *124*

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ
Авторы тезисов XXXIII Национального Конгресса по болезням органов дыхания *126*