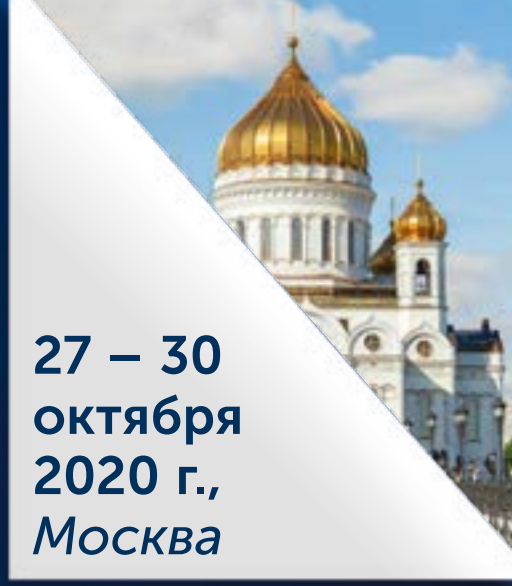
Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Российское
респираторное общество



27 – 30
октября
2020 г.,
Москва

XXX Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным
участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ISBN 978-5-901450-19-2

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество

XXX Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

INDEX

Указатель авторов 128

Содержание 131

г. Москва, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

4 БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

5 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

17 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

24 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

27 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

29 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

35 ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

37 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

40 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

42 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

45 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

48 ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ.
ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

49 ПНЕВМОНИЯ

58 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

60 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.
ФИЗИОТЕРАПИЯ

63 РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

64 САРКОИДОЗ

67 ТАБАКОКУРЕНИЕ

70 ТУБЕРКУЛЕЗ

83 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

84 ХОБЛ

105 ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

106 ЭНДОСКОПИЯ

110 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

112 РАЗНОЕ

116 КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. Особенности клинического течения бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертензией у беременных

Авторы: Анохина В.С., Приходько О.Б., Кострова И.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) у беременных является одним из самых распространенных заболеваний бронхолегочной системы. Этим обусловлен интерес изучения клинического течения БА в период беременности. В то же время, учитывая проблему полиморбидности и коморбидности, представляет интерес изучение взаимного отягощения бронхиальной астмы и другой экстрагенитальной патологии, в том числе, артериальной гипертензии (АГ), во время беременности. АГ достаточно часто встречается у больных БА и может быть следствием нарушения обмена вазоактивных веществ, вегетативного дисбаланса с угнетением адренорецепторов, гипоксемии, нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения, венозного застоя.

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

Материалы и методы: проанализированы клинико-анамнестические данные течения беременности у 47 больных БА с манифестацией клинических симптомов заболевания во время гестации. Отягощенная наследственность по аллергии была у 29,8% больных. Результаты. АГ отмечена у 21,3% обследуемых пациенток (у 7 пациенток АГ была диагностирована еще до беременности, но большинство из них постоянную антигипертензивную терапию не получали, у 3 – впервые в гестационном периоде). Внелегочные проявления аллергии до наступления беременности отмечались у 68,1%, из них. Аллергическая форма БА выявлена у 66% больных, не аллергическая – у 12,8%, смешанная – у 21,2%. У 48,9% больных симптомы БА появились в I триместре беременности, у 44,6% – во II и у 6,5% – в III триместре. Манифестация симптомов БА чаще отмечалась в I триместре беременности, чему, как правило, предшествовали внелегочные проявления аллергии.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. Легочная гемодинамика, торакальный объем жидкости и фосфолипиды выдыхаемого воздуха у больных циррозом печени

Авторы: Барламов П. Н., Воробьева А.А., Кравцова Т.Ю.

Организация: ГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения России.

Цель исследования: оценить торакальный объем жидкости, лёгочную гемодинамику и фосфолипиды выдыхаемого воздуха у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией.

Материал и методы: в исследование включено 37 больных ЦП средней степени активности с портальной гипертензией, средний возраст 51,6 ± 13,5 лет и 19 практически здоровых добровольцев, средний возраст 48,7 ± 9,3 лет. Лёгочная гемодинамика исследовалась при помощи аппарата УЗИ ALOKA 2200 (Япония) в одно- и двухмерном режимах. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА, мм рт. ст.), рассчитывали по формуле, заимствованной из литературы (А.В.Струтынский, 2009). Для определения индекса торакального объёма жидкости (ИТОЖ) использовали диагностический комплекс «Полиреокардиограф – 01», г. Пермь. При этом ИТОЖ рассчитывали по формулам, предложенным М. А. Зубаревым (1993). Фосфолипиды определяли в конденсате выдыхаемого воздуха.

Результаты: гемодинамика больных ЦП определялась уменьшением УО – в 1,3 раза ($p<0,05$), ПМИ – в 3,6 раз, ГМ в 1,3 раза, МОУИ – в 3,8 раз, в сравнении с показателями обследованных контрольной группы. Кроме того, наблюдалось увеличение интервала периода релаксации на 11 мс от верхней границы нормы. В совокупности результаты показывают симптомы как систолической, так и диастолической сердечной недостаточности с явлениями застоя в МКК. Выявленное увеличение ИТОЖ у больных ЦП (1,62±0,26 л/м^2 против 1,46±0,14 л/м^2 в контрольной группе) в 1,1 раза ($p<0,05$) не превышало нормальные значения (1,42 – 2,2 л/м^2 по данным М.А. Зубарева). Количество липидного фосфора в конденсате выдыхаемого воздуха у больных ЦП определялось ниже, чем у здоровых (0,024±0,01 мкг против 0,043±0,02 мкг, $p<0,05$). ЭХО-КГ исследование обнаружило превышение нормальных значений СрДЛА от 20 до 29 мм. рт. ст.

3. Динамика показателей суточного мониторирования артериального давления у больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертензией

Авторы: Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Степаненко Т.И., Стрекозова И.П., Ватанская Ю.О.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», ООО ММЦ «Диалайн», г. Волжский, РФ

Цель: оценить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследованы 98 амбулаторных пациента (средний возраст – 51,6±0,7). В основную (I) группу вошли 74 больных персистирующей БА различной степени тяжести в сочетании с ГБ. Группа сопоставления (II) включала 25 больных эссенциальной ГБ II степени. Для характеристики суточного профиля АД использовали суточный мониторинг АД портативной автоматической системой BPLabWin.

Результаты: при сравнении показателей СМАД больных I и II групп были выявлены достоверно более высокие цифры среднесуточного ($p<0,01$), среднедневного ($p<0,05$) и средненочного систо-

лического АД (p<0,001); среднесуточного, среднедневного и средненочного индекса времени (ИВ) САД (p<0,05). Уменьшение суточного индекса САД (p<0,001) и диастолического индекса ДАД (p<0,05) в сравнении с больными II группы. В основной группе больных имело место повышение среднесуточных, среднедневных и средненочных значений САД. У пациентов I группы показатели увеличивались в течение суток, а также выявлено превалирование патологических типов суточной кривой АД, что прежде всего, характеризовалось недостаточной степенью ночного снижения АД (для САД – 61,9%, для ДАД – 57,1%). Было установлено, что у пациентов с более тяжелым течением БА нарастали уровни САД, ДАД, ИВ САД, ИВ ДАД, при этом более существенные изменения этих показателей отмечались в ночное время.

Вывод: сочетание бронхиальной астмы и гипертонической болезни характеризуется синдромом взаимного отягощения течения обоих заболеваний. Отмечено отрицательное влияние бронхиальной астмы на течение артериальной гипертензии, которое усиливается при более тяжелом течении бронхиальной астмы.

4. Долгосрочная СИПАП-терапия у больных пожилого возраста с синдромом обструктивного апноэ сна и артериальной гипертензией

Авторы: Мостовой Л.В., Овчинников Ю.В., Зайцев А.А.

Организация: Филиал №1 ФГБУ «Лечебно-реабилитационный клинический центр» МО РФ, г. Химки

Цель исследования: оценить комплаентность к долгосрочной СИПАП-терапии (в течение 1 года) у больных пожилого возраста с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: после проведенного обследования (респираторное мониторирование) и установления диагноза СОАС 39 пациентов пожилого возраста с АГ (25 мужчин (46,3%) и 14 женщин (38,9%)) дали согласие на инициацию СИПАП-терапии в условиях стационара. После выписки пациентам рекомендовалось продолжить СИПАП-терапию в домашних условиях. Через 1 год после выписки уточнено, кто из пациентов продолжает данный метода лечения дома, и оценена комплаентность к данному методу лечения при помощи данных, полученных из аппаратов для СИПАП-терапии.

Результаты и выводы: в результате исследования выявлено, что через 1 год из числа согласившихся на инициацию СИПАП-терапии в дальнейшем в домашних условиях ее продолжили 12 мужчин (80%) и 3 женщины (20%). Общий процент дней использования аппаратами СИПАП в домашних условиях в течение 1 года у мужчин составил 80,6±12,8%, у женщин 45,6±5,1%. Среднее количество часов лечения в течение ночи у мужчин составило 6±1,1 часов, у женщин 4±1 час. Индекс апноэ/гипопноэ на фоне СИПАП-терапии в течение 1 года у мужчин составил 6,3±4,2 события в час, у женщин 8,5±6,5 событий в час. Выявлена более высокая приверженность к долгосрочной СИПАП-терапии у мужчин по сравнению с женщинами. Кроме того для мужчин отмечено полное соответствие требованиям использования долгосрочной СИПАП-терапии по общему проценту использования в течение года (должно быть не менее 70%), а также в течение каждой ночи (не менее 5 часов за ночь), в то время как у женщин наблюдалось недостаточное использование СИПАП-терапии лечения по этим показателям.

5. Болезни органов пищеварения у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких

Авторы: Есетова Г.У., Сайланова Д.К., Зарубекова Н.З.

Организация: Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан.

Актуальность: поражение органов пищеварения часто встречается у больных ХОБЛ, что связано с тканевой гипоксией, гипекаркапнией, нарушением микроциркуляции, эндокринным дисбалансом. Несмотря на большое число публикаций, касающихся БА и ХОБЛ, сохраняется нерешенность многих патогенетических и терапевтических аспектов проблемы. Большие трудности связаны с частым сочетанием этих заболеваний с заболеваниями других органов и систем.

Цель исследования: выявление поражений органов пищеварения у больных ХОБЛ.

Материал и методы исследования: проведен анализ клинических историй болезней больных ХОБЛ, лечившихся в пульмонологическом отделении ГКБ1 за 2018 г.

Анализ полученных результатов: проанализировано 438 историй болезни больных ХОБЛ различной степени тяжести. Патология органов пищеварения наблюдалась у 178 человек (33,6%). Число мужчин среди больных было преобладающим (74%), их возраст колебался от 45 до 80 лет. Выявлены следующие заболевания органов пищеварения при ХОБЛ: ГЭРБ (28%), эрозивный гастрит (31,2%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (21%). Заболевания органов пищеварения у больных ХОБЛ не зависели от степени тяжести ХОБЛ. Необходимо отметить, что целенаправленное выявление поражений органов пищеварения у больных ХОБЛ послужит основанием для последующей коррекции в терапии данной группы пациентов.

Выводы: у значительного числа обследованных пациентов (33,6%) наблюдалось сочетание патологии органов пищеварения и ХОБЛ, что утяжеляет клиническое течение легочного процесса, требует проведения диагностического алгоритма для выявления данной патологии и коррекции лечения.

6. Базисная терапия бронхиальной астмы в сочетании с вазомоторно-аллергическим ринитом

Авторы: Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Степаненко Т.И., Стрекозова И.П., Манохина О.Ю., Ватанская Ю.О.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», ООО ММЦ «Диалайн» г. Волжский, РФ

Цель: изучение клинико-функциональной эффективности препарата левоцетиризина+монтелукаст (блокатора Н1-гистаминовых и лейкотриеновых рецепторов) у больных персистирующей БА среднетяжелого течения в сочетании с вазомоторно-аллергическим ринитом.

Материалы и методы: 40 амбулаторных больных были разделены на 2 группы: основная – 30 человек и контрольная группа – 10 пациентов. Все больные получали базисную терапию будесонид/формотерол 160/4,5 по 1 вдоху 2 р/с и по требованию. Пациенты основной группы получали дополнительно левоцетиризина+монтелукаста 5/10 мг на ночь. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, степени функциональных расстройств. Диагноз аллергического ринита у всех пациентов был верифицирован оториноларингологом.

Результаты: эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов, данным спирометрических показателей. У всех пациентов до начала лечения были отмечены симптомы БА, а также затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, чихание, выделения из носа, общая слабость, утомляемость, в крови и мокроте у 83% пациентов была отмечена эозинофилия. На фоне лечения левоцетиризином+монтелукаст в течение одного месяца у пациентов основной группы в сравнении с больными из группы сопоставления отмечалось достоверное уменьшение выраженности основных клинических симптомов заболевания (урежение приступов удушья, уменьшение потребности в скоропомощных бронходилататорах, уменьшение заложенности носа и ринореи), а также улучшение показателей бронхиальной проходимости на спирограмме.

Вывод: комбинированный препарат левоцетиризина+монтелукаст в дозировке 5/10 мг 1 раз в сутки у больных с персистирующей бронхиальной астмой средней степени тяжести в сочетании с вазомоторно-аллергическим ринитом может быть рекомендован для базисной терапии.

7. Особенности внебольничной пневмонии при опиоидной наркозависимости

Авторы: Абулдинова О.А., Приходько О.Б., Кострова И.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

В последние десятилетия особый интерес представляет течение пневмоний у наркозависимых пациентов. В России, по данным на июнь 2017 г., официально зарегистрировано около 800 тыс. потребителей наркотиков. Тяжелое течение внебольничной пневмонии у наркозависимых связано с аспирацией желудочного содержимого, нарушением защитных механизмов легких, гиповентиляцией при угнетении дыхания.

Представляет интерес случай наблюдения пациента Д., 48 лет, доставленного бригадой скорой медицинской помощи в Амурскую областную клиническую больницу с жалобами на одышку в покое, кашель с мокротой, лихорадку до 39,9ºС, боли в мышцах, слабость. Считает себя больным в течение 3 недель. На протяжении нескольких лет употреблял опиаты внутривенно по 1,5 г. Стаж курения – 28 лет (ИК – 14). Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. ЧД 26 в мин. Перкуторно: легочный звук, дыхание везикулярное ослабленное. Тоны сердца приглушены, пульс – 100 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. КТ ОГК при поступлении: ретикулярные изменения, уплотнение перибронховаскулярного интерстиция, диффузное усиление и деформация сосудистого рисунка. Выставлен диагноз: Интерстициальная пневмония. Идиопатический легочный фиброз? Бактериологическое исследование мокроты: амоксициллин-чувствительный S.pneumoniae. На фоне получаемой этиотропной и дезинтоксикационной терапии – нормализация температуры тела, восстановление функции внешнего дыхания, снижение интоксикации. КТ ОГК в динамике, на фоне лечения: разрешение интерстициальных изменений паренхимы обоих легких с нормализацией пневматизации легочной ткани.

Таким образом, факторами риска развития и особенностями течения пневмонии у данного пациента явились: опиоидная наркозависимость, курение, позднее обращение за медицинской помощью, интерстициальный характер изменений в легких.

8. Клинико-функциональные особенности внебольничной пневмонии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Авторы: Тетенева А.В., Беспалова И.Д., Сорокина Т.В., Тетенев К.Ф., Потапов К.В., Радионов Д.И.

Организация: ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия.

Введение: внебольничная пневмония и сахарный диабет относятся к числу социально значимых заболеваний, при этом известно неблагоприятное влияние сахарного диабета на течение и прогноз внебольничной пневмонии (ВП).

Цель исследования: изучить клинико-функциональные особенности внебольничной пневмонии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Результаты: у абсолютного большинства пациентов с ВП на фоне СД 2 типа преобладала тяжелая одышка, соответствующая 3 и 4 стенени по шкале mMRS (54% и 23%, соответственно), у 15% – 2 степени, лишь у 8% – 1 степени, при этом у пациентов группы сравнения преобладала одышка 2 степени (60%), 3 степени – у 26% пациентов, 1 степени – в 14% случаев, 4 степени – не выявлено. Отмечалось снижение сатурации у пациентов с ВП на фоне СД 2 типа 91,00 (82,00;97,00) %, в 43 % случаев сатурация была ниже 90%, в отличие от данных группы сравнения 94,00 (91,00;98,00)%, p>0,05. Анализ показателей ФВД показал, что у коморбидных пациентов ОФВ1 снижен в большей степени (62,35 (56,29;68,41))% в отличие от группы сравнения (79,34 (68,74-80,94))%, p<0,05, а также существенно ниже ЖЕЛ 48,89 (40,33-57,45)% в отличие от группы сравнения 64,79 (56,38-73,20)%, p<0,05.

Заключение: у пациентов с сахарным диабетом течение нетяжелой внебольничной пневмонии характеризуется более выраженными клиническими проявлениями, а именно тяжелой одышкой, что, вероятно, является следствием существенного нарушения газообмена и нарушением ФВД преимущественно по рестриктивному типу. Данные результаты подтверждают актуальность проблемы своевременной диагностики и коррекции коморбидной патологии, основной причины тяжелого течения острых инфекционных процессов.

9. Сравнительный анализ течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и без него

Авторы: Тетенева А.В., Беспалова И.Д., Кравченко Е.В., Тетенев К.Ф., Потапов К.В., Радионов Д.И.

Организация: ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

Введение: по данным ВОЗ к заболеваниям, которые оказывают неблагоприятное влияние на течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) относится сахарный диабет, а наиболее тяжелой формой заболевания является молниеносное развитие пневмонии.

Цель работы: изучить клинические особенности течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Результаты исследования: у большинства пациентов с сахарным диабетом, как и следовало ожидать, определялась гипергликемия (у 71% пациентов), при этом у пациентов группы сравнения, не имеющих сахарного диабета в анамнезе, гипергликемия была выявлена в 19% случаев. Сатурация была значительно ниже в основной группе, она составила 90,0 (84,00-95,00)%, в отличие от 94,00 (89,00-98,00)% группы сравнения ($p<0,05$). Обратило на себя внимание, что максимальная температура тела была существенно ниже у пациентов основной группы и в 68% случаев не повышалась выше субфебрильных цифр, в 20% случаев оставалась в пределах нормальных значений и лишь у 12% больных достигала фебрильных цифр. При этом у абсолютного большинства пациентов без сахарного диабета (82%) максимальные значения температуры тела были в пределах фебрильных значений. Сравнительный анализ данных КТВР показал, что в основной группе тяжелое поражение легких (КТ4) было выявлено в 30% случаев, в 65% КТ2 и КТ3, лишь в 5% КТ1, тогда как в группе сравнения признаки КТ4 отмечались в 12% случаев, КТ 2 и 3 – в 68% случаев, КТ 1 – в 20%.

Заключение: наличие сахарного диабета способствует неблагоприятному течению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), что характеризуется большей площадью поражения легких, при этом течение заболевания в ряде случаев носит стертый характер, что вызывает значительные диагностические трудности.

10. Иммуноопосредованный пневмонит, ассоциированный с приемом ниволумаба, у пациентов онкогематологического профиля

Автор: Янбухтина В.Р.

Организация: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Были ретроспективно проанализированы истории болезни 218 пациентов с различными морфологическими вариантами классической лимфомы, проходивших лечение в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой и получавших ниволумаб. Иммуноопосредованный пневмонит (ИОП) – проявление легочной токсичности иммунотерапевтических препаратов – был установлен в 3,2% случаев (у 6 человек: 5 женщин и 1 мужчины). Все они получали брентуксимаб (совместно с ниволумабом или до его назначения). У 1 пациента ИОП развился после проведения CAR-T терапии на фоне приема ниволумаба. У 3 пациентов из 6 изменения были выявлены лишь при плановой КТ, у 2 в дебюте ИОП развилась одышка, у 1 – кашель. Рентгенологическая картина в 83% случаев включала в себя изменения по типу «матового стекла», в 33% – ретикулярные изменения, в 17% – очаговые изменения. Двое из 6 с ИОП имели другие иммуноопосредованные НЯ: у одной пациентки со стороны ЖКТ, у другой – со стороны гепатобилиарной, нервной и эндокринной систем. Среди пациентов с пневмонитом хроническая легочная патология была установлена у 3 человек, аллергологический анамнез был отягощен у 1, имели анамнез курения 2 пациента. Таким образом, можно предположить следующее: 1. Факторами риска развития ИОП являются женский пол и комбинированная иммунотерапия. 2. ИОП может развиваться вне зависимости от других НЯ, связанных с приемом ниволумаба. 3. Характерным клиническим проявлением заболевания была одышка у половины больных, у остальных ИОП дебютировал бессимптомно и был выявлен лишь при КТ.

11. Нарушение функции дыхания у больных бронхиальной астмой в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Авторы: Бойко Е.Ю., Бубнова И.А., Моногарова Н.Е., Забазнова Ю.В., Цирковская Е.Р.

Организация: Государственная общественная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Сочетание бронхиальной астмы (БА) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) встречается довольно часто: от 39 до 89%. При этом ГЭРБ является фактором повышенного риска госпитализаций в связи с обострением БА, особенно у пожилых пациентов.

Материалы и методы: обследовано 84 больных БА, женщин – 60,7%, мужчин – 39,3%, средний возраст – 44,5±3,6 лет. В I группу вошли пациенты с БА +ГЭРБ (n=33), II группа – БА без клинических

и функциональных признаков ГЭРБ (n=51). Всем пациентам проводилась спирометрия (спирограф Master Scopr 3013), бодиплетизмография (бодиплетизмограф фирмы Jaeger 2012), проба на обратимость. 24 пациентам определяли уровень NO в выдыхаемом воздухе (Niox Mino) и проводили пикфлоуметрию.

Результаты: по данным бодиплетизмографии получены следующие данные: Rtot – I группа 187,2±17,2, II – 178,3±12,4; TLC – I – 112,5±2,8; RV – I – 136,7±7,6, II – 129,0±4,6; RV/TVC – I – 96,9±3,0, II – 89,9±2,7; FEV1 – I - 83,1±3,85, II – 79,2±4,2. Достоверных различий по изучаемым показателям бодиплетизмографии в группах сравнения не было. Уровень NO в выдыхаемом воздухе был достоверно выше у пациентов I группы, соответственно: 78,4±6,3, 32,5±3,6 ppb ($p<0,0001$). По данным пикфлоуметрии процент вариабельности пиковой скорости выдыхаемого воздуха (ПСВ) выше у больных I группы, соответственно: 38,7±5,3%; 29,4±4,7%.

Выводы: у больных БА I и II группы выявлены нарушения функции дыхания, однако, достоверных различий нами получено не было. При этом у пациентов I группы определялся более высокий уровень NO в выдыхаемом воздухе. Также, в I группе больных была выше вариабельность ПСВ по данным пикфлоуметрии.

12. Жирнокислотный маркёр ХОБЛ в коморбидном статусе с ИБС

Авторы: Бахирев А.М., Лизенко М.В.

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут.

Диагностику ХОБЛ чаще нельзя назвать своевременной, ранней (легкая степень остаётся казуистикой). При ИБС она ещё более затруднена сходством клиники, становится своеобразным катализатором персистирующего воспаления, осложнений.

Цель работы: поиск отличий липидного обмена при ХОБЛ на фоне ИБС. Методами осаждения, спектрофотометрии и газожидкостной хроматографии исследован состав жирных кислот (ЖК) мембран эритроцитов (МЭ) и липопротеинов низкой плотности (ЛНП) сывороток крови мужчин 43–56 лет: 54 здоровых доноров (1 группа), больных ИБС (стенокардия напряжения 1–2 функционального класса). При отборе во 2 и 3 группы у 45 пациентов «ИБС» (2), 39 больных «ИБС+ХОБЛ 2 степени» (3) были исключены обострение, др. патология, приём статинов, гормонов, алкоголизация, «стаж» болезни выше 5 лет.

Результаты: расчёт в % от суммы ЖК дал локальное распределение в МЭ, ЛНП, ЭХ (эфиры холестерина) ЛНП, ТГ (триглицериды) ЛНП, что интегрально выражал индекс ω-6/ω-3: в МЭ: в 1 группе – 2,4±0,12; во 2 – 8,0±0,56; в 3 – 8,0±0,31; в ЛНП была аналогична (как в МЭ) тенденция: в 1 группе – 5,1±0,14; во 2 – 11,6±0,02, а в 3 -13,7±0,09; в ЭХЛНП в 1 группе 29,3±0,42; во 2 -40,6±0,25; в 3 – 42,8±0,21; в ТГЛНП: 1 группе – 16,7±0,12, во 2 -31,3±0,06, в 3 – соответственно – 47,8±0,35.

Выводы: 1. По сумме разных групп полиеновых кислот в МЭ и ЛНП имела место одинаково выраженная тенденция роста дефицита ω-3 и сопряжённого содержания ω-6 в ряду с 1 по 3 группу. 2. Апогей изменений выявлен в пределах внутреннего соотношения ненасыщенных ЖК в составе полиненасыщенных: убыль ω-3 на фоне стабильности ω-6 и почти 5-кратный рост индекса ω-6/ω-3 в ЭХ и его 3-кратное увеличение в ТГ ЛНП. В качестве маркера ХОБЛ он может вносить лепту в диагностику, прогноз, выбор лечения и оценку его эффективности.

13. Изменение спирографических показателей при ожирении

Авторы: Есетова Г.У., Кабдылдаева Г.К., Серикбаева А.К.

Организация: НАОНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан.

Актуальность: каждые 10 лет количество больных с ожирением в мире увеличивается на 10%, по прогнозам ВОЗ к 2020 г. 2,3 миллиарда взрослых людей будут иметь излишний вес, а 700 миллионов – ожирение.

Цель и задачи: целью работы является изучение функции внешнего дыхания у лиц с ожирением с различной степенью выраженности. Задачи: провести определение ИМТ, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы исследования: исследование ФВД проводили на аппарате Спиро Спектр-Нейрософт, использовали ростомер и весы. Всего пациентов 100 человек с избыточной массой

тела. Возраст составляет от 20 до 71 лет, средний возраст – 48,83, мужчин – 44, женщин – 56. Из них: с избыточной массой тела – 43, (ИМТ 25,0-29,9), 1 степень – 22, (ИМТ 30,0-34,9), 2 степень – 29 (ИМТ 35,0-39,9), 3 степень – 6 (ИМТ 40 и больше).

Результаты и обсуждения: в результате исследования ФВД выявлено: обструктивные нарушения функции внешнего дыхания подтверждались снижением ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ. Степень нарушений вентиляционной функции легких у больных с ожирением зависит от ИМТ. Чем выше степень ожирения, тем значительнее нарушения функции внешнего дыхания. Наиболее измененные показатели ФВД отмечаются при III степени ожирения, как у мужчин, так и у женщин.

Выводы: проведенное исследование показало, что ожирение является одним из значимых факторов снижения вентиляционной функции легких. Наиболее низкие показатели отмечались у пациентов с III степенью ожирения. ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ были достоверно ниже, чем у пациентов с избыточной массой тела. Нарушения вентиляционной функции легких были в большой степени по обструктивному типу.

14. Жесткость сосудистой стенки у больных бронхиальной астмой с различной тяжестью заболевания

Авторы: Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П.

Организация: ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

В последние годы проведено большое количество исследований, подтверждающих значение артериальной ригидности (АР) как важного независимого предиктора СС3 и их осложнений. Однократное исследование параметров АР не дает полной информации, существенный интерес представляет измерение жесткости в течение суток.

Цель исследования: анализ суточного профиля артериальной ригидности (АР) у больных бронхиальной астмой с различной тяжестью заболевания.

В исследование: было включено 119 больных БА, средний возраст составил 56,7 ± 8,23 лет. 1 группу составили 48 человек с легким и среднетяжелым течением, 2 группу 71 человек с тяжелым течением астмы.

При изучении суточных параметров АР у пациентов с тяжелой БА выявлено достоверное повышение СРПВ за сутки (10,12±1,79), дневное (10,16±1,87) и ночное время (9,84±1,89) в сравнении с пациентами с легким и среднетяжелым течением заболевания и лицами группы контроля ($p<0,05$). Так, значения среднесуточной СРПВ больше 10 м/сек выявлены у 11 (22,9%) пациентов 1 группы, у 32 (45%) больных 2 группы и у 6 (16,6%) лиц группы контроля. Установлена связь параметров АР с продолжительностью БА, количеством обострений в год. Так, жесткость сосудов выше у больных с длительной астмой и частыми обострениями.

В исследовании выявлено повышение жесткости сосудистой стенки у больных тяжелой БА. Полученные результаты могут быть трактованы как субклиническое поражение сосудистой стенки как органа-мишени, приводящее к увеличению суммарного сосудистого риска у больных с тяжелым течением астмы.

15. Влияние ХОБЛ на ближайшие и отдаленные исходы после инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST при первичном чрескожном коронарном вмешательстве

Авторы: Клестер Е.Б., Клестер К.В., Елыкомов В.А., Балицкая А.С.

Организация: ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ

Цель: изучить влияние ХОБЛ на ближайшие и отдаленные исходы после перенесенного ИМсПST при первичном чрескожном коронарном вмешательстве.

Методы: при непосредственном наблюдении на протяжении 3-х лет наблюдались 515 больных с впервые установленным диагнозом ХОБЛ (I группа). Мужчин было 389 (76%), женщин 126 (24%), средний возраст у начала наблюдения 63,8±12,5 лет: степень одышки по mMRC – 2,3±0,6; баллы по CAT – 24,1±9,8. Группа сравнения была сопоставима по возрасту полу без ХОБЛ (II группа).

Результаты: ИМ диагностирован у 26,8% больных I группы и у 11,0% больных II группы.

У пациентов ХОБЛ с ИМсПST были зарегистрированы более высокие уровни СРБ, более частые рецидивы инфаркта миокарда, ранняя постинфарктная стенокардия (all p<0.05).
Мультивариабельный анализ показал, что возраст (p = 0.02), гипертония (p = 0.04), обострение ХОБЛ (p=0.02), СРБ (p =0.02), общий холестерин (p=0.04) и SCORE (p=0.03) явились независимыми предикторами возникновения ИМ. Пациенты с ХОБЛ реже подвергались диагностической ангиографии и любым процедурам реваскуляризации (p<0.05). Различий в частоте внутрибольничной летальности выявлено не было (p=0.423).
Однако длительность госпитализации была значительно больше (p=0,003), частота повторного ИМ и повторной госпитализации была статистически значимо выше в 1-й группе, чем во 2-й при наблюдении на амбулаторном этапе.

Вывод: диагноз ХОБЛ ассоциирован со значительным увеличением риска развития ИМсПST и неблагоприятным отдаленным прогнозом при первичном чрескожном коронарном вмешательстве.

16. Избыточная масса тела, состояние альвеолярно-капиллярной мембраны и ангиотензинпревращающего фермента-2

Авторы: Третьякова В.А. – 1, Дятлова А.В. – 2, Ченцова Д.Д. – 3, Ермилов О.В. – 4,5

Организация: 1 – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов»; 2 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранение города Москвы «Городская поликлиника № 212 Департамента здравоохранения города Москвы»; 3 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Амбулаторно-поликлинический центр КДЦ РУДН»; 4 – Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»; 5 – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»)

Цель исследования: анализ и систематизация данных по проблеме структурно-функциональных изменений АКМ и биохимии АПФ-2 в клинических и экспериментальных моделях висцерального ожирения.

Материалы и методы: Базы данных Web of Science, Scopus, PubMed, Chemical Abstracts с последующей систематизацией сведений из 1420 полученных источников.

Результаты и обсуждения: при ожирении наблюдаются снижение функциональной остаточной емкости легких в результате деструкции альвеолярных перегородок, уменьшение резерва выдоха, избыток липидных фракций в альвеолярном интерстиции, липофибробластах и альвеолярных макрофагах; рост доли коллагеновых волокон, утолщение АКМ, происходит трансформация соотношения протеинов сурфактанта с элевацией концентрации белка SP-D. ИМТ имел обратную корреляцию с динамикой интерлейкина-6,8 в ситуации острого повреждения АКМ, и концентрация провоспалительных цитокинов в последнем случае при ожирении оказывалась парадоксально ниже; ожирение определяло снижение числа циркулирующих моноцитов, а альвеолярные макрофаги приобретали преимущественно противовоспалительный фенотип. Ожирение ассоциировано с ростом экспрессии АПФ-2 в легких и в общей массе увеличенных ацинопоцитов, что повышает степень инфицирования и продолжительность выделения вируса; параллельное с акцепцией коронавируса повреждение АПФ-2 с недостатком системы рефолдинга определяет неадекватный подъем контррегуляторного каскада АПФ-ангиотензин II, сопровождаясь значительной дисфункцией АКМ.

Выводы: висцеральное ожирение изменяет структурно-функциональное состояние АКМ, в целом, снижая ее резистентность, однако, в случае острого повреждения легких допускает формирование ряда протективных эффектов клеточного и гуморального уровней; рост числа адипоцитов определяет абсолютное повышение АПФ-2.

17. Качество жизни больных саркоидозом с наличием синдрома раздраженного кишечника

Авторы: Зейналова А.А., Голубова О.А., Крюк М.А., Цирковская Е.Р.

Организация: Государственная общественная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

У пациентов с саркоидозом органов дыхания качество жизни зависит от стадии заболевания, проводимой терапии и наличия сопутствующих заболеваний. Синдром раздражённого кишечника (СРК) относится к одному из социально значимых заболеваний с высокой распространённостью.

Цель исследования: изучить качество жизни больных саркоидозом органов дыхания при наличии СРК.

Материалы и методы: обследовано 109 пациентов саркоидозом органов дыхания. У 73% больных диагноз был верифицирован морфологически. Распределение по стадиям: I – 19,2%, II – 65,1%, III – 13,8%, IV – 1,8%. Средний возраст больных – 45,3±2,6; м – 38%, ж – 62%. Все пациенты заполнили опросники SF-36 и GSRS, шкалу депрессии Бека, HADS, Вейна. У 29,4% диагностирован СРК в соответствии с критериями Римского консенсуса 2016.

Результаты и обсуждения: анализ по показателям качества жизни у пациентов с саркоидозом выявил незначительное снижение по всем шкалам оценки. Физическая активность приближалась к максимальному значению – 78,2±5,0 у. е. У пациентов, которые получали системные глюкокортикостероиды она составила – 63,4±4,8 у. е. У пациентов с диагностированным СРК уровень тревожности составил 17,1±5,8 баллов, депрессии – 12,4±3,6 баллов, что соответствует их наличию у этой категории больных в сравнении с группой пациентов без клинических проявлений СРК. По данным опросника GSRS выявлено преобладание запоров и болевого синдрома, соответственно – 3,7±0,3 и 3,6±0,2 баллов. По шкале Бека средний показатель 8,4±3,6, а у больных с СРК – 13,6±7,1 баллов, что соответствует наличию тревожно–депрессивных расстройств лёгкой степени. По опроснику Вейна выявлены признаки вегетативных нарушений более чем у 50% больных.

Выводы: диагностика СРК у больных с заболеваниями органов дыхания имеет важное значение в выборе тактики ведения пациентов.

18. Результаты сомнологического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких и наличием коморбидной патологии

Авторы: Моногарова Н.Е., Проценко Г.В., Семендяева А.В., Закомолдина Т.В., Малеев Д.О., Цирковская Е.Р., Провизион А.Н.

Организация: Государственная общественная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Цель: изучить влияния тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) на индекс кардио-васкулярного риска (CRI) и результаты сомнологического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 78 человек: I группа – пациенты с ХОБЛ и АГ (n=24), II группа – с ХОБЛ, АГ и ТДС (n=26), контрольная группа (n=30). Все пациенты прошли сомнологическое исследование (аппарат SOMNOcheck micro CARDIO), спирометрию (спирограф Jaeger Master Scope). Показатель тревожности определяли по шкале Спилберга-Ханина, уровень депрессии – по шкале Бека. Статистический анализ был проведён при помощи критериев Манна-Уитни и Крисчена.

Результаты: по спирометрическим показателям статистических различий в группах сравнения не было ($p>0,05$). Выявлены статистически достоверные различия в группах сравнения по показателям средней сатурации, средней частоты сердечных сокращений (ЧСС). Средняя сатурация колебалась от 78 до 97% и составила в среднем 93,24±0,42: у больных I группы – 93%±0,4, II группы – 89,9±0,88% ($p<0,003$). Средняя ЧСС колебалась от 46 до 92 уд. в мин., в среднем во всех группах – 65,5±1,09 уд. в мин. В I группе данный показатель составил 62,8±2,32, во II – 70,4±1,8 ($p<0,03$). Также были получены достоверные отличия при сравнении показателя кардио-васкулярного риска (CRI)

между I и II группами. CRI в среднем – 0,45±0,04, при этом у больных I группы – 0,43±0,07, II группы – 0,71±0,07. У больных II группы CRI достоверно выше, чем у пациентов I группы (p<0,039).

Выводы: у больных с ХОБЛ, АГ и ТДС выявлены различия в показателях средней сатурации, средней ЧСС и CRI (p соответсвенно: <0,003, <0,03, <0,039), в сравнении с пациентами, больными ХОБЛ в сочетании только с АГ.

19. Оценка спирометрических показателей у эндокринологических пациентов с обструктивным синдромом

Авторы: Есетова Г.У., Кабдылдаева Г.К., Серикбаева А.К.

Организация: НАОНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан.

Актуальность: в настоящее время повсеместно, и особенно в индустриально развитых странах наблюдается быстрый рост заболеваний дыхательной системы. Они вышли на 3-е место среди всех причин смертности.

Цель и задачи: изучение функции внешнего дыхания с целью выявления нарушения способности легких у эндокринологических пациентов с респираторными жалобами.
Для осуществления поставленной цели проведены исследования ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 до и после бронхолитической пробой.

Материалы и методы исследования: 30-и пациентам, получавшим лечение в Клинике Внутренних болезней, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова было проведено исследование функции внешнего дыхания с помощью спирографа Спиро Спектр-Нейрософт. Возраст составлял от 22 до 70 лет, в среднем – 42,8. Средний рост – 166,87см, вес – 97кг. ИМТ–26,48кг/см2.

Результаты и обсуждения: в результате исследования ФВД выявлено: ЖЕЛ в среднем 76,27±4,10%, ФЖЕЛ – 62,57±4,23%, ОФВ1-63,63±4,07%. Этим же пациентам была проведена бронхолитическая проба. Повторное обследование выявило, что спирометрические данные ЖЕЛ не изменились и составили 76,27±4,103, ФЖЕЛ увеличился до 68,67±3,80% (p=0,001), ОФВ1-73, 23±4, 11% (p=0,0001). У обследованных пациентов обструктивные нарушения функции внешнего дыхания подтверждались слабоположительной и отрицательной пробой и выражалось в изменении форсированных показателей дыхания.

Выводы: в результате проведение спирографии с бронхолитической пробой у обследованных пациентов с диагнозом СД+гипотериоз, СД+АИТ, СД+ДТЗ в 60 % случаев позволило выявить обструкцию бронхов, не связанные с легочной патологией, а у 40% больных с диагнозом СД с разными осложнениями выявили рестриктивные нарушения.

20. Электрогардиографические изменения у пожилых пациентов с ХОБЛ

Авторы: Шангина О.А., Тюлюкин В.А, Нечаева И.А.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово, ГАУЗ КККБ СМП имени Подгорбунского М.А., г. Кемерово ГАУЗ КО ДКБ, г. Кемерово

Цели и задачи исследования: выявить характерные изменения на ЭКГ у пациентов с ХОБЛ пожилого возраста.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 66 историй болезни пожилых пациентов с ХОБЛ в отделении пульмонологии ГАУЗ КО ОКБСМП.

Результаты и их обсуждения: возраст больных колебался от 32 до 81 года (средний возраст составил 65±4,3 года). Из них мужчин было 56, женщин 10. У 23 пациентов наблюдалась средняя степень тяжести ХОБЛ, у 30 пациентов – тяжелая, и у 13 пациентов – крайне тяжелая. Значение индекса пачко-лет у пациентов колебалось от 10 до 120 (в среднем 47,3±7,8 пачко-лет). Для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания применялись такие методы как спирография, рентгенография грудной клетки, анализ мокроты, клинический анализ крови и мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ЭХО – доплерография, суммарный Ig E, биохимический анализ крови. При проведении анализа ЭКГ (электрокардиограммы) у 46 пациентов были выявлены обменные нарушения. У 39 пациентов обнаружено нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса (у 25 пациентов

неполная блокада и у 14 полная). Также у 31 пациентов обнаружена тахикардия. Следует отметить, что тахикардия выявлялась при поступлении пациента в стационар, в первые сутки обострения ХОБЛ. У 22 пациентов наблюдаются признаки повышения нагрузки на правые отделы сердца, у 15 из них гипертрофия правого желудочка. Экстрасистолия была обнаружена у 18 пациентов, а гипертрофия левого желудочка – у 16.

Заключение: основными изменениями ЭКГ, встречающимися у пожилых пациентов при ХОБЛ являются нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса, признаки повышения нагрузки на правые отделы сердца и обменные нарушения. При обострении ХОБЛ частым признаком является тахикардия, реже – экстрасистолия.

21. Особенности атопической бронхиальной астмы у взрослых в сочетании с пищевой аллергией

Авторы: Игнатова Г.Л. – 1, Абрамовских О.С. – 1, Жорина Ю.В. – 1, Жеребцова И.А. – 2

Организация: 1 – Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск;
2 – Городская клиническая больница № 6, Челябинск.

Взрослые пациенты с атопической БА подвержены пищевым аллергическим реакциям в трети случаев, при этом наличие астмы является фактором риска летального исхода.

Цель исследования: определение распространенности и взаимосвязи пищевой аллергии с атопической БА у взрослых, проживающих в Челябинске. Проведены ретроспективная оценка 313 историй болезни и анкетирование взрослых пациентов с атопической БА. Наличие пищевой аллергии явилось фактором более раннего начала атопической БА в 18,5 [11,5; 28] лет в отличие от пациентов без пищевой аллергии, средний возраст которых был 24 [14;35] года, p=0,02. У пациентов с пыльцевой сенсибилизацией повышен риск развития ПА, (ОШ-2,075 [1,27 – 3,39]), p=0,004. Частота развития синдрома оральной аллергии среди всех пациентов с атопической БА и пыльцевой сенсибилизацией составляет 27%. Наиболее частой причиной ПА являются растительные продукты (в 87% случаев), в порядке убывания частоты: фрукты, мед, орехи. Каждый вид пыльцевой сенсибилизации примерно одинаково повышает риск развития орального аллергического синдрома, при сенсибилизации к пыльце деревьев (ОШ-3,08 [2,32-4,25]), к пыльце луговых трав (ОШ-3,5 [2,23-5,61]), к пыльце сорных трав (ОШ-2,86 [2,02-4,03]). Основные клинические проявления: синдром оральной аллергии, кожные реакции (крапивница, ангиоотек), общие реакции (анафилаксия). Выявленная частота пищевой аллергии среди пациентов с атопической БА в 2-3 раза выше, чем общая распространенность у взрослых. Синдром оральной аллергии является важным коморбидным состоянием, которое необходимо распознавать у больных атопической БА. Значимый риск развития опасных клинических проявлений ПА у пациентов с атопической БА позволяет обоснованно назначить препараты неотложной помощи для самостоятельного применения.

22. Оценка поражения коронарных артерий с объективизацией по шкале SYNTAX SCORE у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ

Авторы: Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Прибылов В.С.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить тяжесть поражения коронарного русла по шкале SYNTAX SCORE, которая рекомендована ESC/EACTS в 2018 г. по реваскуляризации миокарда, и имеющая 1 класс и В уровень доказательности, у больных ИМ в сочетании с ХОБЛ по сравнению с группой контроля с ОИМ

Методы исследования: анализировались данные КАГ и уровень общего холестерина, триглицеридов, тропонина Т, показатель систолического давления в легочной артерии по данным УЗИ, оценка коронарного стеноза по шкале SYNTAX SCORE у 50 больных ИМ в сочетании с ХОБЛ (1 группа), среди которых 45 мужчин и 5 женщин; в сравнении с группой пациентов ИМ без ХОБЛ (2 группа) – 40 мужчин и 10 женщин.

Результаты: в 1 группе с коморбидной патологией, однососудистое поражение выявлено у 28% пациентов, двухсосудистое – у 38%, трехсосудистое – у 34%; по сравнению с результатами, полученными во 2 группе (однососудистое поражение у 40%, двухсосудистое – у 34%; трехсосуди-

стое у 26% пациентов. Средний возраст больных 1 группы 61,82 год; во 2 группе – 60,26 лет; при этом нами установлены гендерные различия с преобладанием мужчин при сочетании ИМ с ХОБЛ (90%) с достоверной гиперхолестеринемией (6,42+0,02 ммоль/л; p<0,05) с увеличением СДЛА до 25,35+2,2 мм рт.ст.; p<0,05.

Выводы: ХОБЛ модифицирует течение атеросклеротического процесса в направлении его большей агрессивности, о чем свидетельствует более выраженная дислипидемия в 1 группе обследуемых пациентов с элевацией СДЛА, что требует более активного назначения больным с коморбидной патологией антилипидной терапии, средств, направленных на снижение давления в легочной артерии. Согласно показателям шкалы SYNTAX SCORE, большинство пациентов с трехсосудистым поражением, должны направляться на АКШ.

23. Состояние портального кровотока у больных ХОБЛ с правожелудочковой недостаточностью

Авторы: Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Прибылов В.С.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

Цель: изучить допплерэхокардиографические параметры паренхимы и сосудов печени у больных ХОБЛ с различными стадиями формирования хронического легочного сердца.

Материалы и методы: в ходе выполнения работы, были обследованы 70 больных с ХОБЛ II ст., 55 больных с ХОБЛ III ст. и 75 пациентов с ХОБЛ IV ст., контрольную группу составили 32 человека без патологии легких и сердца. Всем пациентам проводилась эхокардиография с исследованием внутрипеченочной и сердечной гемодинамики (аппарат «Aloka – 1750», «Logic – 500»).

Результаты и их обсуждение: максимальные межгрупповые различия установлены в группе пациентов с декомпенсированным хроническим легочным сердцем (ХЛС) на фоне ХОБЛ IV ст. – гепатомегалия с увеличением размеров левой доли (ЛД) до 10,5 ±1,07 см, правой доли (ПД) до 15,6 ±9,0 см со смещением индекса ПД/ЛД до 1,6 ± 0,2 (при норме 1,20). Обнаружено увеличение диаметра воротной вены (1,2± 0,1 см) и селезеночной вены (1,0±0,3 см) со смещением линейной скорости кровотока (15,4 ±2,4 см/сек) с ростом объемной скорости кровотока до 3,5 ± 0,8 л/мин с дилатацией печеночных вен до 10,0 ± 1,2 см и нижней полой вены до 2,2 ± 0,2 см на фоне повышения давления в правых камерах сердца. У этих же пациентов преобладал гиперкинетический кровоток в системе селезеночной вены с увеличением объемной скорости до 2,9 ± 0,9 л/мин (при норме 2,0 ± 0,8 л/мин). Объемные скорости кровотока были выше в сравнении с контролем (p<0,05) и у пациентов с компенсированным легочным сердцем.

Таким образом, появление гепатомегалии с дилатацией печеночных вен, застойными явлениями в системе НПВ и реакцией портальной системы в виде снижения линейной скорости кровотока с признаками перегрузки объемом может являться достоверным маркером развития декомпенсации легочного сердца при ХОБЛ.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

24. Гиперлептинемия как предиктор неконтролируемого течения бронхиальной астмы у больных с избыточным весом и ожирением

Авторы: Гаспарян А.А., Чичкова Н.В., Гитель Е.П.

Организация: ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Лептин – провоспалительный адипокин, участвующий в развитии системного воспаления, одного из механизмов взаимосвязи бронхиальной астмы (БА) и ожирения. Однако нет сведений о взаимосвязи лептинемии с уровнем контроля БА в динамике у больных с повышенным ИМТ.

Цель: оценить прогностическую значимость лептина для определения риска неконтролируемого течения БА у больных с повышенным ИМТ.

Материалы и методы: обследовано 78 больных БА (68 женщин, 10 мужчин; возраст 52±13,7 лет), которые разделены на 3 группы: 1-я с ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 (25 больных), 2-я – ИМТ 25-29,9 кг/м^2 (21), 3-я – ИМТ≥30 кг/м^2 (32). Помимо стандартных методов исследования определяли уровень сывороточного лептина (ИФА). Контроль БА оценивали с учетом критериев GINA и опросника АСТ. Период наблюдения составил 1 год.

Результаты: уровни лептина составили 13,4 [4,9;34,7], 39,6 [22,9;59,4], 79,75 [48,3;105,1] нг/мл в 1, 2, 3 группах, соответственно (p<0,001). Во всех группах более 80% больных были госпитализированы с обострением БА (p=0,93). Несмотря на значимое улучшение контроля БА к концу периода наблюдения в сравнении с исходными данными в группах (p<0,05), при сравнении параметра в группах в конце года выявлены существенные различия (p=0,004): с увеличением ИМТ отмечалось ухудшение контроля БА и снижение суммы баллов по АСТ (rs=-0,512, p<0,001). В связи с этим проведена оценка прогностической значимости лептина для определения риска неконтролируемой БА через год у больных 2 и 3 групп (ROC-анализ, после псевдорандомизации): при уровнях лептина ≥58,2 нг/мл прогнозировался высокий риск неконтролируемой БА (AUC=0,77±0,1, 95%ДИ:0,57-0,97, p=0,02; чувствительность 84,6%, специфичность 72,7%).

Вывод: уровни лептина ≥58,2 нг/мл свидетельствовали о высоком риске неконтролируемой БА через год у больных с повышенным ИМТ.

25. Анализ ассоциаций полиморфных вариантов генов гистаминовых рецепторов (HRH2, HRHR3, HRH4) с развитием и течением бронхиальной астмы

Авторы: Савельева О.Н. – 1, Карунас А.С. – 2,3, Федорова Ю.Ю. – 2, Мухтарова Л.А. – 3, Загидуллин Ш.З. – 3, Хуснутдинова Э.К. – 2,3

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», Уфа, Россия; 2 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение ФГБНУ УФИЦ РАН, Уфа, Россия; 3 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Введение: гистамин представляет собой биогенный амин, являющийся медиатором аллергических реакций. Антигистаминные препараты осуществляют конкурентную блокаду рецепторов гистамина, приводят к уменьшению обструкции дыхательных путей и отека слизистой бронхов. Показано, что до 50–60% различий в чувствительности к терапии у больных бронхиальной астмой (БА) определено генетической вариабельностью.

Цель: изучение роли полиморфных вариантов генов рецепторов гистамина (rs2067474 гена HRH2, rs3787429 гена HRH3, rs11665084 гена HRH4) в развитии и течении БА.

Методы: в работе использованы образцы ДНК 213 больных БА (женщины – 122, мужчины – 91) и 252 индивидов контрольной группы (женщины – 138, мужчины – 114) в возрасте от 18 до 67 лет, проживающих на территории Республики Башкортостан. Генотипирование выполнено методом ПЦР в реальном времени.

Результаты: обнаружена ассоциация генотипа rs3787429*TT и аллеля rs3787429*T гена HRH3 с риском развития БА (p=0,01; OR=2,04 и p=0,01; OR=1,47). Выявлена ассоциация аллеля rs11665084*T гена HRH4 с тяжелым течением БА (p=0,04; OR=1,93). У больных, носителей аллеля rs3787429*T гена HRH3, наиболее частыми причинами, вызывающими приступы БА, являлись физическая нагрузка (p=0,01; OR=1,6), аллергены (p=0,02; OR=1,45) и холодный, влажный воздух (p=0,001; OR=1,69). При разделении групп больных БА и контроля по полу установлена ассоциация аллеля rs3787429*T гена HRH3 со значительным снижением показателей MOC25 у женщин (p=0,02; OR=1,81). Обнаружена ассоциация аллеля rs11665084*T гена HRH4 с умеренным снижением ОФВ1 у мужчин (p=0,03; OR=2,22). Не обнаружено ассоциаций rs2067474 гена HRH2 с БА. Работа выполнена с использованием «Коллекции биоматериалов человека ИБГ УФИЦ РАН» при частичной финансовой поддержке гранта РФФИ № 19-315-90055.

26. Роль полиморфных вариантов генов аминоксидазы 1 (AOC1) и гистаминметилтрансферазы (HNMT) в развитии и течении бронхиальной астмы

Авторы: Федорова Ю.Ю. – 1, Карунас А.С. – 1,3, Савельева О.Н. – 2, Актаева Е.Е. – 2, Мухтарова Л.А. – 3, Загидуллин Ш.З. – 3, Хуснутдинова Э.К. – 1,3

Организация: 1 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение ФГБНУ УФИЦ РАН, Уфа, Россия; 2 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», Уфа, Россия; 3 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Введение: бронхиальная астма (БА) является распространенным многофакторным заболеванием, формирующимся при взаимодействии наследственных и средовых факторов. Антигистаминные лекарственные препараты назначаются при лечении аллергических заболеваний, уменьшают вызываемые гистамином спазм гладкой мускулатуры, увеличение проницаемости капилляров, отек тканей, зуд и гиперемию.

Цель: анализ ассоциаций полиморфных вариантов генов аминоксидазы AOC1 и гистаминметилтрансферазы HNMT с развитием и течением БА у больных и в контрольной группе индивидов.

Методы: в работе использованы образцы ДНК 213 больных БА (женщины – 122, мужчины – 91) и 252 индивидов контрольной группы (женщины – 138, мужчины – 114) в возрасте от 18 до 67 лет, проживающих на территории Республики Башкортостан. Генотипирование полиморфных вариантов выполнено методом ПЦР-ПДРФ.

Результаты: проведен анализ полиморфных вариантов rs1049793C>G гена AOC1 и rs11558538C>T гена HNMT у индивидов контрольной группы и больных БА с учётом степени тяжести и клинико-функциональных особенностей заболевания. При разделении выборок больных БА и контроля по полу у женщин обнаружены статистически значимые ассоциации исследованных полиморфных вариантов со значительным снижением показателей спирографии. Установлена ассоциация генотипа rs1049793*GG гена AOC1 (p=0,02; OR=2,68) и генотипа rs11558538*TT гена HNMT (p=0,05; OR=4,75) со снижением MOC25, аллеля rs11558538*T гена HNMT – со снижением ФЖЕЛ (p=0,01; OR=2,47) и ОФВ1 (p=0,04; OR=1,8) у женщин. Работа выполнена с использованием «Коллекции биоматериалов человека ИБГ УФИЦ РАН» при частичной финансовой поддержке гранта РФФИ № 19-315-90055.

27. Клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы легкого течения

Авторы: Леонтьева Н.М., Демко И.В., Собко Е.А., Ищенко О.П.

Организация: ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск 660022, Российская Федерация; Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Красноярск 660022, Российская Федерация

На сегодняшний день в мире наблюдается высокая распространенность бронхиальной астмы (БА), а легкое течение занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости. Наряду с этим своевременная диагностика астмы остается одной из ключевых проблем в данной области.

Цель исследования: выявить клинические особенности БА легкого течения и оценить возможности функциональных методов исследования в диагностике ранних нарушений проходимости дыхательных путей (НПДП) у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: обследовано 186 человек: 146 пациентов БА легкого и среднетяжелого течения; 40 практически здоровых лиц.

Результаты: полученные нами данные показали, что при легком течении БА, у большинства пациентов наблюдалась потеря контроля над симптомами заболевания и регистрировались обострения в течение 12 месяцев до включения в исследование. Оценка функционального состояния респираторной системы в группах больных БА продемонстрировала низкую информативность стандартных методик в выявлении обструктивных нарушений. Спирометрия позволила выявить НПДП лишь у 23% больных. При последующем добавлении к данному обследованию бодиплетизмографии (БПГ) удалось зарегистрировать изменения еще в 25% случаев. Среди оставшихся пациентов с нормальными результатами спирометрии, БПГ, дополнение диагностического ряда методом импульсной осциллометрии (ИОМ) позволило выявить НПДП у 55% респондентов. В обеих обследуемых группах больных БА наиболее часто зарегистрировано повышение параметра Delta (Rrs5-Rrs20).

Заключение: установленная в работе высокая информативность параметров ИОМ позволяет рекомендовать более широкое применение метода для выявления начальных стадий нарушений проходимости периферических дыхательных путей у пациентов с БА, имеющих нормальные показатели стандартных методик.

28. Факторы риска в развитии бронхиальной астмы

Авторы: Манжилеева Т.В., Можина Л.Н., Куделя Л.М.

Организация: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: изучить особенности течения и факторы риска бронхиальной астмы (БА) среди взрослого населения Новосибирской области.

Материалы и методы исследования: для изучения факторов риска и особенностей течения БА проводилось комплексное обследование пациентов, включающее клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования среди пациентов, выявляемых по программе уточненной регистрации больных БА.

Результаты: среди выявленных пациентов аллергическая БА диагностирована у 6% больных, неаллергическая – у 48% и смешанная форма БА – у 46% больных. При сравнительном анализе структуры степени тяжести БА легкое персистирующее течение БА диагностировано у 19,3% больных, среднетяжелое течение – у 48% и тяжелое течение – у 32,7% больных. БА тяжелого течения чаще регистрируется у пациентов старшей возрастной группы. Особое влияние на утяжеление течения БА оказывает коморбидность (ХОБЛ, ГЭРБ, АГ, ИБС, СД). Наиболее значимыми внутренними факторами риска являются атопия (60% случаев) и наследственная предрасположенность (22,7%). Среди внешних факторов риска имеет значение персистирующая бронхолегочная инфекция – у 57% больных, активное курение – 37,3%, сенсибилизация к аллергенам – 46%, паразитарная инвазия (описторхоз) – 38%, патология носоглотки (полипоз носа, хроническая риносинусопатия, искривление перегородки носа) – у 35,3% больных БА.

Выводы: в результате исследования показано значительное влияние факторов риска на развитие и течение БА. Необходимо включать в план клинического наблюдения и лечения пациентов методы раннего выявления и профилактики факторов риска БА.

29. Контроль и лечение бронхиальной астмы в рамках терапевтического сопровождения пациента в условиях реальной клинической практики

Авторы: Вафина А.Р., Визель И.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань, Россия

Цель исследования: выявить уровень контроля заболевания и основные характеристики лечения больных, терапевтического сотрудничества пациентов и факторы, влияющие на приверженность терапии больных бронхиальной астмой

Материалы и методы: обследован 431 больной БА. Учитывались критерии включения в исследование. Проведено физикальное обследование, записана спирограмма, лабораторного исследования. Для оценки уровня терапевтического сотрудничества был использован опросник приверженности лечению Т.В. Фофановой.

Результаты: исследовано 298 женщин (69,1%) и 133 мужчин (30,9%) в возрасте от 18 до 87 лет, средний возраст составил 57,87±0,7 лет. На момент исследования получали монотерапию БКД 10,4%, ИГКС 1,6%, БКД+ИГКС 3,7%, ДДБА+ИГКС – 18,6%, комбинацию БКД+ИГКС+ДДБА получали 33,2%. Наиболее удобным устройством были ДПИ в 23,7%, ДАИ 26,0%. Аналогично при выборе по эффективности. Привержены к лечению только 52,0% больных БА. Не было достоверных различий в уровне приверженности среди мужчин и женщин, не отличалась приверженность по возрасту, ИМТ, наличию сопутствующей патологии, частоте применения ИГКС. Пациенты с контролируемым и частично контролируемым течением достоверно чаще были привержены к терапии. Пациенты, с частыми обострениями и госпитализацией в течении года достоверно реже были привержены к терапии. Корректному использованию ингалятора было обучено 74,0% пациентов. Достоверных различий в уровне приверженности не было обнаружено. Контроль техники ингаляции был регулярным у 12,1% больных, у 44,3% не проверялась ни разу.

Заключение: пациенты с легкой формой бронхиальной астмы, лучшим контролем, меньшим количеством обострений и госпитализаций в течение года оказались более приверженными к терапии. Несмотря на это уровень приверженности больных остается низким.

30. Тяжелая эозинофильная бронхиальная астма: фенотипическая структура и клинические особенности

Автор: Цындымеева Д.А.

Организация: «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ России

Цель исследования: изучить фенотипическую структуру и особенности эозинофильной тяжелой бронхиальной астмы (ТБА).

Материалы и методы: ретроспективный анализ амбулаторных карт 92 пациентов с ТБА, находящихся под наблюдением в ОГАУЗ ГКБ №10 в г. Иркутск в 2019 – 2020 гг.

Результаты: среди пациентов с ТБА признаки эозинофильного воспаления (эозинофилы крови>300 кл/мкл и/или эозинофилия мокроты ≥3%) ≥2 раз за последние 12 месяцев выявлены у 45 (48,9%) пациентов в возрасте 63±13 (M±SD) лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Количество эозинофилов крови варьировало от 320 до 675 кл/мкл, в среднем 440±85 кл/мкл. У 18% больных присутствовала эозинофилия и крови, и мокроты. В большинстве (49%) случаев эозинофильная ТБА имеет аллергический фенотип, у 27% неаллергическая БА, аспириновая БА у 4%, смешанный характер у 7% и у 13% неуточненная форма. В структуре ТБА без эозинофилии преобладала неаллергическая астма (47%), атопическая форма встречалась значительно реже (32% случаев). У 44% пациентов с эозинофильной ТБА отмечен поздний дебют заболевания в возрасте 52±8 лет. Фиксированная бронхиальная обструкция выявлена у 55% пациентов при эозинофильной ТБА и у 32% при

неэозинофильной ТБА (p=0,01, хи-квадрат=5,48). Частота обострений значительно не отличалась между пациентами в зависимости от эозинофилии: 2,2±0,85 обострений в год при эозинофильной и 2,1±0,7 при неэозинофильной ТБА. Ожирение встречалось чаще при эозинофильной ТБА (55,5%) и в 32% при ТБА без эозинофилии (p=0,05, хи-квадрат=3,1).

Выводы: 49% пациентов с ТБА имеют эозинофильный тип воспаления с преобладанием атопической формы. Фиксированная бронхиальная обструкция при эозинофильной ТБА встречается значительно чаще, чем при неэозинофильной ТБА. Эозинофильная ТБА часто сопровождается ожирением.

31. Динамика маркеров Т2-воспаления дыхательных путей у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой при лечении моноклональными антителами в условиях реальной клинической практики

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

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

Цель: оценить динамику маркеров Т2-воспаления (эозинофилы периферической крови (Эоз), оксид азота выдыхаемого воздуха (FeNO), потребность в системных глюкокортикоидах (СГКС)) у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в процессе лечения моноклональными антителами (МАТ).

Материалы и методы: обследованы 38 амбулаторных пациентов (мужчин 37%) с ТБА в возрасте 18-70 лет (средний возраст 50 лет). Пациенты получали высокие дозы ИГКС (в среднем 1642 мкг БДП/сутки), ДДБА (97%), АХДД (58%), АЛП (32%). У 14 больных (37%) постоянно применялись СГКС (в среднем 11 мг преднизолона в течение 6 лет). В течение года пациенты лечились МАТ: против IgE (Омализумаб) – 9 чел., против ИЛ-5/рецептора ИЛ-5 (Меполизумаб, Бенрализумаб) – 18 чел., а также против ИЛ-4/13 (Дупилумаб) – 11 чел. Эоз определялись импедансным методом. FeNO измерялся на хемилюминисцентном газоанализаторе (Logan-4100). Маркерами Т2-воспаления считались Эоз≥150кл/мкл, FeNO≥20ppb и зависимость от пероральных СГКС.

Результаты: у больных ТБА исходно содержание Эоз составило 442 кл/мкл, через 3 мес лечения Эоз снизились до 250 кл/мкл (p<0.001), через год – до 234 кл/мкл (p<0.001). Пациенты с Эоз≥150 кл/мкл составили 83% исходно и 49% через 12 мес (p<0.01). FeNO снизился с 33 ppb до 22 ppb через 3 мес (p<0.01) и до 18 ppb (p<0.01) в течение года терапии МАТ, доля больных с FeNO≥20 ppb уменьшилась с 58% до 28% (p<0.01). При лечении МАТ у 6 из 14 пациентов с гормонозависимой ТБА (43%) удалось полностью отменить СГКС, у 3 больных доза была снижена на 33-50%, у 5 пациентов дозу СГКС уменьшить не удалось. Доля пациентов с гормонозависимой астмой после лечения МАТ снизилась с 37% до 21% (p>0.05).

Заключение: лечение пациентов с тяжелой бронхиальной астмой МАТ приводит к снижению маркеров Т2-воспаления у значительной части больных ТБА.

32. Частота обострений и функция легких у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой при лечении препаратами моноклональных антител

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

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

Цель: оценить частоту обострений и показатели функции легких у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в ходе лечения препаратами моноклональных антител (МАТ) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы: обследованы 38 амбулаторных пациентов (мужчин 37%) с ТБА (5 ступень терапии по GINA 2020) в возрасте 18-70 лет (средний возраст 50 лет). У 79% диагностирована атопическая БА, у 37% – гормонозависимая, у 21% – аспириновая. Сопутствующая ХОБЛ име-

лась у 24% больных. В течение года больные получали лечение препаратами МАТ против IgE (Омализумаб, 9 человек), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб, 9 человек /Бенрализумаб, 9 человек), а также против ИЛ-4/ ИЛ-13 (Дупилумаб, 11 человек). Исследование функции легких выполняли методом спирометрии (спирограф 2120 Vitalograph). Обострения астмы (ухудшение симптомов, потребовавшее незапланированного обращения за медицинской помощью, госпитализации и/или курса СГКС более 3 дней) оценивались за предшествующие 12 месяцев и в ходе терапии МАТ.

Результаты: у больных ТБА исходно средняя величина ОФВ1 составила 54% от должного (1,61±0,11 л), через год лечения ОФВ1 повысился до 58% (1,72±0,10 л, прирост 110 мл, $p<0,05$). Частота обострений у пациентов с ТБА в течение года до начала терапии МАТ составила 1,94±0,26, на фоне лечения количество обострений уменьшилось до 0,87±0,15 в год ($p<0,0001$), несмотря на снижение дозы системных и ингаляционных ГКС. Доля больных, не имевших обострений ТБА в течение года, повысилась с 9% до 28% ($p<0,05$).

Заключение: лечение пациентов с тяжелой бронхиальной астмой препаратами биологической терапии в течение года приводит к клинически значимому улучшению функции легких, уменьшению количества обострений и увеличению доли пациентов без обострений.

33. Клинические особенности и приверженность к лечению больных бронхиальной астмой различных возрастных групп

Авторы: Мирхайдаров А.М., Габзалилова С.Р., Шаяхметова А.С., Галинурова Э.Р., Ермоленко И.А.

Организация: Городская клиническая больница № 13, г. Уфа.

Цель: выявить клинические особенности и оценить приверженность к лечению больных бронхиальной астмой (БА) в зависимости от возраста.

Методы: проведен ретроспективный анализ 92 историй болезни больных БА находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Выделены 2 группы больных. В 1 группу вошли 42 больных БА в возрасте 20-65 лет, 2 группу составили 50 больных БА старше 65 лет.

Результаты: в 1 группе больных в течение года обострения БА 2 раза и более отмечались в 35,7% случаев, сопутствующие заболевания (ИБС, ГБ, СД, заболевания ЖКТ) встречались в 47,6%, отягощенный аллергический анамнез в 59,5%, повышенный уровень общего ИГЕ в крови определялся в 21,4% случаев. В этой группе амбулаторно принимали только КДБА и/или КДАХ 12,0% больных, комбинации иГКС / ДДБА – 88,0% больных. Ежедневный прием базисных препаратов отмечали 43,2% больных, жалобы на кашель с мокротой, одышку, заложенность в груди и приступы удушья 2 раза в неделю и более предъявляли 40,5% больных. Во 2 группе обострения заболевания 2 раза в год и более отмечались у 54,0% пациентов, коморбидная патология выявлялась у 90,0%, аллергический анамнез у 30,0%, повышенный уровень общего ИГЕ в крови у 8,0% пациентов. В группе больных пожилого возраста амбулаторно в качестве лечения короткодействующие бронхолитики использовали 44,0% больных, комбинации иГКС / ДДБА – 48,0% больных, из них только 33,3% больных указали на их регулярный прием, а 50,0% больных отмечали клинические симптомы БА 2 раза в неделю и более.

Выводы: у больных БА пожилого возраста чаще отмечается недостаточный уровень контроля заболевания, частая коморбидная патология, низкая приверженность к терапии, что указывает на необходимость оптимизации амбулаторного лечения в этой возрастной группе.

34. Влияние курения на показатели текущего контроля у пациентов с бронхиальной астмой

Авторы: Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить текущий уровень контроля бронхиальной астмы у курящих пациентов в зависимости от концентрации окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, а также содержания карбоксигемоглобина (%COHb) в крови, оцененного с помощью прибора MicroCO meter.

Методы исследования: в ходе проведенной работы проанализирован уровень текущего контроля бронхиальной астмы с использованием опросника ACQ-5 в зависимости от концентрации окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, а также содержания карбоксигемоглобина (%COHb) в крови, оцененного с помощью прибора MicroCO meter у 70 больных бронхиальной астмой (1 группа), среди которых 45 женщин и 25 мужчин; в сравнении с группой некурящих пациентов бронхиальной астмой (2 группа) – 40 женщин и 10 мужчин.

Результаты: в 1 группе пациентов зарегистрирован достоверно худший уровень контроля бронхиальной астмой по данным теста ACQ-5 (ACQ-5 – 1,24±0,46 в сравнении с 2 группой ACQ-5 – 0,75±0,32 соответственно, $p<0,05$). Средний возраст больных 1 группы 47,3 года; во 2 группе 49,2 года. В группе курящих астматиков ИКЧ=13±3 пачка-лет. При этом более худший контроль бронхиальной астмы зафиксирован нами на фоне высоких показателей CO в выдыхаемом воздухе и содержания карбоксигемоглобина в крови (%COHb) у пациентов 1 группы: CO – 12±3 ppm в сравнении с 2 группой – CO – 6±2 ppm, $p<0,05$; COHb – 2,16±0,37% у пациентов 1 группы в сравнении с 2 группой COHb – 0,76±0,21%, $p<0,05$. Следует подчеркнуть, что в 1 группе пациентов нами констатированы достоверно более высокие дозы применяемых ИГКС (в пересчете на беклометазон – 530±87 мкг и 230±54 мкг соответственно; $p<0,05$)

Выводы: в ходе проведенной работы установлено, что текущий уровень контроля бронхиальной астмы ассоциирован с курением.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

35. Динамическая оценка контроля у детей с разными сроками постановки диагноза БА на фоне базисной терапии

Авторы: Файзуллина Р.М. – 1, Самигуллина Н.В. – 1,2, Казакова И.В. – 1,2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, 2 – ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г.Уфа

Цель исследования: изучить эффективность противовоспалительной терапии у детей со своевременной и поздней диагностикой бронхиальной астмы.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 155 детей с БА. Проведена динамическая оценка функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирометрии исходно и на фоне базисной терапии. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов непараметрической статистики с уровнем достоверности 95%.

Результаты: ретроспективный анализ показал, что лишь у трети пациентов с БА (53/ 34,2%) была зафиксирована своевременная постановка диагноза (1 подгруппа), у 102/ 65,8% детей (2 подгруппа) срок запаздывания диагноза варьировал от 1,5 до 8 лет от начала заболевания. Достижение контроля БА через 3 месяца отмечено у 50/ 94,3% детей 1 подгруппы и 3/ 81,3% 2 подгруппы, через 6 месяцев – у всех детей 1 подгруппы (53/ 100%) и 91/ 89,2% 2 подгруппы, через 9 месяцев- у всех детей 2 подгруппы (102/ 100%) также удалось достичь контроля БА. В целом продолжительность лечения у большинства пациентов составила 3 месяца (50/ 94,3% в 1 подгруппе и 68/ 66,7% во 2 подгруппе, p=0,0001). Базисную терапию в течение 6 месяцев получали 3/ 5,7% пациентов 1 подгруппы и 23/ 22,5% 2 подгруппы (p=0,007). У 11/ 10,8% пациентов 2 подгруппы продолжительность лечения составила 9 месяцев.

Заключение: у детей с поздней диагностикой БА и, соответственно, началом терапии контроль удавалось достичь через 6-9 месяцев лечения, тогда как при своевременном назначении лечения в подавляющем большинстве случаев – через 3 месяца.

36. Спирометрия как метод оценки эффективности противовоспалительной терапии у детей с бронхиальной астмой

Авторы: Файзуллина Р.М. – 1, Самигуллина Н.В. – 1,2, Казакова И.В. – 1,2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, 2 – ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи г.Уфа

Цель исследования: изучить эффективность противовоспалительной терапии у детей с различными сроками диагностики бронхиальной астмы.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 155 детей с БА. Проведена динамическая оценка функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирометрии исходно и на фоне базисной терапии. Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов непараметрической статистики с уровнем достоверности 95%.

Результаты: ретроспективный анализ показал, что лишь у трети пациентов с БА (53/ 34,2%) была зафиксирована своевременная постановка диагноза (1 подгруппа), у 102/ 65,8% детей (2 подгруппа) срок запаздывания диагноза варьировал от 1,5 до 8 лет от начала заболевания. Исходная оценка ФВД показала, что в 1 подгруппе 42/ 79,2% и во 2 подгруппе 58/ 56,9% детей не имели вентиляционных нарушений (p=0,008). У 9/ 17% детей 1 подгруппы и 30/ 29,4% 2 подгруппы были установлены легкие нарушения по обструктивному типу (p=0,119), у 2/ 3,8% пациентов 1 подгруппы и 13/ 12,7%

2 подгруппы – умеренные нарушения (p=0,090). Среднетяжелые нарушения наблюдались лишь у 1/ 1% ребенка 2 подгруппы. Тяжелых нарушений ни в одной подгруппе выявлено не было. Через 3 месяца базисной терапии у 50/ 94,3% детей 1 подгруппы и 79/ 77,5% 2 подгруппы отмечены нормальные показатели ФВД (p=0,007), легкие нарушения наблюдались у 3/ 5,7% детей 1 подгруппы и 18/17,6% 2 подгруппы (p=0,048), умеренные нарушения сохранялись у 5/ 4,9% пациентов 2 подгруппы. Среднетяжелых и тяжелых нарушений не было установлено. Через 6 месяцев терапии у всех детей 1 подгруппы (53/ 100%) и 91/ 89,2% наблюдалось полное восстановление ФВД (p=0,016). У 11/ 10,8% пациентов 2 подгруппы все же сохранялись легкие нарушения. Через 9 месяцев лечения у пациентов 2 подгруппы ФВД также была полностью восстановлена.

37. Сравнительная характеристика течения и лечения бронхиальной астмы у детей и взрослых

Авторы: Бриткова Т.А., Мулкадарова С.Н., Некрасова А.А., Фокина Т.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: провести сравнительный анализ факторов риска, течения и лечения бронхиальной астмы (БА) у детей и взрослых.

Материалы и методы исследования: проведен клинико-статистический анализ 480 амбулаторных карт и историй болезни пациентов с БА. 1 группу (240 человек) составили дети с БА в возрасте от 1 года до 17 лет. 2 группу составили больные с БА в возрасте от 25 до 68 лет.

Результаты исследования: анализ позволил констатировать, что ранний дебют симптомов БА отмечается как в группе детей: у 76,4% – в возрасте до 5 лет, так и в группе взрослых с БА: у 43%, также, отмечается развитие БА до 5 лет. Подобное распределение прослеживается и в плане отягощенной наследственности по БА и атопии: в группе детей с БА отягощенность составляет 62%, у взрослых – 47%. Однако, в группе детей с БА чаще диагностируются сопутствующие аллергические заболевания: атопический дерматит имеют 53% пациентов с БА, аллергический ринит – 32%, в группе взрослых с БА эти показатели составили 25% и 15% соответственно. У детей с БА четко доминирует атопический фенотип БА (90%), пищевая (42%) и бытовая сенсибилизация (25%). У взрослых доминирует пыльцевая (35%) и бытовая сенсибилизация (22%), отмечается воздействие аэрополлютантов в быту и на работе (56%). При оценке некоторых показателей качества жизни в группе детей преобладают лучшие характеристики эмоционального и физического статуса по сравнению с группой взрослых. Отчетливо показана лучшая приверженность детей к проведению базисной терапии, что составляет 73%. У взрослых этот показатель в исследуемой группе составил лишь 36%.

Выводы: отмечаются общие закономерности формирования БА у детей и взрослых в сравнительном аспекте: ранний дебют симптомов БА , наследственная отягощенность по БА и наличие атопии.

38. Эффективность применения омализумаба у детей с недостаточно контролируемой бронхиальной астмой с коморбидной отягощенностью

Авторы: Погорелова Е.И., Брежнев Г.Н., Моховая Л.В., Рогачева-Радинская А.С. , Назаретская О.М.

Организация: ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», Россия

Цель исследования: оценить эффективность применения омализумаба у детей с атопической бронхиальной астмой (БА) с недостаточно контролируемым течением на фоне коморбидной патологии.

Материалы и методы: в группу наблюдения были включены 18 детей. Средний возраст пациентов – 13±2,2 лет, стаж БА – 4,7±1,4 лет. Средний результат с-АСТ-теста составлял 7,2±1,6. Коморбидная патология была представлена аллергическим ринитом (АР) – 78% детей, атопическим дерматитом (АД) – 24%. Концентрация общего IgE в крови находилась в диапазоне 50-1500 МЕ/мл. Базисная терапия включала комбинированные препараты ИКС и ДДБА в высоких дозах, антилейкотриеновые препараты.

Дозу омализумаба определяли по массе тела и концентрации IgE, подкожные инъекции проводились 1 раз каждые 4 недели на протяжении 2,4±0,6 лет.

Через 6 месяцев лечения зафиксировано снижение обострений БА в среднем на 62,7% (p<0,002), через 12 месяцев – на 80,2% (p<0,001), через 24 месяца – результаты сохранялись на предыдущем уровне. Средний результат с-АСТ-теста через 6 месяцев увеличился до 19,1±1,2 (p<0,001), через 12 месяцев – до 22±2,2 (p<0,001) и оставался на таком же уровне через 24 месяца. Дозы ИКС были снижены через 6 месяцев до средних, через 12 месяцев – у четверти пациентов до низких значений. Достоверных изменений в течение аллергического ринита и атопического дерматита выявлено не было.

Выводы: применение омализумаба позволяет достичь контролируемого течения БА, но не влияет на тяжесть АР и АД у детей.

39. Динамика метаболитов цикла оксида азота (NO) у детей с легкой БА на фоне терапии

Авторы: Глухова М. – 1, Геппе Н.А. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И. – 2, Колосова Н. – 1

Организация: 1 – ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
2 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, г. Москва

Целью: сравнение динамики метаболитов цикла NO у детей с легкой степенью БА, получающих антилейкотриеновую терапию или низкие дозы ИГКС.

Методы: 120 детей от 5 до 15 лет были включены в три группы: 60 детей с БА легкой степени, получавших антилейкотриеновую терапию – группа А; 30 детей с БА легкой степени, получавших ИГКС – группа Б; 30 здоровых детей – группа контроля. Все дети с БА легкой степени не принимали препараты около месяца до исследования и были в ремиссии. Уровни выдыхаемого оксида азота (FeNO), метаболитов оксида азота (NO) – нитратов и нитритов (TNN) и 3-нитротирозина в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у детей с легкой степенью БА исследовали дважды (до лечения и через 3 месяца после лечения).

Результаты: перед лечением в группах А и Б наблюдалось значительное превышение концентрации FeNO, TNN, NO^{3-} в ЕВС по сравнению с контрольной группой. В группе А на фоне терапии произошло достоверное снижение значений TNN и NO3 в 1,24 и 1,22 раза соответственно. Значения TNN и NO^{3-} после лечения достоверно превышали значения контрольной группы. В группе Б на фоне терапии наблюдалось достоверное снижение TNN и NO^{3-} в 1,73 и 1,79 раза соответственно. Причем только значения TNN достоверно не превышали показатели контрольной группы. После 3-х месячного курса в группе А и в группе Б у детей с легкой степенью астмы уровень FeNO был нормальным. В обеих группах значения NO^{2-} и 3-нитротирозина достоверно не отличались от значений контрольной группы и не менялись в процессе терапии.

Заключение: показатели FeNO и его стабильных метаболитов в КВВ у детей с легкой степенью БА могут быть применены для мониторинга и эффективности лечения БА. Данные о нитрозивном стрессе могут дать объективную информацию о воспалении у детей с БА легкой степени.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40. Изменения микрофлоры верхних дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных пациентов через 3 месяца после иммунизации ПКВ13

Автор: Золотов М.О.

Организация: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии

Цель исследования: оценить динамику изменений микрофлоры верхних дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных пациентов через 3 месяца после введения 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины (ПКВ13).

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 100 больных с ВИЧ-инфекцией. До вакцинации проводилось взятие биоматериала с задней стенки глотки для микробиологического исследования. Затем внутримышечно вводилась ПКВ13. Через 3 месяца повторно выполнялось микробиологическое обследование. Идентификация выделенных микроорганизмов осуществлялась методом MALDI-ToF масс-спектрометрии.

Результаты: до проведения вакцинопрофилактики Streptococcus pneumoniae был обнаружен у 16 обследованных, колонизация энтеробактериями слизистой оболочки верхних дыхательных путей (ВДП) выявлена у 22 пациентов. Через 3 месяца после ведения ПКВ13 пневмококк был выделен и идентифицирован у 8 пациентов, представители порядка Enterobacterales у 30 ВИЧ-инфицированных.

Выводы: 1. Полученные нами результаты подтверждают высокий риск возникновения пневмококковых инфекций у ВИЧ-положительных пациентов.
2. Выявлена тенденция снижения уровня носительства S.pneumoniae (в 2 раза с 16 до 8 штаммов) через 3 месяца после введения ПКВ13.
3. Обращает внимание высокий уровень колонизации энтеробактериями ВДП у ВИЧ-инфицированных пациентов. Появление данных микроорганизмов может быть связано с дефектами мукозального иммунитета.

41. Влияние иммунизации ПКВ13 на клеточные показатели иммунной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов

Авторы: Жестков А.В., Золотов М.О.

Организация: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии

Цель исследования: оценить влияние иммунизации ПКВ13 на клеточные показатели иммунной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования: у 100 ВИЧ-положительных пациентов проводилось иммунологическое обследование (определение уровней CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD19+ лимфоцитов). Затем в дельтовидную мышцу вводилась ПКВ13. Через 3 месяца повторяли иммунологическое обследование.

Результаты: до вакцинации выявлено снижение уровней: CD3+ (19 обследованных), CD3+CD4+ (56 обследованных), CD3+CD8+ (2 обследованных), CD19+ (31 обследованный); нормальные значения: CD3+ (72 обследованных), CD3+CD4+ (44 обследованных), CD3+CD8+ (74 обследованных), CD19+ (66 обследованных); повышенное значение: CD3+ (9 обследованных), CD3+CD8+ (24 обследованных), CD19+ лимфоцитов (3 обследованных). Через 3 месяца после иммунизации обнаружено снижение

уровней: CD3+ (10 обследованных), CD3+CD4+ (52 обследованных), CD19+ (35 обследованный); нормальные значения: CD3+ (81 обследованных), CD3+CD4+ (47 обследованных), CD3+CD8+ (76 обследованных), CD19+ (63 обследованных); повышенное значение: CD3+ (9 обследованных), CD3+CD4+ (1 обследованный), CD3+CD8+ (24 обследованных), CD19+ лимфоцитов (2 обследованных).

Выводы: 1. Выявлено увеличение уровней CD3+, CD3+CD4+ и CD3+CD8+ клеток (p=0,008; p=0,004; p=0,048, соответственно) через 3 месяца после введения ПКВ13.
2. Иммунный ответ на антигены вакцины носит нормергический характер (не происходит подъема уровней клеток выше референсных значений).
3. Вакцинация ПКВ13 приводит к выраженной стимуляции Т-клеточного звена иммунитета независимо от их исходного уровня CD3+ лимфоцитов.

42. Иммуноглобулины для внутривенного введения в коррекции показателей иммунного статуса при внебольничной пневмонии

Авторы: Мирхайдаров А.М. – 1, Фархутдинов У.Р. – 2, Широбокова С.Ю. – 2, Киреева Г.М. – 2

Организация: 1 – Городская клиническая больница № 13, г. Уфа,
2 – Городская клиническая больница № 21, г. Уфа.

Цель: изучить влияние нормального иммуноглобулина человека для внутривенного введения (ИГВВ) – иммуновенина на показатели клеточного и гуморального иммунитета при внебольничной пневмонии (ВП).

Методы исследования: обследовано 96 больных ВП в возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст составил 42,5 ± 13,6 лет. Кроме общепринятых методов обследования всем больным в динамике определяли содержание в крови CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+-, CD20+-лимфоцитов, IgA, IgG, IgM. Общепринятую терапию (ОТ) получали 61 больных ВП. 35 больным в комплексе лечения был назначен ИГВВ по 50,0 мл внутривенно трехкратно с интервалом в два дня.

Результаты: при ВП выявлены снижение содержания CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+-лимфоцитов, IgA и IgG (p<0,05), повышение содержания CD20+-лимфоцитов и IgM (p<0,05). Назначение ИГВВ при ВП способствовало повышению количества CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+-лимфоцитов, IgA и IgG (p<0,05) и снижению содержания CD20+-лимфоцитов и IgM (p<0,05). При ОТ динамика этих показателей была незначительной.

Выводы: течение ВП характеризуется снижением содержания Т-лимфоцитов, дисиммуноглобулинемией. Использование ИГВВ в комплексном лечении больных ВП улучшает показатели клеточного и гуморального иммунитета.

43. Показатели цитокинового статуса при внебольничной пневмонии, коррекция их нарушений

Авторы: Мирхайдаров А.М. – 1, Фархутдинов У.Р. – 2, Широбокова С.Ю. – 2, Булатов М.А. – 2

Организация: 1 – Городская клиническая больница № 13, г. Уфа;
2 – Городская клиническая больница № 21, г. Уфа

Цель: изучить влияние нормального иммуноглобулина человека для внутривенного введения (ИГВВ) – иммуновенина на показатели цитокинового статуса при внебольничной пневмонии (ВП).

Методы исследования: у 68 больных ВП в возрасте 20-65 лет (средний возраст 43,2±13,2 лет) в сыворотке крови определяли содержание интерферона-гамма (ИФН-γ) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-γ). Выделены 2 группы больных ВП. 35 пациентов группы сравнения получала общепринятое лечение. В основной группе из 33 больных в комплексе лечения был назначен ИГВВ.

Результаты: в процессе лечения у пациентов ВП получавших ИГВВ уровень ИФН-γ повысился с 7,8 ± 0,20 пкг/мл до 11,9 ± пкг/мл (p<0,05). В группе сравнения уровень ИФН-γ оставался низким – 7,6 ± 0,27 пкг/мл. Проводимое лечение отразилось и на динамике ФНО-γ в сыворотке крови больных ВП. При лечении ИГВВ его уровень снизился и составил 20,5 ± 2,52 пкг/мл против 28,7 ± 2,85 пкг/мл в группе сравнения (p<0,05).

Выводы: при ВП наблюдается угнетение продукции ИФН-у, повышение уровня ФНО-а. Использование иммуновенина в комплексной терапии ВП стимулирует интерфероногенез и понижает уровень провоспалительных цитокинов, улучшает результаты проводимого лечения.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

44. Функция внешнего дыхания у больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией

Авторы: Мишина А.В., Завражнов С.П., Епишин И.А., Горелова А.И., Мишин В.Ю.

Организация: Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние ВИЧ-инфекции на частоту и характер нарушений функции внешнего дыхания при туберкулезе легких (ТЛ).

Материалы и методы: обследовано 179 больных ТЛ (1-я группа – 58 пациентов ТЛ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, и 2-я – 121 – ТЛ без ВИЧ-инфекции). Больные 1-й группы имели 4В стадию ВИЧ инфекции в фазе прогрессирования, при этом количество CD4+ лимфоцитов 200-500 кл./мкл крови было у 20 пациентов, 100-200 – у 13 и мене 100 – у 25.

Результаты: в 1-й группе преобладали лица моложе 45 лет (75,5%), во 2-й группе таких пациентов было 59,5%. Основной клинической формой ТЛ в 1-й группе была диссеминированная – 36,2% (25,6% – во 2-й), а во 2-й – инфильтративная – 49,5% (43,9% – во 1-й). Поражения в пределах 1-2 сегментов чаще были в 1-й группе – 49,5% (37,9% – во 2-й). Нормальные показатели ФВД в 1-й группе наблюдались реже (44,8%), чем во 2-й – 57%. Рестриктивные респираторные нарушения в 1-й группе были в 24,1% случаев и во2-й – 22,3% ($p>0,05$); обструктивный – в 1-й группе – 18,9% и во 2-й – 8,2% ($p< 0,05$); смешанный – в 1-й – 12,1% и во 2-й – 12,3% ($p >0,05$). По степени нарушения ФВД при ТЛ, сочетанным ВИЧ-инфекцией, преобладали больные с умеренными нарушениями – у 29,3% пациентов, значительные нарушения – у 24,% и резкие – у 1,7%.

Заключение: у больных ТЛ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, нарушение функции внешнего дыхания встречается чаще, чем при ТЛ без ВИЧ-инфекции. Превалируют умеренно выраженные изменения ФВД – 29,3% больных. ТЛ, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в 18,9% случаев сопровождается обструктивным типом нарушения, а при отсутствии ВИЧ-инфекции – в 8,2 %. Респираторные нарушения коррелируют с распространенностью и характером специфического процесса в легких, в наибольшей степени проявляясь при уровне CD4+ лимфоцитов 100-200 кл./мкл крови.

45. Сочетание туберкулеза органов дыхания с внебольничной и кандидозной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишина А.В. – 1,3, Мишин В.Ю. – 1,2,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ №3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с внебольничной и кандидозной пневмонией (ВП и КП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 34 больных сочетанием ТОД с ВП и КП (основная группа) и 34 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 25-55 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Streptococcus pneumoniae и Candida albicans, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 24,5±0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4±0,44 кл./мкл (p>0,05), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множественными поражениями различных органов. Клиническая картина практически не различалась и характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного рисунка, диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с ВП и КП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами. Только выявление конкретного возбудителя позволяет своевременно назначать соответствующее этиологическое лечение.

46. Сочетание туберкулеза органов дыхания с пневмоцистной и герпесвирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишина А.В. – 1,3, Мишин В.Ю. – 1,2,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ №3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с пневмоцистной и герпесвирусной пневмонией (ПП и ГВП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 23 больной сочетанием ТОД с ПП и ГВП (основная группа) и 21 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 29-55 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Pneumocystis jiroveci и Herpes simplex virus, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 19,9±0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4±0,44 кл./мкл (p<0,05), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множественными поражениями различных органов, а клиническая картина характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного с участками «матового стекла», диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с ПП и ГВП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами. Только выявление конкретного возбудителя позволяет своевременно поставить диагноз и назначить лечение.

47. Сочетание туберкулеза органов дыхания с пневмоцистной и цитомегаловирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишина А.В. – 1,3, Мишин В.Ю. – 1,2,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ №3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с пневмоцистной и цитомегаловирусной пневмонией (ПП и ЦМВП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 19 больной сочетанием ТОД с ПП и ЦМВП (основная группа) и 19 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 29-55 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Pneumocystis jiroveci и Cytomegalovirus hominis, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 20,4$\pm$0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4$\pm$0,44 кл./мкл ($p<0,05$), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множественными поражениями различных органов, а клиническая картина характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного с участками «матового стекла», диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с ПП и ЦМВП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами. Только выявление конкретного возбудителя позволяет своевременно поставить диагноз и назначить лечение.

48. Сочетание туберкулеза органов дыхания с микобактериозом легких и герпесвирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишин В.Ю. – 1,2,3, Мишина А.В. – 1,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3, Епишин И.А. – 1, Горелова А.И. – 1

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ №3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с микобактериозом легких (МЛ) и герпесвирусной пневмонией (ГВП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 22 больных сочетанием ТОД с МЛ и ГВП (основная группа) и 22 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 28-55 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium aviumcomplex и Herpes simplex virus, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 26,4$\pm$0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4$\pm$0,44 кл./мкл ($p<0,05$), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множе-

ственными поражениями различных органов, а клиническая картина характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного с участками «матового стекла», диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с МЛ и ГВП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами. Только выявление конкретного возбудителя позволяет своевременно поставить диагноз и назначить лечение.

49. Сочетание туберкулеза органов дыхания с микобактериозом легких и цитомегаловирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишин В.Ю. – 1,2,3, Мишина А.В. – 1,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3, Епишин И.А. – 1, Горелова А.И. – 1

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ №3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с микобактериозом легких (МЛ) и цитомегаловирусной пневмонией (ЦМВП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 22 больных сочетанием ТОД с МЛ и ЦМВП (основная группа) и 22 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 28-55 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium aviumcomplex и Cytomegalovirus hominis, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 23,4±0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4±0,44 кл./мкл ($p<0,05$), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множественными поражениями различных органов, а клиническая картина характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного с участками «матового стекла», диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с МЛ и ЦМВП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами. Только выявление конкретного возбудителя позволяет своевременно поставить диагноз.

50. Сочетание туберкулеза органов дыхания, микобактериоза легких и госпитальной пневмонии у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишин В.Ю. – 1,2,3, Мишина А.В. – 1,3, Эргешов А.Э. – 2, Романов В.В. – 2, Собкин А.Л. – 3, Епишин И.А. – 1, Горелова А.И. – 1

Организация: 1 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; 2 – Центральный НИИ туберкулеза, Москва, Россия; 3 – Туберкулезная КБ № 3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Цель: провести сравнительное изучение сочетания туберкулеза органов дыхания (ТОД) с микобактериозом легких (МЛ) и госпитальной пневмонией (ГП) и ТОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 27 больных сочетанием ТОД с МЛ и ГП (основная группа) и 21 – с ТОД (группа сравнения), 4В стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 24-52 лет. Проводилось клинико-рентгенологическое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: в основной группе в диагностическом материале респираторного тракта выявлены Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium aviumcomplex и Staphylococcus aureus, Staphylococcus aureus, а в группе сравнения – Mycobacterium tuberculosis. Все пациенты страдали наркозависимостью, ХОБЛ и гепатитом В или С. У пациентов основной группы среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 23,3$\pm$0,35 кл./мкл крови и группы сравнения у – 29,4$\pm$0,44 кл./мкл ($p>0,05$), а вирусная нагрузка превышала 500 000 РНК ВИЧ коп./мл. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер с множественными поражениями различных органов. Клиническая картина практически не различалась и характеризовалась выраженным синдромом интоксикации, бронхолегочными проявлениями и симптомами поражения других органов и систем. На КТ органов грудной клетки визуализируется синдромы патологии легочного рисунка, диссеминации и аденопатии.

Заключение: сравнительное изучение сочетание ТОД с МЛ и ГП и ТОД установило отсутствие различий с количеством CD4+ лимфоцитов менее 30 кл./мкл крови, генерализацией туберкулеза, тяжелыми клиническими проявлениями и одинаковыми КТ синдромами.

51. Роль коморбидных инфекций в нарушении функции внешнего дыхания при туберкулезе легких у ВИЧ-инфицированных

Авторы: Мишина А.В., Завражнов С.П., Епишин И.А., Горелова А.И., Мишин В.Ю.

Организация: Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние коморбидной инфекционной патологии на нарушение функции внешнего дыхания при туберкулезе легких (ТЛ) у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы: обследовано 58 больных ТЛ в сочетании с ВИЧ-инфекцией. 1-ю группу составили 19 пациентов, у которых была диагностирована и другая инфекционная патология легких: бактериальная пневмония – у 6 пациентов, цитомегаловирусная инфекция – у 7, микобактериоз легких – у 2 и обострение ХОБЛ – у 4. Во 2-ю группу вошли 39 больных без коморбидной инфекционной патологии. Все больные имели 4В стадию ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования с количеством CD4+ лимфоцитов менее 500 кл./мкл крови.

Результаты: в 1-й группе преобладали лица моложе 45 лет (75,5%), а во 2-й группе их было – 59,5%. Основной клинической формой в 1-й группе была диссеминированная – 36,2% (во 2-й – 25,6%), а во 2-й – инфильтративная – 49,5% (во 2-й – 43,9%). Нормальные показатели ФВД в 1-й группе наблюдались значительно реже – в 26,3% случаев, чем во 2-й группе – 53,8% ($p<0,05$). Рестриктивный тип респираторных нарушений по группам, составлял: в 1-й – 26,3%, во 2-й 23,1% ($p>0,05$); обструктивный – в 1-й – 26,3%, во 2-й – 15,3% ($p<0,05$) и смешанный – в 1-й – 28,5%, во 2-й – 7,6% ($p<0,05$). Значительные нарушения ФВД в 1-й группе встречались в 31,5% случаев против 20,5% – во 2-й. Обструктивные нарушения в обеих группах коррелировали с распространенностью и характером ТЛ, в наибольшей степени проявляясь при коморбидной инфекционной патологии и при уровне лимфоцитов менее 100 кл./мкл крови.

Заключение: у больных ТЛ в сочетании с ВИЧ-инфекцией нарушение функции внешнего дыхания в случае присоединения коморбидной инфекционной легочной патологии выражается в усилении степени тяжести с увеличением доли обструктивных нарушений.

52. Структура бронхолегочной патологии среди ВИЧ-инфицированных пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара

Авторы: Асадуллина Г.В. – 1, Бабушкина Г.В. – 1, Муталова Э.Г. – 1, Мирхайдаров А.М. – 2, Галинурова Э.Р. – 2, Шаяхметова А.С. – 2, Габзалилова С.Р. – 2.

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 2 – ГБУЗ РБ ГКБ №13, г. Уфа

Цель исследования: изучить структуру заболеваний органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара г. Уфы за 2019 г.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 56 медицинских карт. Статистическая обработка осуществлялась в программах Microsoft Excel и Statistica 8.0.

Результаты: все ВИЧ-инфицированные пациенты имели позднюю стадию ВИЧ-инфекции – стадию 4. Средний возраст общей выборки ВИЧ-инфицированных составил 40,36±7,57 лет. Их них мужчины – 35 человек, женщины – 21 человек. Из общей выборки больных у 16 пациентов наступил летальный исход. За 2019 г. 26,6 % всех летальных исходов в отделении пришлось на пациентов с ВИЧ-инфекцией. Общая выборка больных была разделена на две группы. В первую группу вошли пациенты, выписанные из стационара – 40 человек, во вторую группу вошли пациенты с летальным исходом – 16 человек. В первой группе пациентов структура бронхолегочных заболеваний выглядела следующим образом: внебольничная пневмония (ВП) была диагностирована у 20 человек. ВП тяжелого течения (ВПТТ) выявлена у 11 человек, ВП средней тяжести (ВПСТ) – у 9 человек, пневмоцистная пневмония (ПП) – у 5 человек от общего количества. У 7 ВИЧ-инфицированных выставлен диагноз хронический бронхит, 7 человек переведены в Республиканский противотуберкулезный диспансер; у 2 человек выявлена ХОБЛ, у 1 пациента – плеврит, у 1 пациента – бронхиальная астма. Во второй группе ВИЧ-инфицированных пациентов, основной диагноз – ВПТТ, из них у 7 человек – ПП.

Выводы: таким образом, анализ структуры заболеваний органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных пациентов показал, что больные с ВИЧ инфекцией поступают в стационар на поздних стадиях болезни, с развитием вторичных оппортунистических и тяжелых инфекционных заболеваний.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

53. Синдром дыхательной недостаточности у больных острым ишемическим инсультом: новые подходы к диагностике и лечению

Авторы: Ким Т.Г., Чучалин А.Г., Шогенова Л.В., Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Панин А.А.

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

Введение: инсульт является основной причиной смерти и инвалидности во всем мире, ишемический инсульт является наиболее распространенным подтипом, на долю которого приходится примерно 80% всех случаев [Гусев Е.И., Эпидемиология инсульта в России/ СПб.:2006 г]. Респираторные осложнения развиваются в первые несколько дней ишемического инсульта и являются главным фактором морбидности и летальности при нем. [Victoria Austin, Jacqueline M. Ku, Alyson A Miller, Ross Vlahos Sci Rep. 2019; 9: 3622].

Цель исследования: оценить частоту и тяжесть синдрома дыхательной недостаточности у больных острым ишемическим инсультом и оптимизировать диагностический и лечебный подход.

Методы: обследовано 220 больных острым инсультом (120 женщин, средний возраст 78,4±3,0, 100 мужчин, средний возраст 72,3±3,4) с оценкой их неврологического и респираторного статуса, спирометрией, пульсоксиметрией (дневной, ночной), газовым составом крови (артериальными, венозными, капиллярными). Пациенты были поделены на группы: исследуемая (110) получала t-He/O2 (25-30%/75-70%) и контрольная получала кислородотерапию (3-4 л/мин).

Результаты: у 60 пациентов SpO2> 92%, PaO2 65-77 мм рт.ст., PaCO2 – 37-42.
120 пациентов SpO2 91-94%, PaO2 – 60-65 мм рт. ст., PCO2 – 40-45 мм рт.
40 пациентов SpO2< 91%, PaO2 < 60 мм рт. ст., PaCO2 > 45.
Одышка – 120, нарушение паттерна дыхания – 130, аспирация – 120, ночное апноэ – 120.

Выводы: более 50% острым ишемическим инсультом имели дыхательную недостаточность (SpO2 91-94%, PaO2 – 60-65 мм рт. ст.). Оценка газового состава артериальной крови должна быть включена в диагностический протокол для пациентов с острым инсультом.
t-He/O2 эффективный метод респираторной поддержки, так как он улучшает неврологический статус и разрешает симптомы дыхательной недостаточности.

54. Оптимальный выбор при бронхообструктивном синдроме у пожилых

Авторы: Шангина О.А., Шелихов В.Г.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Целью исследования: оценка эффективности терапии обострения ХОБЛ бронхолитиками через небулайзер в сочетании с иГКС будесонидом.

Материалы и методы: наблюдались 32 пациента пожилого возраста, поступивших в стационар с тяжелым обострением ХОБЛ (ОФВ1 менее 30%). Всем пациентам назначалась небулайзеротерапия с беродуалом 2 мл 2 раза в сутки в комбинации с будесонидом 1000 мкг 2 раза в сутки 7 дней. Контролировались клинические показатели (частота дыхания, сатурация кислорода, выраженность одышки по шкале mMRC), пиковая скорость выдоха. В то же время проанализировано 20 амбулаторных карт аналогичных пациентов, которые пользовались беродуалом через ДАИ амбулаторно.

Результаты: увеличение вентиляционных показателей в первой группе произошло к 5- дню терапии на 114 мл в среднем, к 10 дню терапии – на 168 мл по сравнению со второй группой

(соответственно 98 и 136 мл), ($p<0,05$). Различия в оценке одышки по шкале mMRC больными 2-х групп становилось значимым ко 2 дню терапии обострения. У пациентов первой группы значительно быстрее уменьшилось количество мокроты, раньше улучшилось ее отхождение. Характер мокроты у пациентов, принимавших беродуал через небулайзер, к 6 дню терапии стал слизистым (нейтрофилов в общем анализе мокроты – 20 в поле зрения). У больных второй группы на 14 день лечения в общем анализе мокроты сохранялось повышенное содержание нейтрофилов до 28 в поле зрения.

Выводы: таким образом, современная терапия обострения ХОБЛ беродуалом через небулайзер в сочетании с будесонидом более эффективна, чем применение дозированного аэрозольного ингалятора.

В результате эффективной бронхолитической терапии значительно улучшаются клинические и вентиляционные параметры, что приводит к сокращению сроков госпитализации и является экономически рентабельным.

55. Техническое обеспечение кислородной терапии, СИПАП-терапии, НИВЛ и ИИВЛ у пациентов с COVID-19

Авторы: Зельманский О.Б.

Организация: Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники, г. Минск

Введение: в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, особое внимание следует уделить техническому обеспечению респираторной поддержки пациентов с COVID-19, так как вирус в первую очередь поражает легкие и вызывает дыхательную недостаточность.

Цель исследования: анализ технических средств для проведение кислородной терапии, СИПАП-терапии, неинвазивной и инвазивной искусственной вентиляции легких у пациентов с коронавирусной инфекцией тяжелого течения.

Материалы и методы исследования: было проанализировано состояние пациентов с тяжелым течением заболевания и развившейся дыхательной недостаточностью. С целью респираторной поддержки применялось следующее оборудование: концентратор кислорода Оксимед F7-5, автоматический СИПАП-аппарат BMC Resmart G1 с полнолицевой маской, аппарат НИВЛ Löwenstein VENTimotion, аппарат ИВЛ Löwenstein VENTilogic, контроль параметров сатурации и частоты сердечных сокращений осуществлялся по средства монитора пациента, а также портативного пульсоксиметра Оксимед JPD-500A.

Результаты: наряду с применением концентраторов кислорода, для терапии дыхательной недостаточности у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции высокую эффективность показало применение аппаратов НИВЛ, а также более простых в эксплуатации и доступных по цене СИПАП-аппаратов. При этом следует отметить следующие достоинства СИПАП-терапии: проводится неинвазивно с помощью лицевых масок, хорошо переносится пациентами, низкая стоимость СИПАП оборудования, большая разновидность СИПАП масок для обеспечения комфорта пациента и учета его индивидуальных особенностей. Более того в условиях дефицита специализированных масок для НИВЛ и СИПАП масок был получен успешный опыт применения не менее комфортных масок для подводного плавания.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

56. Особенности острой респираторной вирусной инфекции у детей в эпидемическом сезоне 2019-2020 гг.

Авторы: Бриткова Т.А., Михеева А.С., Шахринова Л.В.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: изучить факторы риска, клинико-вирусологические особенности острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей в эпидемическом сезоне 2019-2020 гг.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 102 историй болезни детей с различными формами ОРИ, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении. Этиологическая расшифровка ОРИ проводилась методом ПЦР рото- и носоглоточных смывов.

Результаты: в структуре больных ОРИ преобладают дети раннего возраста: до 1 года – 14,7%, от 1 года до 3 лет – 27,5%, от 4 до 6 лет – 31,3%. В 45% случаев в эпиданамнезе пациентов указано на контакты с больными ОРИ (чаще внутрисемейные). По топике поражения ОРИ преобладают: ринофарингит – 34,3%; тонзиллофарингит – 7,8%; бронхит – 27,5%; пневмония – 8,8%. При верификации ОРИ в данном эпидемическом сезоне доминируют риновирусы – 17,7%, вирусы парагриппа – 15,7%, вирусы гриппа – 12,8%, респираторно-синцитиальный вирус (РС В) – 11.8%, бокавирусы – 8,8%. В 31,4% случаев вирусную инфекцию идентифицировать не удалось. Были выявлены, также, ассоциации вирусов у детей с ОРИ: сочетание метапневмовируса и вируса парагриппа, сочетание парагриппа и аденовируса. Был выявлен клинический случай: у детей-близнецов 7 лет, проживающих в одной семье, посещающих один детский коллектив, имеющих контакт с больным ОРИ в семье, идентифицированы разные возбудители: вирус гриппа А (H3N2) и риновирус соответственно.

Выводы: в эпидемическом сезоне 2019-2020 гг. в структуре ОРИ у детей были представлены различные респираторные вирусы, с отчетливым доминированием риновирусной (17,7%) и парагриппозной (15,7%) инфекций, что коррелирует с поражением нижних дыхательных путей (бронхит, пневмония), преимущественно, у детей раннего возраста.

57. Клинико-эпидемиологические особенности микоплазменной инфекции у детей

Авторы: Бриткова Т.А., Андреева С.В., Ганиева Р.Р., Киямова Г. М.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: изучить особенности клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных показателей при респираторной микоплазменной инфекции у детей в условиях эпидемической вспышки.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 89 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении с верифицированным диагнозом респираторной микоплазменной инфекции. Диагноз был подтвержден методом ПЦР мазка с задней стенки глотки и/или ИФА крови на M. pneumoniae.

Результаты: анализ данных позволил констатировать эпидемический (вспышечный) характер заболеваемости в условиях школьного коллектива. Максимум заболевших отмечался в группе школьников старше 7 лет (73%), 27% больных зарегистрировано в группе детей от 4 до 7 лет. Дети дошкольного возраста были ближайшими родственниками детей школьного возраста, либо имели с ними непосредственный контакт. В целом, в структуре заболевших микоплазменной

инфекцией, явные контакты с больными присутствовали в 61% случаев (54 ребенка). Максимум заболевших отмечался в возрастной группе 12-13 лет (57 %). У 91% больных диагностирована пневмония, у 9% – обструктивный бронхит. По морфологии преобладали сегментарные формы пневмонии – 75,7%, реже – очаговые пневмонии (24,3%). В 19,1% случаев диагностированы легочные осложнения по типу плевритов и/или ателектазов. Клиническими особенностями микоплазменной пневмонии являлись: лихорадка (92,3%), упорный кашлевой синдром (100%), бронхообструктивный синдром (61%). Все пациенты получали комплексную терапию, в том числе, антибиотики из группы макролидов.

Выводы: микоплазменная инфекция характеризуется вспышечной заболеваемостью по типу сегментарной или очаговой пневмонии среди детей школьного возраста.

58. Особенности различий по клинико-анамнестическим, функциональным показателям и альфа-1-антитрипсину у подростков с рецидивирующим траеобронхитом, в гендерно-возрастном аспекте

Автор: Мокин Е.Д.

Организация: ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: на сегодняшний день установлено, что дефицит ААТ оказывает прямое влияние на прогрессирование эмфиземы, что подчеркивает важность раннего выявления дефицита ААТ совершенствования профилактических рекомендаций.

Цель: изучить особенности различий по альфа-1-антитрипсину у подростков с рецидивирующим трахеобронхитом, с учетом гендерного и возрастного фактора.

Материалы и методы: обследовано 56 пациентов, в том числе, 34 муж. и. 22 жен. пола. Анализировались: индекс массы тела (ИМТ) семейный анамнез, оксид азота в выдыхаемом воздухе, данные электронной аускультации, данные бронхофонографии показатели ФВД, парциальное напряжение кислорода в периферической крови, в промилле- PaO2 и альфа-1-антитрипсин (ААТ) сыворотки крови, для определения возможного дефицита, в данной когорте пациентов, и дальнейшего составления персонализированного плана ведения. ААТ исследовался в венозной крови, при этом, норма содержания этого белка в сыворотке крови, у детей принята как 1,45 – 2,70г/л, у взрослых-0,78 – 2,00 г/л, у пожилых (старше 60 лет) – 1,15 – 2,00г/л.

Результаты: при небольших колебаниях по возрастным группам, у мальчиков отмечались более низкие, а у девочек – более высокие показатели ААТ крови: $1,4 \pm 0,1$ и $1,70 \pm 0,1$ соответственно.

Выводы: полученные нами результаты подтверждают необходимость превентивного скрининга, для раннего выявления и формирования, персонализированных профилактических программ. Превентивный скрининг и ранняя диагностика, могут способствовать современному устранению факторов риска, для поддержания функции легких близкой к норме, наиболее продолжительное время, во взрослом возрасте.

59. Комплексный подход к оценке респираторных последствий бронхолегочной дисплазии у детей старшего возраста

Авторы: Киршина И.А., Павлинова Е.Б., Курмашева Е.И., Савченко О.А., Губич А.А.

Организация: Омский государственный медицинский университет

Введение: респираторные последствия бронхолегочной дисплазии (БЛД) являются актуальной проблемой педиатрии. Объективные критерии, позволяющие с высокой вероятностью предсказать риск развития того или иного клинического исхода, в настоящее время отсутствуют.

Цель исследования: разработать прогностическую модель для оценки респираторных последствий БЛД у детей старше 3 лет.

Материалы и методы: обследовано 60 детей в возрасте 5,0 [4,0; 6,0] лет, перенесших БЛД. Оценивались данные анамнеза, физикального, лабораторно-инструментального обследования, включая

определение концентрации окисленного (GSSG) и восстановленного (GSH) глутатиона, супероксиддисмутазы, полиморфизмов rs4880 и 129C/T GCLC.

Результаты: формирование респираторных последствий БЛД было зарегистрировано у 32 (53%) детей. Посредством логистического регрессионного анализа были установлены предикторы, ассоциированные с исходами заболевания. Этими факторами оказались пол, характер респираторной поддержки и назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) на этапе реанимации, ежедневная амбулаторная терапия ИГКС не менее 1 месяца, наследственность и уровень глутатиона в сыворотке крови. На основании полученных данных была разработана прогностическая модель, оценивающая вероятность клинического выздоровления Y у детей с БЛД. Значение $Y \leq 50\%$ следовало рассматривать как фактор риска неблагоприятного исхода. Чувствительность модели составила 71,8%, специфичность – 57,1%, площадь под ROC-кривой 0,74.

Выводы: разработанная прогностическая модель может применяться в качестве вспомогательного средства при принятии решений о тактике диспансерного наблюдения детей с БЛД (финансовая поддержка РФФИ, проект № 18-015-00219 А).

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

60. Исследование внутривидовой и межвидовой перекрестной реактивности сорных трав в Самарской области

Авторы: Жукова Н.Н., Манжос М.В.

Организация: Медицинский университет «Реавиз», Самара

Цель исследования: изучение внутривидовой и межвидовой перекрестной реактивности пыльцы амброзии и полыни в Самарской области.

Было проведено клинико-аллергологическое обследование 424 женщин и 545 мужчин с явлениями ринита. Больным с ко-сенсибилизцией к амброзии и полыни была проведена аллергокомпонентная диагностика: Amb a1, Amb. trifida, Art v1 (ImmunoCap ISAC, Швеция). При статистической обработке применялись методы непараметрической статистики.

По данным кожных проб (КП) у пациентов преобладали сезонные и сочетанные формы аллергического ринита. Из всех проб основную массу (50,6%) составили положительные пробы к пыльцевым аллергенам.

Почти 40% положительных КП к аллергенам сорных трав составили пробы с аллергенами полыни и амброзии (Ambrosia artemisiifolia).

Из всех пациентов, которым были проведены КП с амброзией, 50, 88% имели положительную сенсибилизацию (p=0,00001). Чаще пациенты имеют ко-сенсибилизацию к амброзии и полыни (61,4%), чем моносенсибилизацию к амброзии или полыни.

При ко-сенсибилизации к полыни и амброзии аллергокомпоненты только к одному главному аллергену полыни nArt v1 или амброзии (Amb trif и/или nAmba1) диагностировались в 12,1%, сочетанная сенсенсибилизация в 63,7% случаев. У 1/4 пациентов сенсибилизация не выявлена.

С одинаковой частотой определялось сочетание одновременно sIgE-АТ к двум видам амброзии и полыни и амброзии трехраздельной и полыни (p=0,966).

У пациентов с отрицательными кожными пробами с аллергеном амброзии в 20% случаев определялись положительные sIgE-АТ одновременно к nAmba1 и Amb trif., почти у половины таких пациентов (48%) обнаруживались АТ только к Amb trif.

Необходимы дальнейшие исследования перекрестной реактивности амброзии с учетом влияния средовых факторов.

61. Спектр грибковой сенсибилизации у пациентов с бронхиальной астмой в г. Самаре

Автор: Мазоха К.С.

Организация: Медицинский университет «Реавиз», Самара

Введение: Грибковую сенсибилизацию связывают с развитием бронхиальной астмы (БА), в том числе БА средней степени тяжести и тяжелой, потребностью в интенсивной терапии и летальными исходами.

Цель: изучить спектр грибковой сенсибилизации у пациентов с БА в г. Самаре.

Методы: с 2016 по 2019 год было проведено клинико-аллергологическое обследование 855 пациентов различных возрастных групп с симптомами респираторной аллергопатологии.

Статистическая обработка данных проводилась с применением методов вариационной статистики. Значимость различия для частотных показателей анализировали с использованием критерия 2. Полученные данные обрабатывали с применением пакета прикладных программ AtteStat, версия 10.5.1, статистических формул программы Microsoft Excel версия 5.0.

Результаты и обсуждение: бронхиальная астма была выявлена у 25% пациентов с грибковой сенсибилизацией (25% детей и 27% взрослых; p=0,7166). Бронхиальная астма была диагностирована как у мужчин (17%), так и у женщин (8%) (p=0,3). Сенсибилизация к Alternaria выявлена у 89% пациентов с БА, к Cladosporium – у 51%, к Aspergillus – у 24%, к Penicillum – у 5% пациентов. Сенсибилизация к Alternaria является фактором риска формирования БА в детском возрасте (ОШ=2,415).

Более чем у 90% пациентов различного возраста с БА наблюдались также симптомы аллергического ринита.

У 24% детей с диагностированным АР наблюдались симптомы бронхообструкции на фоне простудных заболеваний, такие дети имеют высокий риск формирования БА в будущем.

Выводы: у пациентов с грибковой БА в г. Самаре преобладает сенсибилизация к Alternaria.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

62. Изучение растяжимости легких (комплайенс исследование) у больных идиопатическими интерстициальными пневмониями

Автор: Моногарова Н.Е.

Организация: Государственная общественная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Цель исследования: изучить растяжимость лёгких у пациентов с идиопатическими интерстициальными пневмониями (ИИП).

Материал и методы: для исследования растяжимости лёгких использовался комплекс «Master Screen фирмы «Wiasys healthcare Gmbr». Обследовано 32 пациента с ИИП (мужчин 7, женщин – 25), средний возраст – 48,3±2,7. У 26 обследованных был диагностирован идиопатический лёгочный фиброз, у 5 – неспецифическая интерстициальная пневмония, у 1 – лимфоидная интерстициальная пневмония.

Основной задачей было изучение возможностей определения растяжимости лёгких в диагностике рестриктивных нарушений лёгочной функции на ранних стадиях заболевания. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – нормальные показатели лёгочной вентиляции (n=11) по данным спирометрии и бодиплетизмографии, 2 группа – пациенты, у которых были выявлены рестриктивные нарушения, показатели VC<80%, от должных величин. У больных 1 группы уже на ранних стадиях ИИП уменьшалось статическое растяжение лёгких (Cstat = 54,8±9,9% от должного уровня), умеренное повышение транспульмонального давления на уровне 100% TLC. По нашим данным, уменьшение Cdyn было в меньшей степени, чем Cstat, что подтверждает отсутствие нарушений бронхиальной проходимости. У больных 2 группы отмечалось значительное снижение растяжимости лёгких Cstat15,3±5,3, Cdyn – 17,8±4,5.

Выводы: на основании полученных данных можно отметить, что комплаенс исследование позволяет диагностировать рестриктивные нарушения лёгочной вентиляции на ранних стадиях ИИП. Когда они не выявлены по результатам спирометрии и бодиплетизмографии.

63. Профилактика постпневмонического пневмосклероза при COVID-19

Авторы: Шелихов В.Г., Шангина О.А.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Цель исследования: проанализировать результаты амбулаторного ведения больных, перенесших интерстициальную двухстороннюю пневмонию вследствие развития COVID-19.

Материал и методы исследования: под наблюдением было 8 пациентов, средний возраст 58 лет, перенесших COVID-19. Сопутствующей патологией в трех случаях сахарный диабет, ожирение, в двух – ИБС, стабильная стенокардия 2 ФК.

Результаты и обсуждение: у всех больных выявлен COVID-19, осложнившийся двухсторонним поражением легких. Рекомендации при выписке стандартные: больной (ая) выписывается под наблюдение участкового врача. Чаще рекомендуется прием лизатов бактерий, симптоматическая терапия. Все обратившиеся больные рекомендованное амбулаторное лечение получали, однако причиной обращения была сохраняющаяся одышка и слабость. Учитывая значительные перенесенные изменения легочной ткани для профилактики пневмосклероза больным назначены препараты, улучшающие микроциркуляцию (курантил, пентоксифиллин) и аспирин в виде кардиомагнила, аспирина кардио или кардиаска. Прием препаратов не менее 2-3 месяцев. Кроме того дыхательная

гимнастика. Через месяц после выписки больные отмечали снижение или исчезновение одышки, на проведенных контрольных МСКТ ни в одном случае остаточных снижений прозрачности легочной ткани не зафиксировано.

Выводы: 1. При выписке больных необходимо рекомендовать длительный прием препаратов, улучшающих микроциркуляцию легочной ткани. 2. Улучшение микроциркуляции легочной ткани препятствует развитию пневмосклероза.

64. Трудности диагностики и ведения пациентов с нейроэндокринной клеточной гиперплазией младенцев

Авторы: Овсянников Д.Ю. – 1,2,3, Карпенко М.А. – 3, Жесткова М.А. – 1, Ашерова И.К. – 4, Даниэл-Абу М. – 1, Гитинов Ш.А. – 1,3, Зайцева С.В. – 5, Старевская С.В. – 6, Фролов П.А. – 1

Организация: 1 – ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва; 2 – Морозовская городская детская клиническая больница ДЗМ, г. Москва; 3 – Детская инфекционная клиническая больница № 6 ДЗМ, г. Москва; 4 – Центральная городская больница, г. Ярославль; 5 – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, г. Москва; 6 – Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, РФ

Цель: обобщение результатов многолетних наблюдений пациентов с НЭГМ с определением клинической и лабораторно-инструментальной характеристики, особенностей течения заболевания, трудностей диагностики и оказания терапии.

Материалы и методы: за период с января 2012 по май 2020 гг. под наблюдением, в том числе в катамнезе, находились 52 ребенка с НЭГМ в возрасте от 21 дней жизни до 10 лет, медианный возраст – 5 месяцев (интерквартильный размах – 4,5 месяца). Дизайн исследования – многоцентровое несравнительное открытое нерандомизированное ретроспективное.

Результаты: НЭГМ чаще развивается у мальчиков (2/3 случаев). В большинстве случаев (90%) дети с НЭГМ были рождены от неосложненной доношенной беременности. Манифестирует заболевание у детей грудного возраста, при этом половина всех случаев приходится на 4-5-й месяц жизни. Постоянным симптомом НЭГМ является тахипноэ, сопровождаясь одышкой смешанного характера. При аускультации легких у большинства (86%) больных определялась диффузная крепитация над передней поверхностью грудной клетки. Почти у половины больных (44%) была зарегистрирована недостаточность питания, ее развитие совпадало по времени со сроками манифестации заболевания. Большинство младенцев с НЭГМ имели высокочувствительные и высокоспецифичные КТ-признаки: четко очерченные «географические» зоны «матового стекла» в средней доле и язычковых сегментах.

Заключение: накопленный опыт ведения пациентов с НЭГМ позволяет охарактеризовать данную самостоятельную нозологическую форму как самое частое ИЗЛ у детей первых 2 лет жизни. Знания об этом заболевании позволят избежать неоправданного назначения длительных курсов терапии системными и ингаляционными ГКС, бронходилататорами, которая неэффективна вследствие отсутствия воспалительного компонента патогенеза и небезопасна.

65. Гиперсенситивный пневмонит, сочетающийся с ишемической болезнью сердца: клинические, рентгенологические, функциональные особенности

Авторы: Медведев А. В., Абубикиров А. Ф., Мазаева Л.А., Макарьянц Н.Н., Шмелёв Е.И.

Организация: ФГБУН «Центральный НИИ туберкулеза», ГКБ №24, г. Москва.

Цель исследования: изучение клинических, рентгенологических, функциональных показателей больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), оценка влияния этих заболеваний друг на друга.

Материалы и методы: обследовано 22 больных гиперсенситивным пневмонитом, сочетанных с ишемической болезнью сердца (основная группа) и 26 больных ГСП без ИБС (группа сравнения). Проанализированы клинические симптомы, данные лучевых и функциональных исследований. Для

оценки одышки применялась шкала MMRC; кашель, выделение мокроты по четырехбалльной шкале. При интерпретации результатов компьютерной томографии органов грудной клетки использован метод Kazerooni с анализом интерстициальных и ретикулярных изменений. При трактовке каждого из компонентов использована пятибалльная шкала оценки. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

Результаты: больные ГСП с ИБС имели меньшую продолжительность легочного заболевания (3,45 года), чем больные ГСП без ИБС (3,71 лет). Интенсивность кашля 1,13 балла, одышки 2,03 балла, выделения мокроты 0,92 балла у больных гиперсенситивным пневмонитом, сочетанным с ИБС, выше, чем у пациентов ГСП без этого сочетания. Наличие ИБС увеличивает тяжесть и скорость проявления клинических признаков гиперсенситивного пневмонита. Большая выраженность изменений ФВД отмечена при ИБС: уменьшение ЖЕЛ и ФЖЕЛ обусловлено переваскулярной инфильтрацией легочной ткани, снижение МСВ25 – отеком слизистой оболочки мелких бронхов и нарушением их проходимости. Статистически значимое ($p<0,001$) уменьшение диффузионной способности лёгких (DLCO) наблюдалось у больных основной группы, оно связано со структурными изменениями сосудистой стенки и снижением ее эластических свойств.

66. Основные характеристики интерстициальных заболеваний легких по данным регистра в г. Иркутске

Авторы: Нашатырева М.С., Трофименко И.Н., Черняк Б.А.

Организация: ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Цель исследования: проанализировать структуру и клинические особенности интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) по данным регистра.

Материалы и методы: у 266 пациентов, включенных в регистр ИЗЛ, проанализированы клинико-анамнестические, рентгенологические данные и результаты морфологического исследования. У всех пациентов исключены инфекционный генез заболевания и онкопатология.

Результаты: среди больных преобладали женщины– 156 (58,6%), средний возраст $55,3\pm14,3$ лет ($M\pm SD$). Средний возраст мужчин $57,6\pm16,3$ лет, различий по возрасту не выявлено ($p=0,22$). В дебюте ИЗЛ самыми частыми симптомами являлись кашель (112 пациентов, 42,1%), одышка (83, 31,2%) и лихорадка (19, 7,1%). У 28 человек (10,5%) заболевание протекало бессимптомно. Время от появления жалоб до постановки диагноза ИЗЛ варьировало от 1 до 264 месяцев (24 ± 45мес). Только 59 пациентов (22,2%) до ревизии диагноза перед включением в регистр наблюдались у пульмонолога/терапевта с различными ИЗЛ. У 94 пациентов (35,3%) диагностированы ИЗЛ с установленными причинами, у 71 (26,7%) идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП), у 73 (27,4%) саркоидоз, у 28 больных (10,5%) редкие ИЗЛ. Диагнозы подтверждены морфологически в 95 случаях (35,7%), при этом значительно чаще среди пациентов с саркоидозом – у 60 пациентов (82,2%) ($p<0,001$). Больные ИИП составили самую старшую возрастную группу – $64,1\pm13,9$ лет, а пациенты с саркоидозом самую молодую – $49,9\pm14,3$ лет.

Среди пациентов с саркоидозом одышка по шкале mMRC значительно меньше – $0,9\pm1,1$ баллов по сравнению с другими группами больных (ИЗЛ с известной этиологией $2,3\pm1$, ИИП $2,26\pm1,15$, редкие ИЗЛ $1,9\pm1,2$ баллов) ($\chi^2=22$, $df=3$, $p=0,0001$).

Заключение: диагностика ИЗЛ требует настороженности врачей разных специальностей для своевременного выявления и раннего вмешательства.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

67. Изменение качества жизни у пациентов с бронхиальной астмой за короткий период адекватной терапии

Авторы: Устьянцева Н.П., Нургалин В.В.

Организация: ФГБОУ ВО Южноуральский государственный медицинский университет Минздрава России

Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению является качество жизни. Бронхиальная астма как хроническое заболевание, склонное к прогрессированию и протекающее с обострениями, оказывает негативное воздействие на все стороны жизни больного. Изучалось качество жизни больных с обострением бронхиальной астмы при поступлении в пульмонологическое отделение и через 5 дней лечения. Исследование когортное проспективное. Проводилась изучение показателей на 1 и 5 день госпитализации. Измерялась пикфлоуметрия, оценивалось качество жизни «Респираторную анкету больницы Св. Георгия» (SGRQ). В исследование было включено 48 больных бронхиальной астмой (29 женщин и 19 мужчина) в возрасте от 19 до 73 лет. При поступлении в стационар бронхиальная астма определялась тяжелой степени и находилась в стадии обострения. Лечение проводили согласно клиническим рекомендациям по лечению тяжелой бронхиальной астмы. Для определения динамики изменения результатов опросника Св. Георгия и пикфлоуметрии на первый и пятый дни лечения использовался Т-критерий Вилкоксона. Показатели пикфлоуметрии были на первый день лечения достоверно ниже, чем на пятый (Тэмп<Ткр(0,01)).Качество жизни больных с бронхиальной астмой на 5 день лечения в стационаре достоверно повышается. Таким образом, комплексное лечение в стационаре повышает качество жизни больных уже на 5 день лечения.

68. Анализ структуры участников образовательных программ для больных с хроническими заболеваниями легких

Автор: Макова Е.В.

Организация: ГБУЗ СО Самарская городская больница № 4

Пациент, страдающий ХЗЛ должен получить подходящую информацию и пройти обучение для выработки навыков успешного контроля заболевания, изменения дозы препаратов по мере необходимости в соответствии с планом ведения, разработанным вместе с врачом. Результаты исследования (2018-2019 гг.) показали, что большинство из 182 пациентов с ХЗЛ, прошедших обучение – работающие (75,4% – 154 чел.), преимущественно женщины (59,31% – 121 чел.) в возрасте 45-55 лет (37,8% – 42 чел.). Практически у всех работа связана или была связана с психоэмоциональным перенапряжением. Контактирование с профессиональными вредностями отмечают 25,3% (46 чел.) респондентов. Один раз в месяц за медицинской помощью обращаются 43,4% (79 чел.), раз в квартал – 17% (31 чел.), а 39,6% (72 чел.) стараются не обращаться в поликлинику. Среди респондентов отмечен достаточно высокий образовательный уровень: 58,24% (106 чел.) имеют высшее образование, 9 чел. (4,94%) – незаконченное высшее, 36,81% (67 чел.) – среднее специальное. Данный фактор предполагает заинтересованность в сохранении собственного здоровья. Все пациенты имеют сопутствующие хронические заболевания. Преобладают аллергические заболевания – 64%, сочетанная патология сердечно-сосудистой (34%) и нервной системы (29%), заболевания органов пищеварения (52%) и опорно-двигательного аппарата (9%), эндокринной системы (30%), почек (30%). По данным анкет, 145 пациентов (79,67%) отмечают недостаточную физическую активность, из них 52% ограничены в возможности передвижения из-за болезни. У респондентов

высок уровень вредных привычек: курят 51% пациентов. После прохождения обучения пациенты осознают необходимость регулярного наблюдения врача. Основная цель посещения врача после обучения – коррекция базисной терапии.

69. Анализ информированности пациентов о заболевании бронхиальная астма

Автор: Макова Е.В.

Организация: ГБУЗ СО Самарская городская больница № 4

Для изучения информированности пациентов о заболевании была разработана оригинальная анкета, включавшая 10 вопросов, касающихся причин заболевания БА, клинических проявлений, осложнений. Результаты анкетирования оценивались в баллах; максимальная сумма – 10 баллов. Уровень информированности оценивался как низкий (0-5 балла), средний (6-8 баллов) и высокий (9-10 баллов). Уровень информированности пациентов в среднем составил 4,2$\pm$0,5 баллов, что можно оценить как низкий уровень знаний. Информацию о заболевании пациенты чаще получают от врачей (67,5%), а также из средств массовой информации и специальной медицинской литературы (15%). 27,5% опрошенных отметили, что ранее вовсе не получали информации о БА. Все респонденты изъявили желание получить новую информацию о существующем у них заболевании, что свидетельствует о высокой мотивации к обучению среди пациентов с БА. Больше всего их интересовали вопросы лечения БА (100%), а также действия при ухудшении состояния (67,5%), причины развития и осложнения БА(40%). После обучения уровень информированности пациентов вырос до 8,0$\pm$0,3 баллов ($p<0,05$). Высокий уровень информированности после обучения отмечен у 28 чел. (45%) ($p<0,05$), средний – у 28 чел. (45%), низкий – у 14 чел. (10%) ($p<0,05$). Отмечено достоверное ($p<0,05$) уменьшение числа пациентов с низким уровнем знаний (с 65% до 10%) и увеличение числа пациентов с высоким уровнем знаний (с 7,5% до 45%) В результате обучения пациентов и формирования партнерства между врачом и пациентом в лечебном процессе втрое увеличилось частота достижения полного контроля БА (с 8% до 26%). Изменились установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций.

70. Анализ эффективности дыхательной гимнастики в процессе реабилитации пациентов с пневмониями на фоне COVID-19

Авторы: Листопадова М.В., Силинкина Е.Д., Сафонова К.А.

Организация: Смоленский государственный медицинский университет

Цель: оценить эффективность мер физической реабилитации у пациентов с пневмонией на фоне COVID-19.

Материалы и методы: проанализированы данные 108 пациентов с подтверждённой новой коронавирусной инфекцией, осложнённой пневмонией. Выделены 2 группы больных: отказавшиеся (n=48) и участвовавшие в физической реабилитации (n=60). Изначально оценивались клинические проявления нозологии, объём поражения, функциональные показатели дыхания, а также индекс астении. Далее с группой пациентов на реабилитации проведен курс дыхательной гимнастики в три последовательных этапа. Через 2 месяца восстановительного периода повторно оценены клинические и функциональные показатели.

Результаты: изначально клинические появления, функциональные нарушения в сравниваемых группах выявлялись в равной степени. После курса дыхательной гимнастики у больных достоверно снизились клинические проявления в сравнении с группой пациентов, не участвовавших в реабилитации. В динамике оценивался индекс астении при помощи шкалы астенического состояния. В группе реабилитации этот показатель достоверно снижался на протяжении 1-го месяца восстановительного периода и к завершению курса проявления астении отсутствовали, в то время как в группе без реабилитации к концу периода наблюдения он оставался высоким у 64% анкетируемых. При анализе в динамике показателей функции внешнего дыхания (ФВД) после курса реабилитации отклонений показателей выявлено не было. Среди пациентов без реабилитации через 2 месяца у 58% больных сохранялось снижение основных показателей ФВД.

Выводы: сочетание медикаментозной терапии пневмонии на фоне COVID-19 и физических мер реабилитации позволяет достичь высокого уровня клинической компенсации заболевания и улучшить функциональные показатели в ранний период восстановления.

71. Предиктор выживаемости при внебольничной пневмонии – образ жизни пациента

Авторы: Шангина О.А., Тюлюкин В.А., Нечаева И.А.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово, ГАУЗ ККККБ СМП имени Подгорбунского М.А., г. Кемерово, ГАУЗ КО ДКБ, г. Кемерово

Актуальность: внебольничная пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний, приводящих к летальному исходу, в том числе среди трудоспособного населения. Летальность при пневмонии оказывается наибольшей у пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом.

Цель исследования: анализ летальности от внебольничной пневмонии в зависимости от образа жизни пациентов.

Материалы и методы: проанализировано 120 историй болезней и листов назначений умерших в 2018 году в стационарах г. Кемерово с диагнозом внебольничная пневмония в возрасте от 20 до 91 года. Результаты и обсуждение: в стационарах города в 2018 г. пролечено 1032 человека с диагнозом «пневмония», умерло в стационаре 58, из них 18 женщин и 40 мужчин в возрасте от 24 до 96 лет. В трудоспособном возрасте умерло 28 пациентов, но только 4 из них работали, 12 человек имели инвалидность 1-2 группы по различной патологии, 12 человек составили лица без определенного места жительства. По результатам экспертизы историй болезни нет ни одного случая смерти до 40 лет у социально благополучного больного. Например, самая молодая больная, умершая от пневмонии З., 23 лет, нигде не работала, страдала хроническим алкоголизмом. Больной Л., 27 лет, страдал тяжелым алкоголизмом, на вскрытии алкогольное поражение практически всех внутренних органов. 41,9% умерших страдали алкоголизмом. Только 10 человек из умерших поступили в стационар в первые 5 дней от начала заболевания, остальные на 10-й день и позже, а у 20 больных, т.е. практически у трети пациентов анамнез при поступлении выяснить не удалось из-за тяжести состояния (кома, сопор, алкогольное опьянение).

Вывод: наличие у пациентов хронического алкоголизма оказывает значимое влияние на неблагоприятный исход при внебольничной пневмонии.

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

72. ХТЭЛГ – Редкое осложнение частого заболевания

Авторы: Шостак Н.А., Клименко А.А., Шеменкова В.С.

Организация: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ

Введение: в крупном европейском исследовании было продемонстрировано, что из 1399 пациентов, перенесших тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), только 60% вернулись к работе и своему обычному образу жизни в 1-й месяц после госпитализации, а 27,8% не смогли продолжать работать из-за осложнений. Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЭЛГ) считается редким осложнением ТЭЛА, однако истинная частота заболеваемости в мире остается неизвестной.

Материал и методы: в исследование включено 120 пациентов, перенесших ТЭЛА более 3-х месяцев назад и принимавших антикоагулянты в лечебных дозах. Всем больным выполнялось эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование экспертного класса в качестве скрининга формирования легочной гипертензии (ЛГ). Пациенты с ЛГ в дальнейшим госпитализировались в ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы для подтверждения диагноза ХТЭЛГ и включались в Регистр для последующего наблюдения. Период наблюдения составил 3 года.

Результаты: частота формирования ХТЭЛГ составила 3,6%. Средний возраст пациентов составил 60,5 $\pm$ 5 лет. В 80,9% случаев имелся анамнез предшествующего венозного тромбоэмболизма. Время с момента появления симптомов и обращения к врачу до постановки диагноза составило 1,5$\pm$ 0,5 лет. Только 5 пациентов из 30 включенных получали адекватную ЛАГ-специфическую терапию. Трехлетняя смертность составила 2,4%.

Выводы: ХТЭЛГ является редким, но тяжелым осложнением ТЭЛА. Отсутствие ранней диагностики и своевременно начатого лечения обуславливает высокий процент инвалидизации и смертности пациентов трудоспособного возраста, что делает проблему ведения пациентов с ХТЭЛГ актуальной в современном здравоохранении.

ПНЕВМОНИЯ

73. Эпидемиологические особенности внебольничной пневмонии у детей и подростков в 2018 – 2019 гг.

Авторы: Зарницына Н.Ю., Пономарева М.С., Подлужная М.А.

Организация: Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Цель работы: проанализировать случаи внебольничной пневмонии у детей и подростков города Перми за 2018–2019 гг.

Материалы и методы: проанализированы 90 случаев внебольничной пневмонии (ВП). Заболевших мальчиков 53 (59%), девочек 37 (41%). Дети 1-го года жизни – 3 (3,3%), с 1 года до 3 лет – 20 (22,2%), с 3 до 6 лет – 18 (20,0%), с 7 до 11 лет – 24 (26,7%), с 12 до 15 лет – 25 (27,8%). Изучались данные амбулаторных карт и выписки из историй болезни.

Результаты: заболеваемость ВП за 2018 г. составила 801,8, а за 10 месяцев 2019 г. – 1007,9 на 100 тысяч, то есть отмечен рост на 25,7%. Наиболее часто дети болели в октябре. Были привиты от пневмококковой инфекции – 46 (51,1%), но полный курс вакцинации прошли только 5 (5,6%). Школьники составили 54,5% заболевших, что, по-видимому, связано с низким охватом прививками, поздним началом отопительного сезона в 2019 году и несоблюдением режима проветривания в школах. 65 детей (72%) были госпитализированы. Осложнения пневмонии отмечены у 7 (7,8%). 51 больной обследован на вирусы (RS вирус – 5, грипп А и В – 8, ВЭБ – 5, ВПГ 1,2 тип – 10, тип 6 – 20). Из 70 посевов слизи ротоглотки выделили в диагностическом титре Str. Pneumoniae у 25 (35,7%), Str. milleri – у 16 (22,8%). H. influenzae не был обнаружен ни у кого. Из 17 проб положительные результаты IgM к M. pneumoniae определены у 11 (64,7%) больных, к Cl. pneumoniae у одного. Сочетание типичного и атипичного возбудителя выявлено у 2 пациентов.

Выводы: в Перми в 2019 г. по сравнению с 2018 отмечен рост заболеваемости детей ВП на 25,7%, преимущественно за счет школьников. Все пациенты выздоровели. Str. Pneumoniae по-прежнему является ведущим возбудителем ВП. Str. milleri, выявленный у 22,8% больных, также может быть рассмотрен как этиологический фактор ВП.

74. Оценка силы и утомления дыхательных мышц у лиц молодого возраста с внебольничной пневмонией

Авторы: Дей А.А., Кожанов А.Г., Бондарь Г.Н.

Организация: Дальневосточный федеральный университет

Цель: оценка силы дыхательных мышц (ДМ) у лиц молодого возраста с внебольничной пневмонией (ВП) и полноты ее восстановления в период реконвалесценции.

Материалы и методы: обследовано 104 мужчины в возрасте 18-23 года, находившихся на стационарном лечении с нетяжелой (НВП) и тяжелой (ТВП) ВП. Индикаторы силы экспираторных (MEP, MRPDвыд.) и инспираторных (MIP, MRPDвд., SNIP) ДМ на аппарате MicroRPM («CareFusion», Великобритания) в разгар заболевания и в период реконвалесценции. Регистрировали антропометрические показатели, рассчитаны абсолютная масса скелетной мускулатуры (МСМ), отношение величины МСМ к общей массе тела. Степень утомления ДМ исследовали посредством проведения нагрузочных проб на побудительных спирометрах с регулируемым экспираторным и инспираторным сопротивлением TheraPEP и Coach 2 (Smiths Medical, Великобритания). Рассчитан индекс утомления (ИУ) экспираторных и инспираторных ДМ.

Результаты: у больных ТВП по сравнению с НВП в разгар заболевания средние значения силовых характеристик ДМ смещались в сторону более низких величин. При этом дисфункции экспираторных ДМ была более выраженной, чем инспираторных. Отмечена прямая зависимость индикаторов силы ДМ от МСМ. У реконвалесцентов с более выраженной МСМ отмечена большая устойчивость ДМ к резистивному дыханию и снижение ИУ. Использование экспираторных и инспираторных нагрузочных тестов является полезным инструментом для оценки полноты восстановления силы ДМ после перенесенной ВП.

75. Результаты кластеризации индикаторов оксидантно-антиоксидантной системы и силы дыхательных мышц у больных внебольничной пневмонией

Авторы: Дей А.А., Кожанов А.Г., Бондарь Г.Н.

Организация: Дальневосточный федеральный университет

Цель: оценка взаимосвязей показателей оксидантно-антиоксидантной системы (ОАС) и силовых индикаторов дыхательных мышц (ДМ) у больных внебольничной пневмонией (ВП).

Материалы и методы: в стационаре обследовано 78 мужчин в возрасте 18-26 лет с нетяжелой (НВП) и тяжелой (ТВП) ВП. Регистрировали показатели силы экспираторных (MEP, MRPDвыд.) и инспираторных (MIP, MRPDвд., SNIP) ДМ на аппарате MicroRPM («CareFusion», Великобритания). Состояние ОАС оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах, общую антиоксидантную активность по интегральному показателю в плазме крови, активность каталазы по скорости утилизации перекиси водорода в реакционной смеси, супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах по способности подавлять реакцию восстановления нитросинего тетразолия. Состояние редокс-системы глутатиона изучали по уровню восстановленного глутатиона (ГЛ), активности глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГПО) в цельной крови. Обработка данных выполнялась методами кластерного и корреляционного анализа.

Результаты: с помощью нейронных сетей Кохонена и К-средних проведена кластеризация индикаторов ОАС и силы ДМ, что позволило выделить 3 кластера больных ВП с характерными комбинациями изучаемых параметров. Первый из них был представлен НВП, второй НВП и ТВП, третий –ТВП. У лиц первого кластера преобладала дисфункция экспираторных ДМ, а во втором и третьем-инспираторных. Установлены достоверные отрицательные корреляции МДА с показателями MEP, MRPDвыд, SNIP и MIP, а положительные связи – с ГП, ГР, каталазой и СОД. У реконвалесцентов первого кластера сокращалась дисфункция экспираторных ДМ, а во втором и третьем – экспираторных и инспираторных. Развитие дисфункции ДМ при ВП ассоциируется с дисбалансом ОАС и влиянием этих факторов на их сократительную активность.

76. Роль цитокин-опосредованных механизмов в развитии дисфункции дыхательных мышц при внебольничной пневмонии

Авторы: Дей А.А., Кожанов А.Г., Бондарь Г.Н.

Организация: Дальневосточный федеральный университет

Цель: оценка роли цитокин-опосредованных механизмов в развитии дисфункции дыхательных мышц (ДМ) у больных внебольничной пневмонией (ВП).

Материалы и методы: в стационаре обследовано 84 мужчины в возрасте 18-26 лет. Нетяжелая ВП (НВП) диагностирована у 62 (73,8%) больных и тяжелая (ТВП) у 22 (26,2%). Регистрировали показатели силы экспираторных (MEP, MRPDвыд.) и инспираторных (MIP, MRPDвд., SNIP) ДМ на аппарате MicroRPM («CareFusion», Великобритания). Тяжесть эндогенной интоксикации (ЭИ) верифицировали с использованием индексов: гематологического (ГИИ), лейкоцитарного (ЛИИ), ядерного. В сыворотке крови определяли концентрации интерлейкинов 2, 8, 10 (IL-2, IL-8, IL-10), базисного фактора роста фибробластов, трансформирующего фактора роста-бета, фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α) и растворимого рецептора к TNF-α. Обработка данных выполнялась методами кластерного и корреляционного анализа.

Результаты: выделено 3 кластера больных ВП с характерными комбинациями индикаторов силы ДМ, ЭИ и цитокинового статуса. Первый из них был представлен НВП, второй НВП и ТВП, третий – ТВП. У лиц первого кластера преобладала дисфункция экспираторных ДМ, а во втором и третьем – ин-

спираторных. В разгар ВП зарегистрированы достоверные отрицательные взаимосвязи показателей силы ДМ с ЛИИ, ГИИ, TNF-α, IL-10, IL-8, IL-2. В период реконвалесценции у всех пациентов индексы ЭИ достигали контрольных значений. У лиц первого кластера установлено снижение уровня анализируемых цитокинов на фоне изолированной дисфункции экспираторных ДМ. Во втором кластере отмечена тенденция к восстановлению TNF-α и IL-8, а уровню здоровых лиц соответствовал только показатель SNIP. У реконвалесцентов третьего кластера медианы показателей силы ДМ были минимальными на фоне сохраняющегося дисбаланса в цитокиновом профиле.

77. Оценка функционального статуса больных пневмонией, вызванной новым коронавирусом при выписке из стационара

Авторы: Рабанина П. Г. – 1, Сибикина Е.А. – 2, Рачина С.А. -1, Соснина А.О. – 2, Хрулева Ю.В. – 1, Стрелкова Д.А. – 1, Котидис Я.М. – 1

Организация: 1 – ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, РФ, 2 – ГБУЗ «ГКБ им В. В. Виноградова ДЗМ», г. Москва, РФ

Цель: оценить функциональный статус больных с тяжелым или крайне тяжелым течением инфекции COVID-19 на момент выписки из стационара.

Материал и методы: в проспективное наблюдательное исследование включались взрослые пациенты с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 тяжелого и крайне тяжелого течения с развитием пневмонии и объемом поражения легких по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК), соответствующим КТ-3 или КТ-4. С каждым пациентом при выписке проводился тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) с оценкой одышки по шкале Борга, регистрацией жалоб, ЧСС и SpO2 до и после теста.

Результаты: в исследование включено 36 пациентов, в том числе 66,7% мужчин. Медиана возраста составила 54 [48; 62] года, В 58,3% случаев инфекция была подтверждена лабораторно. У большей части больных (80,6%) объем поражения легких соответствовал КТ-3; 47,2% пациентов имели отягощенный сердечно-сосудистый анамнез (наиболее часто гипертоническую болезнь); наличие сахарного диабета зарегистрировано в 13,9% случаев. До проведения Т6МХ у всех пациентов SpO2 при дыхании воздухом превышала 90%, наличие одышки в покое отмечали 19,4%, её тяжесть по шкале Борга варьировалась от 0,5 до 3 баллов. После тестирования десатурация (снижение SpO2 ниже 90% и/или на 4% и больше от исходного) отмечена у 38,9% больных. Медиана дистанции от нормы составила 550 [513; 608] м, пройденной дистанции – 70,2%. Появление или нарастание одышки зарегистрировано в 63,9% случаев.

Выводы: инфекция, ассоциированная с SARS-CoV 2 тяжелого и крайне тяжелого течения, приводит к ухудшению функционального статуса больных и снижению толерантности к физической нагрузке. Необходимо динамическое наблюдение за пациентами с инфекцией COVID-19 после выписки из стационара и разработка специальных программ реабилитации.

78. Опыт применения полипептидного препарата Лаеннек в терапии инфекции COVID-19

Авторы: Максимов В.А. – 1, Торшин И.Ю. – 2,3, Чучалин А.Г. – 4, Лазебник Л.Б. – 5, Ткачева О.Н. – 6, Стражеско И.Д. – 6, Громова О.А. – 2,3

Организация: 1 – ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва, Россия, 2 – ФИЦ ИУ РАН, Москва, Россия, 3 – Центр хранения и анализа больших данных, МГУ, Москва, Россия, 4 – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, 5 – ФГБОУ ВО МГМСУ им А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия, 6 – Российский геронтологический научно-клинический центр при ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

У пациентов со средним и тяжёлым течением COVID-19, с ИБС/СД2 и с гиперферритинемией (n=14, 39-86 лет, 8 женщин, 6 мужчин) апробирована терапия полипептидным препаратом Лаеннек (6 мл./сут). Применение Лаеннека приводило к снижению уровней ферритина (муж. – на – 282 мкг/л, жен. – на – 80 мкг/л, P=0.04), повышению оксигенации крови (P=0.003), снижению объема повреждения лёгких (-10%, P=0.003), нормализации АСТ, АЛТ, креатинина, а также систолического АД (все P<0.05). Никто из пациентов, получавших Лаеннек, не умер; пациенты были выписаны с улучшением состояния на 3-15-е сутки терапии Лаеннеком.

79. Предикторы неблагоприятного прогноза у больных с хронической обструктивной болезнью легких, перенесших внебольничную пневмонию

Авторы: Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М.

Организация: 1 – ГБУЗ РБ ГКБ №21, 2 – Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: установить предикторы, определяющие неблагоприятный прогноз в течение 12 месяцев после стационарного лечения у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) перенесших внебольничную пневмонию (ВП).

Методы исследования: основную группу составили пациенты с ХОБЛ перенесшие ВП (n=54), в группу сравнения вошли пациенты с ХОБЛ. У больных при выписке из стационара определяли содержание СРП в крови, оценивали состояние общего антиоксидантного статуса (АОС) крови, изучали состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Для оценки выживаемости пациентов использовался метод Каплана-Мейера. Для определения прогностический значимости лабораторных показателей использован ROC-анализ.

Результаты: в исследуемых группах больных был проведен анализ летальности от всех причин в течение 12 месяцев после выписки из стационара. Летальность в группе больных ХОБЛ перенесших ВП оказалась почти в 2 раза выше, чем у больных, перенесших обострение заболевания (29,6 % случаев vs15% случаев). Анализ функции выживания с использованием метода Каплана-Мейера, показал, что кумулятивная доля выживших в течение 12 месяцев после выписки из стационара в основной группе больных ниже, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Проведенный ROC-анализ установил, что определение содержания сывороточного СРП у больных ХОБЛ, перенесших ВП и обострение ХОБЛ, имеет диагностическую значимость в прогнозировании 12-месячной летальности.

80. Кислородотерапия в тактике ведения пациентов с COVID-пневмониями в общесоматическом стационаре

Авторы: Давидовская Е.И., Богуш Л.С., Зельманский О.Б., Дубровский А.С., Печинский Д.Г., Лантухова И.Г., Лобанова Н.Н.

Организация: ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», УО «Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники», Минск

Цель исследования: на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» проведен ретроспективный анализ 120 случаев лечения инфекции COVID-19, осложненной развитием пневмоний.

Методы исследования: были отобраны карты стационарного пациента с апреля по сентябрь 2020г. Средний возраст пациентов $56,4\pm8,6$ лет (48 женщин, 72 мужчины). У всех методом ПЦР подтверждена COVID-19 инфекция среднетяжелого (94 случая или 78,3%) и тяжелого (26 случаев или 21,7%) течения и выявлены КТ-признаки вирусной пневмонии с объемом поражения от 25% и более. При этом снижение сатурации ($SpO2<95\%$) отмечалось в 78 случаях или 65%. Ведение пациентов осуществлялось в соответствии с «чек-листом» с контролем SpO2, ЧД, ЧСС, АД, температуры тела, уровня сознания, индекса оксигенации, диуреза по алгоритму параметр-значение-действие-ожидаемый эффект-действие. Контроль параметров осуществлялся каждые 12 часов без ингаляции О2, не реже чем каждые 6 часов с ингаляцией О2. При $SpO2>95$ % и ЧД<24 в минуту кислородотерапия не назначалась. При SpO2 91-95% проводился поворот в прон-позицию, при отсутствии эффекта ($SpO2<95\%$) в течение 1 часа в прон-позиции подавался кислород с потоком 1-5 л/мин. При исходной SpO2 85-90% алгоритм действия включал прон-позицию с подачей кислорода более 5 л/мин, при отсутствии эффекта в течение 1 часа – вызов реаниматолога.

Заключение: подача кислорода потоком более 5 л/мин осуществлялась через стационарную кислородную систему, до 5 л/мин в том числе с использованием кислородных концентраторов Оксимед, модель F7-5. При сравнении способа доставки кислорода потоком до 5 л/мин отмечалась сопоставимая эффективность. Не более 10% пациентов нуждались в увеличении потока. У 6 пациентов (5%) отмечалась стойкая десатурация ($SpO2<85\%$), что потребовало перевода в отделение интенсивной терапии.

81. Клинические особенности и свободнорадикальные процессы при внебольничной пневмонии у больных с хронической обструктивной болезнью легких

Авторы: Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Фархутдинов Р.Р., Киреева Г.М.

Организация: 1 – ГБУЗ РБ ГКБ №21, 2 – Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: выявить особенности клинической картины и продукции активных форм кислорода, состояния антиоксидантного статуса в крови у больных с внебольничной пневмонией при ее сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ВП с ХОБЛ) по сравнению с больными внебольничной пневмонией (ВП).

Методы: пациентам ВП с ХОБЛ (n=27) и с ВП (n=25) проводились общеклинические обследования, исследовали продукцию активных форм кислорода (АФК) в крови методом регистрации хемилюминесценции (ХЛ). Изучали состояние антиоксидантного статуса в крови (АОС).

Результаты: больные ВП с ХОБЛ и ВП были сопоставимы по возрасту и полу. При этом у больных ВП с ХОБЛ, по сравнению с больными ВП, были ниже показатели сатурации артериальной крови (88,2±2,1% vs 94,8±0,1%), функции легких ФЖЕЛ и ОФВ1(43,4±3,2% и 26,2±2,3% vs 92,1±2,2% и 87,5±3,1%) и выше показатели прогностической шкалы CRB-65 (2,1±0,2 балла vs 1,4±0,2 балла), клинический индекс тяжести состояния (ПК) (3,8±0,02 балла vs 2,3±0,04балла). После проведенного лечения у больных ВП с ХОБЛ, по сравнению с больными ВП, были ниже показатели ФЖЕЛ и ОФВ1 (49,7±2,2% и 30,5±1,7% vs 97,1±3,2% и 90,1±2,1%), сатурация крови (93,2±1,2% vs 97,8±0,6%) и выше ПК (2,6±0,2 балла vs 0,96±0,01балла). Сроки госпитализации у больных ВП с ХОБЛ были дольше, чем у больных с ВП (19,2±0,7 дней vs 15,6±0,6 дней). При госпитализации у больных в обеих группах показатели ХЛ крови были низкими, что свидетельствовало о пониженной продукции АФК фагоцитирующими клетками крови.

82. Оценка биомаркеров регенерации легочной ткани у пациентов с COVID-19 на этапе восстановительного лечения

Авторы: Зуйкова А.А., Краснорyцкая О.Н., Котова Ю.А., Бугримов Д.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Цель: изучить динамику биомаркеров регенерации легочной ткани: сурфактантного человеческого белка (SP-D) и фактора Виллебранда (vWF) и, на основе полученных результатов, оценить эффективность этапа восстановительного лечения с использованием дезоксирибонуклеата натрия (Деринат) больных COVID-19-подтвержденной пневмонией. В исследование включались больные с диагнозом COVID-19-подтвержденная внебольничная пневмония средней степени тяжести (DHI-II, KTI-II) в возрасте от 40 до 60 лет, проходивших лечение по программам восстановительного лечения в дневном стационаре медицинского учреждения. Программы восстановительного лечения разработаны на кафедре поликлинической терапии ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. До начала восстановительного лечения биомаркеры регенерации (SP-D и vWF) у пациентов были на 34,7% и 26,6% соответственно ниже их нормальных показателей. После завершения (28 сутки пребывания в дневном стационаре) терапии по программам восстановительного лечения у пациентов, которым добавлялся препарат Деринат (1,5%–5,0 внутримышечно 1 раз в день № 10) происходило восстановление до нормальных значений концентрации биомаркеров регенерации (SP-D и vWF) на 28 сутки. При использовании стандартной программы восстановительного лечения (без препарата Деринат) у пациентов на 28 сутки значения SP-D и vWF были на 25,3% и 19,8% соответственно ниже нормальных значений. Таким образом, использование дезоксирибонуклеата натрия (Деринат) у пациентов с COVID-подтвержденной внебольничной пневмонией средней тяжести на этапе восстановительного лечения повышает уровень маркеров регенерации до нормальных значений, что является важным фактором снижения рисков развития пневмофиброза у больных пневмонией COVID-19-подтвержденной инфекции.

83. Анализ антибиотикотерапии пациентов, умерших от внебольничной пневмонии в 2012 и 2017 гг.

Авторы: Шаймуратов Р.И., Гизатуллина Э.Д.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Цель исследования: сравнительный анализ антибиотикотерапии стационарных пациентов, умерших от внебольничной пневмонии в 2012 и 2017 гг. в Республике Татарстан.

Материалы и методы: были отобраны 160 случаев летальных исходов в 2012 г. и 60 летальных исходов со сходными характеристиками (пол, возраст, тяжесть течения) в 2017 г. для ретроспективного анализа.

Результаты: средний возраст не отличался и составил 58 [45;73] лет (p=0,087). Распределение по полу было одинаковым, в среднем, мужчин было 70% (p=0,811). По шкале CRB-65 пациенты в 2012 г. имели в среднем 2 [1;2] балла, в 2017 г. – 2 балла [1;3] (p=0,198). В 2012 г. встречались единичные назначения пенициллина, ампициллина, оксациллина, цефуроксима, офлоксацина, амикацина, гентамицина, имипинема, эртапенема. Как в 2012 г., так и в 2017 г. отмечались единичные назначения цефалексина и цефазолина. Не было отмечено различий в частоте применения цефтриаксона – 68% случаев в 2012 г. и 55% в 2017 г. (p=0,082), цефоперазона (1,3% в 2012 г. vs. 6,7% в 2017 г.; p=0,048), цефтазидима (3,1% vs. 1,7%; p=0,479), цефатоксима (8,1% vs. 5,0%; p=0,566), цефепима (5,6% vs. 1,7%; p=0,293), моксифлоксацина (2,5% vs. 8,3%; p=0,065), кларитромицина (5,6% vs. 8,3%; p=0,536), азитромицина (18,8% vs.18,3%; p=0,556) и меропенема (9,4% vs. 18,3%; p=0,098) соответственно. В 2017 г. снизилась частота назначений ципрофлоксацина (23,1% vs. 3,3%; p<0,001) и эритромицина (22,5% vs. 10,0%; p=0,036); увеличилась частота назначений амоксициллина/клавуланата (7% vs. 25%; p<0,001) и левофлоксацина (3,8% vs. 45%; p<0,001).

Выводы: снизилась частота необоснованного и нерационального применения антибактериальных препаратов, но, вместе с этим сохраняется недостаточное назначение препаратов, рекомендованных для пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией.

84. Эффективность применения программ восстановительного лечения пациентов с COVID-19

Авторы: Зуйкова А.А., Краснорцкая О.Н., Котова Ю.А., Бугримов Д.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ

Цель: оценить опыт практического применения иммуномодулятора с репаративным эффектом дезоксирибонуклеата натрия (Деринат, раствор для в/м введения 15мг/мл, 5 мл) в программах восстановительного лечения пациентов, с внебольничной пневмонией с подтвержденным или с подозрением на COVID-19, ДНІ-II, КТІ-II (среднее и среднетяжелое течение), проходящих этап восстановительного лечения в условиях дневного стационара амбулаторно-поликлинической медицинской организации.

В исследование включались больные в возрасте от 40 до 60 лет, проходивших лечение по программам восстановительного лечения (стандартная программа и стандартная программа с добавлением препарата Деринат курс 10 инъекций) в дневном стационаре медицинского учреждения. Программы восстановительного лечения разработаны на кафедре поликлинической терапии ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. Каждая Программа восстановительного лечения состоит из немедикаментозной (диета, режим, физиотерапия) и медикаментозной частей с учетом индивидуального подхода к назначению лекарственных препаратов. Программа рассчитана на 28 дней. Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы по эффективности программы восстановительного лечения с добавлением Дерината: качество жизни пациентов повышается на 41,2%, показатели функции внешнего дыхания пациентов восстанавливались до оптимальных значений на 18,2% больше, уменьшение локусов УЗ-признаков очагов поражения легочной ткани у пациентов на 54,5% больше по сравнению с данными после стандартной программы; коррекция показателей общего анализа крови (С-реактивный белок, прокальцитонин, лейкоциты, лимфоциты, тромбоциты) у пациентов была выраженнее с применением Дерината по сравнению с данными после стандартной программы.

85. Динамика знаний врачей-терапевтов в ходе оптимизации фармакотерапии внебольничной пневмонии

Авторы: Бонцевич Р.А. – 1, Гаврилова А.А. – 2

Организация: 1 – НИУ БелГУ, 2 – РУДН

Инфекции нижних дыхательных путей, по данным исследования Global Burden of Disease, являются третьей по значимости причиной смертности в мире, среди которых внебольничная пневмония (ВП) занимает лидирующее место. В рамках проекта «KNOCAP» (полное название проекта «The assessment of students' and physicians' knowledge of community-acquired pneumonia basics») на базе ООО «МАКСБелмед» поликлиники «Гармония здоровья» г. Белгород были проанализированы 242 протокола, содержащих назначения врачей-терапевтов больным с ВП. Первичное исследование структуры врачебных назначений выявило, что в 29,3% случаев фармакотерапия ВП соответствует актуальным клиническим рекомендациям в полной мере, в 70,7% были обнаружены ошибки диагностического или фармакотерапевтического плана.

На следующем этапе были проведены образовательные мероприятия, в ходе которых врачам были предложены способы по оптимизации фармакотерапии ВП: упор на изучение клинических рекомендаций (согласно данным настоящего исследования, лишь 31% врачей используют клинические рекомендации в качестве основного руководства к выбору антимикробной терапии (АМТ)); разбор выявленных ошибочных вариантов фармакотерапии ВП с целью предупреждения назначения нерациональной АМТ; внедрение в работу шкал (PSI, CURB-65) и/или алгоритмов для оценки тяжести и выбора корректной эмпирической АМТ. После обучения уже в 68,4% случаев рекомендации тех же специалистов соответствовали клиническим рекомендациям и лишь в 31,6% были обнаружены ошибки терапии ВП. Снижение частоты нерациональных назначений в результате реализации предложенных мер по оптимизации лечения ВП было статистически значимым – с 70,7% до 31,6% ($p<0,001$, V Крамера = 0,385).

86. Анализ неблагоприятных исходов новой коронавирусной инфекции и внебольничной пневмонии в областном COVID-госпитале

Авторы: Устинов М. С. – 1, 2, Макова Е. В. – 3

Организация: 1 – ГБУЗ СОКГВВ, 2 – ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, 3 – ГБУЗ СО «СГБ 4»

Цель: исследование случаев летальных исходов в инфекционном отделении для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Методы исследования: было проанализировано 315 медицинских карт пациентов, выбывших из инфекционного отделения за период с 16.04.2020 по 30.06.2020. Диагноз пациентам устанавливался в соответствии с Временными методическими рекомендациями – профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Минздрава РФ Версии 5-7. Лабораторное подтверждение коронавирусной инфекции методом ПЦР проводилось в лаборатории СОКБ им. Середавина с помощью набора (РеалБест РНК SARS-CoV2) по ТУ 21.20.23-106-23548172-2020г. Положительные тесты перепроверялись в референс-лаборатории на базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области». Компьютерная томография проводилось без контраста на 32-срезовом компьютерном томографе Aqulion 32 (Toshiba, Япония). У всех больных была диагностирована пневмония.

Результаты: больные были разделены на 2 группы. 1 группа – пациенты с подтвержденной коронавирусной инфекцией методом ПЦР к РНК вируса SARS-Cov-2 (97 человек). 2 группа – пациенты с неподтвержденной новой коронавирусной инфекцией методом ПЦР (218 человек). В первой группе средний возраст составил 70,77 лет, соотношение мужчин и женщин – 57,73%/42,27% (56-41). Средний проведенный в стационаре койко-день составил 12,43 дня. Во второй группе средний возраст пациентов был 67,27 года, соотношение мужчин и женщин было 56,42%/43,58% (123-95). Средний койко-день составил 8,75 дней.

Выводы: у пациентов с летальным исходом новой коронавирусной инфекции, подтвержденной методом ПЦР, был более старший средний возраст, большее преобладание мужчин и более длительный койко-день пребывания в стационаре.

87. Оценка результатов раннего применения малых доз метилпреднизолона в комплексном лечении коронавирусной (COVID-19) пневмонии

Авторы: Чугунов А.А, Салухов В.В., Харитонов М.А., Рудаков Ю.В., Лахин Р.Е.

Организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Цель: изучить клиническую эффективность раннего применения малых доз метилпреднизолона в комплексной терапии пациентов со среднетяжелой и тяжелой COVID-19 пневмонией для предупреждения развития осложнений и улучшения исходов заболевания.

Материалы и методы: было исследовано 30 пациентов находившихся на стационарном лечении с диагнозом среднетяжелой и тяжелой COVID-19 пневмонии. Пациенты были поделены на две группы: основную (n=10) -ОГ, и референсную группу (n=20) -РГ. Основная группа, помимо стандартного лечения получала Метилпреднизолон: таблетки 4 мг, по 7 табл. в сутки. Всем пациентам было выполнено: клинический и биохимический анализ крови, модифицированная проба Генчи компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, УЗИ легких посредством проведения протокола с 16-зонным исследованием обоих легких;

Результаты: в ходе исследования выявлена динамика увеличения времени задержки дыхания, измеряемой во время проведения МПГ у пациентов ОГ, по сравнению с РГ. Эта динамика была значимой для каждого дня наблюдений, в ОГ начиная с 3-го дня. В группе РГ значимая динамика наблюдалась только 4 раза: впервые в 6-й день наблюдения и также в 12, 21. В ОГ степень снижения индекса В-линий на УЗИ легких была больше. Выявленные статистические различия между ОГ и РГ на 7-ые сутки показали, что выраженность инфильтрации легочной ткани при назначении метипреда была ниже.

Заключение: модифицированная проба Генчи может быть использована как дополнительный метод скрининга развивающихся функциональных нарушений у пациентов, инфицированных SARS-COV-2. Раннее применение малых доз метилпреднизолона в комплексной терапии пациентов с среднетяжелой и тяжелой COVID-19 пневмонией снижает частоту возникновения жизнеугрожающих осложнений и улучшает исходы заболевания.

88. Влияние внебольничной пневмонии на обращаемость за экстренной медицинской помощью при метаболическом синдроме

Авторы: Бикташев Т. Р. – 1,2, Зулкарнеев Р. Х. – 1, Фархутдинов У.Р. – 1,2, Киреева Г.М. – 2.

Организация: 1 – Башкирский государственный медицинский университет, 2 – Городская клиническая больница №21, г. Уфа

Внебольничная пневмония (ВП) и метаболический синдром (МС) очень распространены в современном обществе.

Цель: оценить влияние МС на обращение за экстренной медицинской помощью по поводу сопутствующих заболеваний у пациентов после перенесенной ВП.

В исследование включены 120 пациентов с бактериальной ВП средней степени тяжести. У всех проведен скрининг на наличие МС. Наблюдение было в течение года с помощью региональной медицинской информационной аналитической системы. Оценивалось время от момента выписки из стационара до первого вызова скорой медицинской помощи (СМП), первой экстренной госпитализации. У пациентов с МС на фоне перенесенной ВП-меньшее время до первого вызова СМП. Медиана составила 202 дня, без МС – 252 дня, различия достоверны. У больных с МС короче время до первой экстренной госпитализации после перенесения ВП. Медиана составила 17 дней, без МС – 252 дня, различия достоверны. Достоверность различий времени между группами подтверждена. Наличие МС влияет на рост вызовов СМП после перенесения ВП. Рост количества экстренных госпитализаций после ВП наблюдается вне зависимости от наличия МС без достоверного различия между группами. После перенесенной ВП у пациентов с МС-гораздо большее число вызовов СМП в связи с болезнями органов дыхания (по сравнению с пациентами без МС), большее количество экстренных госпитализаций в связи болезнями системы кровообращения, различия достоверны. Перенесенная пневмония ведет к ускорению развития острых и обострений хронических заболеваний у пациентов с МС. Это фактор, влияющий на уровень здоровья в целом, в основе чего лежат процессы активации системного воспаления, эндотелиальной дисфункций, дисфункции иммунной системы, нарушения гемостаза. Растет и нагрузка на рассмотренные звенья медицинской помощи.

89. Исследование практики антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией и сахарным диабетом

Авторы: Байсултанова Р. Э-П. – 1, Рачина С.А. – 2, Кобалава Ж. Д. – 3

Организация: 1 – ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева», Чеченская Республика; 2 – ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 3 – ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов»

Цель: изучить практику антибактериальной терапии (АБТ) внебольничной пневмонии (ВП) у лиц с сахарным диабетом (СД) в многопрофильном стационаре Чеченской Республики (ЧР) и ее соответствие российским клиническим рекомендациям (КР).

Материал и методы: в проспективное наблюдательное исследование включались взрослые пациенты с ВП и СД, госпитализированные в 2017 г. Регистрировалась назначенная АБТ, контроль гликемии и терапия СД. Качество АБТ оценивалась в соответствии с КР.

Результаты: в исследование включено 48 пациентов, в том числе 66,7% женщин, средний возраст 63,9±10,5 лет. Нетяжелое течение ВП отмечалось в 77,1%, осложненное – в 22,9% случаев; среди сопутствующих заболеваний наиболее частыми были синдром ХСН и ХОБЛ (25,5 и 15,5%, соответственно). Все пациенты получали АБТ, во всех случаях антибиотики (АБ) назначены в течение 24 ч. (у 95,8% – в течение 4 ч.) с момента госпитализации. Комбинированная стартовая АБТ применялась у 40,0% больных, остальные получали монотерапию. Наиболее часто среди АБ назначались цефтриаксон (41,5%), цефотаксим (10,5%), имипенем (8%). Среди комбинаций АБ чаще других применяли цефтриаксон + кларитромицин (15%), цефтриаксон + левофлоксацин (14,5%), меропенем + линезолид (10,5%). АБ вводились внутривенно при стартовой терапии в 94,3, перорально в 5,7% случаев. Стартовая АБТ соответствовала КР в 57,5% назначений. Ступенчатая АБТ использовалась в 1 случае. Ежедневный мониторинг гликемии проводился 27,7% пациентам, перевод на препараты инсулина при наличии показаний выполнен в 31,3% случаев.

Выводы: отмечается низкая приверженность КР при лечении госпитализированных больных ВП и СД. Следует обратить внимание на недостаточный контроль уровня гликемии и коррекции терапии СД, что может ухудшать клинические исходы.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

90. Наукометрическая оценка мировых публикаций в сфере профессиональной бронхиальной астмы

Авторы: Байкова А.Г., Бабанов С.А.

Организация: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Цель исследования: провести наукометрический анализ публикаций в области профессиональной бронхиальной астмы.

Материалы и методы: поиск проводился в базе данных Scopus. Было использовано поисковое словосочетание «bronchial asthma», поисковый режим «Title – Abstract – Keywords» и 20-летний период (1999-2019 гг.). Поиск определил 164915 публикаций. При поисковом словосочетании «occupational asthma» выявлена 6661 публикация.

Результаты: в среднем в мире ежегодно издавались по 9054±362 публикации в сфере бронхиальной астмы, в том числе по 248±44 публикаций в сфере профессиональной бронхиальной астмы, что составило 2,3±0,8 % от общего массива изданий по бронхиальной астме. В рейтинг авторов, издавших наибольшее количество публикаций за 20 лет в сфере профессиональной бронхиальной астмы, вошли Tarlo, Susan M. (122), Malo, Jean Luc (114), Quirce, Santiago (103), Heederik, Dick (84), Sastre, Joaquin (83), Baur, Xaver (81), Cullinan, Paul (73), Vandenplas, Olivier (71), Merget, Rolf D (69), Burge, Peter (68). Индекс Хирша ученых составил от 19 до 71. Нами был сформирован рейтинг 10 журналов, издавших наибольшее количество статей в области профессиональной бронхиальной астмы. У 5 из них страной регистрации является Великобритания, у 4 – США. Лидером по числу публикаций стал European Journal of Allergy and Clinical Immunology (169). Все издания имеют высокие наукометрические показатели CiteScore, SJR, SNIP, H-индекс, что свидетельствует о большом научном отраслевом рейтинге этих журналов.

Выводы: выявлены наукометрические показатели авторов и периодических изданий, издавших наибольшее количество публикаций в сфере профессиональной бронхиальной астмы. Их знание позволит нам и заинтересованным пользователям проводить более целенаправленный информационный поиск.

91. Сравнительный анализ показателей состояния дыхательной системы больных различными фенотипами профессиональной бронхиальной астмы

Авторы: Байкова А.Г., Бабанов С.А.

Организация: ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей функции внешнего дыхания при различных фенотипах профессиональной бронхиальной астмы (ПБА).

Методы: нами проведено спирографическое обследование 170 пациентов основных групп и 50 лиц контрольной группы: 1) с фенотипом «ПБА аллергическая» (42), 2) с фенотипом «ПБА неаллергическая» (36), 3) с фенотипом «ПБА – профессиональная ХОБЛ» (58), 4) с фенотипом «ПБА – метаболический синдром» (34), 5) не имеющих признаков респираторного неблагополучия (50). Проводилось измерение показателей: FVC, FEV1, FEV1/FVC, PEF, MEF25%VC, MEF50%VC, MEF75%VC.

Результаты: при анализе межгрупповых различий фенотипов «ПБА аллергическая» и «ПБА неаллергическая» было выявлено, что показатели FVC, FEV1, PEF, MEF75 VC оказались достоверно ниже у пациентов с фенотипом «ПБА неаллергическая» ($p<0,05$). У пациентов с фенотипом «ПБА аллер-

гическая» был достоверно снижен показатель MEF25VC (p<0,05). Показатели функции внешнего дыхания пациентов с фенотипом «ПБА-МС» оказались достоверно ниже показателей группы больных как с фенотипом «ПБА аллергическая» (p<0,001), так и с фенотипом «ПБА неаллергическая» (p<0,001). Обращает на себя внимание, что при фенотипе «ПБА-ПХОБЛ» все исследуемые спирометрические показатели достигают минимальных значений и демонстрируют достоверное снижение относительно спирометрических показателей пациентов других групп (p<0,001).

Выводы: признаки респираторного неблагополучия в наибольшей степени выражены у пациентов с фенотипом «ПБА-ПХОБЛ». Достоверно наиболее высоких значений достигают спирометрические показатели FVC, FEV1, PEF, MEF25VC при фенотипе «ПБА аллергическая».

92. Оценка эффективности использования компьютерной томографии органов грудной клетки у медицинских работников с подозрением на COVID-19

Авторы: Чащин М.В., Черкашин М.А., Климова Е.Г., Голик В.Е.

Организация: ООО ЛДЦ МИБС, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Как известно, вирусная пневмония является одним из типичных осложнений для коронавирусной инфекции 2019-nCoV (COVID-19). Для выявления характерных патологических изменений в тканях легких рекомендована к применению компьютерная томография (КТ). Целью нашего исследования стала оценки эффективности использования КТ при обследовании медицинских работников, заразившихся COVID-19 при исполнении ими служебных обязанностей. В качестве основных методов исследования были выбраны методы, принятые в эпидемиологии. КТ органов грудной клетки (ОГК) выполнялась с применением протокола стандартной КТ. В исследовании приняли участие 851 медицинский работник и 8321 человек из группы контроля, поступившие на сортировочные пункты COVID-19 в период с 26.04.2020 года по 08.06.2020 года. Установлено, что медицинские работники составили 9 % от общего числа лиц. Удельный вес лиц с подтвержденным диагнозом КТ картины вирусной пневмонии среди медицинских работников был в 2,3 раза выше, чем в группе контроля и составил 19 % и 43 % соответственно. Оценка тяжести заболевания по данным КТ в профессиональной группе показала, что в ней была выявлена преимущественно вирусная пневмония легкой степени (70 % от общего числа). КТ картина вирусной пневмонии средней тяжести и тяжелой степени среди медицинских работников составила 24 % и 6 % соответственно, тогда как в группе контроля тяжелая вирусная пневмония встречалась в 3 раза чаще. Тяжесть поражения легких на КТ коррелировала с тяжестью заболевания. Таким образом, использование КТ в амбулаторных условиях в качестве метода диагностики внебольничной вирусной пневмонии у медицинских работников с подозрением на COVID-19 показала свою высокую эффективность.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

93. Лечение пациентов с болезнями органов дыхания в санатории «Борисовский», Кемеровской области

Авторы: Терещенко О.Н. – 1, Ханин А.Л. – 2

Организация: ГАУ КО «Санаторий Борисовский» – 1, НГИУВ – филиал, ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ РФ – 2, с. Борисово, Кемеровская область, Новокузнецк, Россия.

Санаторий расположен в окружении соснового бора, имеет источник лечебной гидрокарбонатно-натриевой маломинерализованной минеральной воды. В последние три года в санатории пролечено 4468 человек, пациенты с БОД составляют 12%, занимая третье место после заболеваний опорно-двигательного аппарата и пищеварительной систем. В структуре пролеченных – ларинготрахеиты, бронхиты, ХОБЛ, БА, профессиональные болезни легких. Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий для этой категории пациентов включает: небулайзерные ингаляции применением современных стандартов для базисной терапии ХОБЛ и БА, при большом количестве мокроты – ингаляции с местной минеральной водой с последующей дренажной и дыхательной гимнастикой, сауна-терапия, кедропластические камеры, ручной и механический массаж с акцентом на улучшение дренажа бронхов, галотерапия, водные процедуры: занятия в бассейне (аквааэробика под руководством инструктора ЛФК, различные лечебные ванны и души, гидромассаж), терренкуры, скандинавская ходьба. Лазерная терапия, УФОК, другие физиопроцедуры, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний, возраста с учетом показаний и противопоказаний. В санатории имеется возможность проведения диагностики храпа и ночного апноэ, проведение СИПАП-терапии. Комплексное лечение БОД в местном санатории показывает высокую эффективность: отличный результат по субъективным показателям (уменьшение одышки, кашля, лучшая переносимость физических нагрузок) отмечают 78% пациентов, 12% -хороший, и лишь 10% без перемен. Лечение БОД в условиях местного санатория позволят пациентам пройти полноценное лечение и реабилитацию, при этом нет необходимости в адаптации и перелетах на большие расстояния. Роль местных санаториев возрастет для реабилитации пациентов, перенесших COVID-19 с поражением легких.

94. Персонализированный подход к реабилитации больных бронхиальной астмой на санаторно-курортном этапе

Автор: Дудченко Л.Ш.

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

Санаторный-курортный этап медицинской реабилитации является одним из существенных резервов достижения основных целей ведения больных бронхиальной астмой (БА): достижение контроля течения заболевания и предупреждение развития неблагоприятных событий и неблагоприятных исходов заболевания. По нашим данным на санаторно-курортную реабилитацию поступают больные в 65,25% с персистирующей БА средней степени тяжести и в 64,86 % с неконтролируемым течение. Установлено, что показаниями для проведения реабилитации могут быть все клинические фенотипы, рекомендуемые GINA. Для прогнозирования результата реабилитации и проведения дифференцированной санаторно-курортной реабилитации предложен альтернативный подход для выделения однородных групп больных БА – кластерный анализ. Выделены три фенотипа-кластера, дано их описание, обнаружены статистически значимые различия по подавляющему количеству показателей обследования, что подтверждало целесообразность выделения класте-

ров. Предложены диагностические критерии фенотипов-кластеров. Обнаружена статистически значимая зависимость результата реабилитации от деления на фенотипы-кластеры. Разработаны дифференцированные программы реабилитации, включающие базисную медикаментозную терапию, респираторную терапию, физиотерапию и климатотерапию, позволяющие повысить эффективность санаторно-курортной реабилитации. Санаторно-курортная медицинская реабилитация позволила значительно повысить контроль течения БА, частота неконтролируемой формы снизилась на 44,6%. Повторные курсы санаторно-курортной реабилитации в условиях климатического курорта привели к стабильному контролируемому течению, снизили в 1,9 раза продолжительность и в 1,6 раза частоту обострений в год, что позволило предотвратить развитие неблагоприятных исходов заболевания.

95. Результаты восстановительного санаторно-курортного лечения, дополненного аппликациями воска лаванды на область легких у больных хроническим необструктивным бронхитом

Авторы: Масликова Г.Г., Ежов В.В., Мизин В.И., Дудченко Л.Ш., Сыроватка И.А.

Организация: ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова», г. Ялта, Россия

Цель работы: изучение эффективности санаторно-климатического лечения, дополненного аппликациями воска лаванды на область легких у больных хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ). Изучены результаты восстановительного лечения 37 больных ХНБ в возрасте от 20 до 56 лет. Мужчин 18 (48,65%), женщин – 19 (51,35%). Средняя длительность заболевания составила 10,12±0,76 лет.

Цель исследования: изучение эффективность восстановительного лечения, дополненного аппликациями воска лаванды на область легких.

Обследовано 37 больных хроническим необструктивным бронхитом. Больные были в возрасте от 20 до 55 лет. Контрольная группа состояла из 45 человек. Все больные прошли клинико-рентгенологическое обследование: клинический анализ крови, цитологическое исследование мокроты, функция внешнего дыхания, электрокардиограмма, уровень фибриногена в плазме крови, сиаловых кислот и церулоплазмина в сыворотке крови.

Лечебный комплекс включал: ЛФК, массаж грудной клетки, небулайзерную терапию, ингаляции различных лекарственных веществ, медикаментозную терапию по показаниям, климатотерапию в зависимости от сезонов года, аппликации воска лаванды в основной группе больных. После проведенного лечения наблюдалось значительное улучшение клинического состояния больных: уменьшилась одышка, выраженность кашля ($p<0,001$), симптомов интоксикации ($p<0,02$). Биохимические исследования, характеризующие активность воспалительного процесса выявили снижение уровня сиаловых кислот в основной группе больных (0,94±0,03 г/л до 0,81±0,02, $p<0,05$) и церулоплазмина (317,70±8,33 до 270,12±1054 $p<0,05$).

Вышеизложенные данные позволяют рекомендовать использование аппликаций воска лаванды на область легких в комплексном санаторно-курортном лечении у больных хронической необструктивной болезнью легких.

96. Первый опыт двукратного введения аутологичных мультипотентных мезенхимальных клеток в комплексном лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в Республике Беларусь

Авторы: Лицкевич Л. В. – 1, Гуревич Г. Л. – 1, Шпаковская Н.С. – 1, Скрягин А. Г. – 3, Исайкина Я.И. – 2

Организация: 1 – ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Беларусь, 2 – ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск, Беларусь,
3 – УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Введение: в настоящее время не существует методов лечения, благодаря применению которых было бы достоверно доказано повышение выживаемости пациентов с ХОБЛ. Не изучен эффект двукратного введения аутологичных мультипотентных мезенхимальных стволовых клеток (ММСК) в комплексной терапии пациентов с ХОБЛ.

Цель исследования: улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы: в контролируемое проспективное рандомизированное исследование на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» включено 27 человек с ХОБЛ. В основную группу отобраны 12 пациентов с ХОБЛ, которым на фоне поддерживающего лечения основного заболевания было проведено повторное введение аутологичных ММСК. Среднетяжелое течение ХОБЛ было выявлено у 68,4% пациентов, тяжелое течение у 31,6%. Срок с момента первичной трансплантации до момента включения в основную группу составил 504,5±2,0 дня.

Результаты: получено 24 биологических клеточных продукта (БКП) ММСК, содержащих 64,5 (2 – 118) x106 клеток из 85 (70 – 100) мл костного мозга пациентов с ХОБЛ методом экспансии in vitro в течение 34±3 суток. Медиана введенной дозы ММСК для 12 пациентов составляла 0,9 (0,2 – 1,63) x106 клеток. Иммунофенотипический анализ подтвердил, что все аутологичные БКП ММСК пациентов с ХОБЛ содержат более 97% жизнеспособных клеток, экспрессирующих маркеры ММСК: CD90 – 96,52±0,49%, CD73 – 96,76±0,51%, CD105 – 95,39±0,7. Наблюдалось увеличение дистанции ходьбы пациентов с ХОБЛ на 9,4% после повторного введения БКП (ММСК) в 6-минутном шаговом тесте 391,5±0,9 м до 428,3±1,04 м ($p<0,001$). Опыт двукратного применения аутологичных ММСК в комплексном лечении пациентов с ХОБЛ в Республике Беларусь свидетельствует об отсутствии побочных реакций и осложнений, что подчеркивает безопасность метода.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

97. Факторы риска и прогноз облитерирующего бронхиолита после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Авторы: Кулагин Е.А., Янбухтина В.Р., Волкова А.Г., Николаев И.Ю., Смирнова А.Г., Рабик Ю.Д., Моисеев И.С., Трофимов В.И.

Организация: Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Черноруцкого с клиникой; НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение: облитерирующий бронхиолит (ОБ) является редким и плохо изученным осложнением аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК).

Цель: изучить частоту, факторы риска, варианты клинической манифестации и прогноз ОБ после алло-ТГСК.

Материалы и методы: в когорте взрослых больных после алло-ТГСК (n=1189) ретроспективно и проспективно выявлялись случаи ОБ (NIH, 2014). Изучены кумулятивная частота, факторы риска, симптомы и степень тяжести ОБ, показатели ФВД и КТ органов грудной клетки (КТ ОГК), общая выживаемость (ОВ) по методу Каплан-Мейера.

Результаты: в исследование включено 42 пациента с ОБ, мужчины – 22 (52%), женщины – 20 (48%), медиана возраста – 34 года (18-58). Кумулятивная частота развития ОБ составила 1,9% (95% ДИ, 1,2-2,8) и 5,0% (95% ДИ, 3,4-6,9) в течение 1 и 5 лет после алло-ТГСК, соответственно. Медиана времени установления диагноза ОБ составила 371 (161-2134) дней. Риск ОБ повышали неполная HLA-совместимость реципиента и донора, миелоаблативное кондиционирование и профилактика реакции «трансплантат против хозяина» без посттрансплантационного циклофосфамида. В клинической картине ОБ доминировали кашель (88%) и одышка 0 (9%), 1 (5%), 2 (33%), 3 (48%) и 4 (5%) степени (mMRC). Медиана ОФВ1, индекса Тиффно и ООЛ составила 39%, 49% и 193% соответственно. По данным КТ ОГК преобладали утолщение бронхиальных стенок (95%) и «воздушные ловушки» (79%). Погибли 18 больных, 5-летняя ОВ составила 50% (95% ДИ, 31-66). В контрольной группе больных ОВ составила 83% (95% ДИ, 77-87) ($p<0.0001$).

Выводы: исследование документировало частоту, факторы риска, клинические проявления и прогноз ОБ, как редкого бронхолегочного осложнения алло-ТГСК. Полученные данные являются базой для дальнейших исследований по профилактике и лечению ОБ после алло-ТГСК.

САРКОИДОЗ

98. Усталость и психоэмоциональное состояние больных саркоидозом органов дыхания

Авторы: Гудим А.Л. – 1, Постникова Л.Б. – 2, Болдина М.В. – 2

Организация: 1 – ГБУЗ НО «ГКБ № 38», Нижний Новгород, 2 – ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ

Цель: изучить взаимосвязь усталости с показателями психоэмоционального состояния у пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД)

Материалы и методы: обследовано 30 больных с СОД 36,7±10,3 лет (мужчины – 17, женщины – 13). I-ю стадию СОД имели 4 пациента, II-ю – 23, III-ю – 3. Гистологически СОД подтвержден у 22 больных. В исследовании использовали шкалы оценки усталости, психологического стресса PSM-25 (показатель психической напряженности), депрессии А. Бека (показатель депрессии), самооценки Ч. Спилбергера-Ю. Ханина (показатели реактивной и ситуативной тревоги) и опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (показатель невротизации).

Результаты: пациентов разделили на 2 группы с учетом наличия (n=14) или отсутствия (n=16) усталости. Больные СОД с усталостью отличались от пациентов без усталости более высокими значениями показателей невротизации (9,0 [5,5; 12,5] и 3,0 [2,0; 4,0] баллов, p=0,003), психической напряженности (95,0 [83,5; 108,0] и 51,0 [47,0; 57,0] баллов, p<0,001), депрессии (8,5 [7,0; 10,5] и 1,0 [0; 3,0] баллов, p<0,001), реактивной (50,0 [42,5; 54,0] и 35,0 [33,0; 37,0] баллов, p=0,002) и ситуативной тревоги (34,5 [28,0; 38,0] и 22,5 [20,0; 32,0], p<0,001). При этом многофакторный анализ выявил статистически значимое влияние усталости только на увеличение показателя депрессии (Beta = 0,818; ОШ: 2,3; 95% ДИ: 1,32-3,88; p=0,003).

Заключение: полученные результаты позволили установить наиболее сильные связи усталости и показателя депрессии, в отличие от показателей психической напряженности, невротизации, реактивной и ситуативной тревоги, что необходимо учитывать в программе ведения пациентов с СОД.

99. Психоэмоциональное состояние больных саркоидозом органов дыхания

Авторы: Гудим А.Л. – 1, Постникова Л.Б. – 2, Болдина М.В. – 2.

Организация: 1 – ГБУЗ НО «ГКБ № 38», Нижний Новгород, 2 – ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ.

Цель: изучить психоэмоциональное состояние у пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД)

Материалы и методы: обследовано 30 больных с СОД 36,7±10,3 лет (мужчины – 17, женщины – 13). I-я стадия СОД – 4 пациента, II-я – 23 и III-я – 3. 22 больных имели гистологическое подтверждение диагноза. Психоэмоциональное состояние оценивали с использованием шкал психологического стресса PSM-25 (показатель психической напряженности), депрессии А. Бека (показатель депрессии), самооценки Ч. Спилбергера-Ю. Ханина (показатели реактивной и ситуативной тревоги) и опросника «Самочувствие в экстремальных условиях» (показатель невротизации). Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту (34,5±7,1 лет, p=0,749) и полу (мужчины – 14, женщины – 16; p=0,606).

Результаты: по сравнению с группой контроля пациенты с СОД чаще имели легкие проявления депрессии – 10-15 баллов (6.) по шкале Бека (частота – 0 и 6 (20%), p=0,024) и повышение уровня стресса по шкале PSM-25 (0 и 5 (17%), p=0,026). У больных СОД выявлено умеренное (31-44 6.) увеличение уровня ситуативной тревоги в 13 случаях, высокое (45 6. и более) – 2, в контрольной группе 2 и 0 соответственно ($\chi2$=14,0; df=2; p=0,001). Умеренную (31-44 6.) степень реактивной тревоги

имели 17 больных СОД, высокую (≥ 45 б.) – 11, в контроле – 11 и 2 случая соответственно ($\chi 2=21,7$; df=2; p<0,001). Частота увеличения показателя невротизации у здоровых и больных СОД была сопоставима (p>0,05).

Заключение: нарушения психоэмоционального состояния у больных СОД встречаются чаще чем у здоровых лиц с преимущественным развитием депрессии, психологического стресса и тревоги.

100. Функциональное состояние репродуктивной сферы у больных саркоидозом

Авторы: Черников А.Ю., Власенко В.Д.

Организация: ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: изучить функциональное состояние репродуктивной сферы у больных саркоидозом.

Материалы и методы: сформированы три группы больных по результатам гистологического и лучевого исследования: 1 (95) – с преобладанием экссудативного компонента воспаления; 2 (238) – с преобладанием продуктивного компонента; 3 (71) – с преобладанием фиброза. Женщины в группах: 1 – 51 (53,7%); 2 – 130 (54,6%); 3 – 62 (87,3%). Средний возраст: 1 – 31,2±4,5 года; 2 – 40,4±6,3 лет; 3 – 49,3±6,3 лет. Использовались методики: опрос и исследование уровня эстрадиола и прогестерона крови (1- 28; 2 – 37; 3 – 18 человек).

Результаты: не состоят в браке: 29,5±6,7%; 21,9±3,9%; 1,4±2,0%. Не имеют биологических детей: 41,1±7,3%: 31,5±4,3%; 5,6±4,0%. Отсутствует постоянный сексуальный контакт: 29,5±6,7%; 21,9±3,9%; 1,4±2,0%. Частота употребления женщинами фертильного возраста гормональных контрацептивов: 75,0±11,8%; 69,0±7,9%; 0. Болезни женской половой сферы (миома матки, кисты яичника): 31,6±6,9%; 30,7±4,3%; 87,3±5,7%. Заболеваемость этими болезнями среди больных саркоидозом (40,8 на 100000) значительно превышала региональный показатель (8,6 на 100000). Лечились гормональными препаратами по поводу этих заболеваний: 37,3±9,7%; 29,3±5,7%; 5,0±9,1%. Повышен уровень эстрадиола: 53,6±13,6%; 67,4±11,1%; 38,9±16,5%. Снижен уровень прогестерона: 50,0±13,6%; 48,6±11,8%; 16,7±12,7%.

Заключение: примерно 21-41% больных саркоидозом имеют проблемы в сексуальной и семейной сфере. У женщин групп 1-2 достаточно часто встречается употребление гормональных контрацептивов и лечение гормональными препаратами по поводу болезней женской половой сферы (p<0,05). У этих пациенток часто повышен уровень эстрадиола или снижен уровень прогестерона крови. У пациенток группы 3 распространены болезни женской половой сферы.

101. Морфологические особенности при различном течении саркоидоза, возможность прогноза

Авторы: Денисова О.А. – 1, Пальчикова И.А. – 2, Пурлик И.Л. – 3, Чернявская Г.М. – 1, Черногорюк Г.Э. – 1, Шефер Н.А. – 3, Калачева Т.П. – 1.

Организация: 1 – ФБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России, 2 – ОГАУЗ Томская областная клиническая больница,
3 – ОГАУЗ Томский областной онкологический диспансер, Томск, Российская Федерация.

Течение саркоидоза может быть кардинально различным от спонтанного регресса до хронических рецидивирующих форм. Поиск критериев прогноза остается актуальным для данного заболевания.

Цель: изучить связь между морфологией гранулемы в дебюте заболевания и клиническим течением саркоидоза.

Материалы: биоптаты легких и лимфатических узлов, полученных во время видеоторакоскопической биопсии, n=121. Морфологическое исследование включало формулу клеточных элементов, количество гранулем и гигантских многоядерных клеток в поле зрения, наличие гиалиноза, некроза, кальциноза, штампованности. По данным 9 – 11-летнего периода наблюдения больные были разделены на 2 группы: благоприятное течение, n=85 (спонтанный регресс, стабилизация); неблагоприятное n=36 (хроническое прогрессирующее и рецидивирующее течение). Для статистической обработки использовались критерии Манна-Уитни, Хи-квадрат, анализ доверительных интервалов.

Результаты: статистически значимые различия были обнаружены с элементами клеточной формулы. При благоприятном течении характерно пониженное содержание макрофагов (Mph), повышенное лимфоцитов (Lc) и нейтрофилов (Nph): Mph 65,5%, Lc 30,5%, Nph 3,4%. Обратный результат наблюдается при неблагоприятном течении: Mph 78,5%, Lc 19,2%, Nph 1,3%. Данные представлены в виде медианы, $p<0,01$. По другим параметрам разница отсутствует. Для каждой группы были выявлены ассоциации с клиническими проявлениями. Анализ доверительных интервалов выявил морфотип благоприятного течения (индекс Lc/Mph>0.38). Морфотип неблагоприятного течения характеризовался индексом Lc/Mph<0,18. Около 30% пациентов имеют промежуточное значение индекса и разнообразное течение. Течение саркоидоза может быть предсказано на основе клеточной формулы гранулемы в ~ 70% случаев в начале заболевания.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

102. Выявление отношения студентов медицинского вуза к курению табака и курительных смесей

Авторы: Устьянцева Н.П., Артёмова А.Л, Саратова Е.С.

Организация: ФГБОУ ВО Южноуральский государственный медицинский университет Минздрава России

Распространение табакокурения среди студентов медицинских университетов является острым вопросом. Был проведен социологический опрос среди студентов 1, 3, 6 курсов лечебного факультета.

Цель исследования: выявить отношение студентов к курению табака и курительных смесей и оценить финансовые затраты на сигареты, курительные и лекарственные препараты среди студентов.

Исследование одномоментное когортное, проводилось анонимное анкетирования студентов. Опросник состоял из 27 вопросов, которые отражали курс учащихся, возраст, пол, отношение к курению, финансовые затраты, тип курительного поведения определялся по Д. Хорну. Было опрошено 204 студента от 17 до 25 лет. Среди них было 22% юношей и 78% девушек. Анализ статистической значимости различий проводили с помощью критерия $\chi 2$. Среди учащихся употребляли табачные изделия 71 человек (34,8%), из них 1 курс – 20 человек (28,1%), 3 курс – 29 человек (40,8%), 6 курс – 22 человека (30,9%). Группы не отличались по количеству курящих и некурящих($p > 0,05$, $p=0,7$).Среди студентов 1 курса стаж курения составлял менее года, 3 курса стаж 1-5 лет, на 6 курсе стаж 1-5 лет и более 5 лет($p \geq 0,05$, $p=0,05$). Студенты употребляли не только сигареты, но и Vape, Iqos, табак для кальяна, снюс. Студенты, употребляющие табачные изделия, были осведомлены об опасных и жизнеугрожающих последствиях курения. Из группы студентов, употребляющих табачные изделия 38 человек (53,5%) не рассчитывали свои расходы на приобретение табачных изделий, 21 человек (29,5%) иногда планируют свои расходы. Употребление табачных изделий считают вредными для здоровья 68 человек (95%) и 3 (5%) дали ответ «нет». Из 204 опрошенных 49 человек (24%) считают, что врач не должен курить, 155 человек (76%) считают, что это выбор каждого.

103. Оценка попыток бросить курить у пациентов с респираторными заболеваниями и их эффективность

Авторы: Устьянцева Н.П., Петухова О.В.

Организация: ФГБОУ ВО Южноуральский государственный медицинский университет Минздрава России

Курение табака – это основной модифицируемый фактор риска развития хронических заболеваний легких. Отказ от курения в настоящее время является эффективным вмешательством, способным замедлить прогрессирование хронической обструктивной болезни легких.

Цель исследования: выявить эффективность попыток отказа от курения у пациентов с респираторными заболеваниями.

Было обследовано 73 курящих женщин – 10 чел., мужчины – 63 в возрасте от 20 до 66 лет, средний возраст – 54,6 лет. Пациенты были разделены по возрасту на 2 группы: в первую группу вошли больные в возрасте от 24 до 59 лет, а во вторую – все люди 60 лет и старше. Всем был проведен тест Фагерстрема, заполнена анкета Д. Хорна для определения типа курительного поведения, проведен тест по оценке степени мотивации к отказу от курения. Изучались данные о том, как курящие сами пытались бросить курить или же с поддержкой родственников, друзей, врача. Данные были обработаны в Microsoft Excel 2016 с использованием критерия хи-квадрат Пирсона. Боль-

шая часть пациентов среди обследованных не предпринимали никакие попытки отказа от курения (68%), и 13% смогли совсем отказаться от сигарет. При ответе на вопрос «по какой причине решили бросить курить» 22 человека указали – проблемы со здоровьем (59,5 %); 9 человек – осознали вред курения (24,3 %); 6 человек указали одной из причин – затратно (16,2%). Из 28 человек, которые пытались бросить курить – 5 человек указали источником информации интернет (6,8%), 3 человека – консультацию врача (4,1%), 14 человек – советы друзей, родственников (19,2%), 14 человек пытались сами бросить, без какой-либо помощи (19,2%). 19 человек бросали постепенно, уменьшая количество сигарет в день (67,9%). Таким образом, у пациентов с респираторными заболеваниями отмечается низкая мотивация к отказу от курения.

104. Влияние курения на показатели жесткости сосудистой стенки у здоровых мужчин трудоспособного возраста

Авторы: Милютина М.Ю. – 1,2, Макарова Е.В. – 1,2, Меньков Н.В. – 1, Любавина Н.А. – 1, Шония М.Л. – 1, Ашина Е.Ю. – 1

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, 2 – ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора

Курение остается распространенным явлением, и изучение его влияния на организм является актуальной проблемой.

Цель исследования: изучить влияние курения на жесткость сосудистой стенки.

Материалы и методы: обследовано 86 мужчин трудоспособного возраста, проходивших медицинский осмотр. Проведена оценка распространенности курения, индекса курения. Затем из всей когорты обследованных отобрано 48 человек, не имевших сердечно-сосудистой патологии, которые разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 27 мужчин, курящих более одного года, во 2-ю – 21 некурящий мужчина. Исследуемые подобраны так, чтобы группы были сопоставимы по основным факторам, влияющим на артериальную ригидность (возраст, индекс массы тела, уровни холестерина и систолического артериального давления). Параметры сосудистой жесткости определены методом объемной сфигмографии на приборе VaSera VS-1500N с оценкой сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI).

Результаты и обсуждение: распространенность табакокурения составила 46,5%. Индекс курения – 12,4+8 пачка/лет, у 50% курильщиков индекс курения превышал 10 пачка/лет. Среднее значение индекса CAVI составило $7,0\pm1,2$ и $6,3\pm0,5$ в 1-й и 2-й группах соответственно, $p=0,02$. У 22% обследованных 1-й группы наблюдалось повышение индекса CAVI сверх возрастной нормы, в то время как во 2-й группе отклонений от нормы не было. Корреляционный анализ показал связь индекса CAVI со стажем курения ($r=0,67$, $p<0,0001$) и индексом курения ($r=0,36$, $p=0,04$).

Выводы: около половины мужчин трудоспособного возраста (46,5%) являются курильщиками. Показатели артериальной жесткости у курильщиков достоверно выше, чем в группе сравнения. У каждого пятого курящего мужчины наблюдается повышение сосудистой жесткости сверх возрастной нормы, что может свидетельствовать о ремоделировании сосудов.

105. Влияние на антиоксидантный потенциал организма различных видов курения

Авторы: Запруднова Е.А. – 1, Грехнева А.Д. – 1, Ли Т.В. – 2, Климанов И.А. – 3, Соодаева С.К. – 3

Организация: 1 – Владимирский государственный университет, г. Владимир, 2 – Клиника «Семейная», г. Москва, 3 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, г. Москва

Курение является одним из самых распространенных неблагоприятных экологических факторов, затрагивающих как активных, так и пассивных курильщиков. Результаты многочисленных клинических, эпидемиологических и экспериментальных исследований свидетельствуют, что курение вызывает негативные функциональные и морфологические изменения со стороны различных органов и систем организма человека и, прежде всего, системы органов дыхания, приводя к развитию многих хронических заболеваний. В настоящее время большое внимание уделяется обсуждению курения кальяна. Следует подчеркнуть, что кальянный дым по своему составу и негативному действию не уступает сигаретному.

Целью исследования: сравнение влияния курения сигарет и курения кальяна на антиоксидантный потенциал организма. В работе проводилось изучение активности антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) у курящих сигареты и курящих кальян, а также у здоровых некурящих молодых людей.

Результаты исследования: в молодом организме у здоровых курильщиков сигарет общий антиоксидантный потенциал поддерживается на высоком уровне, причем у курящих кальян этот показатель был значительно выше. Активность каталазы у курящих кальян, так же как и СОД, превышала таковую у некурящих в 1,4 раза и в 3,1 раза у курящих сигареты ($p<0,05$).

Таким образом, антиоксидантный потенциал организма здоровых молодых людей, курящих кальян, определенный на основе активности антиоксидантных ферментов – каталазы и СОД в КВВ, находится в более активизированном состоянии по сравнению с некурящими людьми и курильщиками сигарет.

ТУБЕРКУЛЕЗ

106. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков г. Новокузнецка

Авторы: Ханин А.Л., Скворцова М.С., Пустовалова С.А., Керимова Я.А., Баинова А.Е.

Организация: НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ РФ ГКУЗ КО «Новокузнецкий клинический противотуберкулёзный диспансер»

Заболеваемость ТБ детей с 2017 по 1019 гг. составляла: 15,5; 13,8 и 9,7. Подростков: 38,4; 31,8 и 32,1 (соответственно). Заболеваемость детей и подростков важный прогностический и эпидемиологический показатель, отражающий ситуацию по туберкулезу в стане, регионе, городе.

Цель исследования: провести анализ частоты случаев ЛУ ТБ у детей и подростков в г. Новокузнецке за последние семь лет.

Материал и методы: анализ медицинских карт историй болезни детей и подростков, поступивших на лечение межтерриториальное детское отделение (107 пациентов с ЛУ ТБ).

Данные анализа и выводы: дети до 7 лет составляли 50,5%. Преобладали дети и подростки из социальных групп риска – 59% (малообеспеченные, многодетные не полные, неблагополучные семьи), 2% составляли дети из приютов и детских домов. Большинство имели постоянный контакт с бактериовыделителем в семье (55,2%), 16,8% – были из очагов смерти от ТБ. По данным анамнеза (близкий контакт) и тестам на ЛУ у 21,5% детей и подростков был МЛУ ТБ, у – 25,2% ШЛУ ТБ, у 53,3% другие варианты ЛУ МБТ. Лечение по IV режиму химиотерапии (ХТ) получали 83 больных (77,5%), индивидуальный режим ХТ был у – 22 (20,3%), двое – V режим ХТ. Эффективным курс лечения был у 56 детей (24,3%), у 21 подростка было проведено хирургическое лечение (атипичный или типичные резекции сегмента). 51 – продолжает лечение. Побочные эффекты на терапию – у 16 из 107 больных (14,9%), у 4 был токсический гепатит, потребовавший перерыва в лечении ТБ и применения комплексной терапии. У большинства побочные реакции проявлялись головной болью, диспепсией, болями в мышцах и суставах, и были ликвидированы без отмены АБТ.

107. Первые результаты успешного применения олодатерола/тиотропия – РЕСПИМАТ в комплексном лечении пациентов с туберкулезом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких

Авторы: Ханин А.Л., Кравец С.Л.

Организация: НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, МЗ РФ ГКУЗ КО «Прокопьевский противотуберкулёзный диспансер»

Сравнительное исследование, в которое были включены пациенты с туберкулезом легких и ХОБЛ. 22 человека с сочетанной патологией, дополнительно к АБТ туберкулеза получали олодатерол/тиотропий в виде ингаляций РЕСПИМАТ по 5мкг/сут., утром, 30 дней в интенсивную стадию терапии ТБ. 20 пациентов (группа сравнения) с аналогичными формами ТБ и ХОБЛ – только противотуберкулезную терапию в соответствие с тестом на лекарственную чувствительность и любые короткодействующие бронхолитики «по потребности».

Результаты и их обсуждение: у пациентов, получавших дополнительно ингаляции олодатерола/тиотропия через месяц терапии, отмечено улучшение клинических и функциональных данных: средние показатели по тесту CAT и шкале MRC уменьшились с 16,6 до 8,7 баллов, и с 1,68 до 1,05, соответственно. ОФВ1 увеличился с 57,04 до 65,3 %, ФЖЕЛ с 63,8 до 70,6%. В группе сравнения

улучшения ФВД не отмечалось. В группе больных, получавших олодатерол/тиотропий – негативации мазка мокроты методом простой микроскопии через один месяц комплексной терапии произошла у 90,9%, положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения инфильтрации и размера деструкции легочной ткани у – 86,3%, в группе сравнения лишь 61,0 и 46,0%, (соответственно). Комплексная терапия пациентов с коморбидными заболеваниям (ХОБЛ и ТБ) приводила к более быстрому прекращению бактериовыделения всеми методами и закрытию полостей распада при ТБ легких, что позволило раньше перевести пациентов с круглосуточного пребывания в больнице на дневной стационар, что чрезвычайно важно, как с позиций пациента, так и организаторов здравоохранения.

108. Гепатотоксические реакции у больных с сочетанием мультирезистентного туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции

Автор: Кукурика А.В.

Организация: Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Донецк

Цель: выявление различий в частоте и степени гепатотоксических реакций (ГР) у больных с сочетанием мультирезистентного туберкулеза (МРТБ), вирусных гепатитов (ВГ) и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: проанализированы случаи сочетанной патологии у больных, находившихся на лечении в специализированном стационаре с I квартала 2017 по I квартал 2020 гг. включительно. Мужчин было 80%, женщин – 20%, медиана возраста – 39 лет. I группу составили пациенты с МРТБ/ВГ/ВИЧ, II группу – с МРТБ/ВГ. Диагностику и лечение осуществляли в соответствии с клиническими протоколами медицинской помощи. Функциональное состояние печени оценивали по активности АЛТ и общего билирубина. Мониторинг степени тяжести ГР проводили согласно критериям, предложенным в Федеральных клинических рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению ТБ у больных ВИЧ-инфекцией. Для выявления различий между группами применяли критерий Фишера, критическим значением которого считали $p<0,05$.

Результаты: ГР зарегистрированы у 34% пациентов I группы и 25% II группы: на пиразинамид – в 80% и в 100% случаев, на этионамид – в 40% и в 50%, соответственно. Анализ динамики биохимических показателей выявил, что у больных обеих групп значения АЛТ и общего билирубина на всех сроках наблюдения превышали нормальные. В I группе чаще регистрировалась II и III степень гепатотоксичности, во II группе – I степень ($p<0,05$). Отмена противотуберкулезных препаратов в связи с ГР наблюдалась только в I группе в 15% случаев ($p<0,05$).

Выводы: частота ГР на пиразинамид превалировала в группе МРТБ/ВГ. В группе МРТБ/ВГ/ВИЧ значения изученных показателей были достоверно выше, амплитуда увеличения – существенно значительнее. В связи с тяжелыми ГР в группе МРТБ/ВГ/ВИЧ отменялась текущая схема лечения, что являлось неблагоприятным фактором для больных.

109. Коморбидность туберкулеза органов дыхания и COVID-19 у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

Авторы: Мишина А.В. – 1, 2, Сергеева Н.В. – 1, Пилипенко С.В. – 1, Собкин А.Л. – 1, Мишин В.Ю. – 1, 2

Организация: 1 – ГБУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия. 2 – ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Минздрава России, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинико-рентгенологических проявлений коморбидности туберкулеза органов дыхания (ТОД) и COVID-19 на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 20 больных ТОД и COVID-19, 4В стадией ВИЧ-инфекции в возрасте 26-55 лет. 9 пациентов получали АРВТ (1-я группа) и 11 – ее не получали (2-я группа). У всех больных выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и РНК SARS-CoV-2 методом амплификации нуклеиновых кислот из мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки.

Результаты: туберкулез носил генерализованный характер с ТОД и внелегочными локализациями. В 1-й группе среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло $55,8\pm0,34$ кл/мкл крови, а во 2-й

–18,3±0,45 кл/мкл (p<0,05). В 1-й и 2-й группе определялся синдромом интоксикации и бронхолегочные проявлениями, но во 2-й группы синдром интоксикации был резко выражен с тяжелыми бронхолегочными проявлениями, требующими ИВЛ. При КТ ОГК в 1-й и 2-й группе визуализировался диссеминированный процесс, но во 2-й группе были выраженные интерстициальные изменения по типу «матового стекла» с буллезными изменения и поражением более 1/2 легких.

Заключение: при проведении АРВТ ТОД и COVID-19 у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза с диссеминированным поражением, но более благоприятными клинико-рентгенологическими проявлениями и количеством CD4+ лимфоцитов >50 кл/мкл. При отсутствии АРВТ ТОД и COVID-19 протекает с тяжелыми клинико-рентгенологическими проявлениями с интерстициальными и буллезными изменениями и количеством CD4+ лимфоцитов менее 20 кл/мкл. Применение АРВТ при коморбидности ТОД и COVID-19 на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, по-видимому, воздействует, не только на ВИЧ, но и на SARS-CoV-2, что требует дальнейших исследований.

110. Летальность больных мультирезистентным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами

Автор: Кукурика А.В.

Организация: Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Донецк

Цель: анализ летальности больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами (ВГ).

Материалы и методы: изучена медицинская документация умерших больных, находившихся под наблюдением с января 2017 по май 2020 гг. Мужчины составили 64%, женщины – 46%, медиана возраста – 33,4 лет. Диагностика и лечение осуществлялись в соответствии с клиническими протоколами медицинской помощи.

Результаты и обсуждение: на частоту летальных исходов влиял иммунный статус больных: в 90% диагностирована 4В стадия ВИЧ, у 70% уровень CD4 был менее 50 кл/мкл. Наблюдалась зависимость клинических форм от уровня CD4: изолированное поражение органов грудной клетки (ОГК) выявлено у 57% пациентов с уровнем CD4>200 кл/мкл, в то время как генерализация туберкулезного процесса – у 73% с CD4<200 кл/мкл. В 86% случаев АРТ назначали после выявления туберкулеза. Показатель летальности среди больных генерализованным туберкулезом достоверно превышал таковой у больных с легочными формами. По результатам аутопсии у 91% наблюдалось специфическое поражение ВГЛУ, у 73% – селезенки, у 64% – печени, у 55% – почек, у 36% – плевры, у 36% – мозговых оболочек, у 18% – брюшины, у 9% – костей. В структуре вирусных гепатитов HCV составил 81%, HBV – 12%, микст HCV+HBV – 7%. Анализ динамики биохимических показателей выявил, что значения АЛТ на всех сроках наблюдения превышали нормальные.

Заключение: наиболее часто летальные исходы наступали при прогрессировании генерализованного туберкулеза и развитии полиорганной недостаточности на фоне выраженного иммунодефицита. Позднее начало приема АРТ при длительно протекающей ВИЧ-инфекции не оказывало должного положительного влияния. Повышенная активность АЛТ требовала более частой коррекции схемы, что являлось неблагоприятным критерием.

111. К вопросу коморбидных патологий во фтизиатрии

Авторы: Антонова Н.П., Кривошеева Ж.И.

Организация: УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Цель: изучить проблему коморбидных патологий (ВИЧ-инфекции (ВИЧ) и сахарного диабета (СД)) с учетом экономических затрат, обусловленных продолжительностью стационарного этапа лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ статистических карт пациентов выбывших из стационара 1,2,3 фтизиатрических отделений ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за 2011-2017 гг.

Результаты: распространенность ВИЧ среди пациентов с туберкулезом легких(ТБ) в сопоставлении с затратами, обусловленными стационарным этапом лечения за анализируемый период выглядит следующим образом: в 2011 году 2,7% пациентов имели ВИЧ-инфекцию, экономические затраты,

связанные с продолжительностью лечения, были обусловлены 2,4% койко-дней (к/дн) от общего количества к/дн, относящихся к лечению ТБ; 2012 – 4,2% пациентов (3,9% к/дн), 2013 – 4,7% пациентов (3,8% к/дн), 2014 – 8,2% пациентов (5,5% к/дн), 2015 – 6% пациентов (6,1% к/дн), 2016 – 4,3% (4,5% к/дн). По СД получены следующие результаты: 2011 – 4,5% (5,1% к/дн), 2012 – 5,25, (8,4% к/дн) 2013 – 3,6% (4,6% к/дн), 2014 – 5,5% (7,9% к/дн), 2015 – 4,7% (5,4% к/дн) 2016 – 5% (6,1% к/дн). В модели календарного года (2017 г.) в среднем на 1 случай госпитализации пациента без ВИЧ и СД приходилось 154 к/дня, сходные значения отмечены для ВИЧ и СДII – 155 и 152 к/дня соответственно, на лечение ТБ у пациента с СДI экономические затраты будут обусловлены в среднем стоимостью 181 к/дня. Летальность среди пациентов с ТБ без ВИЧ и СД составила 4% в группе, с ВИЧ – 7%, с СД – 11%.

Заключение: за анализируемый период времени в отношении коморбидных патологий отмечается достижение положительных результатов в большей мере в отношении ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, в то время, как для СД необходимо совершенствование лечебных мероприятий с акцентом на СДI.

112. Адаптация вегетативной нервной системы у больных туберкулезом органов дыхания

Авторы: Черников А.Ю., Лашин В.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: выявить особенности адаптивности и реактивности вегетативной нервной системы у больных туберкулезом органов дыхания в зависимости от преобладания того или иного типа воспалительной реакции.

Материалы и методы: сформированы три группы пациентов с туберкулезом: 1 (204 человека) – с преобладанием экссудативного компонента воспаления (инфильтративный, диссеминированный, казеозная пневмония); 2 (121 человек) – с преобладанием продуктивного компонента воспаления (очаговый, туберкулома); 3 (79 человек) – с преобладанием фиброза (фиброзно-кавернозный, цирротический). Использованы схема для выявления признаков вегетативных нарушений, индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта, ортоклиническая проба. Дизайн исследования: проспективное, сравнительное, рандомизированное.

Результаты: наличие синдрома вегетативной дисфункции 82,8±3,8%, 61,2±6,4%, 89,6±7,4%. Преобладание симпатических реакций по индексу Кердо: 47,1±5,0%, 28,9±5,9%, 38,0±7,8%. Преобладали парасимпатические реакции: 41,2±5,0%, 51,2±6%, 51,9±8,1%. Рассогласование деятельности отдельных систем: 89,2±3,1%, 80,2±5,2%, 92,4±4,3%. Избыточность вегетативного обеспечения: 83,3±3,8%, 48,8±6,5%, 19,0±6,4%.

Заключение: у больных туберкулёзом значительно выражены нарушения адаптации вегетативной нервной системы. У пациентов с преимущественно экссудативным компонентом воспаления статистически достоверно преобладают вегетативная дисфункция (χ^2=25,28, p<0,05), симпатические реакции (χ^2=25,18, p<0,05), избыточность вегетативного обеспечения (χ^2=9,21, p<0,05). Полученные данные следует учитывать при проведении медицинской реабилитации данных пациентов.

113. Состояние адаптивности организма больных туберкулезом до и после проведения медицинской реабилитации

Авторы: Черников А.Ю., Колупаев Н.П.

Организация: ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: выявить особенности адаптации организма больных туберкулёзом.

Материалы и методы: сформированы три группы пациентов с туберкулёзом: 1 (204) – с преобладанием экссудативного компонента воспаления (инфильтративный, диссеминированный, казеозная пневмония); 2 (121) – с преобладанием продуктивного (очаговый, туберкулома); 3 (79) – с преобладанием фиброза (фиброзно-кавернозный, цирротический).
Использована методика изучения адаптивности организма В.А. Копанева. Исследовались следующие адаптационные состояния до и после проведения медицинской реабилитации: круг нормального функционирования (КНФ), круг риска развития патологии (КРРП), круг сбалансированной патологии (КСП), круг острого стресса (КОС), круг хронического стресса (КХС), неопределённые

состояния (НП). Дизайн исследования: проспективное, сравнительное, рандомизированное. Результаты. КНФ: 34,8±4,8%, 46,3±6,5%, 0. КРРП: 4,4±2,3%, 13,2±4,4%, 19,0±6,4%. КСП: 8,3±2,8%, 33,9±6,2%, 1,3±1,8%. КОС: 48,5±,5,0%, 3,3±2,3%, 65,8±7,7%. КХС: 0, 0, 13,9±5,6%. НП: 3,0±1,7%, 3,3±2,3%, 0. После проведения медицинской реабилитации достигнуты следующие результаты. КНФ: 84,8±3,6%, 74,4±5,7%, 5,1±3,6%. КРРП: 1,5±1,2%, 11,6±4,2%, 67,1±7,6%. КСП: 8,3±2,8%, 13,2±4,4%, 17,7±6,2%. КОС: 4,9±2,2%, 0, 3,8±3,1%. КХС: 0, 0, 6,3±4,0%. НП: 0,5±0,7%, 0,8±1,2%, 0.

Заключение: у больных туберкулёзом группы 1 чаще встречается острый стресс, но после проведения медицинской реабилитации его распространенность резко снижается. В группе 2 чаще распространены реакции из круга сбалансированной патологии и хорошая пластичность адаптивности организма. В группе 3 значительно распространены реакции острого и хронического стресса, причём реакции из круга хронического стресса довольно устойчивы и требуют нескольких курсов медицинской реабилитации.

114. Характеристика единичных очагов в легких и внутригрудных лимфоузлах у детей с различными результатами иммунологических тестов на туберкулез

Авторы: Кривошеева Ж.И., Дубровский П.А., Шкурин А.А., Антонова Н.П.

Организация: УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Введение: впервые выявленные единичные плотные очаги в легких или внутригрудных лимфоузлах у детей вызывают затруднения в дифференциальной диагностике активного, спонтанно излеченного туберкулеза (ТБ) органов дыхания и латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ).

Цель: изучить характеристики теней в легких в зависимости от результатов иммунологических тестов на ТБ.

Материалы и методы: проанализированы данные 97 детей с впервые выявленными рентгенологическими и/или КТ-признаками теней, подобных кальцинатам, в легких и внутригрудных лимфоузлах. Первую группу составил 61 ребенок с положительным диаскинтестом и/или квантифероновым тестом (ДСТ+/QFN+), 2-ю группу – 36 детей с отрицательными тестами (ДСТ-/QFN-). Результаты: в группе ДСТ+/QFN+ чаще выявлен туберкулезный контакт в семье –у 60,7% и 16,7% соответственно ($p<0,001$). Достоверно отличалось количество теней: в 1-й группе одиночные тени выявлены у 9,8% детей, у остальных – несколько или множественные, во 2-й группе – у 58,4% ($p<0,001$). У 80,4% детей с первичным туберкулезным комплексом (ПТК) и положительными тестами выявлялись тени одновременно в легком и регионарных лимфоузлах, в группе сравнения – только у 3 детей (8,3%, $p<0,001$). У 21 из 36 детей (58,4%) с излеченным ПТК из группы ДСТ-/QFN- выявлены одиночные тени только в легком, что не характерно для специфического процесса.

Выводы: установлены достоверные различия характеристик синдрома очаговой тени у пациентов с положительными и отрицательными результатами тестов на ТБ. Это позволяет предположить гипердиагностику туберкулезной инфекции при выявлении у детей на КТ органов грудной клетки единичной, подобной кальцинату, тени в легком, если результаты тестов отрицательны, нет клинико-лабораторных признаков, не установлены эпидемические факторы риска развития ТБ

115. Бронхообструктивный синдром у больных туберкулезом легких

Авторы: Мишина А.В., Завражнов С.П., Епишин И.А., Горелова А.И., Мишин В.Ю.

Организация: Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель: изучить связь бронхообструктивного синдрома (БОС) при туберкулезе легких (ТЛ) с клинико-рентгенологическими проявлениями заболевания.

Материалы и методы: обследован 121 ВИЧ-отрицательный больной ТЛ, в возрасте от 18 до 76 лет (91 мужчина и 29 женщин). Больные по результатам исследования показателей функции внешнего дыхания (ФВД) были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 96 пациентов без выраженных нарушений ФВД и 2-ю группу – 25 – с выраженными нарушениями ФВД и с БОС. Основным критерием оценки являлась величина индекса Тиффно, снижение которого менее 70, расценивалось как проявление наличия БОС.

Результаты: у 96 больных 1-й группы с не измененной ФВД незначительные признаки нарушения бронхиальной проходимости было у 25 больных (20,6%). Во 2-й группе среди больных с выраженными нарушениями ФВД и с БОС значительно меньше было лиц женского пола 16% против 27,1% в 1 -й ($p<0,05$), в ней же превалировали лица старше 45 лет 64% (34,3% в 1-й) ($p<0,05$). Лица с хроническим течением ТЛ так же чаще встречались во 2-й группе – 24% (в 1-й 7,2%) ($p<0,05$). У лиц с признаками БОС достоверно чаще встречались обширные: 3 легочных сегмента и более у 76% и двухсторонние поражения – у 64% больных. Во 2-й группе чаще встречались диссеминированные – 32% и фиброзно-кавернозные поражения легких – 20% (в 1 й группе, соответственно: 23,9% и 6,2%) ($p<0,05$). При этом выделение с мокротой МБТ с одинаковой частотой: 44% и 45,8% встречалось в обеих группах, аналогично данным о наличии деструкции в легких: 40% и 35,4%

Заключение: у больных ТЛ с БОС, выраженный бронхообструктивный синдром встречается в 20,6% случаев. Бронхиальная обструкция чаще сопровождает распространенные формы легочного поражения с хроническим течением заболевания.

116. Клиническое течение туберкулеза легких у больных с сопутствующей патологией

Автор: Галиулин Т.И.

Организация: Республиканский специализированный научно-медицинский практический центр фтизиатрии и пульмонологии, МЗ РУз, г.Ташкент

Цель: изучить клиническое течение туберкулеза (ТБ) легких у больных с сопутствующей патологий.

Материал и методы: изучены истории болезни 2105 больных ТБ, пролеченных в центре фтизиатрии за последние 5 лет. Из них мужчины составили 1359 (64,6%), женщины 746 (35,4%). У (19,2%) больных были диагностированы наличие сопутствующих заболеваний: ВИЧ-инфицирование (15%), сахарный диабет 1 типа – (6,3%), сахарный диабет 2 типа - (71,3%) и больные долгое время принимающие глюкокортикостероиды – (7,4%). Больных разделили на две группы: 1 группа больных с сопутствующими заболеваниями 405 пациентов и 2 группа больных ТБ легких без сопутствующих заболеваний – 215 пациентов.

Результаты и обсуждение: при анализе частоты встречаемости клинических форм ТБ легких установлено, что среди больных из 1 группы наиболее часто встречались инфильтративный ТБ (55%), фиброзно кавернозный ТБ(25,7%). У больных из 2 группы, без сопутствующей патологии наиболее часто встречались инфильтративный ТБ (45,1%). Сильно выраженные (79%) и умеренно выраженные (19,7%) респираторные проявления чаше встречались у больных 1 группы. При обследовании по методике Gen Expert выделения микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте отмечено в 1 группе у $67,9\pm2,1\%$, а во 2 группе $57,2\pm3,3$ % пациентов ($P\leq0,05$)

Заключение: ТБ легких на фоне сопутствующих заболеваний характеризуется преобладанием деструктивных форм ТБ, более выраженными симптомами ТБ интоксикации и респираторных проявлений основного легочного процесса.

117. Спектр резистентности M.Tuberculosis к противотуберкулезным препаратам II ряда у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом

Авторы: Кукурика А.В., Ляхимец В.А., Юровская Е.И.

Организация: Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Донецк

Цель: изучение спектра резистентности микобактерии туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) II ряда у больных ВИЧ-ассоциированным мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) и туберкулезом с расширенной резистентностью (РРТБ) в зависимости от типа случая.

Материалы и методы: исследованы 184 больных ВИЧ/МРТБ/РРТБ, которые находились на стационарном лечении в отделении для больных мультирезистентным туберкулезом. Мужчины составили 64%, женщины – 36%, медиана возраста – 38 лет. Уровень CD4-лимфоцитов варьировал от 4 до 922 кл/мкл. Пациенты разделены на группы: I группу составили 54% больных с впервые диагностированными формами МРТБ/РРТБ, II группу – 46% с повторными случаями заболевания туберкулезом. Для сравнения структуры групп применяли критерий Фишера, критическим значением которого считали $p\leq0,05$.

Результаты и обсуждения: анализ спектра резистентности МБТ к ПТП II ряда выявил, что устойчивость к канамицину (Km), амикацину (Am) и капреомицину (Cm) была выше среди больных II группы ($p \leq 0,05$). В I группе превалировали больные МРТБ, в то время как во II группе – РРТБ ($p \leq 0,05$). Случаи пре-РРТБ выявлены с одинаковой частотой в обеих группах.

Выводы: установлено, что у ВИЧ-инфицированных больных с повторными случаями заболевания туберкулезом уровень резистентности к аминогликозидам был достоверно выше. Частота регистрации мультирезистентного туберкулеза у впервые диагностированных больных превышала аналогичный показатель среди больных с повторными случаями. Туберкулез с расширенной резистентностью превалировал у ВИЧ-инфицированных с повторно зарегистрированными случаями.

118. Выявления больных туберкулезом легких в общесоматических лечебных учреждениях

Авторы: Ташпулатова Ф.К. – 1, Ахмедова Н.А. – 2

Организация: 1 – Ташкентский педиатрический медицинский институт,
2 – Ташкентская Медицинская академия, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Цель работы: дать оценку эффективности выявления работы обшей лечебной сети (ОЛС) по выявлению туберкулеза (ТБ) легких.

Материалы: изучены истории болезни и амбулаторные карты 142 впервые выявленных больных с ТБ, находившиеся на стационарном лечении в Ташкентском областном противотуберкулезном диспансере. Мужчин было 67 (47%) и женщин 75 (53%).

Результаты: установлено, что у 112 (78,8%) больных ТБ легких выявлен при обращаемости в общую лечебную сеть (ОЛС). Продолжительность заболевания до установки диагноза ТБ легких составило один месяц у 48%, два месяца у 24% больных. У 13% больных с ТБ продолжительность заболевания составило 3-6 месяцев. Более 6 месяцев болели 14% больных. Больным ТБ легких наиболее часто (40,2%) в ОЛС выставлялся диагноз «пневмония», далее обострение «хронического бронхита» и «ОРВИ» – 38,4 и 21,4% случаев соответственно. Наиболее часто у 66,1% больных диагноз установлен в сроке от 7 до 10 дней от момента обращаемости. Установлено, что основным методом исследования, диагностики ТБ, явилось рентгенологическое исследование, позволяющий поставить правильный диагноз в 79,4% случаях. Остается низким выявление в ОЛС ТБ легких бактериоскопическим методом – 9,8%. У большинства больных (44,6%) с ТБ легких диагноз установлен в сроке свыше 20 дней, что указывает о низкой настороженности врачей ОЛС по своевременному выявлению ТБ.

Выводы: удельный вес больных выявленных при обращаемости в ОЛС с жалобами на бронхо-легочную систему остается высоким – 78,9%. Необходимо особое внимание уделять больным с частыми обострениями бронхита, ОРВИ и «пневмониям с затяжным течением» и проверять мокроту методом микроскопии на наличие микобактерий ТБ 2 раза согласно рекомендациям ВОЗ.

119. Рецидивы туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста в Республике Молдова

Авторы: Тудор Е.М., Брумару А.Г., Московчук А.Ф., Корлотяну А.А., Болотникова В.А.

Организация: ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

В условиях эпидемиологической напряженности по туберкулезу легких (ТБЛ) и изменений демографической ситуации в мире обсуждение вопросов и проблем по обеспечению здоровья и благополучия людей пожилого и старческого возраста (ПСВ) без дискриминации и консерватизма представляется важным и актуальным.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности рецидивов ТБЛ у больных ПСВ.

Материал и методы: анализ 103 случаев рецидивов ТБЛ за 2018-2019 гг. у лиц в возрасте 65 лет и старше.

Результаты: из общего числа рецидивов доля рецидивов у лиц ПСВ составила в эти годы 8,2 и 10,4%. В структуре клинических форм преобладал инфильтративный ТБЛ (91,2%), преимущественно у городских жителей и у мужчин и выявленный при обращении больных. Деструкция в легких от-

мечалась в 64,6% случаев, бактериовыделение с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – 55,2%. Клинические проявления характеризовались выраженной интоксикацией, кашлем с мокротой, реже кровохарканьем, обострением сопутствующих заболеваний. Значительное влияние на особенности диагностики, курации и результаты лечения оказывали коморбидность и недостаточная комплаентность больных. Основными причинами рецидивов были неполноценный основной курс лечения и большие остаточные изменения.

Вывод: при ведении больных с рецидивами ТБЛ следует учитывать возрастные специфические особенности.

120. Динамика смертности от туберкулеза в Республике Молдова в ходе выполнения Национальной программы по контролю туберкулеза на 2016 – 2020 гг.

Авторы: Писаренко Н.К. – 1, Вилк В.В. – 2, Писаренко С.В. – 2, Гульпе Т.П. – 2, Кондрацки Д.П. – 2

Организация: 1 – Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану», Республика Молдова, г. Кишинев; 2 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», Республика Молдова, г. Кишинев

Цель: оценить динамику смертности (С) от туберкулеза (ТБ) в Республике Молдова в ходе выполнения Национальной программы по контролю ТБ на 2016-2020 годы.

Материалы и методы: анализ данных официальной статистики (simetb.ifp.md) за 2015-2019 годы с учетом административно-территориального деления республики.

Результаты: на начало 2016 года в республике С составляла 14,4 на 100 тыс. населения, в том числе в муниципиях и районах правобережья Днестра – 13,5 и 12,5 соответственно. В административно-территориальных единицах (АТЕ) левобережья Днестра С была выше – 26,3. Уровень С на начало 2020 года составил 10,1 на 100 тыс. населения, в том числе в муниципиях и районах правобережья Днестра – 8,2 и 9,9 соответственно. В АТЕ левобережья Днестра С снизилась до 15,3 на 100 тыс. населения. В среднем уровень С в республике за четыре последних года снизился на 29,9%, в том числе в муниципиях и районах правобережья соответственно на 39,3% и 20,8%. Наибольшим снижение С оказалось в АТЕ левобережья Днестра – на 41,8%. В территориях правобережья С снизилась на 26,6% (в отдельных районах отмечено повышение С). Выявленную положительную динамику С можно связывать с обеспечением (в случае отрицательной динамики с недостаточным обеспечением) в истекшие годы всеобщего доступа к ранней диагностике, лечению и профилактике туберкулеза, реализацией совместных мероприятий с другими национальными программами (TB/HIV и PAL), консолидацией потенциала системы здравоохранения и др.

Выводы: текущая динамика смертности в республике свидетельствует о вероятном достижении запланированного результата Национальной программы по контролю ТБ на 2016-2020 годы, а именно уменьшения смертности на 35%. Первоочередных мер по повышению эффективности программы сегодня требуют сельские районы правобережья страны.

121. Динамика рецидивов туберкулеза в ходе выполнения национальной программы по контролю туберкулеза на 2016 – 2020 гг. в Республике Молдова

Авторы: Писаренко Н.К. – 1, Вилк В.В. – 2, Писаренко С.В. – 2, Кондрацки Д.П. – 2, Гульпе Т.П. – 2

Организация: 1 – Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану», Республика Молдова, г. Кишинев; 2 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», Республика Молдова, г. Кишинев

Цель: оценить динамику рецидивов (Р) туберкулеза (ТБ) в Республике Молдова в ходе выполнения Национальной программы по контролю ТБ на 2016-2020 годы.

Материалы и методы: анализ данных официальной статистики (statistica.md; simetb.ifp.md) за 2015-2019 годы с учетом административно-территориального деления Республики.

Результаты: на начало 2016 года в республике Р составляли 18,5 на 100 тыс. населения, в том числе в муниципиях и районах правобережья Днестра, соответственно 19,5 и 14,9. В административ-

но-территориальных единицах (АТЕ) левобережья Днестра Р была выше – 28,8. На начало 2020 года уровень Р в республике составил 14,9 на 100 тыс. населения, в том числе в муниципиях и районах правобережья Днестра – 11,4 и 13,6 соответственно. В АТЕ левобережья Днестра Р снизилась до 25,1 на 100 тыс. населения. В среднем уровень Р в республике за четыре последних года снизился на 19,8%, в том числе в муниципиях и районах правобережья соответственно на 41,6% и 8,9%. Снижение Р в АТЕ левобережья Днестра составило 12,9%. В территориях правобережья снижение Р было большим – 21,3%. Доля рецидивов в структуре общей заболеваемости ТБ не изменилась – 20,7%. Выявленную положительную динамику рецидивов можно связывать с обеспечением в истекшие годы всеобщего доступа к ранней диагностике, лечению и профилактике ТБ, реализацией совместных мероприятий с другими национальными программами (TB/HIV и PAL), консолидацией потенциала системы здравоохранения и усилением участия объединений гражданского общества в контроле туберкулеза.

Выводы: в последние годы динамика рецидивов туберкулеза характеризуется их неравномерным снижением в городской и сельской местности. Первоочередных мер по повышению эффективности национальной программы по контролю туберкулеза требуют сельские районы республики.

122. Медицинские и правовые аспекты падений больных туберкулезом в стационаре

Авторы: Писаренко С.В. – 1, Писаренко К.С. – 2, Мартынюк К.И. – 1, Маня М.Л. – 1, Краснова О.Д. – 1, Неполюк Л.Ф. – 1, Николаев В.В. – 1

Организация: 1 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», Республика Молдова, г. Кишинев, 2 – Международный независимый университет Молдовы, Республика Молдова, г. Кишинев

Цель: осветить медико-правовые аспекты падений (П) больных (Б) туберкулезом (ТБ) в противотуберкулезном стационаре.

Материалы и методы: в исследование были включены 92 больных ТБ с МЛУ и ШЛУ. Доля лиц в возрасте 60+ лет составила 13%. Для оценки риска падения (РП) учитывали П в анамнезе, функцию ходьбы, коморбидность (К), самооценку Б, применяемые средства для ходьбы.

Результаты: нарушения равновесия, ходьбы и связанные с ними П в течение последнего года отмечены у 14,1% больных; у пожилых в 2,9 раза чаще, чем у более молодых. К имели 42,4% больных, в том числе 66,7% пожилых. Нежелательные побочные эффекты (НЭ) туберкулостатиков были у 23,9% больных, чаще у пожилых. НЭ (вестибулокохлеарные нарушения – Am, Cm; нейропатия – Lzd, Cs, Am, Cm; депрессия – FQ, Cs; психоэмоциональное возбуждение – FQ, Cs; нарушения зрения – Lzd, Cfz; артралгия – Z, FQ; миалгия – Lzd; удлинение интервала QT – FQ, Bdq, Cfz) усугубляли физические, сенсорные, когнитивные нарушения у больных, увеличивали их РП. Фармэффекты комедикации (гипотензивные, H_2-блокаторы гистаминовых рецепторов, транквилизаторы, антихолинергики) повышали вероятность П. Для снижения РП применяли инструктаж Б, особое наблюдение, улучшение среды пребывания, вспомогательные средства передвижения и коррекцию фармакотерапии. Принятые меры позволили надлежащим образом организовать медпомощь, повысить безопасность Б, предупредить их П.

Выводы: больные ТБ, в первую очередь пожилые, обладают значимыми факторами РП, оценка которых позволяет предпринять меры, предупреждающие П в стационаре и связанные с ними медицинские (травмы) и правовые риски [претензии, жалобы, исковые заявления в суд больных или их (законных) представителей в связи с нарушением медперсоналом по небрежности или халатности правил или методов оказания медпомощи].

123. О мерах нормативно-правового и иного обеспечения лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в Республике Молдова

Авторы: Писаренко С.В. – 1, Писаренко К.С. – 2, Мартынюк К.И. – 1, Робу А.Ф. – 1

Организация: 1 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова; 2 – Международный независимый университет Молдовы, Республика Молдова, г. Кишинев

Цель: осветить вопросы организации лечения больных туберкулезом (ТБ) в амбулаторных условиях (АУ) в Республике Молдова.

Материалы и методы: изучены нормативно-правовые акты, научные публикации и опыт лечения ТБ.

Результаты: DOT-лечение ТБ в АУ на постстационарном этапе применяется в республике с 2001 года. В 2013 году минздравом было разрешено лечение ТБ в АУ со дня постановки диагноза. За прошедшее время укреплена нормативно-правовая база лечения ТБ в АУ (приняты постановления, приказы, протоколы); усилен материально-технический, кадровый и финансовый потенциал первичного звена здравоохранения (ПЗЗ); налажено взаимодействие между фтизиатрами, семейными врачами, эпидемиологами и представителями гражданского общества; медработники ПЗЗ обучены проводить лечение ТБ, распознавать и купировать побочные реакции на лекарства; налажен контроль инфекции по месту жительства больных; организована социальная и психологическая поддержка больных; внедрены ускоренные методы микробиологической диагностики ТБ и лекарственной устойчивости возбудителя, технологии удаленной связи медработник-пациент (mHealth). В настоящее время лечение ТБ в АУ назначается при соблюдении ряда критериев: больные не должны представлять эпидопасность для своего ближайшего окружения, в первую очередь, для детей и беременных; формы ТБ должны быть нетяжелыми и неосложненными; лечение обострений коморбидной патологии может проводиться в АУ; должна соблюдаться преемственность лечения; больные должны быть социально адаптированными и выражать согласие на лечение.

Выводы: в настоящее время в РМ лечение ТБ проводится в амбулаторных условиях как на постстационарном этапе, так и со дня постановки диагноза. Эффективный менеджмент ТБ в амбулаторных условиях обеспечивается мерами нормативно-правового и иного характера.

124. Факторы, влияющие на развитие туберкулеза у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Авторы: Багишева Н.В. – 1, Мордык А.В. – 1, Нестерова К.И. – 1, Гольтяпин В.В. – 2, Ароян А.Р. – 3, Руденко С.А. – 4

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», 2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт математики им. С.Л. Соболева Сибирского отделения РАН (Омский филиал), г. Омск, Россия, 3 – БУЗОО КПТД 4 – БУЗОО КПТД № 4

Цель: анализ социальных и демографических факторов у больных с туберкулезом (ТБ), развившимся на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), для определения влияния каждого на вероятность развития специфического процесса и возможности их коррекции с целью профилактики ТБ.

Материалы и методы: в простое одномоментное исследование включено 204 пациента с диагнозом впервые выявленного ТБ и ХОБЛ. Средний возраст (Me 25;75) 48,45 (38; 57) лет. Диагнозы подтверждены на основании клинических, лабораторных и инструментально-рентгенологических методов. В качестве математической составляющей использовался метод факторного анализа. Для определения количества факторов использован критерий «каменистой осыпи». Для анализа взято 15 социальных и демографических параметров, определяющих вероятность развития ТБ. Дисперсия 6 основных факторов, составила 76,5% от вклада всех факторов, что свидетельствует об адекватности разработанной модели.

Результаты: в число 6 основных факторов вошли: первый – наличие табачной зависимости (факт курения, стаж, количество лет курения, интенсивность курения, индекс курения, анамнез курения) – 27,6%. Второй фактор – социально-демографический (семейное положение, наличие детей) – 12,6%. Третий – медико-социальный (зависимость от наркотических препаратов, наличие ВИЧ-инфекции) 12,4%. Четвертый – пол, указывает на связь между мужским полом и большей вероятностью развития ТБ – 8,1%. Пятый – возраст – 8,0%. Шестой фактор – социальный (наличие

жилья, условия проживания) – 7,7%. Профилактика ТБ у пациентов с ХОБЛ должна иметь медико-социальную направленность и быть ориентирована на борьбу с наркотической и табачной зависимостью, формирование психологического стремления к социализации в обществе (семья, жилье, работа) и приверженности к лечению ВИЧ.

125. Возрастно-половой состав больных, умерших от туберкулеза

Авторы: Чабанова О.Н. – 1, Стрельцова Е.Н. – 1, Сайфулин М.Х. – 2, Попова Н.А. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань, 2 – ГБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Астрахань

В Астраханской области основные эпидемиологические показатели по туберкулезу выше среднего по России. Традиционно, это связывают со многими медико-социальными и экологическими факторами.

Цель исследования: изучить возрастно-половой состав больных, умерших от туберкулеза на территории Астраханской области (АО).

Материалы и методы: проведен анализ медицинской документации больных, умерших от туберкулеза по АО в 2019 году; формы 8 и 33 статистической отчетности по АО. Обработка с помощью программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты: в 2019 году территориальный уровень смертности от туберкулёза в АО составил 11,9 на 100 тыс. населения, что в 1,6 раза меньше в сравнении с 2015 годом (19,3). В структуре смертности большую долю занимает фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких (74,2%). Чаще умирают мужчины, проживающие в сельской местности – 83,1%. Среди умерших от туберкулёза доля женщин составила 16,9% (2017 г. – 17,9%). По возрастным группам: 18-24 г. – 0,8%, 25-34 лет – 3,2%, 35-44 – 18,5%, 45-54 года – 33,1%, 55-64 лет – 25,1%, 65-70 лет – 13,7%, старше 70 лет – 5,6%.

Выводы: от туберкулеза чаще умирают мужчины, основная доля умерших приходится на возраст от 45 до 65 лет – 58,2%. Лица пожилого возраста должны иметь приоритеты в привлечении к своевременному проведению профилактических осмотров.

126. Влияние сахарного диабета, как коморбидного состояния, у пациентов с мультирезистентным туберкулезом на эффективность противотуберкулезной терапии

Авторы: Баранова В.В. – 1, Пустовой Ю.Г. – 1, Роенко Г.Н. – 2, Александрова О.В. – 2

Организация: 1 – ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск, 2 – ГУ «Луганский республиканский противотуберкулезный диспансер» ЛНР, г. Луганск

Цель: изучить частоту сочетания туберкулеза (ТБ) с сахарным диабетом (СД), как коморбидной патологией, оценить эффективность лечения и частоту развития побочных явлений химиотерапии ТБ у больных при сочетании ТБ/СД на современном этапе.

Материалы: проведен анализ 199 историй болезни пациентов с мультирезистентным туберкулёзом.

Результаты: среди 20 больных (10,1%) ЛРПТД был выявлен сахарный диабет. При сочетании ТБ/СД преобладали (40%) пациенты трудоспособного и репродуктивного возраста 30-50 лет. Значительно чаще был выявлен сахарный диабет II типа в 90% случаях и СД I типа – в 10%. Чаще регистрировалась инфильтративная клиническая форма ТБ (в 80%), реже диссеминированный ТБ (15%) и в 5% случаях выявлены запущенные формы ТБ – фиброзно-кавернозный. Нежелательные явления химиотерапии у пациентов ТБ/СД регистрировались в течение первых 2-х мес. лечения (83,3% в 2017 и в 100% случаях – в 2019). В 30%случаях были зафиксированы одномоментно несколько побочных реакций химиотерапии туберкулёза. При невозможности купирования побочных явлений больные с сочетанной патологией СД/ТБ переводились на паллиативную терапию со снятием с программы лечения ТБ. Прекращение бактериовыделения было достигнуто у пациентов в 75% при СД 1 типа в 80% при СД 2 типа, что указывает на адекватно подобранную этиотропную терапию туберкулёза. Рубцевание полостей распада в легочной ткани было зарегистрировано в 5% случаях.

Заключение: сочетание ТБ и СД не зависит от пола пациента и регистрируется одинаково часто среди мужчин и женщин трудоспособного и репродуктивного возраста. Развитие нежелательных явлений химиотерапии ТБ при СД достигает 100%. Сахарный диабет значительно снижает возможности рубцевания полостей распада у больных и достижения полного эффекта химиотерапии ТБ.

127. Особенности течения туберкулеза легких у пациентов с лекарственной устойчивостью

Авторы: Бабаева И.Ю., Яцукова А.В., Жукова Д.Ю., Тимофеев И.А.

Организация: ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Введение: ВОЗ по-прежнему считает туберкулез (ТБ) главной причиной смертности среди инфекционных заболеваний.

Цель исследования: определить особенности течения ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ; оценить частоту встречаемости ВИЧ-инфекции (ВИЧ).

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни 200 пациентов ГБУЗ КПТД МЗ КК с ТБ с 2018 по 2019 г.г, от 27 до 76 лет. Пациентов разделили на 2 группы: основная группа (ОГ) – 90 человек с МЛУ и ШЛУ МБТ, контрольная (КГ) – 110 пациентов с лекарственно-чувствительными МБТ.

Результаты: 56,0% больных ТБ из ОГ наблюдались у фтизиатра более 2 лет, 12,0% – более 10 лет. У 79,0% пациентов КГ диагноз ТБ был выставлен впервые менее 2 лет назад. В ОГ у 71,52% больных был рецидив ТБ; с инфильтративным ТБ – 56,34% больных. В КГ очаговый ТБ у 81,27% больных. Наличие дыхательной недостаточности (ДН) было у 79,45% пациентов ОГ, а в КГ – у 42,34%. Синдром интоксикации был более выражен у пациентов с МЛУ и ШЛУ (в 67,25% случаев). ВИЧ в ОГ встречался в 2 раза чаще (в 15,62% случаев), чем у больных из КГ (у 8,18% пациентов). Сопутствующие заболевания были у 83,45% пациентов ОГ, в КГ они наблюдались лишь у 46,76% пациентов.

Выводы: 1. Среди пациентов ОГ лекарственная устойчивость – это результат рецидивов ТБ (в 71,52% случаев).
2. У пациентов ОГ чаще встречался инфильтративный ТБ (в 56,34% случаев), было более тяжелое течение ТБ-интоксикации (67,25%), дыхательная недостаточность (79,45%).
3. ВИЧ зарегистрирован у 15,62% у пациентов с МЛУ и ШЛУ, у которых был чаще диссеминированный ТБ легких (в 71,42%).
4. Сопутствующие соматические заболевания преобладали в 2 раза у пациентов ОГ (83,45% больных) по сравнению с КГ (46,76% пациентов).

128. Нормативно-правовая база как фактор обеспечения оказания противотуберкулезной помощи в амбулаторных условиях

Авторы: Писаренко К.С. – 1, Писаренко Н.К. – 2, Робу А.Ф. – 2

Организация: 1 – Международный независимый университет Молдовы, г. Кишинев, Республика Молдова; 2 – Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: осветить вопросы нормативно-правового обеспечения оказания противотуберкулезной помощи (ПТБП) в амбулаторных условиях (АУ) в Республике Молдова (РМ).

Материалы и методы: изучены национальные и международные нормативные и правовые акты.

Результаты: законодательство РМ об охране здоровья базируется на Конституции РМ (К) и состоит из Закона «Об охране здоровья» и других нормативных актов. В соответствии с К право на охрану здоровья гарантируется государством в виде минимума бесплатного медицинского обеспечения. ПТБП оказывается в соответствии с Законом «О контроле и профилактике туберкулеза», Постановлением Правительства «Об утверждении Национальной программы по контролю туберкулеза» (НПКТБ), Приказами Минздрава и рекомендациям ВОЗ. Согласно руководству ВОЗ для НПКТБ в РМ с 2001 г. применяется DOT-лечение ТБ в АУ на постстационарном этапе, а с 2013 г. – со дня постановки диагноза. В 2015 г. это решение было подтверждено в стратегии ВОЗ «Остановить ТБ». Важность поддержки пациентов в АУ подчеркнута в НПКТБ на 2016-2020 гг. Особенности организации оказания ПТБП на уровне первичной медико-санитарной и специализированной меди-

цинской помощи отражены в ряде Приказов Минздрава (К вопросу о внедрении «Национальной программы по контролю туберкулеза»; «Об общественных центрах поддержки для лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях»; «Об организации лечения новых и повторных случаев туберкулеза в амбулаторных условиях»; «К вопросу об утверждении Национального клинического протокола «Туберкулез у взрослых»; «К вопросу о некоторых мероприятиях по повышению приверженности к амбулаторному лечению туберкулеза» и др.).

Выводы: существующая в республике нормативно-правовая база в целом обеспечивает оказание ПТБП в АУ, но нуждается в уточнении показаний для лечения в АУ.

129. Влияние полиморфизма гена MMP-1 на отдаленные результаты лечения туберкулеза легких в зависимости от чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам

Автор: Тарасова Л.Г.

Организация: ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Цель: определить роль делеции 2G/2G MMP-1 в развитии раннего рецидива туберкулеза легких при различной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам.

Материалы и методы: проведен анализ отдаленных результатов эффективности лечения (в течение последующих пяти лет) в зависимости от варианта полиморфизма MMP-1 (1G/1G, 1G/2G или 2G/2G) 72 случаев заболевания туберкулезом легких. Статистическая обработка результатов в среде «Microsoft Excel 2013», использовалась четырехпольная таблица сопряженности, коэффициент ассоциации (Q).

Результаты и обсуждение: с лекарственноустойчивым туберкулезом (ЛУ-ТБ) было 33 человека, с лекарственночувствительным (ЛЧ-ТБ) – 39. Рецидивы заболевания развились у 45,45% пациентов с ЛУ-ТБ и у 17,94% с ЛЧ-ТБ (Q=0,6). У 44,44% больных с ЛЧ-ТБ с рецидивом была делеция 2G/2G и у 11,11% – делеции 1G/1G или 1G/2G. При ЛУ-ТБ рецидивы развились у 61,53% больных с 2G/2G и у 35% с делециями 1G/1G или 1G/2G. Так как Q=0,8 при ЛЧ-ТБ и Q=0,5 при ЛУ-ТБ, то, у больных ЛЧ-ТБ наличие генотипа MMP-1 2G/2G оказывает большее значение, чем у пациентов с ЛУ-ТБ на вероятность развития раннего рецидива (до 5ти лет). При определении взаимосвязи между вероятностью рецидива специфического процесса у больных ЛУ-ТБ и ЛЧ-ТБ в зависимости от полиморфизма MMP-1 выявлено, что факт найти фактор риска (делецию 2G/2G MMP-1) в случае ЛУ-ТБ составляет 1,143, а в группе ЛЧ-ТБ – 0,185, отношение шансов (OR)=6,171 при доверительном интервале (CI) 1,533 -24,844, что подтверждает достоверность данной зависимости.

Таким образом, гомозиготный полиморфизм 2G/2G гена MMP-1 оказывает существенное влияние на развитие раннего рецидива туберкулеза как в случае ЛУ-ТБ, так и ЛЧ-ТБ, но частота их возникновения в целом выше в группе больных с ЛУ-ТБ с делецией гена MMP-1 2G/2G.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

130. Диагностическое значение спиральной компьютерной томографии легких при дисплазии соединительной ткани и недостаточности питания у лиц призывного возраста

Авторы: Тетенева А.В., Сердюков Н.А. Беспалова И.Д, Бодрова Т.Н., Тетенев К.Ф., Потапов К.В.

Организация: ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Томск, Россия

Современная компьютерная томография обладает высокой чувствительностью (превышающей 90%) в диагностике эмфиземы легких и гиперинфляции, при этом, результаты не зависят от степени выраженности эмфизематозных процессов.

Цель работы: изучить роль показателей компьютерной томографии высокого разрешения в выявлении ранних проявлений поражения легочной ткани у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и недостаточностью питания (НП).

Результаты: по данным СКТ, наиболее частыми рентгенологическими находками у пациентов с ДСТ и НП являлись: гиперпневматизация легочной ткани – 32 (100%), верхушечные фиброзные тяжи – 30 (93,9%), фиброз перибронхиальной ткани в виде утолщения и уплотнения стенок бронхов 1-3 порядка – 25 (75,7%). Гиперпневматизация (гиперинфляция) отмечалась у всех без исключения пациентов с ДСТ и НП – 100% (p=0,001). Частота встречаемости патологического типа изменения градиентов плотности легочной ткани (гиперпневматизация) чаще отмечалась в нижних отделах легких и составила 78%. У 13 % пациентов зарегистрирован вариант, при котором наибольшая степень гиперпневматизации отмечалась в средних отделах легких и только у 9% (физиологический тип изменения градиентов плотности) – в верхних отделах легких.

Выводы: при верификации синдрома легочной гиперинфляции для определения степени годности к военной службе у призывников с ДСТ на фоне НП необходимо выполнение СКТ легких с корреляций структурных и денситометрических изменений со скоростными и объемными функциональными показателями внешнего дыхания.

ХОБЛ

131. Анализ CAT-теста у больных хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе

Авторы: Казак И.К. – 1, Долгиева М.Н. – 1, Курмантаева К.Н. – 2

Организация: 1 – НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Республика Казахстан, 2 – ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 4»

Цель исследования: изучение CAT-теста у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: обследованы больные ХОБЛ, наблюдающиеся на амбулаторном приеме у пульмонолога. В исследуемой группе преобладали мужчины, средний возраст больных составил 60,7 ± 10,2 лет. Всем больным были проведены сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование, опрос по стандартизированным вопросникам, исследование легочной функции методом форсированной спирометрии.

Результаты и обсуждение: пациенты, включенные в исследование были распределены следующим образом: группа А – 3 (15%), группа В – 4 (20%), группа С – 1 (5%) группа Д – 12 (60%). Среднее число обострений было 2,1 ± 0,26, 1 обострение было у 8 (40%) больных, 2 и более обострений у 12 (60%). Госпитализации в течение последнего года были у 9 (45%) опрошенных. Проанализированы ответы на вопросники CAT и mMRC. При оценке балльного показателя CAT, отражающего степень влияния ХОБЛ на качество жизни, были получены следующие результаты: незначительное влияние (0-10 баллов CAT) отмечено у 4 (20%) пациентов, умеренное (11-20 баллов CAT) наблюдалось у 9 (45%), сильное (21-30 баллов CAT) было у 5 (25%), чрезвычайно сильное (31-40 баллов CAT) у 2 (10%) пациентов. По мере нарастания степени тяжести, отмечено возрастание количества баллов CAT. Так, у больных ХОБЛ легкой степени CAT был 14,3 ± 5,0 баллов, средней степени тяжести 17 ± 2,3 баллов, тяжелой степени 25,8 ± 2,5 баллов. У 7 пациентов (35%) выявлено несоответствие качества жизни по CAT и степени тяжести ХОБЛ. При анализе клинических симптомов по CAT-тесту у всех больных выявлены все жалобы, включенные в вопросник, но они отличались по выраженности симптомов по шкале ответов от 0 до 5 баллов.

132. Стридорозное дыхание при тяжелом обострении ХОБЛ: клинико-эндоскопические параллели

Авторы: Штейнер М.Л. – 1,2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, Родимова О.А. – 1, Рыжкова С.А. – 3

Организация: 1- ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, 3 – ЗАО «Медицинская компания ИДК»

Цель: описание серии клинических случаев.

Методы исследования: в 2019 г. 4 пациентам, госпитализированным с тяжёлым обострением хронической обструктивной болезни лёгких, была проведена бронхоскопия, в связи с развившимся у них стридорозным дыханием. Исследование было проведено в экстренном порядке для исключения опухолевого процесса в трахее или подскладочном пространстве гортани.

Результаты: во всех случаях была отмечена выраженная трахеобронхиальная дискинезия, Сужение трахеи на выдохе уменьшало её просвет практически до уровня полулунной складки. Кроме того, отмечен диффузный гнойный эндобронхит III-й степени интенсивности воспаления по Лемуану. Состояние было расценено, как экспираторный стеноз трахеи. По мере лечения обострения ХОБЛ

стридорозный тембр дыхания постепенно нивелировал. Повторные бронхоскопии, выполненные с целью форсированного разрешения бронхообструкции за счёт избыточного количества гнойного вязкого секрета, позволили констатировать постепенное уменьшение степени трахеобронхиальной дискинезии.

Заключение: в данной ситуации стридорозное дыхание можно рассматривать, как непостоянный симптом тяжёлого обострения ХОБЛ.

133. Роль транзиторной гипоксемии в механизмах активации гемокоагуляционных реакций у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна

Авторы: Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.

Организация: Алтайский государственный медицинский университет

Цель: изучить механизмы влияния расстройств дыхания, связанных со сном, на активацию гемокоагуляционных реакций у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы: в 6-недельном открытом сравнительном исследовании проведен анализ динамики показателей ночной гипоксемии во взаимосвязи с маркерами воспаления, инсулинорезистентности и тромбогенного риска у 65 больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна. Из них 26 пациентов вошли в основную группу и получали в комплексном лечении неинвазивную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением в дыхательных путях (CPAP-терапию).

Результаты: применение CPAP-терапии сопровождалось уменьшением индекса апноэ – гипопноэ сна (ИАГ) с 53,4 $\pm$ 4,7 событий/час до 3,9 $\pm$ 0,4 событий/час ($p < 0,001$), удельного веса времени гипоксемии с показателем SaO2 <89% с 31,2$\pm$6,5 % до 7,0$\pm$3,0 %. На моделях множественного линейного регрессионного анализа показано, что уменьшение удельного веса ночной гипоксемии и ИАГ, в комплексе отражающих тяжесть транзиторной гипоксемии во время сна, являлись причинными факторами уменьшения содержания в крови интерлейкина 6 (ИЛ-6) ($R = 0,555$; $R2 = 0,308$; $F = 7,993$; $p = 0,001$). Определено сочетанное влияние увеличения уровней в крови С-реактивного белка (СРБ) и эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF) на возрастание плазменной концентрации фрагментов протромбина 1+2 (F1+F2), являющихся показателем тромбинемии ($R = 0,890$; $R2 = 0,792$; $F = 108,831$; $p < 0,001$).

Заключение: у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна тяжесть транзиторной ночной гипоксемии оказывает влияние на концентрацию в крови циркулирующего тромбина, опосредованное провоспалительными медиаторами на фоне дисфункции эндотелия сосудов.

134. Механизмы гипергомоцистеинемии и их коррекция при длительной CPAP-терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна

Авторы: Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.

Организация: Алтайский государственный медицинский университет

Цель: изучить влияние расстройств дыхания, связанных со сном, на увеличение уровня сывороточного гомоцистеина и возможность его коррекции при использовании в комплексном лечении CPAP-терапии у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна. Материалы и методы. В 6-недельное открытое сравнительное исследование были включены 65 больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна после перенесенного обострения, не нуждавшихся в длительной кислородотерапии. 26 пациентов получали в комплексном лечении CPAP-терапию (основная группа), средняя продолжительность которой составляла 5,85 $\pm$ 0,52 часов. Удельный вес количества ночей с использованием CPAP-терапии в общем количестве ночей составил 74,5 $\pm$ 8,8%.

Результаты: уровень гомоцистеина до лечения составил в основной группе 11,16$\pm$1,18 мкмоль/л и в группе сравнения 12,28$\pm$0,72 мкмоль/л. После проведения CPAP-терапии сывороточное содер-

жание гомоцистеина в основной группе снизилось в большей степени, чем в группе сравнения, соответственно на 4,21±0,38 мкмоль/л и на 1,03±0,25 мкмоль/л (p<0,001). При построении моделей множественного линейного регрессионного анализа определено сочетанное влияние на содержание в крови гомоцистеина удельного веса времени ночной гипоксемии с показателем SaO2<89% и сывороточного уровня эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF) (R=0,975; R2=0,951; F=346,424; p<0,001); С-реактивного белка, С-пептида и VEGF (R=0,986; R2=0,973; F= 672,679; p <0,001).

Заключение: у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна содержание в крови гомоцистеина находится в тесной зависимости от продолжительности ночной гипоксемии, сывороточной концентрации С-реактивного белка, С-пептида и VEGF. CPAP-терапия ассоциируется со снижением уровня гомоцистеина в крови.

135. Молекулярные механизмы фенотипической гетерогенности хронической обструктивной болезни легких: анализ вовлеченности генов NFKB- и NRF2-путей сигнальной трансдукции

Авторы: Корытина Г.Ф. – 1,2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Темнов М.Ю. – 2, Зулкарнеев Ш.Р., Ахмадишина Л.З. – 1, Загидуллин Ш.З. – 2, Викторова Т.В. – 1

Организация: 1 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Федерального государственного бюджетного научного учреждения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, Уфа, Россия, 2 – Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Одной из причин трудностей в идентификации маркеров ХОБЛ является фенотипическая гетерогенность. Определенная доля пациентов с ХОБЛ более предрасположена к развитию частых обострений заболевания, которые являются причиной резкого прогрессирования обструкции дыхательных путей и неблагоприятного исхода.

Цель: выявление ассоциации генов NFkB- и NRF2-путей сигнальной трансдукции с ХОБЛ, анализе их вклада в развитие фенотипа с частыми обострениями и вариабельность показателей функции внешнего дыхания.

Материалы и методы: в группах больных ХОБЛ (N=601) и контроля (N=617) проведен анализ 27 полиморфных локусов генов NFkB- и NRF2- путей сигнальной трансдукции.

Результаты: ассоциация с развитием ХОБЛ были установлены для генов TNFA (rs1800629), CXCL8 (rs4073), CCL2 (rs1024611), CCL20 (rs6749704), CCR6 (rs3093024), CCL8 (rs3138035), CX3CL1 (rs170364), CXCR2 (rs2230054), IL19(rs2243193), KEAP1 (rs1048290), HSPA1A (rs1008438). Выявлены специфические генетические маркеры развития фенотипа с частыми обострениями: TNFA (rs1800629), CXCR2 (rs2230054), KEAP1 (rs1048290), HSPA1A (rs1008438), TNFRSF1B (rs1061622), CCR6 (rs3093024). Установлена ассоциация генов NFE2L2 (rs35652124), TNFRSF1B (rs1061624), TNFRSF1A (rs767455), CCL23 (rs854655), CXCR2 (rs4674258), NFKB1 (rs28362491), CCL20 (rs6749704), CX3CR1 (rs3732378) с показателями функции внешнего дыхания. Мультилокусный анализ показал, что аллели CCL8rs3138035*C, KEAP1rs1048290*G и CCR2rs1799864*G присутствуют в большинстве комбинаций, ассоциированных с повышенным риском ХОБЛ. Наиболее информативные комбинации включали компоненты взаимосвязанных NRF2- NFkB-сигнальных путей. Исследование поддержано Российским фондом фундаментальных исследований (№18-015-00050).

136. Особености энергетического обмена клеток крови при ХОБЛ с частыми обострениями

Авторы: Косякова Н.И., Акуленко М.В., Кондрашова М.Н.

Организация: ФГАУЗ Больница Пущинского Научного Центра РАН, г. Пущино

Хроническая гипоксия организма является одним из ведущих факторов патогенеза ХОБЛ.

Цель: изучить особенности энергетического обмена клеток крови при ХОБЛ с частыми обострениями.

Материалы и методы: обследовано 64 пациента с верифицированным диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 лет и старше в стадии ремиссии. Средний возраст 54,3±4,6 года. Курили все пациенты. ИК=24,7±4,2 пачко-лет. Пациенты с частыми обострениями ХОБЛ (n=28) составили 1 гр. наблюде-

ния; 2 гр. (n=10) – ХОБЛ с редкими обострениями, 3 гр. (n=10) – условно здоровые. Оценку энергетического обмена проводили по дисфункции митохондриальных ферментов с использованием цитобиохимического метода. Определяли сукцинатдегилрогеназу (СДГ) и лактатдегидрогеназу (ЛДГ) и их соотношение – эффект Варбурга (ЭФВ). Статистическая обработка – с помощью пакетов прикладных программ Statistica 10.0. Различия показателей считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты: При рассмотрении по группам в целом различия изменений СДГ и ЛДГ были статистически не значимыми. Однако, отношение – ЛДГ/СДГ четко различались в разных группах. В группе пациентов с редкими обострениями оно составило $3,5\pm0,9$ усл.ед, а в группе пациентов ХОБЛ с частыми обострениями – $5,6\pm0,7$ усл.ед., в группе здоровых – $2,9\pm0,4$. Таким образом, применение показателя ЭФВ можно рассматривать как биомаркер соотношения энергетического (катаболического) и восстановительного (анаболического) метаболизма в организме, а его сдвиги в сторону катаболитического метаболизма, как предиктора обострения ХОБЛ, что поможет своевременно вносить коррективы в индивидуальные программы реабилитации больных ХОБЛ с частыми обострениями.

137. Тенденции в структуре смертности от ХОБЛ

Авторы: Малыхин Ф.Т. – 1, Сидорова В.О. – 1, Суровикина Е.О. – 1, Ширяева М.А. – 1, Гордеева Л.П. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, 2 – ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя

Цель исследования: изучить тенденции смертности от ХОБЛ за 2012-2016 гг. в городском многопрофильном стационаре.

Материалы и методы исследования: анализ данных пациентов, умерших от ХОБЛ по сведениям из журналов патологоанатомических исследований за 2012-2016 годы. Выделены возрастные группы: 18-59 лет (I), 60-74 года (II) и 75 лет и старше (III). Статистическая проверка гипотез проведена на основании распределения Стьюдента и критерия Фишера. Статистически значимыми различия значений считали при $p<0,05$.

Результаты: проанализировано 102 случая смерти от ХОБЛ, из них – 71 мужчина и 31 женщина ($p<0,05$). На долю ХОБЛ как основного, так и сопутствующего заболевания в сумме приходилось 4,35% (2,77% - основное, 1,58% – сопутствующее) от общего числа изученных случаев смерти. Средний возраст пациентов, умерших от ХОБЛ, составил $69,0\pm3,5$ г. Средний возраст смерти мужчин – $68,0\pm4,0$ г., женщин – $71,4\pm6,4$ г. ($p>0,05$). Средний возраст умерших по возрастным группам: 1 – $55,8\pm3,2$ г., 2 – $68,3\pm2,3$ г., 3 – $83,3\pm2,1$ г. ($p<0,05$). Выявлены повышение количества летальных исходов с увеличением возраста (1 группа – 23,5%; 2 группа – 37,3%; 3 группа – 39,2%; $p<0,05$) и тенденция к повышению среднего возраста смерти от ХОБЛ (2012 и 2016 гг. – $66,7\pm7,7$ г. и $73,9\pm6,4$ г., $p<0,05$). Присутствует тенденция к повышению среднего возраста смерти от ХОБЛ как среди пациентов–мужчин (с $65,9\pm8,5$ г. до $73,6\pm7,9$ г., $p<0,05$) так и среди пациентов-женщин (с $69,5\pm11,4$ г. до $74,3\pm10,5$ г., $p<0,05$). Наибольшая смертность среди пациентов с ХОБЛ наблюдалась весной ($p>0,05$).

Выводы: 1. Среди умерших от ХОБЛ преобладали люди старше 40 лет, чаще старше 60 лет. 2. Преобладающее большинство пациентов, умерших от ХОБЛ, составляли мужчины. 3. Повышается средний возраст смерти от ХОБЛ как среди мужчин, так и женщин.

138. Гиалуроновая кислота как предиктор обострений ХОБЛ профессиональной этиологии

Авторы: Федотов В.Д., Блинова Т.В., Шония М.Л.

Организация: ФБУН НН ИИ ГП Роспотребнадзора

Введение: обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), в том числе и профессиональной этиологии (ПЭ) играют решающую роль в прогрессировании заболевания, развитии осложнений и выживаемости больных. Имеется прямая зависимость между обострениями и процессами ремоделирования мелких дыхательных путей, поскольку после обострения происходит безвозвратное снижение легочной функции. По мнению ряда авторов в клинической практике существует высокий запрос на выявление биомаркеров, которые могут быть использованы для оценки риска будущих обострений и прогрессирования респираторных нарушений. Одним из та-

ких маркеров может быть гиалуроновая кислота (ГК), которая является маркером состояния соединительной ткани, в частности активности фибробластов.

Цель исследования: изучить зависимость между концентрацией гиалуроновой кислоты в сыворотке крови и частотой обострений ХОБЛ ПЭ обусловленной воздействием кремнеземсодержащей пыли.

Материалы и методы: было обследовано 66 человек с диагнозом ХОБЛ ПЭ. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от частоты обострений (по критериям GOLD 2019).

Результаты: медианная концентрация гиалуроновой кислоты (ГК) в сыворотке крови у больных с ХОБЛ ПЭ с частыми обострениями независимо от степени тяжести была статистически значимо выше на 26% (207,3 нг/мл [145,5; 302,6] против 152 нг/мл [96,5; 182,9], p=0,03), чем у пациентов с редкими обострениями. При проведении корреляционного анализа была выявлена обратная коррелятивная связь между концентрацией ГК и ОФВ1 (p=0,015, R=-0,22).

Заключение: определение количества ГК в сыворотке крови у пациентов с ХОБЛ ПЭ может быть использовано не только в качестве маркера прогрессирования обструктивных нарушений, но и предиктора обострений заболевания.

139. Особенности регрессии туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя на фоне химиотерапии у больных туберкулёзом и ХОБЛ

Авторы: Черников А.Ю., Костенко К.Д.

Организация: ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: выявить особенности регрессии туберкулёза у больных с ХОБЛ, проходящих лечение по IV режиму химиотерапии.

Материалы и методы: выделены 45 больных туберкулёзом и ХОБЛ, получавших лечение по режиму IV. Преобладали мужчины – 82,2%, средний возраст 42,5±5,5 лет. Все имели пятилетний стаж туберкулёза и страдали ХОБЛ до присоединения туберкулёза. Лёгкая степень ХОБЛ 31,1%, средняя 44,4%, тяжёлая 24,5%. Типы: A 13,4%, B 24,4%, C 51,1%, D 11,1%. Контрольная группа включала 45 пациентов с туберкулёзом без признаков ХОБЛ: мужчины – 82,2%, средний возраст 45,5±5,7 лет.

Результаты: Достигнуто прекращение бацилловыделения по микроскопии мокроты на 1-2 месяце лечения – 22,2±8,3% и 33,3±9,4%, на 3-4 – 55,6±9,6% и 53,3±9,6, на 5-6 месяце – 17,8±8,2% и 8,9±8,0%. Установлена положительная клинико-рентгенологическая динамика 91,1±7,9% и 88,9±7,9%. На фоне длительной химиотерапии установлены 26,6% обострений ХОБЛ. Обострения сопровождались возобновлением бацилловыделения 22,3% после санации мокроты: на 7-8 месяце лечения – 15,6%, на 9-10 – 6,7%. В 20% визуализировались новые участки инфильтрации, кистозные изменения, очаговые тени. К лечению была добавлена антибактериальная терапия, отхаркивающие, изменена бронходилатационная ингаляционная терапия. Полная ликвидация симптомов обострения ХОБЛ наступало в срок 24-36 дней и совпадало с прекращением бацилловыделения у всех пациентов. Регрессия рентгенологических симптомов наступала в сроки 60-90 дней. В контрольной группе таких симптомов не наблюдалось.

Заключение: у больных с МЛУ туберкулёза и ХОБЛ на фоне противотуберкулёзной терапии может возникнуть симптом «возвратного бацилловыделения», совпадающий с обострением ХОБЛ. Это не требует перерегистрации пациента по другому режиму лечения и купируется лечением обострения ХОБЛ.

140. Инфекция и воспаление в патогенезе бронхообструктивных заболеваний лёгких

Авторы: Баранов Д.З., Трофимов В.И.

Организация: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Цель: оценить роль некоторых инфекционных агентов в воспалении у больных бронхообструктивными заболеваниями.

Материалы и методы: обследованы 113 пациентов (БА 52 пациента, ХОБЛ 23, астма-ХОБЛ 38), у 43 в мокроте был обнаружен только S. viridans – контрольная группа (КГ). Данные представлены в виде Me [Q25;Q75].

Результаты: K. pneumoniae в мокроте определена у 9 пациентов, E. coli – у 4, P. aeruginosa – у 4, Neisseria spp. – у 20, Enterobacter spp. – у 7, K. oxytoca – у 3, S. aureus – у 21, S. pneumoniae – у 3, грибок Candida – у 20. КГ: уровень лейкоцитов (УЛ) – 6,4×109/л [5,4;7,8]; нейтрофилы крови (НК) – 56% [50;69]; СОЭ – 13 мм/ч [6;22]; С-РБ – 5 мг/л [3;10,3]; фибриноген – 3,4 г/л [3;4]. По сравнению с КГ УЛ отличался у пациентов с P. aeruginosa – 9,8×109/л [9,4;10,6], p=0,009; с Candida – 8,9×109/л [6,7;10,5], p=0,002. Уровень НК выше у пациентов с Candida – 70% [60;78], p=0,005. СОЭ повышена при выделении P. aeruginosa – 35 мм/ч [21;42], p=0,045. Повышение С-РБ: у пациентов с Candida – 8,7 мг/л [4,8;33,7], p=0,025; с S. pneumoniae – 39,1 мг/л [6,4;42,7], p=0,041. Фибриноген повышен при выделении E. coli – 4,9 г/л [4,7;5], p=0,029; P. aeruginosa – 5,1 г/л [4,7;5,4], p=0,003; S. pneumoniae – 4,3 г/л [4,2;4,3], p=0,032. Получены корреляции титра Candida с УЛ (RS=0,52; p=0,019), с фибриногеном (RS=0,65; p=0,004). Титр S. aureus коррелировал с эозинофилами мокроты (RS=0,67; p=0,048) и нейтрофилами мокроты (RS= −0,76; p=0,004). Для K. pneumoniae обнаружена корреляция с НК (RS=0,76; p=0,017).

Выводы: P. aeruginosa, S. pneumoniae, E. coli, K. pneumoniae могут участвовать в воспалении у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями. С учётом ассоциации S. aureus с эозинофилами мокроты необходимо дальнейшее изучение роли данной бактерии в аллергическом воспалении.

141. Клинические особенности при сочетанной кардиопульмональной патологии

Авторы: Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Организация: Амурская ГМА

Цель исследования: изучить особенности клинического течения при сочетанном течении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среднетяжелого течения и метаболического синдрома.

Методы исследования: в исследование было включено 34 пациента с ХОБЛ среднетяжелого течения (1-я группа). 47 пациентов с коморбидным течением ХОБЛ и метаболического синдромом составили 2-ю группу. Объем талии, уровень систолического артериального давления во 2-й группе значимо увеличены и составили в среднем соответственно 101,93 (93,72; 104,16) см и 151,21 (147,32; 158,27) мм рт.ст. Интерпретация выраженности симптомов проводилась по модифицированному вопроснику критериев тяжести одышки Medical Research Council Scale (mMRC) и тесту оценки ХОБЛ-COPD Assessment Test (CAT).

Результаты: во 2-й группе пациентов наблюдалось значимое повышение степени одышки до 3 (2; 3) и согласно данным CAT выявлено сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов до 22 (17; 25). При оценке интегративного индекса BODE, включающего оценку индекса массы тела, объема форсированного выдоха за одну секунду, пройденную дистанцию при 6-минутном шаговом тесте и показатель mMRC во 2-й группе выявлено значимое снижение прогнозируемой выживаемости. Нами выявлены достоверные корреляционные связи систолического артериального давления с объем талии, индексом инсулинорезистентности.

Заключение: ухудшение качества жизни у пациентов с коморбидным течением ХОБЛ связано с прогрессированием абдоминального ожирения, что указывает на выраженный вклад инсулинорезистентности в развитие артериальной гипертензии, повышает риск развития острых сердечно-сосудистых осложнений.

142. Эозинофилия крови при ХОБЛ: параллели между приемом ИГКС и обострениями

Авторы: Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф.

Организация: ФГБОУ ВО Казанский Государственный Медицинский Университет

Цель: оценка эозинофилии периферической крови и приема ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в зависимости от частоты тяжелых обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, госпитализированных с обострением ХОБЛ в терапевтический стационар за 3 календарных года. Изучены данные по амбулаторному использованию ИГКС и уровни эозинофилии крови при госпитализации.

Результаты: было зарегистрировано 319 случаев госпитализаций с обострением ХОБЛ, из которых 207 госпитализировались однократно (контрольная группа) и 112 (45 пациентов) – 2 и более раз за год (основная группа). Средний возраст пациентов контрольной и основной групп (69,07±0,8 и 70,84±1,3 лет), как и длительность ХОБЛ (8,94±0,98 и 10,66±1,56 лет) достоверно не различались. Пациенты группы контроля имели эозинофилию в среднем 205,8±19,04 клеток/мкл (кл/мкл), в основной группе – 173,4±30,6 кл/мкл. Число пациентов, получавших ИГКС амбулаторно, в основной группе (51%) было в 1,6 раза выше, чем в группе контроля (32%). В контрольной группе уровень эозинофилии имел тенденцию к снижению с нарастанием тяжести обструктивных нарушений, в основной группе при крайне-тяжелых обструктивных нарушениях эозинофилия (275,4 кл/мкл) превышала значения группы контроля в 1,9 раза.

Выводы: пациенты с повторными госпитализациями в целом имели тенденцию к более низкому уровню эозинофилии при большей частоте амбулаторного использования ИГКС. Несмотря на это, при крайне тяжелых обструктивных нарушениях уровень эозинофилии у данной категории пациентов был в 2 раза выше, чем у аналогичных пациентов группы контроля.

143. Фосфорно-кальциевый обмен у больных хронической обструктивной болезнью легких разного риска обострений

Авторы: Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В литературе представлены единичные исследования об изменении фосфорно-кальциевого обмена у мужчин больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Цель: оценить показатели фосфорно-кальциевого обмена у мужчин с ХОБЛ разного риска обострений.

Материал и методы: проведено комплексное клиническое обследование 105 мужчин с ХОБЛ GOLD II-III в возрасте от 50 до 65 лет. Длительность заболевания составила –15,7±4,6 лет лет, индекс курящего человека –25,9±3,3 пачка/лет. Пациенты были разделены на 2 равноценные группы по возрасту, длительности ХОБЛ, ИКЧ: 1-я группа (n=43) – низкий риск обострения ХОБЛ, 2-я группа (n=62) – высокий риск обострения. Состояние кальций-фосфорного обмена оценивали по уровню концентрации общего кальция (Са), неорганического фосфора (Р) в сыворотке крови, произведению Са×Р.

Результаты: в общей когорте больных концентрация общего Са в сыворотке крови была незначительно сниженная (в среднем, 2,04±0,02 ммоль/л) на уровне сохраненного референсного значения Р. У 28 (26,6%) человек имела место гипокальциемия. Во 2-й группе уровень общего Са составил 1,89±0,02 ммоль/л, что было значимо ниже, чем в 1-й группе (p=0,0001). Случаи гипокальциемии достоверно чаще выявлялись во 2-й группе ($\chi 2$= 4,018; p=0,046). Концентрация Р во 2-й группе была ниже, но недостоверно. Абсолютный риск развития гипокальциемии во 2-й группе составил 0,484 против 0,399 в 1-й группе. Относительный риск развития гипокальциемии составил 2,081 (95% ДИ: 0,971 – 4,457). Таким образом, по нашим данным обострения ХОБЛ оказывают негативное влияние на фосфорно-кальциевый обмен, преимущественно на обмен Са. Пациенты с частыми обострениями ХОБЛ представляют группу риска по развитию гипокальциемии.

144. Вентиляционные нарушения, возраст и уровень артериального давления как индукторы артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких

Автор: Пунин Д.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

Цель: определение параметров, оказывающих наибольшее влияние на показатели артериальной ригидности (АР) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: у 86 пациентов с ХОБЛ в возрасте 62±6,6 лет методом объемной сфигмографии определены параметры АР модифицированный сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI0), сердечно-лодыжечная скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), среднее артериальное давление (АДср). CAVI0 характеризовал морфологический компонент АР, СРПВ – морфологический и функциональный компоненты артериальной жесткости. Для определения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) была выполнена спирометрия после приема 400 мкг Сальбутамола. Статистическая обработка проводилась методом множественной регрессии. Проверка статистических гипотез выполнялась на уровне значимости p=0,05.

Результаты: значение ОФВ1 у пациентов с ХОБЛ составило 52±13,8% от нормы, показатель CAVI0 – 14,0±2,42, СРПВ–8,7± 1,02 м/с, уровень АДср–104±12,7 мм рт.ст. При проведении регрессионного анализа были получены следующие модели: CAVI0=0,19 * возраст +0,05 * АДср–0,07 * ОФВ1; R2 = 0,35; F = 16,0, p<0,001; стандартизированные коэффициенты регрессии (beta) для возраста –0,52, для АДср–0,24, для ОФВ1 – -0,37.СРПВ=0,06 * возраст +0,06 * АДср–0,02 * ОФВ1; R2=0,64; F = 49,2, p<0,001; beta для возраста –0,37, для АДср–0,74, для ОФВ1 – -0,28.

Выводы: значение CAVI0 в первую очередь определяется возрастом пациента и выраженностью обструктивных нарушений, и в меньшей степени – уровнем артериального давления, в то время как СРПВ в большей степени зависит от артериального давления.

145. Длительность временной нетрудоспособности больных с обострением хронической обструктивной болезни легких

Авторы: Писаренко С.В. – 1, Мартынюк К.И. – 1, Кондрацки Д.П. – 1, Томша А.Н. – 2, Ионица Н.И. – 3

Организация: 1 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова; 2 – Национальное агентство общественного здоровья, Республика Молдова; 3 – ОМСУ Ниспоренская районная больница, Республика Молдова, г. Ниспорены

Цель: определить длительность временной нетрудоспособности (ВН) больных с обострением ХОБЛ (О).

Материалы и методы: в исследование были включены 88 трудозанятых больных с О ХОБЛ (средний возраст 52,7 года). Диагноз О устанавливали на основании клинических проявлений жалоб пациента на острое ухудшение респираторных симптомов, которое выходило за рамки ежедневных обычных колебаний и требовало изменения применяемой терапии. ВН больного ХОБЛ определяли на основании медицинского и социального критериев трудоспособности (Т). О дифференцировали от пневмонии, сердечной недостаточности и других состояний.

Результаты: в зависимости от тяжести О лечение проводилось как в амбулаторных (легкое и среднетяжелое О у больных с легким течением ХОБЛ), так и в стационарных условиях. Лечение включало кислородную поддержку, бронходилататоры, глюкокортикостероиды, антибиотики, реже вентиляционную поддержку. В связи с временной утратой Т пациенту предоставляли медицинский отпуск на время лечения О. Критерием восстановления Т было возвращение клинико-функциональных и лабораторных данных к исходному уровню. У 16 больных с легким О для этого потребовалось в среднем 10,5 дня; у 34 больных с О средней тяжести – 18 дней; у 38 больных с тяжелым О – 28,4 дня. Сроки ВН зависели от тяжести ХОБЛ и коморбидности, влиявших на темпы обратного развития О. Так, с учетом интегральной оценки ХОБЛ легкое О диагностировалось у больных группы А и группы В; О средней тяжести – преимущественно у больных группы В; тяжелое О – главным образом у больных группы D. Коморбидными были 50% больных с легким О, 88,2% – с О средней тяжести и 100% – с тяжелым О.

Заключение: длительность временной нетрудоспособности больных с обострением ХОБЛ прямо зависит от тяжести обострения, степени тяжести ХОБЛ и сопутствующей патологии.

146. Базисная терапия ХОБЛ

Авторы: Шангина О.А., Шелихов В.Г.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Целью исследования: оценка эффективности терапии комбинированной бронхолитической терапии у пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы: наблюдались 18 пациента пожилого возраста с ХОБЛ средней степени тяжести, выраженными клиническими симптомами (mMRC – 3 балла, CAT – 18 баллов), частыми обострениями. Все пациенты принимали 6 месяцев комбинированный бронхолитик индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром через бризхалер. Контролировались клинические показатели (частота дыхания, сатурация кислорода, выраженность одышки по шкале Mmrc, вопроснику CAT, опросник Святого Георгия), спирометрия.

Результаты: за 6 месяцев наблюдения обострение ХОБЛ без госпитализации имело место у 4 пациентов, обострение ХОБЛ с госпитализацией – у 2 больных. У 12 пациентов за 6 месяцев комбинированной базисной терапии двойными бронходилятаторами обострение ХОБЛ не регистрировалось. Через 6 месяцев терапии сатурация кислорода у всех пациентов отмечалась на уровне выше 95%. 14 пациентов отметили уменьшение одышки к 6 месяцу лечения на уровне 2 баллов по шкале Mmrc, снижение тяжести симптомов по вопрос нику CAT – до 10 баллов. Все пациенты отметили улучшение качество жизни по шкале Святого Георгия. По показателям функции внешнего дыхания через 6 месяцев терапии у пациентов отмечалось увеличение ОФВ1 на 23,8±4.2 мл, индекс Тиффно у всех менее 70%.

Выводы: таким образом, современная терапия ХОБЛ у пожилых пациентов комбинированым бронхолитическим препаратом индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром через бризхалер является эффективной, уменьшает количество обострений, улучшает клинические симптомы и качество жизни.

147. Возможности прогнозирования результатов лечения ингибитором АПФ периндоприлом с учетом эндотелиальной функции и I/D полиморфизма гена АПФ у больных ХОБЛ

Авторы: Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Каланча В.А.

Организация: ОМСУ Научно-исследовательский институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: оценить влияние эндотелиальной функции (ЭФ) и I/D полиморфизма гена АПФ на коррекцию легочной гипертензии (ЛГ) ингибитором АПФ периндоприлом (П) с учетом эндотелиальной функции (ЭФ) и I/D полиморфизма гена АПФ у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование был включен 31 больной (средний возраст 46,3±1,5 года) со среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ (согласно критериям GOLD). Неинвазивное исследование ЭФ проводили с помощью ультразвука высокого разрешения. Пробу с реактивной гиперемией (РГ) проводили по методике D. Celermajer (1992). ЭФ оценивалась исходно и после 5 недель лечения П в средней дозе 3,1±0,74 мг/сут. Определение полиморфизмов I/D гена АПФ проводили методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: после лечения П отмечена существенная положительная динамика ЭФ у всех больных. Показатель ЭФ у больных с I/D генотипом (n=11) вырос вдвое – с 7,67±5,32% до 14,5±3,04% (p=0,035), одновременно с достоверным ростом минутного объема крови. У больных с I/I генотипом (n=10) показатель ЭФ, исходно более низкий, чем в I/D группе, также достоверно улучшился с 3,66±8,84 до 9,16±5,34%. У больных с D/D генотипом (n=10), с наиболее низким исходным показателем ЭФ (–29,4±11,56%) и наибольшими значениями КДР правого желудочка (30,8±3,25 мм) – лечение П позволило лишь несколько улучшить ЭФ (p=0,72). Достоверно отмечено, что у всех пациентов с низкими показателями ЭФ (от 0 до 29,4%) среднее давление в ЛА (СДЛА) практически не изменилось.

Положительная динамика СДЛА, ЭФ и толерантности к физической нагрузке отмечена у всех пациентов с I/I и I/D генотипами, получавшими П (I/I>I/D>D/D, p=0,024).

Выводы: ЭФ и I/D полиморфизм гена АПФ как критерии эффективности лечения могут быть учтены при назначении ингибитора АПФ периндоприла для коррекции легочной гипертензии у больных ХОБЛ.

148. Влияние небиволола на эндотелиальную функцию, артериальную ригидность и функцию внешнего дыхания у больных ХОБЛ

Авторы: Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Каланча В.А.

Организация: ОМСУ Научно-исследовательский институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: оценить влияние селективного бета-адреноблокатора небиволола у больных ХОБЛ на эндотелиальную функцию, артериальную ригидность и функцию внешнего дыхания.

Материалы и методы: в исследование был включен 31 больной (средний возраст 46,3±1,5 года) со среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ вне обострения (согласно критериям GOLD) и сопутствующей артериальной гипертензией 2 степени. В течение 8 недель больные получали небиволол (Н) в дозе 5 мг в сутки. До и после лечения Н больным проводилось неинвазивное исследование эндотелиальной функции и ригидности артериальной стенки методом компьютерной фотоплетизмографии с использованием пробы с реактивной гиперемией. Показателем наличия дисфункции эндотелия считалось значение эндотелий-зависимой реакции менее 10%.

Результаты: применение Н у больных ХОБЛ не выявило ухудшения бронхообструктивного синдрома в ходе лечения. Анализ результатов фотоплетизмографии выявил позитивную динамику эндотелиальной функции: кумулятивные индексы эндотелиальной функции по результатам пробы с реактивной гиперемией достоверно возросли (с 7-12% до 17-35%); индекс ригидности пульсовой волны достоверно уменьшился (с 7,91±0,35 до 7,45±0,33%); практически остался без изменений индекс отражения (до лечения 48,1±2,07, после лечения 47,7±2,4 м/сек). Схожие тенденции отмечены и после проведения пробы с реактивной гиперемией. Средние значения показателя эндотелиальной функции в результате приема Н достоверно улучшились (до лечения 8,6±1,1%, после лечения 17,9±2,50%).

Выводы: Небиволол у больных ХОБЛ не ухудшает показатели бронхиальной проходимости, существенно улучшает показатели функции эндотелия и благоприятно влияет на ригидность артериальной стенки мелких и средних сосудов легких, что в свою очередь способствует уменьшению частоты сосудистых осложнений.

149. Легкая ХОБЛ: что изменит отказ от курения?

Авторы: Вершинина М.В., Хоменя А.А., Фороносова О.А.

Организация: ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России

Не вызывает сомнения, что отказ от курения является одним из наиболее важных факторов, улучшающих прогноз ХОБЛ. Однако данные о конкретном влиянии отказа от курения на симптомы ХОБЛ и частоту обострений остаются неясными даже для ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести, тем более для легкой ХОБЛ, когда пациенты практически не предъявляют активных жалоб. С целью уточнения течения легкой ХОБЛ и определения эффективности отказа от курения было запланировано проспективное исследование, в которое было включено 24 пациента с легкой ХОБЛ. На протяжении трех лет пациентам ежегодно проводилось спирометрическое обследование с определением обратимости, оценка одышки по шкале mMRC, а также анкетирование для оценки жалоб и статуса курения. В течение исследования полностью отказались от курения 14 пациентов (58%), остальные пациенты продолжали курить. В начале исследования большинство пациентов сообщали о кашле (91%), включая мокроту (56%). По шкале mMRC они оценивали одышку в 2 и более баллов в 5% случаев. Более половины опрошенных указали на наличие двух и более обострений в год. Через 3 года в группе пациентов, бросивших курить, существенно уменьшились жалобы на кашель и одышку, и у 64% снизилась частота обострений. Спирометрические показатели у всех больных, отказавшихся от курения, соответствовали легкой степени ХОБЛ. В группе пациентов, продолжающих курить, у 30% повысилась интенсивность и частота жалоб, у остальных осталась на прежнем уровне, но у 80% повысилась

частота обострений. У 20% больных регистрировались спирометрические показатели, соответствующие ХОБЛ средней степени тяжести. Мы планируем продолжить исследование с большим количеством наблюдений в течение более длительного периода.

150. Бета-2-микроглобулин сыворотки крови как маркер почечной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью легких различного риска обострений

Авторы: Бакина А.А., Павленко В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Известно, что хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) оказывает существенное влияние на развитие почечной дисфункции, одним из методов оценки которой является изучение бета-2-микроглобулина (β2-МГ). Однако значения его среди лиц с ХОБЛ определялись в ограниченном числе работ, что определило актуальность исследования.

Цель: оценить уровень β2-МГ сыворотки крови у больных ХОБЛ разного риска обострений.

Материал и методы: обследовано 86 больных с установленным диагнозом ХОБЛ 2 и 3 степеней тяжести по GOLD в возрасте 45-60 лет, преимущественно мужчин (95,3%), которые в зависимости от частоты обострения ХОБЛ были разделены на 2 группы: 1-ю группу (n=37) составили пациенты с редкими обострениями, 2-ю группу (n=49) – с частыми обострениями. Длительность заболевания составила 11 [8;20] лет. Курили 100% обследованных, индекс курящего человека равнялся 30 [20;40] пачка/лет. По возрасту, половому составу, длительности ХОБЛ, индексу курящего человека группы были равноценны. β2-МГ в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Результаты: в общей когорте больных повышенные значения β2-МГ сыворотки крови обнаружены у 61 (70,9%) человека, а его значение составило 3,6 [2,9;5,2] мг/мл. Концентрация β2-МГ у пациентов 2-й группы была достоверно выше, чем в 1-й группе и составила соответственно 4,2 [3,1;5,5] против 3,4 [2,8;4,9] мг/мл (p=0,04), что указывало на более выраженную гломерулярную дисфункцию у пациентов ХОБЛ с частыми обострениями. Во 2-й группе повышенный уровень β2-МГ обнаружен у 79,6% (n=39) больных, что было статистически чаще (p=0,04), чем у лиц 1-й группы (59,5%,n=22). Таким образом, по нашим данным, обострения ХОБЛ оказывают неблагоприятное влияние на функцию почек. Особое внимание необходимо обращать на пациентов с частыми обострениями ХОБЛ.

151. Показатели функции внешнего дыхания у больных ХОБЛ на фоне базисной терапии

Авторы: Шангина О.А., Тюлюкин В.А, Нечаева И.А.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово ГАУЗ КККБ СМП им. Подгорбунского М.А., г. Кемерово ГАУЗ КО ДКБ, г. Кемерово

Цель исследования: изменение показателей функции внешнего дыхания у пациентов с ХОБЛ на фоне базисной терапии.

Материалы и методы: обследовано 24 пациента с ХОБЛ средней степени тяжести, выраженными клиническими симптомами (mMRC – 3 балла, CAT – 18 баллов), частыми обострениями. Все пациенты принимали 6 месяцев комбинированный бронхолитик индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром через бризхалер. Контролировались клинические показатели (частота дыхания, сатурация кислорода, выраженность одышки по шкале Mmrc, вопроснику CAT, опросник Святого Георгия), спирометрия.

Результаты: за 6 месяцев наблюдения обострение ХОБЛ без госпитализации имело место у 4 пациентов, обострение ХОБЛ с госпитализацией – у 2 больных. У 12 пациентов за 6 месяцев комбинированной базисной терапии двойными бронходилятаторами обострение ХОБЛ не регистрировалось. Через 6 месяцев терапии сатурация кислорода у всех пациентов отмечалась на уровне выше 95%. 14 пациентов отметили уменьшение одышки к 6 месяцу лечения на уровне 2 баллов по шкале Mmrc. По показателям функции внешнего дыхания через 6 месяцев терапии у пациентов отмечалось увеличение ОФВ1 на 23,8$\pm$4.2 мл, индекс Тиффно у всех пациентов сохранялся менее 70%.

Выводы: таким образом, базисная терапия ХОБЛ комбинированым бронхолитическим препаратом индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром через бризхалер на протяжении 6 месяцев терапии улучшает показатель ОФВ1 на 23,8±4.2 мл.

152. Кардиобезопасность базисной терапии у больных ХОБЛ

Авторы: Шангина О.А., Тюлюкин В.А, Нечаева И.А.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово ГАУЗ ККККБ СМП имени Подгорбунского М.А., г. Кемерово ГАУЗ КО ДКБ, г. Кемерово

Цель исследования: регистрация изменений на электрокардиограмме у пациентов с ХОБЛ на фоне базисной терапии.

Материалы и методы: обследовано 24 пациента с ХОБЛ средней степени тяжести, выраженными клиническими симптомами (mMRC – 3 балла, CAT – 18 баллов), ОФВ1 от 50 до 80%. Все пациенты принимали 6 месяцев комбинированный бронхолитик индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром. Контролировались клинические показатели (частота дыхания, сатурация кислорода, выраженность одышки по шкале Mmrc), были проведены спирометрия, ЭКГ.

Результаты: через 6 месяцев терапии сатурация кислорода у всех пациентов отмечалась на уровне выше 95%. 14 пациентов отметили уменьшение одышки к 6 месяцу лечения на уровне 2 баллов по шкале Mmrc. По показателям функции внешнего дыхания через 6 месяцев терапии у пациентов отмечалось увеличение ОФВ1 на 23,8±4.2 мл, индекс Тиффно у всех пациентов сохранялся менее 70%. Изменения на ЭКГ изначально были зафиксированы у 6 пациентов в виде единичных предсердных экстрасистолий, у 18 пациентов нарушений ритма, ишемических изменений выявлено не было. Через 6 месяцев базисной терапии у 4 пациентов по ЭКГ сохранялись единичные предсердные экстрасистолы. У остальных пациентов клинически значимых изменений выявлено не было.

Выводы: применение на протяжении 6 месяцев бронхолитического препарата индакатерол 110 мкг/гликопирроний 50 мкг 1 раз утром терапии является кардиобезопасной для пациентов ХОБЛ.

153. Варианты раннего бронходилатационного ответа на первую дозу комбинации длительно действующих антихолинергического препарата и В2-агониста у больных хронической обструктивной болезнью легких

Авторы: Черкашин Д.В., Гришаев С.Л., Шарова Н.В., Ефимов С.В., Захарова А.И.

Организация: Военно-медицинская академия, кафедра военно-морской терапии, Санкт-Петербург

В основе персонифицированной терапии ХОБЛ лежит принцип фенотипспецифичности. В настоящее время формируется индивидуальный функциональный фенотип, отличающийся динамикой спирометрических показателей на бронходилататоры. Различают объемный, комбинированный и ответ потока.

Цель работы: оценить варианты раннего бронходилатационного ответа (РБДО) на первую дозу ИНД/ГЛИ у больных ХОБЛ.

Методы и материалы: обследовано 94 больных ХОБЛ (GOLD II-IV ст.; категории B,C,D; большинство больных без частых обострений;терапия по степени тяжести ХОБЛ) до лечения ИНД/ГЛИ и на 28 день терапии. Контрольную группу составили 72 больных на ГЛИ. РБДО оценивался по данным спирограммы с расчетом исходных ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС выдоха и через 60 мин после приема 110/50 мкг ИНД/ГЛИ или 50 мкг ГЛИ.

Результаты: к 60-й минуте после первой дозы ИНД/ГЛИ выявлено повышение ОФВ1 (>200мл и 12%) у 82 (87%) пациентов, что подтверждает высокую степень вариабельности бронходилатации на ИНД/ГЛИ. Среди «ответчиков» у 56 (60%) пациентов отмечался комбинированный ответ, свидетельствующий как об обратимой бронходилатации, так и о значимом уменьшении степени выраженности «воздушных ловушек». У 26 (27%) больных зарегистрирован ответ потока. 6 (13%) больных не имели ответа на двойную бронходилатацию. После лечения ИНД/ГЛИ комбинированный ответ в 26% случаев сохранялся и был максимально выражен. РБДО после первой дозы ГЛИ выявил обратимую бронходилатацию у 35% пациентов, комбинированный ответ у 20% «наивных» больных ХОБЛ, ответ потока – у 15% больных, 65 % больных не ответили на ГЛИ.

Выводы: комбинированный РБДО на первую дозу ИНД/ГЛИ у больных ХОБЛ является основным и превосходит таковой на ГЛИ. Установлена взаимосвязь комбинированного РБДО на первую дозу ИНД/ГЛИ и эффективности терапии препаратом.

154. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких: особенности и возможности современной реабилитации и вторичной профилактики

Авторы: Московчук А.Ф. – 1, Тудор Е.М. – 1, Болотникова В.А. – 1, Шинкаренко И.В. – 2

Организация: 1 – ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк»,
2 – Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. Николае Тестемицану Республики Молдова, г. Кишинев, Республика Молдова

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является актуальной проблемой геронтологической пульмонологии. Междисциплинарный подход к ведению таких больных становится все более актуальным.

Цель: определить возможности современной реабилитации и профилактики ХОБЛ лиц старше 65 лет в зависимости от клинико-функционального течения заболевания.

Материал и методы: проанализированы 72 истории болезни (мужчин – 70, женщин – 2), преобладали пациенты типа C и D (критерии GOLD-2017). Курящие пациенты – 16, бывшие курильщики – 38, некурящие – 18. Индекс курящего человека – 31,2 пачка/лет. Продолжительность заболевания – 28±3,1 лет. Исследование пациентов включало клинико-функциональные, лабораторные и рентгенологические методы.

Результаты: особенностями ХОБЛ является существенное снижение ЖЕЛ, рост ООЛ, отчетливое ухудшение бронхиальной проходимости, снижение SaO2. Тяжесть течения ХОБЛ обусловлена наличием эмфиземы, выраженными пневмосклеротическими изменениями у 69% больных. У 87,2% имели место симптомы легочного сердца, из них у 47,2% были признаки декомпенсированного легочного сердца. У 90% пациентов ХОБЛ сочеталась с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Основу программ реабилитации и вторичной профилактики составляют информирование и обучение пациента, прекращение курения, контроль массы тела, увеличение физической активности, коррекция психосоциальных факторов, лечение ассоциированных клинических состояний, вакцинация против гриппа и пневмококка. Наш клинический опыт показал, что важное значение в улучшении прогноза и уменьшении частоты и тяжести обострений имеет сочетание медикаментозного лечения с мерами немедикаментозного воздействия.

Вывод: комплексное ведение пациентов ХОБЛ повышает контроль течения заболевания и улучшает клинический прогноз.

155. Влияние комбинированной терапии на уровень общего гомоцистеина у больных ХОБЛ «с редкими обострениями»

Авторы: Кулик Е.Г., Павленко В.И. Нарышкина С.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Известно, что гипергомоцистеинемия является предиктором повреждения эндотелиальной выстилки сосудов и сопряжена с высоким риском артериосклероза, тромбоза.

Цель исследования: оценить изменения сывороточного уровня общего гомоцистеина (Нс) у больных ХОБЛ «с редкими обострениями» в зависимости от длительности лечения и объема проводимой терапии.

Материалы и методы: обследовано 45 больных ХОБЛ с редкими обострениями» (0 или 1 эпизод) в возрасте 57,12±1,1 лет, преимущественно мужчин (93,3%), которые, в зависимости от объема лечения были разделены на две равноценные подгруппы по возрасту, полу, длительности ХОБЛ, анамнезу курения: в 1-й подгруппе (n=23) – пациенты получали бронходилататоры, во 2-й подгруппе (n=22) – дополнительно назначен рофлумиласт по 0,5 мг 1 раз в день ежедневно. Уровень общего Нс в сыворотке крови определялся методом иммуноферментного анализа через 1, 6 и 12 месяцев лечения.

Результаты исследования: исходно содержание Нс в 1-й подгруппе составило 15,08[13,92-16,24], во 2-й-15,31[13,86-16,77] мкмоль/л (p=0,025). На фоне лечения наибольшее снижение концентрации Нс (на 13,1%), в сравнении с исходными данными, отмечено во 2-й подгруппе через 1 и 6 месяцев. Через 12 месяцев уровень Нс был ниже, но недостоверно. В 1-й подгруппе установлена тенденция к снижению концентрации Нс с наименьшими значениями через 6 месяцев (p>0,05). Статистически значимых различий между уровнем Нс в подгруппах не выявлено. Однако, во 1-й подгруппе через 6 месяцев лечения число больных, имеющих Нс >10,56 мкмоль/л, было достоверно больше, чем в 2-й подгруппе (p<0,05). Таким образом, включение препарата рофлумиласт в схему лечения пациентов ХОБЛ «с редкими обострениями» способствует снижению концентрации Нс и, следовательно, уменьшает риск развития эндотелиальной дисфункции.

156. Ключевые вопросы диагностики правожелудочковой дисфункции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ)

Авторы: Харитонов М.А., Варавин Н.А., Тарасов В.А., Гришаев С.Л.

Организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ

Цель: оценка структурно-функциональных показателей, отражающих характер ремоделирования правых отделов сердца у больных ХОБЛ, для выявления наиболее чувствительных и информативных показателей правожелудочковой (ПЖ) дисфункции сердца.

Материалы и методы: было обследовано 60 пациентов, находившихся на стационарном лечении. Пациентов разделили на две группы: I –больные с ХОБЛ (n=30), и II – контрольная – больные, сопоставимые по возрасту без наличия ХОБЛ (n=30). В ходе госпитализации всем пациентам проводилась ЭХО-КГ с акцентом на оценку систоло-диастолических показателей ПЖ.

Результаты: при сравнении ЭХО-КГ показателей, отражающих функции ПЖ, выявлено значимое снижение показателей систолической функции ПЖ у больных I группы – TAPSE (16,64±4,0 vs 23,21 мм; p=0,043), S'(12,57±1,87 vs 14,96±1,89, p=0,026), расчётные показатели ФВ ПЖ (49,27±9,23 vs 66,12±7,42; p=0,021), ФИППЖ (55,58±7,16 vs 72,4±13,06; p=0,01), а также более высокие показатели СДЛА (49,55±6,0 vs 27,1±5,29 мм рт. ст.; p=0,023) в сравнении с группой II. Показатель, характеризующий ПЖ артериальное сопряжение – TAPSE/СДЛА также оказался достоверно сниженным по сравнению с группой контроля (0,36±0,05 vs 0,86±0,14; p=0,01). В 1 группе больных ХОБЛ выявлена тенденция к увеличению индекса функции миокарда ПЖ (индекса Tei) (0,76±0,42 vs 0,59±0,22; p=0,43), что, вероятно, связано с нарушением релаксации ПЖ. О наличии диастолической дисфункции ПЖ в группе больных с ХОБЛ, свидетельствовали выявленные изменения показателей оценки транстрикуспидального потока – E/Атк (0,67±0,02 vs 1,5±0,38; p=0,016).

Заключение: изученные нами показатели, характеризующие динамику и степень дисфункции ПЖ, являются диагностически значимыми дополнительными характеристиками успешности проводимой терапии и контроля за течением заболевания.

157. Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких: фокус на приверженность к лечению

Авторы: Салахова И.Н., Визель И.Ю.

Организация: Казанский Государственный Медицинский Университет

Цель исследования: оценить уровень терапевтического сотрудничества пациентов с ХОБЛ и выявить факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии.

Материалы и методы: проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных и стационарных условиях. Пациентам проводился сбор анамнеза, физикальное обследование, заполнение вопросников mMRC и CAT, запись спирометрии, пульсоксиметрия, для оценки уровня терапевтического сотрудничества использовался вопросник приверженности лечению Т.В. Фофановой и соавторов.

Результаты: было обследовано 330 больных, средний возраст 64,06±0,482. Полностью привержены были лишь 29,4% пациентов. Пациенты с различным уровнем приверженности достоверно не отличались по возрасту, частоте употребления алкоголя, стажу курения, индексу массы тела, по выраженности кашля, наличию или отсутствию мокроты и уровню эозинофилов крови. Пациенты

с выраженными клиническими симптомами достоверно чаще привержены к терапии, чем пациенты, набравшие менее 10 баллов по шкале CAT. Пациенты, имеющие в анамнезе частые обострения, были более привержены к терапии. Чем ниже значение ОФВ1, тем более привержены пациенты к лечению. Приверженные пациенты чаще были обучены использованию ингаляционным устройством, и у этих пациентов регулярно проверялась техника ингаляции. Среди пациентов, получающих базисную терапию, уровень приверженности был выше.

Заключение: Терапевтическая приверженность пациентов с ХОБЛ остается на низком уровне. Приверженные к лечению пациенты имели более тяжёлые проявления заболевания, выраженные обструктивные нарушения и частые обострения, возможной причиной этой приверженности может быть тяжесть течения заболевания и, как следствие, стремление пациентов облегчить своё тяжелое состояние.

158. Взаимосвязь клинических характеристик заболевания, особенностей личности и психологических защит с формированием типов отношения к болезни при ХОБЛ

Авторы: Овчаренко С.И. – 1, Волель Б.А. – 1, Галецкайте Я.К. – 1, Никитенко Е.А. – 2, Ениколопов С.Н. – 2

Организация: 1 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); 2 – ФГБНУ Научный центр психического здоровья

Цель: определить представленность типов отношения к болезни при ХОБЛ и изучить их связь с особенностями течения заболевания, типом личности, психологическими защитами и симптомами депрессии.

Методы: обследован 41 больной ХОБЛ (мужчины n=32; средний возраст 66,4±8,3 лет), в том числе с ХОБЛ+БА (n=11). Все пациенты были обследованы пульмонологом, клиническим психологом и психиатром. Применялись психометрические методики: Типы отношения к болезни (ТОБОЛ), тест для диагностики психологической защиты (LSI), шкала депрессии Бека (BDI).

Результаты: наиболее часто у пациентов с ХОБЛ выявлялся эргопатический тип отношения к болезни (43,9%), менее часто – сензитивный (12,2%). Самая сильная связь с клиническими особенностями отмечена для анозогнозического, ипохондрического и эгоцентрического типа (выраженная эмфизема, длительность ХОБЛ, степень бронхиальной обструкции, группа GOLD 2011, ДН, mMRC, ОФВ1, инфаркт миокарда в анамнезе).

Типы отношения к болезни объединены в блоки на основании успешности адаптации: с благоприятной адаптацией (I) (27,5%) и с неблагоприятной адаптацией с интрапсихической (II) (32,5%) и с интерпсихической (III) направленностью конфликта (преобладающий в выборке; 40%). Среди пациентов с определенным блоком типов отношения к болезни накапливались определённые черты личности. Использование II блока (связанного с тревогой и депрессией) коррелировало с длительностью ХОБЛ, механизмами психологической защиты (регрессия, замещение, проекция), с симптомами депрессии (BDI). Баллы BDI соотносились с баллами по CAT и частотой обострений. Для перечисленных взаимосвязей $p<0,05$.

Выводы: при ХОБЛ формирование типов отношения к болезни, в том числе с неблагоприятной адаптацией, зависит от характеристик заболевания, личности пациента и от механизмов психологической защиты.

159. Новый взгляд на проблему обострения ХОБЛ

Авторы: Костенко Д.Ю, Зайкова-Хелимская И.В.

Организация: Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Проблема обострений ХОБЛ на сегодняшний день хорошо известна, однако до сих пор остается нерешенной. Каждое обострение приводит к прогрессированию заболевания, увеличивает риск летального исхода в ближайший год, сопровождается применением антибиотиков и ГКС, которые негативно сказываются на микробиоме и иммунной системе организма, вызывая вторичное иммунодефицитное состояние. У ряда пациентов, несмотря на адекватное лечение, обострения продолжаются, что послужило поводом для выделения отдельного фенотипа ХОБЛ с частыми

обострениями. В настоящее время возрос интерес к пневмоцистной инфекции. Установлено, что до 10% взрослого населения являются носителями пневмоцисты, а иммуноглобулин G к данному возбудителю достигает 80% среди населения в зависимости от места проживания, 34% медицинского персонала, работающего с тяжелыми больными имеют маркеры активной ПЦ-инфекции и являются источником заражения для пациентов, у 62% пациентов при обострении ХОБЛ отмечается нарастание титра а/т к ПЦ-инфекции. Вызывая микробно-опосредованное воспаление, пневмоциста одновременно снижает уровень защитного секреторного протеина, вырабатываемого клетками Клара в бронхах и ответственного за синтез провоспалительных цитокинов и метаболизм токсических соединений, что очень важно для курящих пациентов. С другой стороны, пневмоциста не отвечает на стандартную антибактериальную терапию ХОБЛ. Все это приводит к ее персистенции, поддержанию воспаления в бронхах и как следствие – к обострениям. Проведенная нами иммуномодулирующая и специфическая терапия данной инфекции у 90 пациентов с частыми обострениями ХОБЛ привела к снижению титра а/т к ПЦ-инфекции, нарастанию уровня секреторного протеина, снижению частоты обострений в 1,5 раза, что может подтверждать роль пневмоцисты в обострении ХОБЛ.

160. Коррекция системного воспаления и эндотелиальной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией под влиянием проводимой терапии

Авторы: Овчаренко С.И., Нерсесян З.Н., Морозова Т.Е.

Организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Цель: оценить динамику маркеров системного воспаления и эндотелиальной дисфункции при включении диуретиков в комплексную терапию больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: в исследование включено 65 больных (50 мужчин и 15 женщин) с ХОБЛ I-IV стадии, страдающих АГ 1-й, 2-й и 3-й степенями повышения артериального давления (АД), у которых исходно повышены уровни маркеров системного воспаления и эндотелиальной дисфункции и проводимая антигипертензивная терапия недостаточно эффективна.

Результаты: представлены результаты исследования по оценке динамики маркеров системного воспаления – высокочувствительного С-реактивного белка (hsСРБ), молекулы межклеточной адгезии 1-го типа (sICAM-1) и эндотелиальной дисфункции – эндотелина-1, sP-селектина при включении диуретиков в терапию больных ХОБЛ с АГ. При анализе динамики изучаемых маркеров отмечено снижение их уровня, однако, статистически значимые изменения получены только у больных на фоне лечения индапамидом пролонгированного действия. Показаны дополнительные плейотропные эффекты индапамида, заключающиеся в снижении активности маркеров системного воспаления и эндотелиальной дисфункции. Продемонстрирована его высокая эффективность, по сравнению с гидрохлортиазидом, в достижении и поддержании целевых уровней АД.

Выводы: дополнительные плейотропные свойства индапамида пролонгированного действия, заключающиеся во влиянии на общие патогенетические звенья формирования и прогрессирования АГ при ХОБЛ и его высокая антигипертензивная эффективность, по сравнению с гидрохлортиазидом, показывают целесообразность включения индапамида пролонгированного действия в комплексную терапию больных ХОБЛ с АГ на первой линии антигипертензивной терапии.

161. MESH-технологии в лечении ХОБЛ

Авторы: Шангина О.А., Шелихов В.Г.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Цель исследования: оценка эффективности терапии обострения ХОБЛ бронхолитиками через портативный небулайзер с mesh-технологией по сравнению с компрессорным небулайзером

Материалы и методы: амбулаторно наблюдались 26 пациента пожилого возраста, с среднетяжелым обострением ХОБЛ (ОФВ1 менее 50%, но более 30%). Всем пациентам назначалась небулайзеротерапия с беродуалом 2мл 2 раза в сутки в комбинации с будесонидом 1000 мкг 2 раза в сутки 7

дней. Контролировались клинические показатели (частота дыхания, сатурация кислорода, выраженность одышки по шкале mMRC), пиковая скорость выдоха. 13 пациентов ингалировали препараты через компрессорный небулайзер, 13 пациентов ингалировали препараты через портативный ингалятор с mesh- технологией.

Результаты: пациенты, ингалировавшие бронхолитики через портативный небулайзер с mesh-технологией отметили значительное большую приверженность к применению ингалятора, что обусловлено скоростью ингалируемого вещества, удобством применения. Следует отметить, что пациенты были обучены технике применения портативного ингалятора, в присутствии врача-пульмонолога пациенты продемонстрировали правильную технику ингаляции. Пожилые больные, пользующиеся компрессорным ингалятором, пропускали процедуры. Соответственно, у пациентов первой группы на 3 дня раньше отмечено увеличение пиковой скорости выдоха в среднем на 34 мл к 5 дню лечения. В то время как у пациентов второй группы показатели пиковой скорости выдоха увеличились только на 8 день терапии в среднем на 30 мл. Различия в оценке одышки по шкале mMRC больными 2-х групп становились значимым к 6 дню терапии обострения. У пациентов первой группы значительно быстрее уменьшилось количество мокроты, раньше улучшилось ее отхождение.

162. Коморбидный пациент с ХОБЛ. Выбор эффективной и безопасной гипотензивной терапии

Авторы: Шангина О.А., Шелихов В.Г.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Цель: оценить эффективность препарата моксонидина у пациентов пожилого возраста при ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензий и сахарным диабетом.

Материалы и методы: исследование проведено у 32 больных с ХОБЛ средней степени тяжести вне обострения, имеющих артериальную гипертензию и сахарный диабет 2 типа, ожирение, гиперхолестеринемию. Средний возраст пациентов составил 78±3,5 лет, в том числе 18 мужчин 14 женщины. Длительность артериальной гипертензии составила в среднем 14±5 лет. Исходный уровень АД составил в среднем 155±13,5мм. рт. ст. Обнаружен высокий уровень холестерина у 10 больных, в среднем 7,4±0,5 ммоль/л. Уровень гликемии составил исходно в среднем 11,5±3,5 ммоль/л. Исследуемые принимали моксонидин в дозе 0,2–0,4 мг. в сутки. Эффективность лечения оценивалась на 2 и 4 неделе.

Результаты: на второй неделе терапии у 18 пациентов, принимающих моксонидин в дозе 0,2 мг. в сутки отмечено стойкое снижение уровня АД до 135±9,5мм. рт. ст. У 14 больных со второй недели применения моксонидина была увеличена доза препарата до 0,4 мг. в сутки. К 4 недели применения у 22 пациентов уровень АД составил в среднем 137±5,5мм. рт. ст. У 100% пациентов достоверно уменьшился уровень холестерина до 5,7±0,5 ммоль/л ($p<0,007$). Масса тела за период исследования не претерпела достоверных изменений. На фоне продолжавшейся терапии сахароснижающими препаратами уровень гликемии снизился в среднем до 9,6±2 ммоль/л. Во время проведения исследования побочных эффектов среди пациентов выявлено не было. При проведении ежедневного мониторинга ПВС у всех пациентов было отмечен стабильный уровень показателя на протяжении 4-х недель.

Выводы: моксонидин эффективно нормализует АД в группе пожилых пациентов, снижает уровень холестерина.

163. Диагностическая и лечебная тактика ведения больных ХОБЛ в предотвращении развития декомпенсации хронического легочного сердца

Авторы: Шелихов В.Г., Шангина О.А., Токарева Л.И.

Организация: ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава РФ, г. Кемерово

Цель исследования: уточнить клинические возможности замедления развития декомпенсации хронического легочного сердца (ХЛС) у пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы: клиническое исследование 56 пациентов, страдающих ХОБЛ, осложнившейся развитием хронического легочного сердца.

Результаты и обсуждение: у пациентов с ХОБЛ ХЛС в стадии компенсации выявлено у 28 (50 %), в стадии декомпенсации – у 17 (30,4%), субкомпенсации – у 11 (19,6%). Все больные получали базисную терапию ХОБЛ. Кардиотропную терапию до поступления в стационар получали лишь 13 пациентов (23%) с декомпенсацией ХЛС.

ЭКГ исследования: смещение электрической оси вправо, блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого желудочка – подтверждают компенсацию, а появление при этом Р-пульмонале – субкомпенсацию или декомпенсацию ХЛС. ЭхоКГ также четко выявляет стадии ХЛС. Развитие декомпенсации ХЛС наступает после более или менее длительного периода субкомпенсации. Так обострение воспалительного процесса при ХОБЛ, нередко выходит за пределы бронхов в легочную ткань, что приводит к ситуационному повышению давления в легочной артерии, дополнительной нагрузке на тоногенно дилятированный правый желудочек сердца и развитию ситуационной миогенной дилятации. Нередко проведение настойчивой противовоспалительной и кардиотропной терапии приводит к снижению давления в легочной артерии и восстановлению сократительной способности правого желудочка сердца, т. е. тоногенной дилятации. Но в стационаре чаще в окончательном диагнозе это не учитывается и ставится стадия декомпенсированного легочного сердца вместо стадии субкомпенсации.

Выводы: Противовоспалительная и кардиотропная терапия при обострении ХОБЛ может перевести стадию субкомпенсации ХЛС в стадию компенсации.

164. Возможности использования ишемического прекондиционирования у пациентов с хронической обструктивной болезнь легких

Авторы: Халимова Ю.Ф., Зулькарнеев Р.Х., Азнабаева Ю.Г., Костригина О.А.

Организация: ФГБОУ МЗ РБ Башкирский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: дистанционное ишемическое прекондионирование (ДИП) известно феноменом повышения устойчивости миокарда к последующей ишемии после одного или нескольких коротких ишемических эпизодов на отдаленных органах, разделенных интервалами реперфузии. Учитывая защитное действие на миокард, остаются малоизученными эффекты ДИП на другие органы.

Цель: изучить влияние ДИП на жесткость сосудистой стенки, ВРС, показатели спирографии у пациентов с ХОБЛ. Материалы: В исследование включены 59 мужчин с установленным диагнозом ХОБЛ, в возрасте от 51 до 81 лет (средний возраст 63,9±1,19), вне обострения, с I-IV степенью тяжести ХОБЛ.

Методы: ИП проводилось путем проведения 3-х 5-минутных циклов наложения манжетки на предплечье с повышением АД + 50 мм рт. ст. от САД и 3-х 5-минутных циклов отдыха между ними. До и после проведения ИП у пациентов с ХОБЛ проведены обследования: измерение артериального давления (АД) по Короткову, пульсоксиметрия (SpO2), СПВ и АЖ сосудистой стенки с помощью аппланационной тонометрии (Sphygmocor, AtCor Medical, Australia), электрокардиограмма (ЭКГ) в течение 10 мин в положении лёжа для анализа ВРС, спирография. Статистическое сравнение выполнялось с помощью критерия Стьюдента для парных переменных.

Результаты: ДИП вызвало достоверное снижение ЧСС (в группе до ДИП 71±1,69, после ДИП 67,3±1,55, $p \leq 0,05$). При этом ДИП не повлияло на динамику показателей спирографии (ОФВ1, ЖЕЛвд, индекс Тиффно), СПВ. Достоверное увеличение таких показателей($p \leq 0,05$): SpO2(в группе до ИП 96,5±0,5, после ИП 97±0,2), SP-(до ИП 110,4±2,3, после ИП 130,7±1,8), SDNN (до ДИП 60,19±22,6, после ДИП 42,3 ±4,14); SDANN (до ДИП 7,27±0,98, после ДИП 12,5±1,9).

Выводы: требуются дальнейшие исследования влияния ДИП у пациентов с патологией дыхательной системы.

165. Показатели легочно-сердечной гемодинамики у больных профессиональной ХОБЛ в зависимости от характера вредного фактора

Авторы: Киселева Л.И. – 1, Орлова Г.П. – 2, Сергеева В.В. – 1

Организация: 1 – ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России,
2 – ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.И. Павлова Минздрава России

Цель: оценить изменения гемодинамики малого круга кровообращения у больных профессиональным ХОБЛ в зависимости от характера экспозиционного фактора.

Материалы и методы: были исследованы 3 группы (202 человека) пациентов с профессиональной ХОБЛ. В зависимости от характера вредного фактора больные были разделены на 3 группы: 1 группу (97 человек) составили больные, контактировавшие с высокофиброгенной пылью, стаж работы 21,43±7,26 лет; больные 2 группы (43 больных) контактировали с полиметаллической пылью, стаж работы 21,85±8,23 лет; больные 3 группы (62 человека) - контактировали со сварочным аэрозолем, стаж работы 26,41±9,85 лет. Показатели легочно-сердечной гемодинамики оценивались по данным эходопплеркардиографии с определением систолического давления в легочной артерии (СДЛА).

Результаты: легочная гипертензия (ЛГ) была более выражена (СДЛА – 40,52±6,1 мм.рт.ст.) у пациентов 1 группы, что может быть обусловлено более выраженной гиперинфляцией. При средней степени тяжести ХОБЛ (GOLD II) ЛГ наиболее часто выявлялась у больных 1-й (63 %) и 3-й (61 %) групп, чем во 2-й группе (56 %). При крайне тяжелой ХОБЛ (GOLD IV) ЛГ также значительно чаще выявлялась в 1-й группе больных (47,4%) по сравнению со 2-й (14%) и 3-й (11,9%) группами. У пациентов 1-й группы величина СДЛА статистически значимо положительно коррелировала со стажем работы ($p<0,04$).

Заключение: ХОБЛ от воздействия высокофиброгенной пыли чаще осложняется развитием более выраженной ЛГ, чем от воздействия полиметаллической пыли и сварочного аэрозоля, что может быть обусловлено более тяжелым течением ХОБЛ у этих больных. Зависимость степени ЛГ от длительности контакта не позволяет исключить непосредственное влияние высокофиброгенной пыли на легочно-сердечную гемодинамику.

166. Антиоксидантная защита и состояние показателей системы перекисного окисления у больных хронической обструктивной болезнью лёгких, сочетанной с артериальной гипертензией и тревожно-депрессивным расстройством

Авторы: Моногарова Н.Е., Семендяева Е.В., Цирковская Е.Р., Забазнова Ю.В.

Организация: ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одним из самых распространённых заболеваний, в основе которого лежит персистирующее воспаление нижних дыхательных путей. Множество работ было посвящено роли оксидантного стресса в развитии патогенеза ХОБЛ, однако, влияние коморбидной патологии, такой как гипертоническая болезнь (ГБ) и тревожно-депрессивное расстройство (ТДР), на интенсивность процессов СРО изучено не было.

Цель работы: изучить параметры ПОЛ (уровень МД и ДК) и АОЗ (уровень церулоплазмина) при ХОБЛ, а также влияние коморбидности в виде сочетания ХОБЛ, ГБ и ТДР.

Материалы и методы: для оценки состояния системы ПОЛ-АОЗ у исследованных больных ХОБЛ (контрольная группа 1), ХОБЛ с гипертонической болезнью и тревожно-депрессивным синдромом (подруппа «а»), а также гипертонической болезнью без ХОБЛ и тревожно-депрессивного синдрома (контрольная группа 2) в сыворотке крови были изучены концентрации малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгат (ДК), а также церулоплазмина (ЦП).

Результаты и обсуждения: у пациентов подгруппы «а» основной группы на фоне применения базисных средств купирования обострения ХОБЛ концентрация ДК достоверно уменьшилась в 1,2 раза ($p<0,05$) от начальной, оставшись выше референтной нормы в 1,5 раза ($p<0,01$) и выше, чем в I контрольной группе, в 1,3 раза ($p<0,05$). Уровень МДА в сыворотке крови больных подгруппы «а» после лечения уменьшился в 1,4 раза ($p<0,05$), превышая аналогичный у здоровых лиц в 1,8 раза ($p<0,001$), а у пациентов I контрольной группы – в 1,1 ($p<0,05$) раза.

Выводы: изменения показателей системы ПОЛ-АОЗ на фоне базисных средств лечения обострений ХОБЛ подтверждали его недостаточную эффективность, особенно у коморбидных больных и необходимость усиления терапии.

167. Эффективность использования пролонгированной формы амброксола у пациентов с ХОБЛ

Автор: Ли Н.Н.

Организация: РК, г. Караганда, частная практика

Цель: изучить влияние длительного применения амброксола на течение ХОБЛ

Материалы и методы: в течение 2 лет наблюдалось 43 пациента с ХОБЛ средней степени тяжести, бронхитического фенотипа. Возраст пациентов 40 – 68 лет, 10 женщин и 33 мужчины. Первую группу (25 человек) составили пациенты, получавшие наряду с базисной терапией ХОБЛ, Лазольван Макс 75 мг в сутки в течение 3 месяцев зимнего периода. В группе контроля (18 человек) пациенты получали только базисную терапию. Пациенты раз в 3 месяца осматривались врачом, проводился контроль общего анализа крови, СРБ, Дважды в год проводилось спирографическое исследование. В первой группе за период наблюдения зафиксировано 3 случая обострения ХОБЛ, не требовавших госпитализации, антибактериальная терапия потребовалась только в одном случае, во второй группе зафиксировано 9 случаев обострения, с 3 случаями госпитализации, антибактериальная терапия назначалась в 6 случаях. В первой группе отмечалось значительное улучшение течения заболевания – у 12 пациентов удалось деэскалировать терапию с тройной комбинации (ИГКС/ДДБА/ДДХЛ) на двойную бронхолитическую терапию (ДДБА / ДДХЛ). В контрольной группе аналогичная деэскалация стала возможной только в 5 случаях. В первой группе пациенты отмечали отчетливое уменьшение потребности в КДБА, чего не наблюдалось во второй группе. Пациенты, получавшие амброксол, отмечали значительное облегчение кашля и постепенный полный регресс его, исчезновение чувства заложенности в груди, исчезновение кашля во время маневра вдоха при ингаляции топических препаратов.

Выводы: пролонгированное использование амброксола 24-часового действия у пациентов с бронхитическим типом среднетяжелой степени ХОБЛ значительно улучшает течение заболевания – отчетливо уменьшается риск обострений, в том числе инфекционных.

168. Инфекционные осложнения у больных с ХОБЛ, получающих базисную терапию ИГКС

Автор: Ли Н.Н.

Организация: РК, г. Караганда, частная медицинская практика

В течение 3 лет исследовано 36 случаев инфекционных осложнений (пневмоний) у пациентов с ХОБЛ на фоне базисного лечения ИГКС. Все пациенты относились к категории Д, бронхитического фенотипа. Длительность использования ИГКС составляла от 6 месяцев до 3 лет. 15 пациентов получали Эйртек (Сальметерол/Флутиказон) в суточной дозе 50/500мкг, 12 пациентов – Серетид (Сальметерол/Флутиказон), из них 8 пациентов) – 100/1000 мкг в сутки, 4 – 100/500 мкг\сут, 8 пациентов – Эрфлюсал((Сальметерол/Флутиказон) – из них 6 пациентов 100/1000мкг\сут, 2 – 100/500 мкг\сут, 1 – Симбикорт (Формотерол/Будесонид) 18/640 мкг\сут. Во всех случаях пневмония была рентгенологически подтверждена, проводилось лабораторное исследование – общий анализ крови, СРБ, оценивался уровень сатурации кислорода. В 2 случаях было двустороннее поражение, с остальных – одностороннее. Долевая пневмония была в 3 случаях, в 33 случаях сегментарная. Госпитализация потребовалась в случаях двусторонних и лобарных поражений. Все остальные случаи лечились амбулаторно с учетом не тяжелого течения, не сопровождавшегося прогрессированием ДН. При динамическом исследовании ФВД у перенесших пневмонию пациентов в 56% случаев зафиксировано снижение ФЖЕЛ, ОФВ1

Выводы: 1. Инфекционные осложнения в виде пневмоний у пациентов с ХОБЛ достоверно чаще встречаются в группе с использованием липофильных молекул ИГКС (Флутиказон) по сравнению с гидрофильными (Будесонид). 2. Риск инфекционных осложнений носит дозозависимый характер. 3. Пневмонии на фоне лечения ИГКС не были фатальными. 4. Потеря функционального резерва у этих больных отчасти можно связывать с перенесенными пневмониями. 5. Перевод пациентов с

ИГКС/ДДБА/ДДХЛ на двойную бронхолитическую терапию является важной стратегической задачей в лечении больных с ХОБЛ.

169. Опыт перевода пациентов с тяжелой ХОБЛ с тройной терапии (ИГКС / ДДБА/ДДХЛ) на двойную бронхолитическую терапию (ДДХЛ/ДДБА)

Автор: Ли Н.Н.

Организация: РК, г. Караганда, частная медицинская практика

Цель исследования: Оценить возможность и безопасность отмены ИГКС у пациентов с ХОБЛ тяжёлого течения.

Материал и методы: В течение 3 лет использовалась практика отмены ИГКС с переводом на двойную бронхолитическую терапию ДДБА/ДДХЛ в группе пациентов с частыми обострениям ХОБЛ и высокой эозинофилией крови. Наблюдалась группа из 37 человек: возраст 43-72 года, 9 женщин и 28 мужчин, среди которых 26 человек были курильщиками. Все пациенты получали комбинированную терапию ДДАХ/ДДБА/ИГКС согласно клинико-лабораторным критериям. Длительность использования этой схемы лечения была от 2 до 5 предшествующих лет. Все пациенты имели 2 и более обострений в предшествующие 2 года, в 45% отмечалась стойкая эозинофилия крови (300 и более клеток в мкл), все пациенты имели высокую приверженность к систематическому приему ИГКС. Пациенты осматривались врачом не реже 1 раза в 3 месяца, проводился контроль ОАК, СРБ, сатурации кислорода, спирографии, ЭКГ. При отмене ИГКС проводилась регулярная образовательная работа с пациентами, тщательно отрабатывалась техника ингаляций. Первая попытка отмены ИГКС проводилась через 3 месяца стабильного течения заболевания. Пациенты переводились на комбинацию Тиотропий 5 мкг\сут+ Индакатерол 150 мкг\сут. Удачной она оказалась в 7 случаях (у всех пациентов исходно отмечалась эозинофилия крови как критерий для стартового назначения ИГКС). Через полгода – в 20 случаях. В 10 случаях деэскалация была временной и по причине обострений заболевания, возникала необходимость в повторном использовании ИГКС с последующей отменой. В 5 случаях перевод на двойную бронхолитическую терапию не удался. Это были пациенты с высоким ИКЧ, гиперинфляцией, ЛАГ, ХЛС в разных сочетаниях. 22 случая удачной отмены ИГКС характеризовались стабильным течением заболевания на фоне приема.

170. Оценка влияния курения на показатели функции внешнего дыхания и течение ХОБЛ

Авторы: Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Сенькина Н.Е.

Организация: ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: оценить спирометрические показатели и проанализировать особенности течения ХОБЛ в зависимости от концентрации окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, а также содержания карбоксигемоглобина (%COHb) в крови, оцененного с помощью прибора MicroCO meter.

Методы исследования: в ходе проведенной работы, проанализированы спирометрические показатели (ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ) с использованием спирографа СМП-21/01-«Р-Д» у амбулаторных пациентов с ХОБЛ нетяжелого течения (по данным амбулаторной карты) в зависимости от концентрации окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, а также содержания карбоксигемоглобина (%COHb) в крови, оцененного с помощью прибора MicroCO meter у 70 курящих больных ХОБЛ.

Результаты: установлены прямые корреляционные взаимосвязи между спирометрической тяжестью бронхиальной обструкции и уровнями CO в выдыхаемом воздухе, а также содержанием карбоксигемоглобина (%COHb) в крови (p=0,497). Средний возраст больных составлял 47,3 года. ИКЧ=16$\pm$2 пачка-лет. При этом, более худшие показатели ФВД зафиксированы нами на фоне высоких показателей CO в выдыхаемом воздухе и содержания карбоксигемоглобина в крови (%COHb) у исследуемых пациентов: CO – 14$\pm$2 ppm; COHb – 2,23$\pm$0,32%. У этой группы пациентов зафиксированы высокие значения CAT-теста, отражающие текущий уровень управления ХОБЛ – 19$\pm$3 балла.

Выводы: в ходе проведенной работы установлена прямая взаимосвязь между активным курением сигарет, степенью выраженности спирометрических нарушений, показателями CO в выдыхаемом воздухе, содержанием карбоксигемоглобина в крови и уровнем текущего управления ХОБЛ, оцененного по CAT-тесту, что свидетельствует о триггерной роли курения в патогенезе и прогрессировании обструктивной патологии легких.

ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

171. Общая первичная инвалидность и инвалидность вследствие болезней органов дыхания взрослого населения Республики Молдова

Автор: Писаренко С.В. – 1, Мамалига Н.В. – 2, Мартынюк К.И. – 1, Кондрацки Д.П. – 1, Лукьян М.С. – 2, Пынзару С.П. – 2

Организация: 1 – ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова; 2 – Национальный консилиум установления ограничения возможностей и трудоспособности (НКУОВТ), г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: изучить современную структуру и динамику общей первичной инвалидности (И) и И вследствие болезней органов дыхания (БОД) взрослого населения в Республике Молдова.

Материалы и методы: анализ данных официальной статистики (statistica.md, cnddcm.msmps.gov.md) за 2015-2019 годы.

Результаты: в 2015-2019 годах в республике наблюдалось волнообразное изменение числа впервые признанных инвалидами взрослых лиц и его увеличение в 2019 году на 2/3 относительно 2018 года (13713 и 8350, соответственно). Структура общей И с учетом степени тяжести в изучаемый период изменялась мало. В 2019 году в ней преобладала умеренная И – 47,1%; выраженная и тяжелая И была установлена соответственно в 38,0% и 14,9% случаев. Нозологическая структура И в целом также мало изменялась. В 2019 году основными причинами И взрослого населения были опухоли – 20,0%, сердечно-сосудистые (СС) болезни – 18% и болезни костно-мышечной системы (КМС) и соединительной ткани (СТ) – 14,6%. Вместе с тем, в 2019 году БОД были причиной И в 2,7% случаев или в 1,4 раза чаще по сравнению с 2018 годом. В 2015-2019 годах в структуре И вследствие БОД с учетом степени тяжести преобладала выраженная и тяжелая И. В 2019 году доля умеренной И составляла 52,8%, доли выраженной и тяжелой И соответственно – 38,0% и 9,2%. При этом случаи тяжелой И были отмечены в 2,4 раза чаще, чем в 2018 году. Не исключено, что на уровень и структуру И в 2019 году повлияли изменения в организации и функционировании НКУОВТ, принятые правительством годом ранее.

Выводы: в последние годы в республике основными причинами инвалидности являются опухоли, СС болезни и болезни КМС и СТ; удельный вес БОД не превышает 2,7%. В структуре инвалидности, как общей, так и вследствие БОД преобладает инвалидность легкой степени и умеренно-выраженная инвалидность.

ЭНДОСКОПИЯ

172. Добавочный бронх, отходящий от язычкового бронха у пациента с внебольничной пневмонией

Авторы: Штейнер М.Л. – 1,2

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Цель: описание интересного случая аномалии ветвления трахеобронхиального дерева.

Методы исследования: оценена эндобронхиальная картина у пациента с внебольничной пневмонией с локализацией в средней доле. Бронхоскопия выполнялась для уточнения причины отсутствия динамики клинико-рентгенологического синдрома инфильтрата лёгочной ткани (анамнез заболевания не позволял исключить опухолевый генез поражения).

Результаты: в процессе бронхоскопического осмотра отмечен локальный среднедолевой эндобронхит II-й степени интенсивности воспаления по Лемуану на фоне катарального эндобронхита I-й степени интенсивности воспаления по Лемуану остальных отделов трахеобронхиального дерева. При осмотре левостороннего верхнедолевого бассейна было обнаружено, что от язычкового бронха кроме обычного разделения на два сегментарных бронха B4 и B5 отходит добавочный бронх, устье которого расположено выше устьев сегментарных бронхов язычковых сегментов верхней доли левого лёгкого. Детальный осмотр остальных отделов трахеобронхиального дерева позволил исключить дистопию сегментарных или субсегментарных бронхов. В бронхологическое заключение была вынесена следующая трактовка такой аномалии: «Добавочный бронх, отходящий от язычкового бронха».

Заключение: выявленная аномалия ветвления бронхов являлась находкой и не оказывала влияния на клинику и течение заболевания.

173. Веретенообразная форма устья сегментарного бронха нижней доли левого легкого, как вариант анатомической нормы

Авторы: Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2,
Батухно А.С. – 3, Подтяжкина Л.Ф. – 4

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
3 – ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 8»,
4 – Лечебно-диагностический комплекс «МедГард», г. Самара

Цель: описание критериев дифференциального диагноза между анатомическим вариантом нормы и деформацией бронха B9 слева.

Методы исследования: Описание веретенообразной формы устья сегментарного бронха нижней доли левого лёгкого и критериев дифференциального диагноза между анатомическим вариантом нормы и деформацией бронха B9 слева построено исключительно на визуальных эндобронхиальных признаках.

Результаты: деформация устья бронха может следствием различным патологических процессов. Это может быть следствием деформирующего бронхита при туберкулёзе лёгких и бронхов, проявлением панбронхита и ремоделирования бронхов при хронической обструктивной болезни лёгких или опухолевой инвазии при центральном раке лёгкого. Вместе с тем существуют определённые анатомические особенности эндоскопической анатомии трахеобронхиального дере-

ва в различных отделах. Одной из таких особенностей является достаточно часто встречаемая веретенообразная форма сегментарного бронха В9, расположенного в области базальной пирамиды нижней доли левого лёгкого. Для дифференциального диагноза с патологической деформацией бронха предлагается следующий алгоритм действий. Необходимо мысленно соединить две самые удалённые точки овала (веретена), т.е. провести диаметр. Далее необходимо сравнить симметричность частей веретена А и В по диаметру. В случаи их совпадения можно расценивать веретенообразную форму сегментарного бронха В9 слева, как вариант анатомической нормы.

Заключение: предлагаемые дифференциально-диагностические критерии позволяют исключить гипердиагностику патологической деформации левого бронха В9, и, как следствие этого, необоснованное применение дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций.

174. Учет потенциальных эпидемических рисков, как фактор социальной защиты медицинских работников эндоскопических отделений и кабинетов

Авторы: Бабанов С.А. – 2, Штейнер М.Л. – 1,2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, Корымасов Е.А.- 2, Кривощёков Е.П. – 2

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

Цель: разработать вариант доказательной базы конкретных потенциальных рисков, с которыми сталкиваются работники конкретных эндоскопических отделений и кабинетов.

Методы исследования: проанализированы потенциальные эпидемические риски, имевшие место при проведении эндоскопических исследований в экстренном пульмонологическом стационаре, где бронхоскопия является ведущей эндоскопической методикой.

Результаты: эпидемические риски учитывались по специально разработанной форме «Журнал учёта эпидемических рисков в эндоскопическом кабинете (отделении)». Журнал включает в себя информацию о каждом эндоскопическом исследовании с известным эпидемическим риском из анамнестических данных или установленных в процессе диагностических мероприятий. Информация разбита на 6 разделов: I – порядковый номер записи в журнале (нумерация возобновляется ежегодно); II – фамилия, имя, отчество и возраст пациента; III – подразделение, из которого направлен пациент на эндоскопическое вмешательства, а также номер амбулаторной карты или истории болезни; IV – вид проведённого эндоскопического исследования; V – дата проведения эндоскопического исследования и номер протокола; VI – приводится характеристика эпидемического риска (наличие у пациента острых или хронических инфекционных заболеваний, паразитарных инвазий).

Заключение: предлагаемая форма «Журнал учёта эпидемических рисков в эндоскопии» является необходимым дополнением к «Журналу учёта аварийных ситуаций» в плане подтверждения профессионального характера медленных инфекционных заболеваний медицинских работников эндоскопической службы.

175. Эндоскопическая семиотика поражения трахеобронхиального дерева после гемоаспирации

Автор: Введенский В.П.

Организация: ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9»

Цель исследования: определить эндоскопическую семиотику поражения трахеобронхиального дерева (ТБД) после гемоаспирации.

Материалы и методы: материалом для решения поставленной задачи послужили материалы бронхоскопического мониторинга, проведенного 56 больным с политравмой, у которых эндоскопически верифицирована гемоаспирация в нижние дыхательные пути. Для реканализации пораженных бронхов у 29 пациентов использовали фиброоптический лаваж физиологическим раствором (ФБС+лаваж). У 27 – визуально контролируемую высокочастотную искусственную вентиляцию легких в инвертированном режиме (ФБС+ВЧ ИВЛ).

Результаты исследования: эндоскопическая семиотика повреждения ТБД после гемоаспирации соответствовала картине одно- или двухстороннего очагового или диффузно-очагового катарального эндобронхита 2 степени. Частота его встречаемости после использования ФБС+лаваж составила 82,76%. После применения визуально контролируемой высокочастотной искусственной вентиляции легких – 48,15% ($p<0,01$). Вне зависимости от метода эндобронхиального воздействия ни в одном из наблюдений не выявлено реобструкции пораженных бронхов с признаками нарушения их проходимости. Как при визуальной оценке, так и по данным хромобронхоскопии, отрицательного влияния ФБС+ВЧ ИВЛ на слизистую бронхов после аспирации крови не выявлено.

Выводы: применение визуально контролируемой высокочастотной вентиляции легких в инвертированном режиме при проведении реканализации пораженных отделов трахеобронхиального дерева после гемоаспирации более корректно в отношении поврежденной слизистой ТБД, нежели использование фиброоптического трахеобронхиального лаважа физиологическим раствором.

176. Выраженность эндоскопических признаков повреждения трахеобронхиального дерева после аспирации агрессивного жидкого субстрата с PH<3,0

Автор: Введенский В.П.

Организация: ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9»

Цель исследования: определить выраженность эндоскопических признаков повреждения трахеобронхиального дерева (ТБД) после аспирации агрессивного жидкого субстрата с pH<3,0.

Материалы и методы: материалом для решения поставленной задачи послужили материалы бронхоскопического мониторинга, проведенного 110 пострадавшим с политравмой, у которых эндоскопически констатирована аспирация в нижние дыхательные пути жидкого субстрата с pH<3,0. Для реканализации пораженных бронхов у 49 пациентов использовали фиброоптический лаваж физиологическим раствором (ФБС+лаваж). У 61 – визуально контролируемую высокочастотную искусственную вентиляцию легких в режиме экспульсии (ФБС+ВЧ ИВЛ).

Результаты исследования: эндоскопическая картина повреждения ТБД жидким аспиратом с pH<3,0 соответствовала одно- или двустороннему диффузному или диффузно-очаговому геморрагическому, фибринозному или смешанному эндобронхиту 2-3 степени с дистонией трахеи и главных бронхов 2-3 степени и с нарушениями бронхиальной проходимости вплоть до развития обтурации. Достоверных различий в частоте встречаемости геморрагического, фибринозного или смешанного (фибринозно-геморрагического) воспаления после повреждения ТБД аспиратом с pH<3,0 при различных методах эндоскопической санации не выявлено. Бронхообструкция и/или бронхообтурация, манифестировавшие в силу гиперпродукции патологического экспектората, после применения ФБС+лаваж рецидивировали у 21 (42,86%) больного, после использования ФБС+ВЧ ИВЛ в режиме экспульсии – у 19 (31,15%) ($p>0,05$).

Выводы: выраженность аспирационного повреждения трахеобронхиального дерева при воздействии на него жидкого субстрата с pH<3,0 определялась только его агрессивностью и не зависела от методов эндоскопической коррекции.

177. Эндоскопическое лечение пациентов с рубцовым стенозом трахеи

Авторы: Русаков М.А., Паршин В.В., Симонова М.С., Зулуфова И.Д., Миронов Н.С.

Организация: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

Проанализирован опыт лечения 976 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи (РСТ), пролеченных в период с 2001 по 2017 год. Пациентам без трахеостомы производили расширение просвета трахеи путем бужирования стеноза тубусами ригидного бронхоскопа. При наличии трахеостомы это выполняли эндотрахеальными трубками под эндоскопическим контролем. Мы не использовали электрокоагуляцию, электрорезекцию и лазерную вапоризацию для реканализации просвета трахеи, так как подобные вмешательства увеличивали протяженность стеноза за счет травмы интактных отделов трахеи. У 94% пациентов бужирование дало положительный эффект, но он был кратковременным. Резекция трахеи является единственным радикальным методом лечения РСТ. При невозможности ее проведения другим вариантом является трахеопластика с оставлением Т-об-

разной трубки. При наличии противопоказаний к открытой операции, альтернативой трахеостомии является эндопротезирование трахеи, которое можно рассматривать как самостоятельный метод лечения при протяженности стеноза до 10мм или как подготовительный этап перед открытой операцией. 976 пациентам провели 2457 оперативных вмешательств: 926 – эндоскопических (бужирование стеноза – 380, эндопротезирование – 304, удаление эндопротеза – 199, удаление грануляций – 43), и 1527 - хирургических (циркулярная резекция трахеи – 396, трахеоларингопластика с оставлением Т-образной трубки – 1131).В большинстве случаев при эндопротезировании трахеи использовали силиконовый эндопротез, в 2 случаях – PolyflexStent,а также эндопротезы с гладкой поверхностью, фиксируемые лигатурой. Максимальный срок эндопротезирования составил 8 лет, средний – 1 год. Осложнениями эндопротезирования являлись: миграция эндопротеза (9.9%), обструкция просвета эндопротеза бронхиальным секретом (4.1%), рост грануляций (6%).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

178. Современная характеристика общей смертности и смертности от болезней органов дыхания в Республике Молдова

Авторы: Писаренко Н.К. – 1, Писаренко С.В. – 2, Кондрацки Д.П. – 2, Томша А.Н. – 3

Организация: 1 – Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану» Республики Молдова, г. Кишинев; 2 – ПМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев; 3 – Национальное агентство общественного здоровья, Республика Молдова

Цель работы: дать характеристику общей смертности (С) и С от болезней органов дыхания (БОД) в Республике Молдова (РМ) в 2015-2019 гг.

Материалы и методы: анализ официальных данных С населения в правобережных районах РМ без мун. Бендеры в 2015-2019 гг. (statistica.md, ansp.md).

Результаты: в 2015-2019 гг. уровень общей С менялся волнообразно с тенденцией к снижению: 2015 г. – 39,9; 2016 г. – 38,5; 2017 г. – 36,8; 2018 г. – 37,2 и 2019 г. – 36,8 тыс. чел. (R^=0,7756). В 2019 г. умерли 36769 чел., что на 891 чел. (1,2%) меньше, чем в 2018 г. Динамика коэффициента С в указанные годы была схожей. Однако, если С женщин снизилась с 12,9‰ в 2015 г. до 12,3‰ в 2019 г., то С мужчин уменьшилась незначительно, с 15,4‰ до 15,3‰. Структура общей С менялась мало; основной причиной смерти были болезни сердца и сосудов (59,1%), затем следовали злокачественные опухоли (16,8%), болезни пищеварительного тракта (9,0%), несчастные случаи, интоксикации и травмы (6,0%), БОД (4,4%) и другие причины (4,7%). В 2019 г. доля смертей от БОД была в 2,4 раза больше в структуре «мужской С», чем в структуре «женской С». В структуре С от БОД преобладали пневмонии и ХОБЛ, соответственно 1/2 и 1/3. Структура общей С отличалась в разных регионах страны. Так, С от болезней сердца и сосудов была наибольшей в северном регионе (63,8%), С от злокачественных опухолей – в столице (21,2%), С от болезней пищеварительного тракта – в центральном регионе (11,2%), С от внешних причин – в центральном и южном регионах, С от БОД – в АТО Гагаузия (5,3%) и южном регионе (4,6%).

Заключение: в последние годы в республике отмечается динамика уменьшения общей С. В ее структуре преобладают болезни сердца и сосудов; на БОД приходится менее 5%. Наибольшая С от болезней сердца и сосудов отмечается на севере страны, от БОД – на юге.

179. Динамика распространенности и заболеваемости аллергическим ринитом и бронхиальной астмой в Республике Крым

Авторы: Паневская Г.Н., Знаменская Л.К., Соколова Л.В.

Организация: ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», СП «Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Цель исследования: изучение динамики распространенности (I) и заболеваемости (II) аллергическим ринитом (АР) и бронхиальной астмой (БА) в Крыму.

Методы и результаты исследования: проанализировали отчеты центра статистической информации Республики Крым в 2018 – 2019 гг., истории болезни и амбулаторные карты пациентов АР и БА. Показали, что ведущее место в структуре аллергических заболеваний в Крыму традиционно занимают БА, а также круглогодичный и сезонный АР. Вместе с тем, по данным официальной статистики, в 2019 г. отмечается тенденция к снижению показателей I и II как для АР, так и БА. Так, распространенность и заболеваемость АР на 100 000 населения в 2018 и 2019 гг. составляла, соответственно, 115,8 и 108,4; 27,2 и 25,9. Взяты на диспансерное наблюдение в 2018 г. 946 больных АР, а в 2019 г. – 831 пациент. В 2019 г. 857 пациентов БА и 14 больных АР были госпитализированы

по скорой помощи. Анализ историй болезни большинства пациентов выявил отсутствие специализированной консультативной аллергологической помощи, а нередко и консультаций ЛОР врачей на этапе поликлиники. У многих больных АР не выполнялось исследование функции внешнего дыхания методом спирографии, что необходимо для ранней диагностики БА. Недооценка роли аллергологического анамнеза и проведения кожных аллергологических проб в диагностике БА и АР явились причиной отказа от специфической иммунотерапии, а в дальнейшем и гиподиагностики данных заболеваний и недостаточно эффективного их лечения. Вышесказанное свидетельствует об актуальности улучшения амбулаторно-поликлинической специализированной помощи, повышении квалификации врачей первичного звена и их настороженности в отношении выявления БА и АР.

РАЗНОЕ

180. Аэропалинологические риски Южного берега Крыма при разработке регионального стандарта санаторно-курортного лечения лиц с респираторными и аллергическими заболеваниями

Авторы: Беляева С.Н. – 1, Пирогова М.Е. – 2, Дудченко Л.Ш. – 1

Организация: 1 – ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова», г. Ялта, Россия,
2 – ГБУЗ РК «4-я поликлиника г. Симферополя», г. Симферополь, Россия

С учетом специфики контингента пациентов, находящихся на климатическом пульмонологическом курорте Южный берег Крыма, выявление аэропалинологических рисков региона и их влияния на результаты лечения и рекреации является весьма актуальным.

Цель исследования: определить периоды возможного неблагоприятного действия аэропалинологических факторов региона на больных с сенсибилизацией к пыльце растений при их пребывании на Южном берегу Крыма.

Материал и методы исследования: пыльца растений, выявляемая в воздушной среде гравиметрическим методом. Аэропалинориск рассчитывали по Sulmont G. et al. (2005) в модификации Посевиной Ю.М. и соавт. (2008).

Результаты: пыльца в воздухе курорта определялась круглогодично, идентифицирована пыльца 19 растительных таксонов. Пыльца кипариса (пылит в ноябре-апреле) обусловила 52,1% от суммарного аэропалинориска, лиственных деревьев с аллергенной пыльцой – ясеня, лещины, тополя, (январь-апрель) и дуба (май) – 19,2%, амброзии (июль-сентябрь) – 12,0%, злаков (апрель-июнь) – 6,6%, туи (март-апрель) – 5,7%, сорных трав (июль-ноябрь) – 4,4%. Весной величины суммарного аэропалинориска были наибольшими (50,3%), летом и осенью – минимальными (соответственно, 10,7% и 9,9%), а зимой достигали 29,1% от среднегодовой суммы. Максимум аэропалинориска (26,8% от среднегодовой суммы) регистрировали в марте, минимум – в июне и октябре (по 0,8%).

181. Оценка восьми средств доставки лекарственных средств в легкие

Авторы: Резяпова А.И., Визель И.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава Росиии

Цель работы: провести сравнение правильности использования 8 устройств и сопоставить полученные данные с международными исследованиями.

Материалы и методы: была изучена правильность использования 8 устройств интуитивно (без инструкций и обучения); после прочтения инструкции; после обучения врачом. Были сопоставлены следующие ингаляторы: ДАИ, респимат, бризхалер, CDM, турбухалер, спиромакс, дженуэйр и эллипта. В исследовании приняли участие 105 человек от 18 до 80 лет (53,3% мужчин и 46,7% женщин), медиана возраста 50 лет. 37,1% были здоровы, 44,8% страдали заболеваниями органов дыхания (в том числе 11 больных ХОБЛ и 27 – БА) и у 18,1% -заболеваниями других органов и систем.

Результаты: по интуитивно правильному использованию ингаляторы расположились таким образом: эллипта 56,2%, спиромакс 42,9%, бризхалер 34,3%, ДАИ 34,1%, турбухалер 27,6%, CDM 25,7%, дженуэйр 16,2%, респимат 4,8%. После прочтения инструкции: эллипта 90,5%, спиромакс 85,7%, CDM 74,3%, бризхалер 73,3%, дженуэйр 67,6%, турбухалер 60%, ДАИ 54,3%, респимат 46,7%. Согласно предпочтениям пациентов (ставили ингалятор на первое место): спиромакс 29,5%, ДАИ 28,6%, турбухалер 23,8%, эллипта и респимат по 4,8%, CDM, дженуэйр и бризхалер по 2,9%. Частота отнесения

к 8 месту по предпочтениям: респимат 40%, эллипта 18,1%, CDM 16,2%, дженуэйр 10,5%, ДАИ 8,6%, турбухалер 4,8%, бризхалер 1,9%. Меньше всего ошибок при использовании всех ингаляторов на всех трех этапах делают медицинские работники, люди с высшим образованием и лица моложе 50 лет. Интуитивное использование ингалятора в половине случаев было неверным для всех ингаляторов.

Заключение: исследование показало необходимость тщательного изучения инструкций пациентами и дополнительного обучения врачом технике ингаляции для всех устройств.

182. Опыт применения гипербарической оксигенации у кислородозависимых пациентов с тяжелыми формами коронавирусной инфекции

Авторы: Ефремова О.Ю. – 1, Зайцев А.А. – 2, Золотухин О.В. – 1, Костина Н.Э. – 1

Организация: 1 – БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж, 2 – ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко» МО РФ, г. Москва

С использованием ГБО пролечено 84 пациента с диагнозом коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (45 в тяжелом состоянии (КТ 3-4), 39 средней тяжести (КТ-2), получавших стандартную противовирусную терапию согласно Временным методическим рекомендациям по диагностике, профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции, версия 7 от 03.06.2020. Процедуры осуществляли при режиме 1,4-1,6 АТА в течение 40 минут, курс включал в среднем 6 сеансов (5,6±3,2 сеанса), всего было проведено 524 сеанса. Влияние гипербарической оксигенации оценивали на основании измерения кислородной сатурации крови, выраженности общей симптоматики (слабость, одышка, температура). У всех обследованных пациентов с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19, на фоне проведения курса гипербарической оксигенации была отмечена положительная динамика в виде уменьшения одышки, снижения частоты сердечных сокращений и улучшения общего самочувствия. Кислородная сатурация после окончания курса гипербарической оксигенации составляла 95,5±1,8 % (до проведения курса – 65,7±6,1 %), что позволило перевести практически всех пациентов на спонтанное дыхание без необходимости дальнейшей оксигенотерапии.

183. Применение искусственного интеллекта в респираторной медицине: основание и медико-правовые риски

Авторы: Писаренко К.С. – 1, Писаренко С.В. – 2

Организация: 1 – Международный независимый университет Молдовы, г.Кишинев, Республика Молдова; 2 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: осветить основание и медико-правовые риски (МПР) применения искусственного интеллекта (ИИ) в респираторной медицине (РМ).

Материалы и методы: Изучены нормативно-правовые (НП) акты и научные публикации последних лет.

Результаты: в настоящее время разработаны и применены на практике программы ИИ для диагностики респираторных заболеваний (посредством распознавания медицинских изображений и др.), разработки индивидуальных протоколов лечения, мониторинга состояния пациента (с туберкулезом, COVID-19 и др.), голосового заполнения медкарт. Разработка и внедрение ИИ влекут неоднозначные последствия, в частности возможность совершения «врачебных ошибок» и даже преступлений (П). Начнем с того, что использование разработчиками ИИ данных пациентов без их «seamless informed consent» уже является правонарушением. Совершение же П может быть вызвано допущенной при создании ИИ ошибкой, модификацией ИИ в результате неправомерного доступа в его систему, изначально заложенной в систему ИИ возможности преступного решения. Нельзя исключать П как непредсказуемого эффекта, которым обладают самообучаемые программы. В настоящее время ответственность за неправомерные последствия функционирования ИИ наступает у разных лиц (владелец, производитель, продавец, пользователь, компьютерный взломщик). В странах ЕС рассматривается вопрос наделения ИИ статусом «электронного лица» с правосубъектностью. В странах же СНГ, уголовный закон которых основывается на антропоцентристском подходе, ответственности подлежит только физическое лицо – человек.

Выводы: в настоящее время разработаны и внедряются в РМ программы ИИ для диагностики заболеваний, разработки индивидуализированного лечения и мониторинга состояния пациента. Разработка и внедрение ИИ требуют строгого НП регулирования, минимизирующего МПР.

184. Возможности и медико-правовые риски применения телекоммуникационных методов в респираторной медицине

Авторы: Писаренко К.С. – 1, Писаренко С.В. – 2

Организация: 1 – Международный независимый университет Молдовы, г.Кишинев, Республика Молдова, 2 – ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: осветить возможности и медико-правовые риски применения телекоммуникационных методов (телемедицины – Т) в респираторную медицину (РМ).

Материалы и методы: изучены нормативно-правовые (НП) акты, научные публикации и опыт последних лет.

Результаты: телекоммуникационные методы (телемедицина – Т) находят применение в РМ при: решении задач развития пневмологической (ПН) помощи; улучшении связей между медицинскими центрами (МЦ); обеспечении непрерывного образования врачей (В); укреплении здоровья населения за счет улучшения менеджмента болезней легких, укрепления ПН службы и др. Анализ опыта работы действующих на протяжении ряда лет в республике Т-проектов, поддержанных Американским международным союзом здравоохранения, Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией и др., указывает, что Т-услуги предоставляются с соблюдением этических стандартов. Вместе с тем, в действующих НП актах до сих пор отсутствует четкая регламентация Т. Для успешной интеграции Т в (респираторною) медицину и оказания удаленных медицинских услуг необходимо внести в действующие законы (Об охране здоровья, О врачебной деятельности, О правах и ответственности пациента и др.), клинические протоколы и стандарты новеллы о Т. В частности, должны быть решены вопросы о защите частной жизни пациента (П) и конфиденциальности при передаче, хранении и обмене данными между МЦ, об электронной форме согласия П на телеконсультацию (ТК), о его ответственности за достоверность предоставленных данных, об ответственности В за допущенные в ходе ТК ошибки, о видеофиксации ТК, о возможности постановки диагноза и назначения лечения в ходе ТК в режиме «В-П».

Выводы: применение Т-технологий в РМ для оказания удаленных медицинских услуг требует строгого регулирования, минимизирующего возможные медико-правовые риски.

185. Влияние иммуноглобулина для внутривенного введения на микробицидную активность фагоцитирующих клеток

Авторы: Мирхайдаров А.М. – 1, Фархутдинов У.Р. – 2, Киреева Г.М. – 2, Булатов М.А. – 2

Организация: 1 – Городская клиническая больница № 13, г. Уфа, 2 – Городская клиническая больница № 21, г. Уфа.

Цель: в эксперименте in vitro изучить влияние нормального иммуноглобулина человека для внутривенного введения (ИГВВ) – иммуновенина на генерацию активных форм кислорода (АФК).

Методы: в гепаринизированной донорской крови методом регистрации люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ) оценивали продукцию метаболитов кислорода и влияние на этот процесс ИГВВ. Для установления зависимости интенсивности генерации АФК от дозы ИГВВ изменяли концентрацию тестируемого препарата.

Результаты: тестирование ИГВВ с цельной кровью доноров вело к повышению ХЛ крови, что свидетельствовало о прооксидантном эффекте. При этом с увеличением дозы исследуемого препарата, возрастала и интенсивность ХЛ крови. В присутствии ИГВВ в дозе 0,005 мг/мл отмечалось повышение интенсивности ХЛ крови на 18,4% ($p<0,05$). При добавлении препарата в дозе 0,05 мг/мл ХЛ крови повышалось на 48,6% ($p<0,05$). В концентрации 0,5 мг/мл ИГВВ интенсивность ХЛ крови повышалась на 64,5% ($p<0,05$).

Выводы: эффективность ИГВВ возможно обусловлена способностью стимулировать продукцию АФК клетками крови. Применение ИГВВ может повысить результаты лечения НЗЛ в патогенезе которых имеется депрессия кислородзависимого метаболиза фагоцитов.

186. Влияние особенностей питания на оксидативный статус

Авторы: Запруднова Е.А. – 1, Фролова М.А. – 1, Ли Т.В. – 2, Попова Н.А. – 3, Климанов И.А. – 3, Соодаева С.К. – 3

Организация: 1 – Владимирский государственный университет, Владимир,
2 – Клиника Семейная, Москва, 3 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, Москва

Одним из распространенных этапов технологической обработки пищевой продукции является рафинирование, в процессе которого из исходного продукта удаляются так называемые «балластные вещества». Как правило, в балласт попадают витамины, микроэлементы, аминокислоты и другие полезные биологически активные вещества – антиоксиданты, а пища загружается трансжирами, насыщенными жирными кислотами и т. д.

Цель работы: оценка влияния особенностей питания на некоторые свободнорадикальные показатели в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ).

В исследовании приняли участие молодые люди (30 студентов) в возрасте от 22 до 35 лет. В ходе эксперимента сбор КВВ проводился несколько раз: после диеты без рафинированных продуктов и после диеты с большим количеством рафинированных продуктов. В КВВ проводили определение метаболитов NO – общей концентрации нитратов/нитритов (TNN) и уровня железа КВВ. Антиоксидантную активность оценивали по активности каталазы в КВВ. В результате проведенных исследований установлено, что диета с большим количеством рафинированных продуктов приводит к усилению процессов свободнорадикального окисления (СРО) в организме. Обнаружено, что концентрация TNN в КВВ увеличивается в 3 раза – с 2,91 $\pm$ 0,23 мкМ до 8,87 $\pm$ 0,32 мкМ. (P <0,05), а концентрация железа в 2 раза (от 1,29 $\pm$ 0,1 мкМ до 2,74 $\pm$ 0,16 мкМ (P <0,05)). Выявлено также повышение активности каталазы в КВВ с 0,161 $\pm$ 0,119 ед. До 0,243 $\pm$ 0,019 ед. (P <0,05), что свидетельствует об активации антиоксидантной системы защиты. Таким образом, потребление большого количества очищенных, переработанных продуктов способствует активации процессов СРО, а также фермента антиоксиданта в КВВ у молодых людей.

187. Оценка качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) на фоне комплексной терапии

Авторы: Бабушкина Г.В. – 1, Асадуллина Г.В. – 1, Шайхлисламова Г.И. – 2, Губаева А.М – 2.

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
2 – ГБУЗ РБ ГКБ №13, г. Уфа

Цель исследования: оценить влияние комплексной терапии ХСН с сохраненной фракцией выброса на качество жизни пациентов со стабильной ИБС в сочетании с хроническим необструктивным бронхитом

Материалы и методы: в исследование включено 42 пациента в возрасте от 46 до 60 лет с ХСН II и III ФК (по NYHA), сохраненной фракцией выброса левого желудочка на фоне стабильной ИБС в сочетании с хроническим необструктивным бронхитом вне обострения, с синусовым ритмом и ЧСС более 70 ударов в минуту. С помощью Миннесотского опросника была проведена оценка качества жизни пациентов на фоне проводимого лечения. Для оценки ФК ХСН и толерантности к физической нагрузке проводился тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). Для сравнения были взяты 2 репрезентативные группы пациентов с СН-СФВ, которые наблюдались 3 месяца. В 1-й группе (22 пациента) на фоне базисной терапии назначался бисопролол методом титрования дозы с 2,5мг до 10мг, во 2-й группе (20 пациентов) – комбинация бисопролола с ивабрадином. В исследование была включена контрольная группа, которая состояла из 30 здоровых людей без заболеваний сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем, в возрасте 56,2$\pm$3,5 лет.

Результаты: через 12 недель наблюдения в 1-й группе отмечалась тенденция к увеличению ТШХ (p>0,05); во 2-й группе – статистически значимое его увеличение (p<0,05). По результатам Миннесотского опросника в 1-й группе через 12 недель наблюдения общее количество баллов уменьшилось с 49,5$\pm$2,4 до 41,4$\pm$2,1; во 2-й группе – с 47$\pm$2,5 до 39$\pm$2,1 (p<0,05). Таким образом, комплексная терапия пациентов с СН-СФВ с включением бисопролола и ивабрадина способствует улучшению качества жизни через 12 недель наблюдения по результатам Миннесотского опросника (p<0,05), наиболее выраженному в группе с сочетанным приемом бисопролола и ивабрадина.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

1. Кровохаркание как клиническое проявление синдрома Зиверта-Картагенера

Авторы: Ермилов О.В. – 1, 2, Никонорова Л.Б. – 2, Бочарова М.А. – 2, Морозова Л.В. – 1, 2, Бочаров В.А. – 1

Организация: 1 – Белгородский государственный национальный исследовательский университет Россия, 308015, г. Белгород, 2 – Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

В нашу клинику поступила пациентка Б., 56 лет с жалобами на эпизоды гемофтиза, у которой в грудном возрасте была выявлена транспозиция внутренних органов. Из анамнеза жизни: страдает хроническим бронхитом, хроническим верхнечелюстным синуситом. На протяжении последних 6 месяцев отмечала эпизоды гемофтиза. Проведена спиральная компьютерная томография.
На серии сканов: определяется обратное расположение внутренних органов. Стенки бронхов уплотнены, имеется симптом «трамвайных рельсов», тракционные бронхоэктазы. Правое легкое имеет нетипичное строение: средняя доля разделена на две части с четко определяемой междолевой плеврой. Главный бронх делится на три долевых бронха с соответствующими сосудами. Верхние дыхательные пути без патологии. Дополнительно проведенная бронхоскопия не выявила каких-либо новообразований.
Таким образом, среди причин кровохарканья выступают генетически детерминированные цилиопатии, сопровождающиеся поражением респираторного тракта.

2. Диагностический поиск при синдроме Чардж-Стросса

Авторы: Соколова Л.В., Паневская Г.Н., Гнатенко Т.Г.

Организация: ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», СП «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», г. Симферополь

Диагностика синдрома Чардж-Стросса / эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (ЭГПА) нередко представляет сложности для практикующего врача. Вместе с тем, своевременно и правильно поставленный диагноз заболевания является непременным условием проведения эффективной терапии.

Цель исследования: выявление причин поздней диагностики синдрома Чардж-Стросса на основании метаанализа данных историй болезни 4-х пациенток в возрасте от 28 до 66 лет, с длительностью заболевания ЭГПА от 3-х до 18 лет, находившихся на лечении в ревматологическом отделении. Интервал между первым обращением к терапевту по поводу проявлений данного заболевания и датой постановки диагноза ЭГПА варьировал от 4-х месяцев до 3-х лет. Дебют заболевания сопровождался появлением приступообразного сухого или малопродуктивного кашля с отделением слизистой мокроты, приступов удушья, одышки при умеренной физической нагрузке, субфебрильной температуры. В дальнейшем возникали явления риносинусита, этмоидита, полиартралгии, полимиалгии, синдром Рейно и др. Аллергологический анамнез без особенностей. В анализах крови выявлены умеренный лейкоцитоз (до $10{,}0 \times 10^9$/л), эозинофилия (более 10%), высокий уровень СОЭ (до 40-60 мм /час) и СРБ (до 38,91 мг/л); рентгенологические признаки инфильтративных изменений в легких с обеих сторон. Диагностический поиск предполагал исключение таких заболеваний, как внебольничная двусторонняя пневмония, бронхиальная астма, экзогенный аллергический альвеолит и др.

Несвоевременное направление больных на консультацию к пульмонологу и ревматологу явилось наиболее вероятной причиной поздней диагностике синдрома Чардж-Стросса / ЭГПА и как следствие недостаточно эффективной терапии.

3. Клинический случай амиодаронового легкого

Авторы: Приходько О.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Цель исследования: изучение клинических проявлений амиодаронового легкого. Пациентка 67 лет, в связи с сердечно-сосудистой патологией (ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Постинфарктный кардиосклероз (2007г.). Гипертрофическая кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь III ст., артериальная гипертензия III ст., риск IV. ХСН IIA. ФК II.), принимала амиодарон 400 мг в сутки в течение 8 месяцев. Жалобы на нарастающую одышку, затруднение дыхания, непродуктивный кашель. Общее состояние средней степени тяжести. Частота дыхания – 22 в мин., SpO2 – 97%. При аускультации легких – дыхание жесткое, в нижних отделах – крепитация. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД – 120/80 мм. рт. ст. При компьютерной томографии – признаки диффузных интерстициальных изменений легких (гиперчувствительный пневмонит), (диффузные участки уплотнения обоих легких по типу матового стекла, увеличение паратрахеальных лимфатических узлов). По данным спирометрии нарушений показателей вентиляционной функции легких нет. Анализ мокроты – Str. Pneumoniae-104. Газовый состав крови – сочетанное нарушение кислотно-основного состояния. ЭКГ: синусовый ритм, желудочковая экстрасистолия, замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса, гипертрофия миокарда правых отделов сердца, ишемия субэпикарда боковой, переднеперегородочной, верхушечной, заднебазальной областей. Клинический диагноз: токсический фиброзирующий альвеолит на фоне приема амиодарона, подострое течение, ДН II ст. На фоне проводимого лечения была отмечена положительная динамика: уменьшились одышка, кашель, улучшилось общее самочувствие.

Данное заболевание является сложным для диагностики и грозным осложнением приема антиаритмического препарата, что подчеркивает необходимость внимательного наблюдения пациентов на фоне проводимой терапии.

4. Аутохтонный дирофиляриоз: двухстороннее поражение плевры в сочетании с паразитарной пневмонией под маской туберкулеза

Авторы: Третьяков А.Ю. – 1, Ермилов О.В. – 1, 2, Мухина Т.С. – 3,
Бочарова М.А. – 2, Казенный А.Б.– 4, Шеховцов С.А. – 2

Организация: 1 – ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, РФ; 2 – ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, РФ; 3 – ОГБУЗ «Белгородское патологоанатомическое бюро», г. Белгород, РФ; 4 – ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Белгород, РФ

Пациент М., 67 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,2°С. Болен около 2-х месяцев.

На рентгенограмме выявлен правосторонний гидроторакс. По данным УЗИ: жидкость с толщиной полоски до 63 мм. Произведена пункция, получено 600 мл жидкости. Цитологическое заключение: цитограмма обильного воспаления, пролиферация клеток мезотелия, обилие плазматических клеток с реактивными изменениями и атипией, КУМ не обнаружены. Проба Ривальта отрицательная. Результаты компьютерной томографии: гидроторакс, в субплевральных отделах S6 правого и S9 левого легкого выявлены единичные участки уплотнения, размерами до 5х7 мм в диаметре, в нижней доле левого легкого, в прикорневой зоне (S6-S10), участки инфильтрации.

Выполнена торакоскопия: в плевральной полости 1000 мл серозной жидкости, на париетальной плевре белесоватое образование 20 мм в диаметре, возвышающееся над поверхностью. Проведено гистологическое исследование, в центре образования идентифицирована самка Dirofilaria repens. В ветеринарной клинике проведено лабораторное обследование собаки пациента. В образцах крови выявлена микрофиляриемия Dirofilaria repens высокого уровня.

В данном наблюдении, участок паразитарного поражения, находился вдалеке от кортикальной зоны в толще легочной паренхимы. Его регресс у пациента достигнут при проведении антимикробной терапии. Этот лечебный эффект обусловлен тем, что ведущим фактором, определившим

паренхиматозную воспалительную реакцию, служил не сам паразит, а бактерии Wolbachia-универсальный симбионт нематод. Отсутствие же у пациента эозинофилии крови, позволило исключить и эозинофильную природу легочного инфильтрата.

5. Синдром Ивемарка у девочки 2 лет в сочетании с первичным иммунодефицитом

Автор: Павлова Т. Б.

Организация: ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, ГБУЗ ИГОДКБ

Ивемарка синдром – сочетание агенезии селезенки с врожденным пороком сердца и аномалиями расположения органов брюшной полости. Это эмбриопатия. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Девочка 2 лет. Направлена к аллергологу-иммунологу с диагнозом синдром Ивемарка. Множественные врождённые пороки развития. Правосформированное, праворасположенное сердце. Зеркальное расположение лёгких. Полиспления. Срединное расположение печени и желчного пузыря. 2 ст. тугоухость 4 ст. Хронический синусит. Вторичная лёгочная гипертензия, 1ст. ДН 1ст. ХСН ФК2, полицетемия. Оперированный ВПС: мембранозный дефект межжелудочковой перегородки, ОАП. Операция 13.02.18 – пластика ДМЖП, клипирование ОАП. Резидуальный дефект межжелудочковой перегородки до 0,3см.
Жалобы на частое дыхание после выраженной физической нагрузке, цианоз в области губ, кистей, стоп постоянно в покое. На домашнем режиме. ОРЗ болеет 1 раз в 3 месяца.
Анамнез жизни: от 3 физиологической беременности: 1 мальчик (сводный брат по матери) умер с Д3 – муковисцидоз? 2 девочка здорова (сводная сестра по матери). Патологии во время беременности выявлено не было. Роды в срок.
При 2-х кратном иммунологическом обследовании обнаружено стойкое снижение Т- лимфоцитов – CD3+ 32,6% (0,351), CD 8+ 8,6% (0,093), CD 4+ 23,5%(0,254). Анализ эксцизионных колец перестройки генов Т-клеточных рецепторов выявил снижение наивных Т- лимфоцитов: TREC 152 – число копий на 100 000 лейкоцитов, 6,2 копии на 1 мкл.
Ребенку проводится заместительная терапия иммуноглобулинами и профилактическая антимикробная терапия сульфаниламидами. Идёт поиск спонсоров для проведения полного экзомного секвенирования.

Выводы: детей с множественными врождёнными пороками развития необходимо направлять на консультацию к иммунологу с целью исключения первичного иммунодефицита.

6. Интралобарная легочная секвестрация: отсроченная диагностика заболевания у пациентки среднего возраста с абсцедирующей пневмонией, протекающей под маской туберкулеза

Авторы: Третьяков А.Ю. – 1, Ермилов О.В. – 1, 2, Хабибуллин Р. Р. – 3, Никонорова Л.Б. – 2, Бочарова М.А. – 2

Организация: 1 – ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, РФ,
2 – ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, РФ,
3 – ОГБУЗ «Белгородское патологоанатомическое бюро», г. Белгород, РФ

Клинический пример: пациентка М., 54 лет поступила с жалобами на одышку при физической нагрузке, приступообразный кашель с желтой мокротой, эпизоды повышения температуры тела до 38°С. Указанные жалобы беспокоят на протяжении 1 года. Проведена рентгенография и компьютерная томография грудной полости: обнаружена зона инфильтрации легочной ткани в нижней доле справа с жидкостными включениями, грыжа пояснично-реберного треугольника справа. Проводилась антибактериальная терапия – инфильтративные изменения и эпизоды гипертермии сохранялись. Выполнена ангиопульмонография. От дистальных отделов грудной аорты к указанному участку паренхимы отходит дополнительная артерия. Нельзя было исключить туберкулому, опухоль, хронический абсцесс на фоне врожденной интралобарной легочной секвестрации. Пациентке была выполнена нижняя лобэктомия справа (в препарате нижней доли в S9-S10 плотное образование 5-7 см в диаметре, в легочной связке определяются множественные кровеносные сосуды и спле-

тения). Проведено гистологическое исследование полученного материала: в препаратах определяются обширные участки склеротических изменений и хронического воспаления с выраженной лимфоцитарной и макрофагальной инфильтрацией, микроабсцессы, аномально развитые, местами слепо заканчивающиеся бронхиолы без легочных альвеол.
Пациентке выставлен заключительный клинический диагноз: интралобарная легочная секвестрация нижней доли правого легкого, кистозно-абсцедирующая форма с формированием хронического абсцесса. Данный клинический пример имел свои особенности: во-первых, длительное бессимптомное течение и, как следствие, отсроченная диагностика заболевания; во-вторых, нетипичное сочетание ИЛС с сопутствующими врожденными аномалиями (кифосколиотической деформацией грудной клетки, дефектом диафрагмы).

7. Редкий случай сочетания диффузного идиопатического гиперостоза позвоночника с бронхиальной астмой у пациента пожилого возраста

Авторы: Третьяков А.Ю. – 1, Ермилов О.В. – 1, 2, Бочарова М.А. – 2, Бочаров В.А. – 3

Организация: 1 – ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, РФ, 2 – ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, РФ, 3 – ООО«Неврологическая клиника», г. Белгород, РФ

Пациент С., 66 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительных физических нагрузках, сухой приступообразный кашель, свисты в груди (страдает бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, ИБС; в анамнезе непереносимость аспирина, полипоз).
Прогрессирование одышки в течение последнего года, значительно снизилась толерантность к физической нагрузке, одновременно с одышкой отмечались осиплость голоса, дисфагия.
На момент осмотра объективных данных за обострение бронхиальной астмы, декомпенсацию сердечно-сосудистой патологии выявлено не было. Сделано предположение о патологии со стороны гортаноглотки. Было обращено внимание на ограниченную подвижность в шейном отделе позвоночника. Выполнены МРТ и КТ мягких тканей шеи с контрастированием, КТ органов грудной полости. Выявлены деформация гортаноглотки и верхней трети пищевода массивным остеофитным комплексом в сегменте С3-С7 с оттеснением их кпереди, подобные изменения обнаружены на уровне Th3-Th12. Дополнительно исключен сакроилеит и коллагеноз.
Данный клинический случай соответствовал основным признакам болезни Форестье (диффузного идиопатического гиперостоза позвоночника): пациент мужчина пожилого возраста с избыточной массой тела (37.87 кг/м2), гиперурикемией. Костные изменения были распространены полисегментарно и соответствовали рентгенологическим критериям заболевания. Таким образом, проблема болезни Форестье имеет свою актуальность и в пульмонологической практике. Ее сочетание с бронхолегочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями может приводить к диагностическим трудностям в установлении причин прогрессирующей дыхательной недостаточности.

8. Случай иммуноопосредованного пневмонита, развившегося вследствие приема ниволумаба, у пациентки с лимфомой Ходжкина

Автор: Янбухтина В.Р.

Организация: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Представлен клинический случай с описанием типичной картины течения и ответа на терапию иммуноопосредованного пневмонита (ИОП) – одного из нежелательных явлений (НЯ), связанных с применением у пациентов с классической формой лимфомы Ходжкина (ЛХ) иммунотерапевтических препаратов. У пациентки, получавшей лечение в соответствии со стандартами терапии резистентной ЛХ, ИОП развился менее, чем через год после начала терапии ниволумабом, проявился стремительно прогрессирующими без иных провоцирующих факторов одышкой и сухим приступообразным кашлем и был подтвержден с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Незамедлительно была произведена отмена ниволумаба, назначены СГКС и комбинированная ингаляционная терапия. Динамика оценивалась физикально, рентгенологически и с помощью методик функционального исследования дыхания через 1, 3 и 6 месяцев. В процессе лечения в связи с применением высоких доз СГКС также проводилось исключение инфекционного поражения легких. При контрольных исследованиях через 9 месяцев от выявления и начала лечения ИОП было подтверждено полное разрешение процесса, однако пациентка продолжала полу-

чать бронходилатационную терапию в связи с критериально установленным диагнозом ХОБЛ. По результатам наблюдения можно сделать следующие выводы: 1. МСКТ является важным методом исследования, позволяющим выявить ИОП на ранних стадиях его развития. 2. Различные степени ИОП требуют различных терапевтических тактик в соответствии с национальными рекомендациями. 3. Раннее назначение полноценной терапии (системной и ингаляционной) позволяет в максимально короткие сроки добиться разрешения иммунного процесса с формированием минимальных остаточных изменений.

9. Случай пневмотоксичности сиролимуса у пациента С ХЛЛ в посттрансплантационный период

Автор: Янбухтина В.Р.

Организация: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Среди всех интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) токсический и токсико-аллергический альвеолит (являющиеся сходными как по патогенезу, так и по клиническому течению) занимают одно из лидирующих мест. Частым фактором их развития являются лекарственные препараты, применяемые у пациентов онкогематологического профиля: блеомицин, ингибиторы контрольных точек, ингибиторы тирозинкиназы. Приведено клиническое наблюдение токсико-аллергического альвеолита (ТАА), развившегося у пациента с В-клеточным хроническим лимфолейкозом вследствие приема ингибитора m-TOR сиролимуса в посттрансплантационный период. Анамнестически развитие ТАА было связано с повышением дозы препарата, однако, ввиду высокого риска инфекции у пациентов онкогематологического профиля, подтверждение диагноза заняло длительное время и потребовало включения всех возможных методов исследования, в том числе оперативного вмешательства с непосредственным исследованием участка легкого гистологически, иммуногистохимически и микробиологически. Лечение проводилось высокими дозами системных глюкокортикостероидов (СГКС) в течение 1 месяца, затем низкими дозами СГКС в течение 6 месяцев, терапия ингаляционными глюкокортикостероидами продолжается по настоящий момент – спустя год после развития ТАА. Таким образом: 1. Верификация и дифференциальная диагностика поражения легких у иммуноскомпрометированных пациентов сложна и требует максимально широкого спектра исследований. 2. Морфологическая верификации диагноза является наиболее точной и необходима во всех спорных случаях при отсутствии противопоказаний. 3. Тактика лечения ТАА (дозы препаратов и длительность терапии) у пациентов онкогематологического профиля не может соответствовать принятым стандартам для данного ИЗЛ.

10. Сравнительный анализ течения новой коронавирусной инфекции, осложнённой пневмонией, у курящего и некурящего пациента

Авторы: Листопадова М.В., Банёнис М.Г., Карук М.В.

Организация: Смоленский государственный медицинский университет

Проанализированы два клинических примера течения пневмонии на фоне новой коронавирусной инфекции у курящего и некурящего пациентов. В курацию были взяты мужчины одного возраста, одинакового антропометрического статуса, без сопутствующей патологии, с изначально схожей лабораторно-инструментальной картиной COVID-19, получавшие терапию по единому протоколу. У курящего пациента был значительно выражен кашель, инспираторная одышка при умеренной физической нагрузке, у некурящего данных проявлений не было. Кроме того, у курящего пациента были выявлены более выраженные признаки астении.

Изначально лабораторные данные у пациентов были без отклонений, но в динамике у курящего пациента в отличие от некурящего отмечены признаки присоединения бактериальной инфекции в виде появившейся гнойной мокроты, лейкоцитоза, увеличения С-реактивного белка. Данная ситуация потребовала провести дополнительно курс антибактериальной терапии.

При анализе в динамике контрольных результатов компьютерной томографии при изначально схожей рентгенологической картине было выявлено следующее: у некурящего пациента на фоне медикаментозной терапии уменьшился объём поражения, осложнений не выявлено. У курящего больного объём поражения не изменился, отмечено формирование фиброзного компонента.

Показатели функции внешнего дыхания на фоне терапии у некурящего пациента находились в пределах нормы, у курильщика же отмечено снижение функциональной способности лёгких, как вначале заболевания, так и в динамике.

Заключение: при сравнительном анализе курящего и некурящего пациентов с COVID-19 отмечено, что курение могло способствовать более выраженной клинике заболевания, присоединению бактериальной инфекции, а также затруднить процесс восстановления функциональной способности лёгких на фоне терапии.

11. Случай молниеносного течения идиопатического фиброзирующего альвеолита в 2017 году с клинической картиной пневмонии COVID-2019

Автор: Ишмухаметова А.Н.

Организация: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Пациентка А. 1968 г. рождения поступила в экстренном порядке с жалобами на сухой кашель, слабость, озноб, подъем температуры до 40^0С, одышку.
Заболела за 20 дней до госпитализации: боль в горле, повышение температуры до 38^0С, самолечение. На 14 день терапии поднялась температура до 40^0С, появился сухой кашель. Экстренная госпитализация.

Объективно: температура тела 38,3^0С, мелкопузырчатые хрипы, крепитация с обеих сторон. Сатурация 90%. На Рент ОГК – признаки двухсторонней пневмонии, В ОАК: лейкоцитоз до 14 *109/л, Тр. 426 *109/л, Hb 121 г/л. Прокальцитониновый тест (более 10), СОЭ 66 мм/ч. Гиперкоагуляция (как ДВС на фоне инфекционного шока): фибриноген 4,3 г/л, РФМК до 8 %, Д-димеры 1511 нг/мл. В протеинограмме: увеличение а-1, а-2 альбуминов и гамма-глобулинов. ПЦР вирус гриппа не выявлен. Выставлен диагноз: Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, вирусно-бактериальная, тяжелой степени тяжести. Ухудшение состояния на 3 день стационарного лечения. SpO2 82%. Пациентка переведена на ИВЛ. Отмечено повышение тропонина, повышение КФК-МВ, признаки субэндокардиальной ишемии миокарда верхушечно-боковой области. Антибактериальная и патогенетическая терапия: карбапенемы, пульс-терапия метилпредом без эффекта. Смертельный исход на 7 сутки госпитализации.
Патологоанатомический диагноз: Идиопатический фиброзирующий альвеолит, диффузный прогрессирующий интерстициальный фиброз легких, острая форма. Острая легочно-сердечная недостаточность.
Пневмония при COVID-19 многими исследователями рассматривается как альвеолит за счет коагулопатии и цитокинового шторма. В 2017 г. мы наблюдали случай идиопатического фиброзирующего альвеолита с молниеносным течением, однако цитокиновый шторм не был диагностирован. Вирусная природа заболевания не была подтверждена.

12. Клинический случай редкого заболевания: спонтанный пневмомедиастинум у ребенка

Авторы: Шмелева И.О. – 1, 2, Мельник С.И. – 1, 2, Сергеев К.В.

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 2 – ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ

Спонтанный пневмомедиастинум – редко встречающееся самостоятельное заболевание, наиболее часто проявляющееся болью за грудиной, затруднением дыхания, дисфагией и одутловатостью шеи, обусловленной эмфиземой мягких тканей. Частота спонтанной эмфиземы средостения, по данным различных авторов, варьирует от 1:800 до 1:44511.

Пациентка А., 4 г. 11 мес., госпитализирована в стационар с жалобами на периодический сухой кашель в течение месяца. Педиатром трактовалась как пациентка с ОРЗ, назначенная симптоматическая терапия без эффекта. В связи с сохраняющимся кашлем через месяц от начала заболевания выполнена Rg ОГК, заподозрено полостное образование средостения с уровнем жидкости, по поводу чего выполнена МСКТ ОГК, по результатам которой определен пневмомедиастинум, нельзя исключить свищ левого главного бронха, в связи с чем госпитализирована в стационар. Трав-

мы, удары грудной клетки, поперхивание пищей, отрыжку отрицает. Перинатальный анамнез без особенностей. При обследовании по ФБС выявлен левосторонний диффузный резко выраженный катаральный эндобронхит, с учетом трактовки изменений после получения результатов бактериологического и цитологического исследований, неспецифического генеза. Дефекты стенок трахеи, бронхов не определяются. При эзофагоскопии данных за наличие дефектов в пищеводе не выявлено. На основании клинико-рентгенологических данных установлен диагноз – спонтанный пневмомедиастинум. На фоне ингаляционной терапии ГКС и бронхолитиками наблюдалось постепенное уменьшение кашля и стабилизация состояния. При МСКТ органов грудной полости через 20 дней отмечается регрессия ранее диагностированного состояния.
Прогноз данного заболевания обычно благоприятный, эффективно подается консервативному лечению. Рецидив заболевания наблюдается крайне редко.

13. Острый респираторный дисстресс-синдром упациента с гриппом А (H1N1) PDM 09

Авторы: Смирнова М.С., Парунов С.Д.

Организация: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Пациент М., 48 лет, поступил в стационар экстренно с жалобами на озноб, боль в горле, сухой кашель, температура 39,5. При осмотре оглушение, шкала Глазго 13 б. ЧД 33 в мин. Дыхание жесткое, резко ослаблено в нижних отделах, там же крепитация, сухие хрипы над всей поверхностью легких. ЧСС 124 уд/мин. АД 87/54 мм рт. ст. SpO2 72%. Начата О2 терапия. Переведен в ОРИТ.
МСКТ легких. Участки интерстициальной и альвеолярной инфильтрации неправильной формы. Интерстициальный отек легких. КТ-картина 2-х сторонней полисегментарной пневмонии (более вероятно вирусной природы). ОРДС.
ОАК: Hb 127 г/л, эр 4,5х109/л Ht 41%, Le 4,7х109/л, э 1%, п/я 2%, с/я 40%, л 54%, м 3%, СОЭ 23 мм/час, тр 139 х1012 /л. Bl 26,7 мкмоль/л, СРБ 96 мг/л, АсАт 79 IU/L, АлАт 19 IU/L, мочевина 23,4 ммоль/л, креатинин 192 мкмоль/л. КЩС. pH 7.423, PCO2 44.7 mmHg, BE 3.6 mmol/L, PO2 37.0 mmHg, Na 134.5, K 4.60, Ca 1.354.
Больной переведен на ИВЛ. PaO2/FIO2 <100 мм. рт. ст. с PEEP> 5 смH_2O. По шкале SOFA 10 баллов. В мазках из ротоглотки ПЦР грипп A/H1N1 pdm09. В посеве мокроты S. pneumoniae.

Диагноз: Грипп A/H1N1 pdm09, тяжелая форма. Внебольничная двусторонняя вирусно-бактериальная пневмония тяжелого течения. ОРДС. ДН3.

Терапия: осельтамивир; норадреналин с 0.5 мкг/кг/мин до 0.1 мкг/кг/сут. 5 суток; кристаллоидные растворы; антибактериальная терапия; бронхолитики, муколитики через небулайзер.

14-е сутки. Рентгенологически увеличения прозрачности справа в нижних отделах. СРБ 42,9 мг/л. 22-е сутки. При рентгенографии данных за пневмонию нет. СРБ 4,2 мг/л. 23-е сутки. ИВЛ прекращена.

Приведенный случай гриппа A/H1N1 с развитием тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии, ОРДС, дыхательной недостаточности, комы демонстрирует особенности течения и сложность терапии данной инфекции.

14. Клинический случай гнойного осложнения новой коронавирусной инфекции COVID-19

Авторы: Котова Д.П., Шеменкова В.С., Дёмина В.А.

Организация: ГБУЗ ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова ДЗ г. Москвы

11 марта 2020 г. ВОЗ официально объявила о пандемии новой коронавирусной инфекции – COVID-19. Несмотря на небольшое количество данных о вирусе, доказано развитие мощнейшей системной воспалительной реакции, что лежит в основе тяжелого поражения легких и развития гиперкоагуляции.
Пациентка П., 54-х лет, поступила в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы в августе 2020 г. с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, боль в грудной клетке, общую слабость и гипертермию до 380С. Из анамнеза известно, что в июне 2020 г. перенесла новую коронавирусную инфекцию (подтвержденную ПЦР-диагностикой) с развитием пневмонии (объем поражения до 25%). Проходила амбулаторное лечение, выписана в удовлетворительном состоянии с полным

регрессом жалоб. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы, начат прием левофлоксацина 500мг х2р/сут. При проведении КТ органов грудной клетки с контрастированием в стационаре – признаки перенесенной ковидной инфекции, полостных образований верхней доли левого легкого (абсцесс или гангрена легкого), данных за тромбоэмболию легочной артерии не получено. В анализах крови обращали на себя внимание признаки системной воспалительной реакции (СОЭ=40 мм/ч, СРБ=255,63 мг/л, лейкоцитоз до 11,1х109/л с палочкоядерным сдвигом). Выставлен диагноз абсцесса легкого, как осложнение после перенесенной коронавирусной инфекции. Начата антибактериальная терапия меропенемом и линезолидом в максимальных терапевтических дозах – с положительным эффектом. Пациентка консультирована торакальным хирургом, переведена в специализированный стационар, где выполнена левосторонняя лобэктомия. В дальнейшим выписана на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии с полным регрессом жалоб и нормализацией острофазовых показателей воспаления.

15. Случай поздней диагностики муковисцидоза

Авторы: Старевская С.В. – 1,2., Мельник С.И. – 1,2., Азарова Е.О. – 1.

Организация: 1 – ФГБУ «СПбНИИФ» МЗ РФ, 2 – СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Пациентка П., 3 л.10 мес., госпитализирована в стационар для верификации диагноза с жалобами на ежедневный влажный кашель с 1,5 месяцев жизни, эпизодами рвоты на высоте кашля. Из анамнеза известно, что пациентка с отягощенной наследственностью: у четвероюродной сестры по линии матери мертворожденный ребенок, у прабабушки по линии матери выпадение прямой кишки. Девочка родилась доношенной, с хорошими весоростовыми показателями. Данные неонатального скрининга в амбулаторной карте не указаны, со слов мамы, один из результатов был сомнительным, какой именно, указать не может. Вакцинация проведена только БЦЖ, далее отказ родителей.

В связи с вышеуказанными жалобами ребенок неоднократно консультирован в различных медицинских учреждениях, с учетом результатов ФГДС в 1 год трактовалась как пациентка с рецидивирующим бронхитом на фоне синдрома хронической микроаспирации вследствие недостаточности кардии. Исключались коклюш, паракоклюш, хламидийная и микоплазменная инфекции.

На фоне симптоматической терапии, коротких курсов низких возрастных доз иГКС кашель сохранялся в ранние утренние часы, ночью, после физических нагрузок.

При обследовании в ходе госпитализации были получены следующие результаты: клинический минимум без особенностей. МСКТ органов грудной полости: цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы в S3 правого легкого, ателектаз в S2 справа. ФБС: диффузный гнойный эндобронхит, выраженный в верхней доле справа. По результатам посевов бронхиальных смывов – Pseudomonas aeroginosa 10*4, Staph. aureus 10*5. Выполнена потовая проба: концентрация ионов NaCl 105 ммоль/л. На основании клинико-анамнестических жалоб, наследственной отягощенности, рентгенологической картины (бронхоэктазы), положительной потовой пробы, эндоскопической картины гнойного бронхита с высевом патогномоничной флоры выставлен диагноз муковисцидоз.

16. Клинический случай новой коронавирусной инфекции тяжелого течения

Авторы: Кучер А.В., Приходько О.Б.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Представляет интерес наблюдение пациента с тяжелым течением коронавирусной инфекции на фоне сопутствующей патологии, в течение длительного периода находящегося в ОРИТ. Пациент 66 лет, находится на лечении в ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ» с диагнозом: Коронавирусная инфекция, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжёлое течение, ДН III. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия I степени. Риск IV. ХСН IIA. ФК III. Токсический гепатит (лекарственно-индуцированный). Полипы желудка. ЖДА средней степени тяжести. При поступлении жалобы на общую слабость, кашель. Из анамнеза: контакт с больным коронавирусной инфекцией, находился на самоизоляции. Через день – подъем температуры до 38^0С, кашель. Объективно: SpO2 – 97%. ЧДД – 18 в мин., ЧСС – 80 уд/мин., АД- 120/70 мм рт. ст. В анализах крови: pO2 – 20 мм рт. ст. (венозная кровь), лактат – 2,0 ммоль/л. Госпитализирован в пульмонологическое отделение (получал антибактериальную, противовирусную терапию). Спустя 4 дня – ухудшение состояния: усиление дыхательной недостаточности, признаки ССВО, ЧД-28 в

мин., SpO2 – 89% на фоне увлажненного кислорода через лицевую маску, ЧСС – 111 уд/мин. Пациент переведен в ОРИТ. В анализах крови: pO2 – 31,9 мм рт. ст. (венозная кровь), лактат – 3,5 ммоль/л, лейкоцитоз – 12,9х109. Спустя сутки переведен на ИВЛ, оценка по шкале SOFA – 5 баллов. Через 2 дня – отрицательная динамика, присоединилась сосудистая недостаточность, проводилась вазопрессорная поддержка. Через 5 дней от начала проведения ИВЛ пациенту была выполнена трахеостомия. Через 2 недели – переведен на ВВЛ; еще через 2 недели трахеостомическая трубка удалена. Случай интересен тяжелым течением заболевания, пациент находился в ОРИТ 48 дней. В настоящее время продолжает лечение в пульмонологическом отделении.

17. Случай лимфангиолейомиоматоза в практике пульмонолога

Авторы: Игнатова Г.Л., Макарова Е.А.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ГБУЗ «ОКБ № 3» (Челябинск)

Пациент К., женщина, 38 лет. В течение года беспокоит одышка с затруднением выдоха, быстрая утомляемость, ограничение активности. Похудела на 10 кг за 4 года. Пневмоний, травм и операций на грудной клетке не было. Аллергоанамнез не отягощен. 8 лет работает швеей в ателье с тканями и мехом. На работе ухудшения самочувствия нет. Никогда не курила. Беременностей 2, роды 1, аборт 1. Кожные покровы обычной окраски и влажности, цианоза нет. На лице единичные высыпания цвета неизмененной кожи. Мышечная система развита слабо, питание снижено (ИМТ 20 кг/м^2). Отёков нет. Грудная клетка цилиндрическая, перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин. SpO2 – 95%. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, ЧСС 92 в мин, АД 107/72 мм рт. ст. Язык чистый, зев не гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В ОАК гемоглобин 115 г/л. После 6-минутной ходьбы SpO2 снизилась до 93%. Спирометрия: ОФВ1 29%, ФЖЕЛ 56%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,44, после теста с 400 мкг сальбутамола ОФВ1 32%, ФЖЕЛ 55%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,49. Бодиплетизмография: увеличено бронхиальное сопротивление 171,89%, увеличен ООЛ 189,52%, снижен ОВд. УЗИ ОБП: ангиомиолипома правой почки. МСКТ ОГК: во всех сегментах лёгких определяются воздушные кисты различных размеров без изменения бронхососудистого рисунка. Биопсия лёгкого: строение изменено за счёт наличия полостей, выстланных уплощенным эпителием, в стенках полостей утолщения из пролиферирующих лейомиоцитов. Иммуногистохимия: в интерстиции, субплеврально, перикаскулярно и перибронхиально определяется пролиферация гладкомышечных волокон с формированием солидных узелков, веретеновидные клетки экспрессируют в цитоплазме ярко гладкомышечный актин и HMB45; в ядрах яркая экспрессия прогестерона и эстрогена. Верифицирон диагноз ЛАМ.

18. Ранний дебют бронхиальной астмы спровоцированной пищевой аллергией: современный взгляд на диагностику и прогноз

Авторы: Стежкина Е.В., Вишнякова Д.А., Шарапина Н.М., Аленина Ю.В.

Организация: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, ГБУ
РО «Городская детская поликлиника № 7»

Актуальность: В мире растет число детей с проявлениями «пищевой» бронхиальной астмы (БА). Хотя по данным статистики лишь в 4,8% случаев пищевые продукты являются единственной причиной возникновения приступов астмы.

Цель исследования: анализ бронхообструктивного синдрома (БОС) у ребенка и его связи с пищевыми аллергенами

Задачи исследования: 1. Выявить особенности клинической картины пациента с ранним дебютом бронхиальной астмы. 2. Исследовать взаимосвязь БА и пищевой аллергии.

Материалы и методы исследования: 1. Ретроспективное исследование истории болезни мальчика возрастом 2,1 года. 2. Оценка данных аллергологического анамнеза, клинических симптомов и результатов аллергологического и лабораторного обследования.

Анамнез: у ребенка с 6 месяцев отмечаются рецидивы БОС: дважды на фоне ОРЗ, периодически свистящее дыхание при приеме в пищу курицы, гречки, молочных продуктов, индейки. С рождения страдает атопическим дерматитом. Аллергологический анамнез отягощен – у отца и старшей сестры атопический дерматит.

При обследовании: типоспецифические Ig E: молоко коровье – 3 класс, яйцо – 4 класс, картошка – 2 класс, банан – 2 класс. Бытовые отрицательные.

В 1 год 5 мес. находился на госпитализации в стационаре с диагнозом: Обструктивный бронхит, ДН I ст. Высокий риск БА. Выписан в удовлетворительном состоянии. В последующем при очередном ухудшении состояния установлен диагноз бронхиальная астма, атопическая, дебют, приступный период. ДН I ст.

Особенностью данного клинического случая явился не только ранний дебют БА на фоне пищевых триггеров, но и нестабильное ее течение на втором году жизни ребенка с быстрым нарастанием полисенсибилизации и отсутствием эффекта от стандартных возрастных доз терапии ИГКС.

19. Особенности течения цитомегаловирусной инфекции с поражением легких у новорожденной

Авторы: Старевская С.В., Караваева С.А., Котина Н.А., Шашилев В.А.

Организация: ФГБУ «СПб НИИФ», ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», СПб ГБУЗ «ДГМКСЦВМТ»

Из анамнеза: доношенная девочка (m 4360 гр., 155 см. при рождении), от 2 беременности (1-я – мед. аборт), протекавшей с 30 нед. на фоне анемии, бактериурии, хориоамнионита (лечение – курс цефтриаксона). Роды 1, на 40 нед., путем экстренного КС, задние ОПВ с меконием. По шкале Апгар – 2\3\4 балла. Состояние с рождения крайне тяжелое: атония, выраженная гипорефлексия, при санации ТБД: ОПВ с меконием, через 50 мин – алая кровь с примесью мекония, начата плазмотрансфузия. В ан. крови L 30,1 х10 в 9. Ребенок переведен на ИВЛ с жесткими параметрами. В первые сутки переведен в ДГМКСЦВМТ в ОРИТ с Дз.Тяжелая асфиксия при рождении. Неонатальная аспирация мекония. Судорожный синдром. Геморрагический синдром. ВАИ. При поступлении состояние крайне тяжелое, нестабильное, на фоне течения генерализованного инфекционного процесса. По результатам ЭХОкг – ОАП, ЛГ, двусторонний гидроторакс. Дз. трактуется как Ранний неонатальный сепсис. Осл. ДН3, НК3. Методом ПЦР в первые сутки выявлен MPCA (коагулазонегативного) и гемофильная палочка, получала а\б терапию по чувствительности (посевы – отр.), методом ПЦР и ИФА выявлен цитомегаловирус с нарастанием вирусной нагрузки и иммуноглобулинов. На 5-6 сутки у ребенка выявлена напряженная булла в нижней доле левого легкого, ослож. пневматораксом, выполнен торацентез, ИВЛ с оксидом азота, экстубирована на 14 сутки, доп. O_2 до 28 сут. В 1 мес ухудшение состояния, нарастание размеров буллы, пневмоторакс, торакоцентез. Начата п\вирусная терапия ганцикловиром в\в с переходом на валганцикловир per os с отчетливой полож. динамикой. В 15 мес. на месте гигантской буллы организовался кальцинат. Особенности клин. наблюдения: тяжелое, с деструктивными изменениями в легких течение цитомегаловирусной инфекции, с хорошим эффектом на противовирусную терапию.

20. Случай развития пневмоторакса на фоне COVID-19

Авторы: Пластинина С.С. – 1, Туличев А.А. – 1, Васина Д.Д. – 1, Кузьмина М.А. – 1,
Конюхова Е.В. – 2, Чмуж М.А. – 3, Сиднев А.С. – 3, Макарова Е.В. – 1,4, Меньков Н.В. – 1

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; 2 – ГБУЗ НО «ГКБ №3»;
3 – ГБУЗ НО «ГКБ №5»; 4 – ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора

Клинический случай наблюдался на базе перепрофилированных инфекционных госпиталей Нижнего Новгорода. Пациент А., мужчина 57 лет, заболел 14.05.20. Поступил в ГКБ №3 20.05.20 в тяжелом состоянии: t – 38,5^{0}С, тахикардия – 100/мин, АД – 120/70 mmHg, частота дыхания – 26/мин, SpO2 – 89%, крепитация в межлопаточной области, по шкале NEWS – 10 баллов. На МСКТ двусторонняя пневмония с объемом поражения 75%, КТ4. Положительная ПЦР на SARS-CoV-2. Госпитализирован в ОРИТ. Лечение проводилось в соответствие с актуальной версией методических рекомендаций. 7.06.20 на фоне терапии появились отеки и боль в ногах, диагностирован тромбоз суральных и задних большеберцовых вен нижних конечностей, скорректирована доза антикоагулянтов. 12.06.20 резкое ухудшение с появлением интенсивной боли в правой половине грудной клетки, усилением одышки до 38/мин, SpO2 – 80%, АД – 100/70 mmHg, t – 36,8^{0}С. При рентгенографии: правосторонний пневмоторакс, субтотальная инфильтрация левого легкого, КТ3. Дренирована правая плевральная полость. С 13.06 по 19.06.20 состояние без динамики, в связи с чем пациент переведен в торакальное отделение ГКБ №5, где продолжено дренирование правой плевральной полости с активной аспирацией. МСКТ органов грудной клетки 28.06.20: значительное количество воздуха в плевральной полости справа, правое легкое коллабировано, слева

субплевральные буллы, двусторонняя полисегментарная пневмония с поражением 70% лёгких. 30.06.20 выполнена торакотомия справа, париетальная плеврэктомия. В послеоперационном периоде состояние улучшилось: по данным рентгенографии правое легкое расправилось, регресс пневмонии. 16.07.20 выписан на амбулаторное лечение. Данный случай демонстрирует возможность развития пневмоторакса на фоне COVID-19, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике осложнений.

21. Клинический случай идиопатической оссификации легких

Авторы: Моногарова Н.Е., Цирковская Е.Р., Закомолдина Т.В., Голубова О.А.

Организация: Государственная общественная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Пациент С. поступил в отделение торакальной хирургии после прохождения по месту жительства профилактической флюорограммы, на которой был обнаружен феномен диссеминации. На момент поступления жалоб не предъявлял. При аускультации обращало на себя внимание резко ослабленное везикулярное дыхание. На контрольной рентгенограмме определялся диффузный интерстициальный процесс с наличием диссеминации обоих лёгких. При проведении исследования функции внешнего дыхания были выявлены резкие нарушения вентиляционный способности лёгких по рестриктивному типу. Для установления диагноза было решено провести торакотомию слева, атипичную резекцию язычковых сегментов верхней доли левого легкого. Полученный материал был направлен на патогистологическое исследования: на фоне интерстициальной пневмонии было обнаружено большое количество оссификатов. Согласно результатам морфологического заключения и ввиду отсутствия причин для вторичного метапластического процесса, пациенту был выставлен диагноз: «Идиопатическая оссификация лёгких, лёгочная недостаточность 2 степени». Оссификация лёгких – редкое заболевание, при котором метаплазированная костная ткань депонируется в лёгких. Выделяют 3 её формы: узловая, ветвистая, диффузная. При диффузном варианте оссификации заболевание длительное время протекает бессимптомно и, как правило, является диагностической находкой. По данным литературы в мире зарегистрировано менее 200 случаев диффузной оссификации лёгких. Исходя из результатов визуализирующих методов диагностики, где был виден диффузный характер патологического процесса, а также отсутствие клинических проявлений, можно сделать вывод, что оссификация лёгких у данного пациента относится к крайне редкой диффузной форме.

22. Клиническое наблюдение ТЭЛА у пациента с коронавирусной инфекцией в стадии разрешения

Авторы: Стрелкова Д.А. – 1, Рабанина П.Г. – 1, Котидис Я.М. – 1, Петров А.А. – 2, Соснина А.О. – 2, Сибикина Е.А. – 2, Рачина С.А. – 1

Организация: 1 – ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия; 2 – ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ», Москва, Россия

Цель: представить описание развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у реконвалесцента COVID 19.

Пациент 63 лет, соматический анамнез не отягощен, госпитализирован в отделение реанимации с выраженной одышкой через 4 дня после выписки из стационара. Ранее 19 дней находился в терапевтическом отделении с пневмонией, вызванной SARS-CoV 2, объем поражения КТ-3. Проводилась респираторная поддержка (инсуффляция кислорода 5 л/мин), терапия гидроксихлорохином со сменой на лопинавир + ритонавир, профилактика тромбоэмболий гепарином 7500 ЕД 2 р/день. Переведен в обсервационный центр с положительной динамикой по данным КТ ОГК и отсутствием дыхательной недостаточности. При поступлении обращает внимание снижение сатурации до 91%, инверсия Т в V1-V4, повышение Д-димеров до 12281 нг/мл. По данным КТ ОГК отмечено уменьшение объема поражения легочной ткани, однако выявлена массивная ТЭЛА с поражением 16 ветвей легочных артерий. По данным УЗДГ-тромбоз на уровне устья бедренной вены справа, ЭХО-КГ – расширение правых отделов сердца, СДЛА – 48 мм.рт.ст. В связи со стабильной гемодинамикой от проведения тромболизиса было решено воздержаться. Проводилась антикоагулянтная терапия (надропарин кальция 8550 МЕ анти-Ха 2 раза в день), с положительным эффектом в ви-

де регресса дыхательной недостаточности, снижения Д-димера до 1531 нг/мл, СДЛА до 35 мм.рт. ст., выписан на 17 день, рекомендовано продолжение лечения пероральными антикоагулянтами.

Резюме: на сегодняшний день клинические рекомендации указывают на необходимость назначения антикоагулянтов на период стационарного лечения COVID 19, однако необходимость и сроки их пролонгации на амбулаторный этап не определены. Представленное наблюдение свидетельствует о сохраняющемся риске развития тромбоэмболий, несмотря на разрешение пневмонии.

23. Случай инородного тела правого добавочного кардиального бронха

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4»; 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Цель: описание интересного клинического случая.

Методы исследования: описана эндобронхиальная картина пациента, которому бронхоскопия была проведена в связи длительным немотивированным кашлем.

Результаты: в ходе проведения бронхоскопии, целью которой было исключение, в первую очередь, опухолевой внутрибронхиальной патологии, у пациента был обнаружен добавочный правый кардиальный бронх. Его устье было обтурировано бугристой плюс-тканью, покрытой фибрином. В ходе биопсии при инструментальной пальпации в устье бронха было обнаружено образование каменистой плотности; была заподозрена аспирация инородным телом. Удаление было проведено в два этапа. На первом этапе инородное тело было выведено из устья правого добавочного кардиального бронха в просвет промежуточного правого бронха с помощью обычного биопсийного форцепта. На втором этапе инородное тело в просвете промежуточного бронха было мобилизовано с помощью захватывающего форцепта «крысиные зубы» и извлечено вместе с бронхоскопом (бронхоскопия выполнялась с использованием орального доступа). Извлечённое инородное тело оказалось фрагментом мясной кости. При этом какое-либо анамнестическое указание на аспирацию отсутствовало.

Заключение: данный случай интересен локализацией инородного тела трахеобронхиального дерева в добавочном бронхиальном образовании.

Алфавитный указатель

Авторы тезисов XXX Национального конгресса по болезням органов дыхания

А

Абрамовских О.С. 15
Абубикиров А. Ф. 43
Абулдинова О.А. 7
Азарова Е.О. 123
Азнабаева Ю.Г. 86, 101
Актаева Е.Е. 18
Акуленко М.В. 86
Александрова О.В. 80
Аленина Ю.В. 124
Амирова Э.Ф. 52, 53
Андреева С.В. 37
Анохина В.С. 4
Антонова Н.П. 72, 74
Ароян А.Р. 79
Артёмова А.Л 67
Асадуллина Г.В. 34, 115
Ахмадишина Л.З. 86
Ахмедова Н.А. 76
Ашерова И.К. 43
Ашина Е.Ю. 68

Б

Бабаева И.Ю. 81
Бабанов С.А. 58, 107
Бабушкина Г.В. 34, 115
Багишева Н.В. 79
Баинова А.Е. 58, 70
Байсултанова Р. Э-П. 57
Бакина А.А. 94
Балицкая А.С. 11
Банёнис М.Г. 120
Баранов Д.З. 88
Баранова В.В. 80
Барламов П. Н. 5
Батухно А.С. 106
Бахирев А.М. 10
Беляева С.Н. 112
Беспалова И.Д. 8, 83
Биктагиров Ю.И. 84, 106, 107,
Бикташев Т.Р. 56
Блинова Т.В. 87
Богуш Л.С. 52
Бодрова Т.Н. 83
Бойко Е.Ю. 9
Болдина М.В. 64
Болотникова В.А. 76, 96
Бондарь Г.Н. 49, 50
Бонцевич Р.А. 55
Бочаров В.А. 116, 119
Бочарова М.А. 116, 117, 118, 119
Брежнев Г.Н. 25
Бриткова Т.А. 25, 37
Брумару А.Г. 76
Бубнова И.А. 9
Бугримов Д.Ю. 53, 54
Булатов М.А. 114
Булатов М.А. 28

В

Варавин Н.А. 97
Васина Д.Д. 125
Ватанская И.Ю. 5, 7
Ватанская Ю.О. 5, 7
Вафина А.Р. 20
Введенский В.П. 107, 108
Вершинина М.В. 93
Визель И.Ю. 20, 97, 112
Викторова Т.В. 86
Вилк В.В. 77
Вишнякова Д.А. 124
Власенко В.Д. 65
Волель Б.А. 97
Волкова А.Г. 63
Воробьева А.А. 5

Г

Габзалилова С.Р. 22, 34
Гаврилова А.А. 55
Галецкайте Я.К. 97
Галинурова Э.Р. 22, 34
Галиулин Т.И. 75
Ганиева Р.Р. 37
Гаспарян А.А. 17
Геппе Н.А. 26
Гизатуллина Э.Д. 54
Гитель Е.П. 17
Гитинов Ш.А. 43
Глухова М. 26
Гнатенко Т.Г. 116
Голик В.Е. 59
Голубова О.А. 13, 126
Гольтяпин В.В. 79
Гордеева Л.П. 87
Горелова А.И. 29, 31, 32, 33, 74
Грехнева А.Д. 68
Гришаев С.Л. 95
Гришаев С.Л. 97
Громова О.А. 51
Губаева А.М. 115
Губич А.А. 38
Гудим А.Л. 64, 64
Гульпе Т.П. 77
Гуревич Г. Л. 61
Гусев Е.И. 35

Д

Давидовская Е.И. 52
Даниэл-Абу М. 43
Дей А.А. 49, 50
Дёмина В.А. 122
Демко И.В. 19
Денисова О.А. 65
Долгиева М.Н. 84
Дубровский А.С. 52
Дубровский П.А. 74
Дудченко Л.Ш. 60, 61, 112
Дятлова А.В. 12

Е

Ежов В.В. 61
Елыкомов В.А. 11
Емельянов А.В. 21
Ениколопов С.Н. 98
Епишин И.А. 29, 31, 32, 33, 74
Ермилов О.В. 12, 116, 117, 118, 119
Ермоленко И.А. 22
Есетова Г.У. 6, 10, 14
Ефимов С.В. 95
Ефремова О.Ю. 113

Ж

Жеребцова И.А. 15
Жестков А.В. 27, 84, 106, 107
Жесткова М.А. 43
Жорина Ю.В. 15
Жукова Д.Ю. 81
Жукова Н.Н. 40

З

Забазнова Ю.В. 9, 102
Завражнов С.П. 29, 33, 74
Загидуллин Ш.З. 17, 18, 86
Зайкова-Хелимская И.В. 98
Зайцев А.А. 6, 113
Зайцева С.В. 43
Закомолдина Т.В. 13, 126
Запруднова Е.А. 68, 115
Зарманбетова О.Т. 10
Зарницына Н.Ю. 49
Зарубекова Н.З. 6
Захарова А.И. 95
Зейналова А.А. 13
Зельманский О.Б. 36, 52
Зиннатуллина А.Р. 89
Знаменская Л.К. 110
Знахуренко А.А. 21
Золотов М.О. 27
Золотухин О.В. 113
Зуйкова А.А. 53, 54
Зулкарнеев Р.Х. 56
Зулкарнеев Ш.Р. 86
Зулуфова И.Д. 108
Зулькарнеев Р.Х. 101

И

Игнатова Г.Л. 15, 124
Ионица Н.И. 91
Исайкина Я.И. 61
Ишмухаметова А.Н. 121
Ищенко О.П. 19

К

Кабдылдаева Г.К. 10, 14
Казак И.К. 84
Казакова И.В. 24
Казенный А.Б. 117
Каланча В.А. 92, 93
Калачева Т.П. 65
Караваева С.А. 125
Кароли Н.А. 10
Карпенко М.А. 43
Карук М.В. 120
Карунас А.С. 17, 18
Керимова Я.А. 70
Ким Т.Г. 35
Киреева Г.М. 28, 52, 53, 56, 114
Киршина И.А. 38
Киселева Л.И. 102
Киямова Г. М. 37
Клестер Е.Б. 11
Клестер К.В. 11
Климанов И. 26
Климанов И.А. 68, 115
Клименко А.А. 48
Климова Е.Г. 59
Кобалава Ж. Д. 57
Кожанов А.Г. 49, 50
Колосова Н. 26
Колупаев Н.П. 73
Кондрацки Д.П. 77, 91, 105, 110
Кондрашова М.Н. 86
Конюхова Е.В. 125

Корлотяну А.А. 76
Корымасов Е.А. 107
Корытина Г.Ф. 86
Костенко Д.Ю 98
Костенко К.Д. 88
Костина Н.Э. 113
Костригина О.А. 101
Кострова И.В. 4, 7, 117
Косякова Н.И. 86
Котидис Я.М. 51, 126
Котина Н.А. 125
Котова Д.П. 53
Котова Ю.А. 53, 54
Кравец С.Л. 70
Кравцова Т.Ю. 5
Кравченко Е.В. 8
Краснова О.Д. 78
Красноруцкая О.Н. 53, 54
Кривошеева Ж.И. 72, 74
Кривощёков Е.П. 107
Крюк М.А. 13
Куделя Л.М. 19
Кузьмина М.А. 125
Кукурика А.В. 71, 72, 75
Кулагин Е.А. 63
Кулик Е.Г. 96
Курмантаева К.Н. 84
Курмашева Е.И. 38
Кучер А.В. 123

С

Лазебник Л.Б. 51
Лантухова И.Г. 52
Лахин Р.Е. 56
Лашин В.А. 73
Леонтьева Н.М. 19
Лешенкова Е.В. 21
Ли Н.Н. 103, 104
Ли Т.В. 68, 115
Лизенко М.В. 10
Листопадова М.В. 46, 120
Лицкевич Л. В. 61
Лобанова Н.Н. 52
Лукьян М.С. 105
Лучникова Т.А. 117
Любавина Н.А. 68
Ляхимец В.А. 75

М

Мазаева Л.А. 43
Мазоха К.С. 40
Макарова Е.А. 124
Макарова Е.В. 68, 125
Макарьянц Н.Н. 43
Макова Е.В. 45, 46, 55
Максимов В.А. 51
Малеев Д.О. 13
Малыхин Ф.Т. 86
Мамалига Н.В. 105
Манжилеева Т.В. 19
Манжос М.В. 40
Манохина О.Ю. 7
Маня М.Л. 78
Мартынов М.Ю. 35
Мартынюк К.И. 78, 79, 91, 92, 93, 105
Масликова Г.Г. 61
Медведев А. В. 43
Мельник С.И. 121, 123
Меньков Н.В. 68, 125
Мизин В.И. 61
Милютина М.Ю. 68
Миронов Н.С. 108
Мирхайдаров А.М. 114
Мирхайдаров А.М. 28, 34, 22
Михеева А.С. 37
Мишин В.Ю. 29, 30, 31, 32, 33, 71, 74
Мишина А.В. 29, 30, 31, 32, 33, 71, 74
Можина Л.Н. 19
Моисеев И.С. 63
Мокин Е.Д. 38
Моногарова Н.Е. 9, 13, 42, 102, 126
Мордык А.В. 79
Морозова Л.В. 116
Морозова Т.Е. 99
Московчук А.Ф. 76, 96
Мостовой Л.В. 6
Моховая Л.В. 25
Мулкадарова С.Н. 25
Муталова Э.Г. 34
Мухина Т.С. 117
Мухтарова Л.А. 17, 18

Н

Назаретская О.М. 25
Нарышкина С.В. 89, 90, 96
Нашатырева М.С. 44
Некрасова А.А. 25
Неполюк Л.Ф. 78
Нерсесян З.Н. 99
Нестерова К.И. 79
Нечаева И.А. 14, 47, 94, 95
Никитенко Е.А. 97
Николаев В.В. 78
Николаев И.Ю. 63
Никонорова Л.Б. 116, 118
Нургалин В.В. 45

О

Овсянников Д.Ю. 43
Овчаренко С.И. 97, 99
Овчинников Ю.В. 6
Оленицкая Е.С. 5, 7
Орлова Г.П. 102

П

Павленко В.И. 90, 94, 96
Павлинова Е.Б. 38
Павлова Т. Б. 118
Пальчикова И.А. 65
Паневская Г.Н. 110, 116
Панин А.А. 35
Парунов С.Д. 122
Паршин В.В. 108
Петров А.А. 126
Петухова О.В. 67
Печинский Д.Г. 52
Пилипенко С.В. 71
Пирогова М.Е. 112
Писаренко К.С. 78, 79, 81 113, 114
Писаренко Н.К. 77, 110
Писаренко Н.К. 81
Писаренко С.В. 77, 78, 79, 91, 92, 93 105, 110, 113, 114,
Пластинина С.С. 125
Погорелова Е.И. 25
Подлужная М.А. 49
Подтяжкина Л.Ф. 106
Пономарева М.С. 49
Попова Н.А. 80, 115
Постникова Л.Б. 64
Потапов К.В. 8, 83
Прибылов В.С. 15, 16
Прибылов В.С. 16
Прибылов С.А. 15, 16, 22, 104
Прибылова Н.Н. 15, 16, 22, 104
Приходько О.Б. 4, 7, 117, 123
Провизион А.Н. 13
Проценко Г.В. 13
Пунин Д.А. 91
Пурлик И.Л. 65
Пустовалова С.А. 70
Пустовой Ю.Г. 80
Пынзару С.П. 105

Р

Рабанина П.Г. 51, 126
Рабик Ю.Д. 63
Радионов Д.И. 8
Рачина С.А. 51, 57, 126
Ребров А.П. 11
Резяпова А.И. 112
Робу А.Ф. 79, 81
Рогачева-Радинская А.С. 25
Родимова О.А. 84
Роенко Г.Н. 80
Романов В.В. 29, 30, 31, 32
Рудаков Ю.В. 56
Руденко С.А. 79
Русаков М.А. 108
Рыжкова С.А. 84

С

Савельева О.Н. 17, 18
Савченко О.А. 38
Сайланова Д.К. 6
Сайфулин М.Х. 80
Салахова И.Н. 97
Салухов В.В. 56
Самигуллина Н.В. 24
Саратова Е.С. 67
Сафонова К.А. 46
Семендяева А.В. 13
Семендяева Е.В. 102
Сенькина Н.Е. 104
Сергеев К.В. 121
Сергеева В.В. 102
Сергеева Г.Р. 21
Сергеева Н.В. 71
Сердюков Н.А. 83
Серикбаева А.К. 10, 14
Сибикина Е.А. 51, 126
Сиднев А.С. 125
Сидорова В.О. 86
Силинкина Е.Д. 46
Симонова М.С. 108
Скворцова М.С. 70
Скрягин А. Г. 61
Смирнова А.Г. 63
Смирнова М.С. 122
Собкин А.Л. 29, 30, 31, 32, 71
Собко Е.А. 19
Соколова Л.В. 110, 116
Соодаева С.К. 26, 68, 115
Сорокина Т.В. 8
Соснина А.О. 51, 126
Старевская С.В. 43, 123, 125
Стежкина Е.В. 124
Степаненко Т.И. 5, 7
Стражеско И.Д. 51
Стрекозова И.П. 5, 7
Стрелкова Д.А. 51, 126
Стрельцова Е.Н. 80
Суровикина Е.О. 86
Сыроватка И.А. 61

Т

Танченко О.А. 89
Тарасов В.А. 97
Тарасова Л.Г. 82
Ташпулатова Ф.К. 76
Темнов М.Ю. 86

Терещенко О.Н. 60
Тетенев К.Ф. 8, 83
Тетенева А.В. 8, 83
Тимофеев И.А. 81
Ткачева О.Н. 51
Токарева Л.И. 100
Томша А.Н. 91, 110
Торшин И.Ю.3
Третьяков А.Ю. 117, 118, 119
Третьякова В.А. 12
Трофименко И.Н. 44
Трофимов В.И. 63, 88
Тудор Е.М. 76, 96
Туличев А.А. 125
Тюлюкин В.А 14, 47, 94, 95

У

Устинов М.С. 55
Устьянцева Н.П. 45, 67

Ф

Файзуллина Р.М. 24
Фархутдинов Р.Р. 53
Фархутдинов У.Р. 28, 52, 53, 56, 114
Федорова Ю.Ю. 17, 18
Федотов В.Д. 87
Фокина Т.Ю. 25
Фороносова О.А. 93
Фролов П.А. 43
Фролова М.А. 115

Х

Хабибуллин Р. Р. 118
Халимова Ю.Ф. 101
Хамитов Р.Ф. 89
Ханин А.Л. 60, 70
Харитонов М.А. 56, 97
Хоменя А.А. 93
Хрулева Ю.В. 51
Хуснутдинова Э.К. 17, 18

Ц

Цеймах И.Я. 85
Цирковская Е.Р. 9, 13, 102, 126
Цындымеева Д.А. 20

Ч

Чабанова О.Н. 80
Чащин М.В. 59
Ченцова Д.Д. 12
Черкашин Д.В. 95
Черкашин М.А. 59
Черников А.Ю. 65, 73, 88
Черногорюк Г.Э. 65
Чернявская Г.М. 65
Черняк Б.А. 44
Чичкова Н.В. 17
Чмуж М.А. 125
Чугунов А.А 56
Чучалин А.Г. 35, 51

Ш

Шабанов Е.А. 15, 22, 104
Шаймуратов Р.И. 54
Шайхлисламова Г.И. 115
Шангина О.А. 14, 35, 42, 47, 92, 94 ,95, 99, 100
Шарапина Н.М. 124
Шарова Н.В. 95
Шахринова Л.В. 37
Шашилев В.А. 125
Шаяхметова А.С. 22, 34
Шелихов В.Г. 35, 42, 92, 99, 100
Шеменкова В.С. 48, 122
Шефер Н.А. 65
Шеховцов С.А. 117
Шинкаренко И.В. 96
Широбокова С.Ю. 28
Ширяева М.А. 86
Шкурин А.А. 74
Шмелёв Е.И. 43
Шмелева И.О. 121
Шогенова Л.В. 35
Шойхет Я.Н. 85
Шония М.Л. 68, 87
Шостак Н.А. 48
Шпаковская Н.С. 61

Щ

Штейнер М.Л. 84,106, 107, 127
Щегорцова Ю.Ю. 90

Э

Эргешов А.Э. 29, 30, 31, 32

Ю

Юровская Е.И. 75

Я

Янбухтина В.Р. 9, 63, 119, 120
Яцукова А.В. 81

СОДЕРЖАНИЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. Особенности клинического течения бронхиальной астмы в сочетании с артериальной гипертензией у беременных 4

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. Легочная гемодинамика, торакальный объем жидкости и фосфолипиды выдыхаемого воздуха у больных циррозом печени 5

3. Динамика показателей суточного мониторирования артериального давления у больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертензией 5

4. Долгосрочная СИПАП-терапия у больных пожилого возраста с синдромом обструктивного апноэ сна и артериальной гипертензией 6

5. Болезни органов пищеварения у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких 6

6. Базисная терапия бронхиальной астмы в сочетании с вазомоторно-аллергическим ринитом 7

7. Особенности внебольничной пневмонии при опиоидной наркозависимости 7

8. Клинико-функциональные особенности внебольничной пневмонии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа 8

9. Сравнительный анализ течения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и без него 8

10. Иммуноопосредованный пневмонит, ассоциированный с приемом ниволумаба, у пациентов онкогематологического профиля 9

11. Нарушение функции дыхания у больных бронхиальной астмой в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 9

12. Жирнокислотный маркёр ХОБЛ в коморбидном статусе с ИБС 10

13. Изменение спирографических показателей при ожирении 10

14. Жесткость сосудистой стенки у больных бронхиальной астмой с различной тяжестью заболевания 11

15. Влияние ХОБЛ на ближайшие и отдаленные исходы после инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST при первичном чрескожном коронарном вмешательстве 11

16. Избыточная масса тела, состояние альвеолярно-капиллярной мембраны и ангиотензинпревращающего фермента-2 12

17. Качество жизни больных саркоидозом с наличием синдрома раздраженного кишечника 13

18. Результаты сомнологического исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких и наличием коморбидной патологии 13

19. Оценка спирометрических показателей
у эндокринологических пациентов с обструктивным синдромом 14

20. Электрогардиографические изменения у пожилых пациентов с ХОБЛ 14

21. Особенности атопической бронхиальной астмы
у взрослых в сочетании с пищевой аллергией 15

22. Оценка поражения коронарных артерий с объективизацией по шкале
SYNTAX SCORE у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ 15

23. Состояние портального кровотока у больных ХОБЛ
с правожелудочковой недостаточностью 16

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

24. Гиперлептинемия как предиктор неконтролируемого течения
бронхиальной астмы у больных с избыточным весом и ожирением 17

25. Анализ ассоциаций полиморфных вариантов генов
гистаминовых рецепторов (HRH2, HRHR3, HRH4)
с развитием и течением бронхиальной астмы 17

26. Роль полиморфных вариантов генов аминоксидазы 1 (AOC1)
и гистаминметилтрансферазы (HNMT) в развитии и течении
бронхиальной астмы 18

27. Клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы легкого течения 19

28. Факторы риска в развитии бронхиальной астмы 19

29. Контроль и лечение бронхиальной астмы в рамках терапевтического
сопровождения пациента в условиях реальной клинической практики 20

30. Тяжелая эозинофильная бронхиальная астма:
фенотипическая структура и клинические особенности 20

31. Динамика маркеров Т2-воспаления дыхательных путей у пациентов
с тяжелой бронхиальной астмой при лечении моноклональными антителами
в условиях реальной клинической практики 21

32. Частота обострений и функция легких у пациентов с тяжелой
бронхиальной астмой при лечении препаратами моноклональных антител 21

33. Клинические особенности и приверженность к лечению больных
бронхиальной астмой различных возрастных групп 22

34. Влияние курения на показатели текущего контроля
у пациентов с бронхиальной астмой 22

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

35. Динамическая оценка контроля у детей с разными
сроками постановки диагноза БА на фоне базисной терапии 24

36. Спирометрия как метод оценки эффективности
противовоспалительной терапии у детей с бронхиальной астмой 24

37. Сравнительная характеристика течения
и лечения бронхиальной астмы у детей и взрослых 25

38. Эффективность применения омализумаба у детей с недостаточно контролируемой бронхиальной астмой с коморбидной отягощенностью 25

39. Динамика метаболитов цикла оксида азота (NO) льфау детей с легкой БА на фоне терапии 26

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40. Изменения микрофлоры верхних дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных пациентов через 3 месяца после иммунизации ПКВ13 27

41. Влияние иммунизации ПКВ13 на клеточные показатели иммунной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов 27

42. Иммуноглобулины для внутривенного введения в коррекции показателей иммунного статуса при внебольничной пневмонии 28

43. Показатели цитокинового статуса при внебольничной пневмонии, коррекция их нарушений 28

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

44. Функция внешнего дыхания у больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией 29

45. Сочетание туберкулеза органов дыхания с внебольничной и кандидозной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 29

46. Сочетание туберкулеза органов дыхания с пневмоцистной и герпесвирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 30

47. Сочетание туберкулеза органов дыхания с пневмоцистной и цитомегаловирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 31

48. Сочетание туберкулеза органов дыхания с микобактериозом легких и герпесвирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 31

49. Сочетание туберкулеза органов дыхания с микобактериозом легких и цитомегаловирусной пневмонией у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 32

50. Сочетание туберкулеза органов дыхания, микобактериоза легких и госпитальной пневмонии у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции 32

51. Роль коморбидных инфекций в нарушении функции внешнего дыхания при туберкулезе легких у ВИЧ-инфицированных 33

52. Структура бронхолегочной патологии среди ВИЧ-инфицированных пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара 34

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

53. Синдром дыхательной недостаточности у больных острым ишемическим инсультом: новые подходы к диагностике и лечению 35

54. Оптимальный выбор при бронхообструктивном синдроме у пожилых 35

55. Техническое обеспечение кислородной терапии, СИПАП-терапии, НИВЛ и ИИВЛ у пациентов с COVID-19 36

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

56. Особенности острой респираторной вирусной инфекции у детей в эпидемическом сезоне 2019-2020 гг. 37

57. Клинико-эпидемиологические особенности микоплазменной инфекции у детей 37

58. Особенности различий по клинико-анамнестическим, функциональным показателям и альфа-1-антитрипсину у подростков с рецидивирующим траеобронхитом, в гендерно-возрастном аспекте 38

59. Комплексный подход к оценке респираторных последствий бронхолегочной дисплазии у детей старшего возраста 38

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

60. Исследование внутривидовой и межвидовой перекрестной реактивности сорных трав в Самарской области 40

61. Спектр грибковой сенсибилизации у пациентов с бронхиальной астмой в г. Самаре 40

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

62. Изучение растяжимости легких (комплайенс исследование) у больных идиопатическими интерстициальными пневмониями 42

63. Профилактика постпневмонического пневмосклероза при COVID-19 42

64. Трудности диагностики и ведения пациентов с нейроэндокринной клеточной гиперплазией младенцев 43

65. Гиперсенситивный пневмонит, сочетающийся с ишемической болезнью сердца: клинические, рентгенологические, функциональные особенности 43

66. Основные характеристики интерстициальных заболеваний легких по данным регистра в г. Иркутске 44

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

67. Изменение качества жизни у пациентов с бронхиальной астмой за короткий период адекватной терапии 45

68. Анализ структуры участников образовательных программ для больных с хроническими заболеваниями легких 45

69. Анализ информированности пациентов о заболевании бронхиальная астма 46

70. Анализ эффективности дыхательной гимнастики в процессе реабилитации пациентов с пневмониями на фоне COVID-19 46

71. Предиктор выживаемости при внебольничной пневмонии – образ жизни пациента 47

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

72. ХТЭЛГ – Редкое осложнение частого заболевания 48

ПНЕВМОНИЯ

73. Эпидемиологические особенности внебольничной пневмонии у детей и подростков в 2018 – 2019 гг. 49

74. Оценка силы и утомления дыхательных мышц у лиц молодого возраста с внебольничной пневмонией 49

75. Результаты кластеризации индикаторов оксидантно-антиоксидантной системы и силы дыхательных мышц у больных внебольничной пневмонией 50

76. Роль цитокин-опосредованных механизмов в развитии дисфункции дыхательных мышц при внебольничной пневмонии 50

77. Оценка функционального статуса больных пневмонией, вызванной новым коронавирусом при выписке из стационара 51

78. Опыт применения полипептидного препарата Лаеннек в терапии инфекции COVID-19 51

79. Предикторы неблагоприятного прогноза у больных с хронической обструктивной болезнью легких, перенесших внебольничную пневмонию 52

80. Кислородотерапия в тактике ведения пациентов с COVID-пневмониями в общесоматическом стационаре 52

81. Клинические особенности и свободнорадикальные процессы при внебольничной пневмонии у больных с хронической обструктивной болезнью легких 53

82. Оценка биомаркеров регенерации легочной ткани у пациентов с COVID-19 на этапе восстановительного лечения 53

83. Анализ антибиотикотерапии пациентов, умерших от внебольничной пневмонии в 2012 и 2017 гг. 54

84. Эффективность применения программ восстановительного лечения пациентов с COVID-19 54

85. Динамика знаний врачей-терапевтов в ходе оптимизации фармакотерапии внебольничной пневмонии. 55

86. Анализ неблагоприятных исходов новой коронавирусной инфекции и внебольничной пневмонии в областном COVID-госпитале 55

87. Оценка результатов раннего применения малых доз метилпреднизолона в комплексном лечении коронавирусной (COVID-19) пневмонии. 56

88. Влияние внебольничной пневмонии на обращаемость за экстренной медицинской помощью при метаболическом синдроме 56

89. Исследование практики антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией и сахарным диабетом 57

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

90. Наукометрическая оценка мировых публикаций в сфере профессиональной бронхиальной астмы 58

91. Сравнительный анализ показателей состояния дыхательной системы больных различными фенотипами профессиональной бронхиальной астмы 58

92. Оценка эффективности использования компьютерной томографии органов грудной клетки у медицинских работников с подозрением на COVID-19 59

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

93. Лечение пациентов с болезнями органов дыхания в санатории «Борисовский», Кемеровской области 60

94. Персонализированный подход к реабилитации больных бронхиальной астмой на санаторно-курортном этапе 60

95. Результаты восстановительного санаторно-курортного лечения, дополненного аппликациями воска лаванды на область легких у больных хроническим необструктивным бронхитом. 61

96. Первый опыт двукратного введения аутологичных мультипотентных мезенхимальных клеток в комплексном лечении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в Республике Беларусь 61

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

97. Факторы риска и прогноз облитерирующего бронхиолита после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток 63

САРКОИДОЗ

98. Усталость и психоэмоциональное состояние больных саркоидозом органов дыхания 64

99. Психоэмоциональное состояние больных саркоидозом органов дыхания. 64

100. Функциональное состояние репродуктивной сферы у больных саркоидозом 65

101. Морфологические особенности при различном течении саркоидоза, возможность прогноза 65

ТАБАКОКУРЕНИЕ . . . . . .

102. Выявление отношения студентов медицинского вуза к курению табака и курительных смесей 67

103. Оценка попыток бросить курить у пациентов с респираторными заболеваниями и их эффективность 67

104. Влияние курения на показатели жесткости сосудистой стенки у здоровых мужчин трудоспособного возраста 68

105. Влияние на антиоксидантный потенциал организма различных видов курения 68

ТУБЕРКУЛЕЗ. . . . . .

106. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков г. Новокузнецка 70

107. Первые результаты успешного применения олодатерола/тиотропия – РЕСПИМАТ в комплексном лечении пациентов с туберкулезом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. 70

108. Гепатотоксические реакции у больных с сочетанием мульти-резистентного туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции 71

109. Коморбидность туберкулеза органов дыхания и COVID-19 у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции....71

110. Летальность больных мультирезистентным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами....72

111. К вопросу коморбидных патологий во фтизиатрии....72

112. Адаптация вегетативной нервной системы у больных туберкулезом органов дыхания....73

113. Состояние адаптивности организма больных туберкулезом до и после проведения медицинской реабилитации....73

114. Характеристика единичных очагов в легких и внутригрудных лимфоузлах у детей с различными результатами иммунологических тестов на туберкулез....74

115. Бронхообструктивный синдром у больных туберкулезом легких....74

116. Клиническое течение туберкулеза легких у больных с сопутствующей патологией....75

117. Спектр резистентности M.Tuberculosis к противотуберкулезным препаратам II ряда у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом....75

118. Выявления больных туберкулезом легких в общесоматических лечебных учреждениях....76

119. Рецидивы туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста в Республике Молдова....76

120. Динамика смертности от туберкулеза в Республике Молдова в ходе выполнения Национальной программы по контролю туберкулеза на 2016 – 2020 гг....77

121. Динамика рецидивов туберкулеза в ходе выполнения национальной программы по контролю туберкулеза на 2016 – 2020 гг. в Республике Молдова....77

122. Медицинские и правовые аспекты падений больных туберкулезом в стационаре....78

123. О мерах нормативно-правового и иного обеспечения лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в Республике Молдова....79

124. Факторы, влияющие на развитие туберкулеза у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких....79

125. Возрастно-половой состав больных, умерших от туберкулеза....80

126. Влияние сахарного диабета, как коморбидного состояния, у пациентов с мультирезистентным туберкулезом на эффективность противотуберкулезной терапии....80

127. Особенности течения туберкулеза легких у пациентов с лекарственной устойчивостью....81

128. Нормативно-правовая база как фактор обеспечения оказания противотуберкулезной помощи в амбулаторных условиях....81

129. Влияние полиморфизма гена MMP-1 на отдаленные результаты лечения туберкулеза легких в зависимости от чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам....82

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ 83

130. Диагностическое значение спиральной компьютерной томографии легких при дисплазии соединительной ткани и недостаточности питания у лиц призывного возраста 83

ХОБЛ

131. Анализ CAT-теста у больных хронической обструктивной болезнью легких на амбулаторном этапе 84

132. Стридорозное дыхание при тяжелом обострении ХОБЛ: клинико-эндоскопические параллели 84

133. Роль транзиторной гипоксемии в механизмах активации гемокоагуляционных реакций у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна 85

134. Механизмы гипергомоцистеинемии и их коррекция при длительной CPAP-терапии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна. 85

135. Молекулярные механизмы фенотипической гетерогенности хронической обструктивной болезни легких: анализ вовлеченности генов NFKB- и NRF2-путей сигнальной трансдукции 86

136. Особености энергетического обмена клеток крови при ХОБЛ с частыми обострениями 86

137. Тенденции в структуре смертности от ХОБЛ 87

138. Гиалуроновая кислота как предиктор обострений ХОБЛ профессиональной этиологии 87

139. Особенности регрессии туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя на фоне химиотерапии у больных туберкулёзом и ХОБЛ. . . . 88

140. Инфекция и воспаление в патогенезе бронхообструктивных заболеваний лёгких 88

141. Клинические особенности при сочетанной кардиопульмональной патологии. 89

142. Эозинофилия крови при ХОБЛ: параллели между приемом ИГКС и обострениями 89

143. Фосфорно-кальциевый обмен у больных хронической обструктивной болезнью легких разного риска обострений 90

144. Вентиляционные нарушения, возраст и уровень артериального давления как индукторы артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких 91

145. Длительность временной нетрудоспособности больных с обострением хронической обструктивной болезни легких 91

146. Базисная терапия ХОБЛ 92

147. Возможности прогнозирования результатов лечения ингибитором АПФ периндоприлом с учетом эндотелиальной функции и I/D полиморфизма гена АПФ у больных ХОБЛ 92

148. Влияние небиволола на эндотелиальную функцию, артериальную ригидность и функцию внешнего дыхания у больных ХОБЛ. 93

149. Легкая ХОБЛ: что изменит отказ от курения? 93

150. Бета-2-микроглобулин сыворотки крови как маркер почечной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью легких различного риска обострений . 94

151. Показатели функции внешнего дыхания у больных ХОБЛ на фоне базисной терапии 94

152. Кардиобезопасность базисной терапии у больных ХОБЛ 95

153. Варианты раннего бронходилатационного ответа на первую дозу комбинации длительно действующих антихолинергического препарата и В2-агониста у больных хронической обструктивной болезнью легких 95

154. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких: особенности и возможности современной реабилитации и вторичной профилактики 96

155. Влияние комбинированной терапии на уровень общего гомоцистеина у больных ХОБЛ «с редкими обострениями» 96

156. Ключевые вопросы диагностики правожелудочковой дисфункции у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). 97

157. Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких: фокус на приверженность к лечению 97

158. Взаимосвязь клинических характеристик заболевания, особенностей личности и психологических защит с формированием типов отношения к болезни при ХОБЛ 98

159. Новый взгляд на проблему обострения ХОБЛ 98

160. Коррекция системного воспаления и эндотелиальной дисфункции у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертонией под влиянием проводимой терапии 99

161. MESH-технологии в лечении ХОБЛ. 99

162. Коморбидный пациент с ХОБЛ. Выбор эффективной и безопасной гипотензивной терапии. 100

163. Диагностическая и лечебная тактика ведения больных ХОБЛ в предотвращении развития декомпенсации хронического легочного сердца. 100

164. Возможности использования ишемического прекондиционирования у пациентов с хронической обструктивной болезнь легких. 101

165. Показатели легочно-сердечной гемодинамики у больных профессиональной ХОБЛ в зависимости от характера вредного фактора 102

166. Антиоксидантная защита и состояние показателей системы перекисного окисления у больных хронической обструктивной болезнью лёгких, сочетанной с артериальной гипертензией и тревожно-депрессивным расстройством . .102

167. Эффективность использования пролонгированной формы амброксола у пациентов с ХОБЛ. 103

168. Инфекционные осложнения у больных с ХОБЛ, получающих базисную терапию ИГКС. . .103

169. Опыт перевода пациентов с тяжелой ХОБЛ с тройной терапии (ИГКС /ДДБА/ДДХЛ) на двойную бронхолитическую терапию (ДДХЛ/ДДБА) 104

170. Оценка влияния курения на показатели функции внешнего дыхания и течение ХОБЛ 104

ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

171. Общая первичная инвалидность и инвалидность вследствие болезней органов дыхания взрослого населения Республики Молдова. 105

ЭНДОСКОПИЯ 106

172. Добавочный бронх, отходящий от язычкового бронха у пациента с внебольничной пневмонией 106

173. Веретенообразная форма устья сегментарного бронха нижней доли левого легкого, как вариант анатомической нормы 106

174. Учет потенциальных эпидемических рисков, как фактор социальной защиты медицинских работников эндоскопических отделений и кабинетов 107

175. Эндоскопическая семиотика поражения трахеобронхиального дерева после гемоаспирации. 107

176. Выраженность эндоскопических признаков повреждения трахеобронхиального дерева после аспирации агрессивного жидкого субстрата с PH<3,0. 108

177. Эндоскопическое лечение пациентов с рубцовым стенозом трахеи. 108

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 110

178. Современная характеристика общей смертности и смертности от болезней органов дыхания в Республике Молдова. 110

179. Динамика распространенности и заболеваемости аллергическим ринитом и бронхиальной астмой в Республике Крым. 110

РАЗНОЕ

180. Аэропалинологические риски Южного берега Крыма при разработке регионального стандарта санаторно-курортного лечения лиц с респираторными и аллергическими заболеваниями 112

181. Оценка восьми средств доставки лекарственных средств в легкие. 112

182. Опыт применения гипербарической оксигенации у кислородозависимых пациентов с тяжелыми формами коронавирусной инфекции 113

183. Применение искусственного интеллекта в респираторной медицине: основание и медико-правовые риски 113

184. Возможности и медико-правовые риски применения телекоммуникационных методов в респираторной медицине 114

185. Влияние иммуноглобулина для внутривенного введения на микробицидную активность фагоцитирующих клеток 114

186. Влияние особенностей питания на оксидативный статус 115

187. Оценка качества жизни у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) на фоне комплексной терапии 115

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

1. Кровохаркание как клиническое проявление синдрома Зиверта-Картагенера 116

2. Диагностический поиск при синдроме Чардж-Стросса 116

3. Клинический случай амиодаронового легкого 117

4. Аутохтонный дирофиляриоз: двухстороннее поражение плевры в сочетании с паразитарной пневмонией под маской туберкулеза 117

5. Синдром Ивемарка у девочки 2 лет в сочетании с первичным иммунодефицитом 118

6. Интралобарная легочная секвестрация: отсроченная диагностика заболевания у пациентки среднего возраста с абсцедирующей пневмонией, протекающей под маской туберкулеза 118

7. Редкий случай сочетания диффузного идиопатического гиперостоза позвоночника с бронхиальной астмой у пациента пожилого возраста 119

8. Случай иммуноопосредованного пневмонита, развившегося вследствие приема ниволумаба, у пациентки с лимфомой Ходжкина 119

9. Случай пневмотоксичности сиролимуса у пациента С ХЛЛ в посттрансплантационный период 120

10. Сравнительный анализ течения новой коронавирусной инфекции, осложнённой пневмонией, у курящего и некурящего пациента 120

11. Случай молниеносного течения идиопатического фиброзирующего альвеолита в 2017 году с клинической картиной пневмонии COVID-2019 121

12. Клинический случай редкого заболевания: спонтанный пневмомедиастинум у ребенка . . 121

13. Острый респираторный дисстресс-синдром упациента с гриппом A (H1N1) PDM 09 122

14. Клинический случай гнойного осложнения новой коронавирусной инфекции COVID-19. . 122

15. Случай поздней диагностики муковисцидоза 123

16. Клинический случай новой коронавирусной инфекции тяжелого течения 123

17. Случай лимфангиолейомиоматоза в практике пульмонолога 124

18. Ранний дебют бронхиальной астмы спровоцированной пищевой аллергией: современный взгляд на диагностику и прогноз 124

19. Особенности течения цитомегаловирусной инфекции с поражением легких у новорожденной 125

20. Случай развития пневмоторакса на фоне COVID-19 125

21. Клинический случай идиопатической оссификации легких 126

22. Клиническое наблюдение ТЭЛА у пациента с коронавирусной инфекцией в стадии разрешения 126

23. Случай инородного тела правого добавочного кардиального бронха 127

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 128

Авторы тезисов XXX Национального конгресса по болезням органов дыхания 128

Стратегический партнер

АстраЗенека

Эксклюзивные партнеры

Boehringer Ingelheim SANOFI

Генеральный партнер

gsk GlaxoSmithKline

Главные партнеры

teva NOVARTIS

Официальные партнеры

Pfizer Chiesi Generium Pharmaceutical

phs Фармстандарт ФАРМ Р-ФАРМ materia medica

SOLOPHARM Johnson&Johnson

Партнеры

ЭМС ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ дизайнПресс INDEQ APIK STUDIO ООО «МИК»