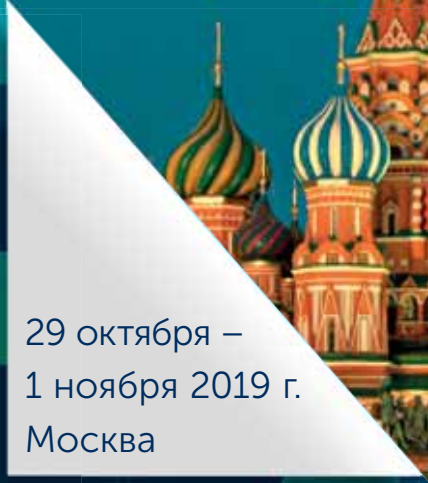

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Российское респираторное общество

Департамент здравоохранения города Москвы

Педиатрическое респираторное общество

Общество торакальных хирургов Москвы и Московской области

Ассоциация торакальных хирургов России

Союз медицинских сестер (Столичное сестринское сообщество)

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

29 октября – 1 ноября 2019 г. Москва

XXIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ISBN 978-5-901450-18-5

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения
города Москвы
Педиатрическое респираторное общество
Общество торакальных хирургов
Москвы и Московской области
Ассоциация торакальных хирургов России
Союз медицинских сестер
(Столичное сестринское сообщество)
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
Европейское респираторное общество

XXIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

INDEX

Указатель авторов 203

Содержание 209

г. Москва, 2019

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

С23

С23 **Сборник трудов конгресса.** XXIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания; Под. ред. акад. А.Г. Чучалина – М. : ДизайнПресс, 2019. – 232 с.

ISBN 978-5-901450-18-5

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

XXIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания
29 октября – 1 ноября 2019 года
СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА
ООО «ДизайнПресс», 113054, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, стр. 3

Отпечатано в Полиграфическом центре Федерального государственного унитарного предприятия Издательство «Известия» Управления делами Президента Российской Федерации

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 6.
Подписано в печать 21.10.2019. Тир. 300 экз.

ISBN 978-5-901450-18-5

ОГЛАВЛЕНИЕ

5 БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

7 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

21 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

39 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

45 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

49 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

55 ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

58 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

62 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛЕВРЫ

63 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

64 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

69 МУКОВИСЦИДОЗ

72 НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

75 НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

77 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

79 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ФАРМАКОЭКОНОМИКА

81 ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ.
ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

85 ПНЕВМОНИЯ

98 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

99 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

104 САРКОИДОЗ

111 ТАБАКОКУРЕНИЕ

115 ТУБЕРКУЛЕЗ

129 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

132 ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

135 ХОБЛ

166 ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

168 ЭНДОСКОПИЯ

172 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

175 РАЗНОЕ

187 ТЕЗИСЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

191 СПОНСИРУЕМЫЕ ТЕЗИСЫ

193 ТЕЗИСЫ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СЛУЧАЯМ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Автор: Латыпова Н.А., Рамазанова У.Т., Абишев М.Т., Магзумова Г.Е.

Организация: НАО «Медицинский университет Астана», Городская больница №2, г. Нур-Султан, Казахстан

Цель исследования: провести анализ течения внебольничных пневмоний (ВП) у беременных.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 31 случая ВП у беременных, госпитализированных в ГБ №2 г. Нур-Султан в период 2017–2018 гг. Изучены клинико-анамнестические и лабораторно-инструментальные данные, режимы и эффективность терапии. Возраст беременных составил 25–33 г. Срок беременности у 68 % был более 20 нед., 42% из них – 25–36 нед. Соматическая патология отмечалась у 75 % беременных, чаще – анемия (35 %). Диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически у 30 (97 %) беременных.

Результаты: У 61 % женщин с ВП предшествовали признаки ОРВИ, чаще начало было стертым с усилением кашля и повышением температуры тела более 5 дней. 21 (68 %) женщина поступила в стационар после 5–10 дней амбулаторного лечения, из них 11 принимали антибиотики per os: амоксициллин (АМ)– 5, макролиды (М) – 4, цефалоспорины (ЦС) – 2, без эффекта. По данным рентгенографии (РГ) преобладали односторонний процесс (86 %), справа (61 %), долевые ВП (65 %). Клинические признаки инфильтрата обнаружены у 16 (51%) женщин. Бак.исследование мокроты проведено у 26 (84%) женщин: пневмококк – 3, клебсиелла – 1, не было роста – 7 (27%), у остальных – орофарингеальная флора. Лейкоцитоз от 12х109 отмечался у 43%, повышение СРБ – у 2 (5%). В стационаре чаще назначалась монотерапия в виде инфузий (74 %): АМ/клавулонат – 16 (51%), ЦС – 7 (23%), комбинации с М – 8 (26 %). В 97% лечение было эффективным.

Выводы: ВП чаще возникали во второй половине беременности на фоне ОРВИ, что затрудняло своевременную диагностику. Течение ВП в большинстве случаев было стертым без выраженных воспалительных изменений крови. Появление кашля, одышки, повышение температуры тела более 5 дней на фоне ОРВИ у беременных позволяет заподозрить ВП.

2.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Приходько О.Б., Кострова И.В., Анохина В.С., Красовская О.О.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) у беременных является одним из самых распространенных хронических заболеваний бронхолегочной системы.

Цель исследования: изучить клиническое течение БА, дебютировавшей во время беременности.

Материалы и методы: проанализированы клинико-анамнестические данные течения беременности у 38 больных БА. Из наблюдаемых 38 беременных с БА клинические симптомы заболевания впервые появились во время гестации. Отягощенная наследственность по аллергии была у 26,3% больных. Результаты: Внелегочные проявления аллергии до наступления беременности отмечались у 68,4%, из них крапивница – у 26,3%, атопический дерматит – у 13,2%, аллергический ринит – у 13,2%, поллиноз – у 13,2%, анафилактический шок – у 5,3%, то есть, были достаточно выражены до манифестации БА. Аллергическая форма БА выявлена у 63% больных, не аллергическая – у 13,3%, смешанная – у 23,7%. У 47,4% больных симптомы БА появились в I триместре беременности, у 44,7% – во II и у 7,9% – в III триместре. У 20 больных с легким течением (БАЛТ) приступы удушья впервые появились после ОРВИ и контакта с аллергеном. При этом дебют у 12 больных был в I триместре беременности, чаще при сроке 5-6 недель, у 8 – во II триместре, при сроке беременности 17-20 недель. У 16 больных БА среднетяжелого течения (БАСТ) диагностирована впервые при сроках гестации 6–12, 20–29 недель, после ОРВИ. У 2 пациенток приступы БАТТ появились при сроке гестации 14 и 21 недели на фоне ОРВИ. При этом БАЛТ наблюдалась у 52,6%, БАСТ – у 42,1 %, БАТТ – у 5,3%. Первородящих было 57,9% больных, у остальных – повторные роды (2–5). Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 50% больных. Манифестация симптомов БА чаще отмечается в I триместре беременности, чему, как правило, предшествовали внелегочные проявления аллергии.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

3. ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА, СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА

Автор: Мирхайдаров А.М. – 1, Еникеева Г.Р. – 1, Асадуллина Г.В. – 2

Организация: Городская клиническая больница № 13, г. Уфа – 1; Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия – 2

Цель: Анализ структуры и факторов риска неблагоприятных исходов у больных пульмонологического профиля.

Методы: Проведен ретроспективный анализ 99 стационарных медицинских карт больных умерших в пульмонологическом отделении за 2016–2018 гг.

Результаты: Все больные (мужчин – 61,6%, женщин – 38,4%; возраст от 27 до 87 лет) поступили в экстренном порядке. В течение 7 суток от начала болезни обратилось за медпомощью и госпитализировано 35,3% больных, в более поздние сроки – 64,7% больных. Летальность в отделении за анализируемый период составила 2,3%, досуточная летальность – 13,1%. В возрасте до 45 лет умерло 12 больных (12,1%). Из них у 9 пациентов (75,0%) основной причиной неблагоприятного исхода явилась ВИЧ-инфекция 4В стадии в сочетании с вторичными заболеваниями (пневмоцистная пневмония, бактериальный эндокардит, септическая эмболия легких), хроническим вирусным гепатитом В и С, циррозом печени. У 34 больных (34,3%) в возрасте 45-60 лет превалировали как причина смерти ХОБЛ – 8 больных (23,5%), внебольничная пневмония – 7 (20,5%), рак легких – 5 (14,7%), токсическое действие суррогатов алкоголя – 4 (11,7%), ВИЧ-инфекция 4В стадии – 3 больных (8,8%). У 53 больных (53,5%) старше 60 лет причиной неблагоприятного исхода чаще являлись ХОБЛ – 20 больных (37,7%), рак легких – 12 (22,6%), внебольничная пневмония – 11 (20,7%), ИБС с острой коронарной недостаточностью – 7 больных (13,2%). Кроме того, для лиц старшей возрастной группы было характерным наличие различной коморбидной патологии (ИБС, ХСН, ГБ, ожирение, СД).

Выводы: В пульмонологическом отделении в структуре летальности основной нозологией у молодых являлась ВИЧ-инфекция 4В стадии в сочетании с вторичными заболеваниями, в средней возрастной группе и у лиц старше 60 лет превалировали ХОБЛ, внебольничная пневмония, онкология.

4.
ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДИЛХОЛИНА В ЛИПОПРОТЕИНАХ НИЗКОЙ (ЛПНП) И ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП) ПРИ ИБС И ИБС+ХОБЛ

Автор: Бахирев А.М., Лизенко М.В.

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут, г. Петрозаводск

Цель: Оценка отклонений уровня фосфатидилхолина (ФХ) в составе фосфолипидного пула транспортных форм у больных ишемической болезнью сердца с присоединением ХОБЛ.

Материалы и методы: С помощью тонкослойной хроматографии и спектрофотометрии исследовано содержание ФХ в ЛПНП и ЛПВП сывороток крови 85 здоровых, 120 больных мужчин в возрасте 42± 3,5 лет (55 с ИБС – 1 группа, 2 группа – 65 больных с ИБС+ХОБЛ). Условия отбора: длительность заболеваний до 6–8 лет; стабильное течение ХОБЛ 2 степени тяжести, А и В; стенокардия напряжения 2 ФК; отсутствие обострения основного заболевания, наличия другой сопутствующей патологии, курения, приёма статинов, гормональной терапии.

Результаты: У больных 1 группы содержание ФХ в ЛПНП снижалось от 177,4±0,12 до 147,3±0,17, 2 группы – до 130,2±2,31 мг /дл. В ЛПВП схожая картина убыли ФХ от 185,4±1,34 до 113,8±2,04 и 109,1±0,43 мг /дл соответственно. Одновременно отмечалось возрастание параметров лизофосфатидилхолина (1 группа – в ЛПНП с 4,1±0,47 до 12,2±0,26 , в ЛПВП с 5,2±0,55 до 14, 3±0,70мг /дл, 2 группа – 4,2±1,07 –13,5±0,09 и 5,8±0,70 –15,4±0,05 мг /дл соответственно).

Выводы: Синхронные изменения в составе ЛПНП и ЛПВП свидетельствует об общих чертах атерогенеза и взаимосвязи подавления акцепторной функции ЛПВП с персистирующим воспалением, подтверждает их системную роль. Данный процесс был идентичен в 2 группах. Критическим дефицитом ФХ отличалась сочетанная патология, что указывает на необходимость его восполнения.

5.
ГРИПП A/H1N1/09 В 2009 И 2019 ГОДАХ: БРЕМЯ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Автор: Лукьянов С.А., Хоменко Е.В., Вяткина Н.О., Павличенко Е.В., Малярчиков А.В., Горбунов В.В.

Организация: Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель работы: Сравнительный анализ коморбидных заболеваний у больных тяжелыми пневмониями, ассоциированными с гриппом A/H1N1/09, в 2009 и 2019 годах.

Материалы и методы: В 2019 году в проспективное исследование были включены 88 пациентов с тяжелой пневмонией при гриппе A/H1N1/09. Верификация возбудителя выполнялась при помощи метода ПЦР. Для ретроспективного анализа из архива была поднята первичная медицинская документация 79 пациентов во время эпидемии гриппа A/H1N1(pdm09) в 2009 году.

Результаты: Средний возраст пациентов в 2009 году составлял 40,8±11,9, в 2019 году 52,7±16,2 лет (p=0,04). Гендерное соотношение: 46% мужчин и 54% женщин в 2009 году, 57% мужчин и 43% женщин в 2019 году (p=0,06).

Распространенность ХОБЛ в 2009 году составила 35,4%, в 2019 году – 36,4% (p=0,8). Ожирение с показателем ИМТ>35 в 2009 году имели 50,6%, а в 2019 – 11,4% (p=0,03). Сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2009 году страдали 17,7%, а в 2019 26,1% больных (p=0,06). Сахарный диабет в 2009 году имели 7,6%, а в 2019 – 10,2% (p=0,6). Хроническим алкоголизмом в 2009 году страдали 6,3%, а в 2019 – 11,4% пациентов (p=0,04). Хронический гепатит/цирроз печени в 2009 встречался в 3,8%, в 2019 – 9,1% случаев (p=0,03). Больных, не имевших хронических заболеваний, в 2009 году было 24,0%, а в 2019 11,4% (p=0,04). Частота применения неинвазивной вентиляции легких в 2009 году составила 6,3%, в 2019 – 20,4% (p=0,01). Летальность была значимо ниже в 2019 г: 12,5% против 24,1% в 2009 году (p<0,05).

Выводы: 1. Больные с тяжелыми пневмониями при гриппе A/H1N1/09 в 2019 году были значимо старше, имели больше коморбидных заболеваний; 2. В 2019 году при сопоставимой распространенности ОРДС значимо чаще и эффективнее использовалась НВЛ, что, вероятно, ассоциировано с правильным подбором пациентов.

6.
СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ОРГАНА-МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ФОКУС НА АРТЕРИАЛЬНУЮ РИГИДНОСТЬ

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

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

Раннее выявление повреждения органов-мишеней важно для успешной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и одним из таких органов является сосудистая стенка, повреждение которой заключается в потере эластических свойств и увеличении жесткости. Преимуществом суточного мониторирования артериальной ригидности (АР) является возможность выявления начальных изменений сосудистой стенки, оценки суточного ритма показателей.

Целью исследования явился: 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. В группу контроля вошли 30 здоровых лиц, группы были сопоставимы между собой по полу и возрасту.
Пациентам проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Исследования проводили в течение 24 часов.
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.
Учитывая доказанную прогностическую ценность параметров артериальной жесткости по данным литературы, их исследование у больных БА позволит как можно раньше оценить кардиоваскулярный риск и начать первичные и вторичные профилактические мероприятия.

7.
ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Изучение параметров артериальной ригидности (АР) и их взаимосвязи с клиническими данными у больных бронхиальной астмой (БА) является весьма актуальным, учитывая их доказанную прогностическую ценность в отношении кардиоваскулярного риска в общей популяции.

Цель исследования: анализ взаимосвязи клинических данных и параметров АР у больных БА.

Были обследованы 119 больных БА без установленной ИБС, которым проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2. Корреляционный анализ осуществлялся с расчётом коэффициента Пирсона (r) или коэффициента корреляции Спирмена (ρ) в зависимости от характера распределения. Выявлены взаимосвязи между возрастом и скоростью распространения пульсовой волны (СРПВ) за сутки (r=0,32, p=0,021) и день (r=0,34, p=0,014), между индексом массы тела (ИМТ) и среднедневными значениями индекса аугментации (ИА) (r=0,44, p=0,014) и СРПВ за сутки (r=0,72, p <0,001). Средненочные показатели ИА75 были взаимосвязаны с индексом пачка-лет (r=0,32, p=0,004). С увеличением уровня холестерина отмечено повышение значений ASI100-60 за сутки (r=0,45, p <0,001).
В исследовании отмечена умеренная корреляционная взаимосвязь между продолжительностью БА и ИА в ночные часы (r=0,42, p=0,003), между количеством обострений астмы в год и СРПВ и ИА в ночное время (r=0,51, p=0,029 и r=0,48, p=0,006 соответственно). Установлены взаимосвязи между количеством баллов по опроснику АСТ и значением ASI в дневное (r=-0,46, p=0,01) и ночное время (r=-0,57, p=0,015). По мере утяжеления БА повышались значения СРПВ за день (r=0,46, p=0,001) и СРПВ100-60 за сутки (r=0,36, p<0,001).
Предикторами повышения артериальной ригидности у больных БА являются как традиционные факторы риска, так и количество обострений, тяжесть и уровень контроля заболевания.

8.
ПАРАМЕТРЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ

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

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

Несмотря на значительные успехи в понимании патогенеза бронхиальной астмы (БА) и создание новых лекарственных препаратов, в реальной клинической практике сохраняются сложности в достижении полного контроля над заболеванием. Одной из причин недостаточного контроля является наличие сопутствующих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: изучение суточного профиля артериальной ригидности (АР) у больных БА с различным уровнем контроля над заболеванием.

В исследование было включено 119 больных БА без установленной ИБС, уровень контроля определялся с помощью опросника – АСТ (Asthma Control Test). Так, 1 группу составили 30 пациентов с контролируемой астмой, 2 группу – 89 пациентов с неконтролируемой астмой. В группу контроля вошли 30 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с больными БА.
Пациентам проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия). Исследования проводили в течение 24 часов.
Выявлено повышение АР у больных БА с низким уровнем контроля. Так, среднедневные показатели скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных неконтролируемой БА составили 10,14±1,77 м/сек, что достоверно выше, чем у больных с контролируемой астмой и здоровых лиц. Значения СРПВ больше 10 м/сек зафиксированы у 6 (20%) лиц 1 группы, 37 (41,6%) лиц 2 группы и 6 (16,6%) лиц группы контроля ($p<0,001$).
Выявлено повышение индекса аугментации (ИА) у больных неконтролируемой астмой, причем значения ИА в период сна (-5,26±23,16) достоверно выше дневных (-19,03±18,2), что свидетельствует о повышении артериальной жесткости в ночное время.
У пациентов с неконтролируемой БА жесткость сосудов выше в сравнении с пациентами с контролируемой астмой и лицами группы контроля.

9.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

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

Цель: изучить структуру внебольничной пневмонии (ВП), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ),бронхиальной астмы (БА) среди госпитализированных пациентов пожилого возраста пульмонологического отделения многопрофильного стационара г. Уфы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 1067 медицинских карт пациентов с ВП, ХОБЛ, БА, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении в течение календарного 2018 года. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программах Microsoft Excel и Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты: выборку больных с ВП составили 522 человека, выборку больных ХОБЛ составили 195 человек, выборку больных с БА составили 350 человек. Все больные с ВП, ХОБЛ, БА были поделены на две группы: в первую группу вошли пациенты моложе 60 лет, во вторую группу вошли пациенты старше 60 лет. Анализ структуры заболеваний органов дыхания среди пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара показал, что пожилые пациенты превалировали в выборке больных ХОБЛ (83,6%), а также в выборке больных БА (60,3%). В группе пожилых больных ХОБЛ преобладали мужчины (78,5%), в группе пожилых больных БА преобладали женщины (67,8%). У пожилых пациентов среди сопутствующей патологии превалировали сердечно-со-

судистые заболевания. Наиболее высокие показатели отмечались среди пожилых больных ХОБЛ: гипертоническая болезнь встречалась в 71,2% случаев, ишемическая болезнь сердца в 54% случаев.

Выводы: таким образом, ВП, БА, ХОБЛ занимают большое место в структуре заболеваний органов дыхания лиц пожилого и старческого возраста. Особенности структуры заболеваний органов дыхания в пожилом возрасте требуют особого внимания, дифференцированных подходов к диагностике и лечению пациентов старших возрастных групп.

10.
ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Автор: Меньшиков А.А. – 1, Цеймах Е.А. – 2, Бондаренко А.В. – 1

Организация: 1 – КГБУЗ ККБСМП; 2 – ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России г. Барнаул, Россия

Повреждения органов грудной клетки являются одной из самых тяжелых форм травмы и лидирующей причиной осложнений и летальных исходов.

Традиционное ведение при наличии флотирующих участков грудной клетки заключается в искусственной вентиляции легких (ИВЛ). При переломах грудины – постельный режим до 3х недель.

Результаты таких подходов нельзя признать удовлетворительными в связи с высокой частотой развития осложнений, длительным пребыванием в отделении реанимации и формированием ложных суставов в отдаленный период.

Цель: Повышение эффективности лечения пациентов с травматическими повреждениями костей грудной клетки путем восстановления каркаса пластинами с угловой стабильностью (УС).

Задачи: Оценить характер течения и исход травматической болезни у пациентов с тяжелой травмой грудной клетки при традиционном ведении и после остеосинтеза пластинами с УС.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 96 пациентов с различной степенью повреждения костей грудной клетки. Группы составили: пациенты с множественными, фрагментарными переломами ребер и грудины, требующие ИВЛ; и пациенты с переломами ребер и/или грудины со смещением отломков не требующие ИВЛ.

Результаты: У всех пациентов требующих ИВЛ, после остеосинтеза купировались признаки «парадоксального дыхания» реберного клапана. Длительность ИВЛ после операции составила 2–3 суток. Количество легочно-плевральных осложнений снизилось в 2,6 раза. У пациентов, не требующих ИВЛ, значительно снизился болевой синдром, в 3 раза снизился койка/день. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Заключение: Раннее восстановление каркаса грудной стенки с помощью остеосинтеза пластинами с УС позволяет сократить длительность проведения ИВЛ, уменьшить количество легочно-плевральных осложнений и улучшить исходы заболев

11.
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА

Автор: Салова А.Л., Мозжухина Л.И., Когут Т.А., Челнокова О.Г.

Организация: ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль

Выявление факторов риска рецидивирующего течения стеноза гортани у детей будет способствовать повышенной настороженности среди врачей.

Цель работы: Выявить наиболее значимые факторы, способствующие рецидивирующему течению стеноза гортани у детей.

Материалы: Ретроспективное исследование амбулаторных карт 120 детей с диагнозом острый стенозирующий ларинготрахеит в возрасте от 6 месяцев до 10 лет. За критический уровень статистической значимости принимался $p<0,05$.

Результаты: 2 группы: 1 – с рецидивирующим стенозом гортани (n=110), 2 – с одним эпизодом стеноза гортани (n=110). Среди неспецифических факторов: дети из 1 группы при рождении имели массу тела более 3000 г в 71% случаев, по сравнению с 1 группой – 50% ($p<0,05$). У детей из 2 группы в 1,5 раза чаще наблюдались аллергические реакции по сравнению с 1 (52%) ($p<0,05$). Дети из 1 и 2 групп проживали вблизи автомагистралей и заводов в 67 и 75% случаев, и у 44% и 35% детей были домашние животные. Полные семьи (наличие обоих родителей) и образование родителей выше среднего встречались в 1,2 раза чаще в 89% случаев в группе с рецидивирующим течением стеноза гортани ($p<0,05$). Среди специфических факторов: раннее инфицирование микобактериями туберкулеза в возрасте до 3 лет у 96 и 95% детей 1 и 2 групп соответственно. Тесные контакты с больными туберкулезом были выявлены у детей из 2 группы – в 14% случаев, с РСЛТ – в 36% случаев ($p=0,05$). Локальные формы туберкулеза были обнаружены только во 2 группе у 27% детей ($p<0,001$).

Заключение: Наиболее значимыми факторами, способствующими рецидивирующему течение стеноза гортани явились: масса тела при рождении свыше 3000 гр., атопический анамнез у ребенка, благоприятный социальный анамнез, тесные контакты с больными туберкулезом, наличие локальных форм туберкулеза в анамнезе.

12.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОНИТОРИНГОВОЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Метод суточного мониторирования артериальной ригидности (СМАР) обладает большим потенциалом рутинного клинического применения, расширяя возможности оценки жесткости сосудов в условиях повседневной жизни, во время дневной активности и ночного сна. Особый интерес представляет изучение влияния ночной гипоксемии на развитие АР у больных бронхиальной астмой (БА).

Цель исследования: изучение взаимосвязи параметров АР и показателей SaO2 во время ночного сна.

В исследовании участвовало 28 больных БА: 15 (53,6 %) пациентов были с легким и среднетяжелым, 13 (46,4 %) –с тяжелым течением астмы, средний возраст составил 52,1±6,9 лет. Пациентам была проведена мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия аппаратом PulseOX 7500 (SPO Medical, Израиль). Определяли максимальные, средние и минимальные показания SaO2, общее количество десатураций, индекс десатураций (ИД) – количество значимых эпизодов десатураций (>3%) в час. У всех больных БА количество десатураций в час меньше 15, что свидетельствует об отсутствии у этих пациентов нарушений ночного дыхания. Средние показатели SaO2 за ночь составили 95,4±1,0%. Однако, при анализе корреляционных взаимосвязей выявлена умеренная взаимосвязь между ИА75 за ночь и средней SaO2 (r=-0,47, p=0,03). Отмечено, что по мере увеличения частоты эпизодов десатурации возрастают показатели ASI за сутки и ночные часы (r=0,42, p=0,003 и r=0,31, p=0,007, соответственно). Минимальная SaO2 взаимосвязана с ИА за сутки и ночное время (r=-0,32, p=0,04 и r=-0,38, p=0,03, соответственно).В исследовании обнаружены достоверные взаимосвязи между параметрами АР и SaO2 за время сна, что свидетельствует о роли ночной гипоксемии в формировании артериальной ригидности у больных бронхиальной астмой.

13.
СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Автор: Котова И.С., Победенная Г.П.

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государстенный медицинский университет имени Святителя Луки»

Цель работы: изучить состояние показателей эндогенной метаболической интоксикации у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), сочетанной с сахарным диабетом СД II типа.

Материал и методы исследования: Исследовали 41 больных ХОБЛ, клинической группы В (GOLD II) в стадии инфекционного обострения, которые были разделены на две группы. Первую (I) группу составили 22 пациента с ХОБЛ без СД. Во вторую (II) группу вошли 19 больных ХОБЛ с СД II типа. В сыворотке крови и моче больных определяли содержание средних молекул (СМ), сорбционную способность мембран эритроцитов (ССМЭ) и их средний корпускулярный объем (MCV). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты: У больных ХОБЛ I группы показатель СМ в сыворотке крови был повышенным в 2,1 раза, а в моче – в 1,4 раза ($p<0,05$). Уровень СМ в сыворотке крови пациентов II группы был выше, чем у здоровых, в 2,9 раза, достоверно выше, чем у пациентов I группы, и в моче существенно превышал показатели СМ в моче больных I группы ($p<0,05$). Величина ССМЭ у пациентов I группы превышала контрольные значения на 25 % ($p<0,05$), а у лиц II группы была достоверно выше аналогичной пациентов I группы. MCV больных I группы достоверно ($p<0,05$) превышал таковой в контрольной группе, но был в 1,2 раза меньше, чем у пациентов II группы ($p<0,05$).

Выводы: У больных ХОБЛ имели место проявления синдрома эндогенной метаболической интоксикации, которые характеризовались повышением уровня СМ в сыворотке крови и моче, увеличением ССМЭ и MCV. У больных с ассоциацией ХОБЛ и

СД II типа эти проявления были гораздо более выраженными. Увеличение уровня СМ, MCV и ССМЭ (p<0,05) могут быть негативным фактором нарушений микроциркуляции и осложнений обеих болезней.

14.
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Исследования последних лет показали, что отсутствие адекватного ночного снижения АД – мощный независимый фактор риска смерти от ССЗ. В связи с этим, интерес представляет изучение суточного ритма не только АД, но и артериальной ригидности (АР). Целью исследования явилась оценка степени ночного снижения (СНС) скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: В исследование было включено 119 больных БА без установленной ИБС, средний возраст составил 56,7 ± 8,23 лет. В группу контроля вошли 30 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с больными астмой.
Пациентам проводилось суточное мониторирование АР с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 (ООО «Петр Телегин», Нижний Новгород, Россия).
Нами предложен «Способ оценки суточного ритма скорости распространения пульсовой волны в аорте» (рационализаторское предложение № 2993 от 20.03.2018), основанный на определении СНС СРПВ по следующей формуле:
СНС СРПВ = СРПВ (д) – СРПВ (н) * 100%
СРПВ (д)
Нормы были определены по результатам исследования здоровых лиц и составили от 11 до 18%.

Результаты: По результатам исследования, СНС СРПВ у больных БА (8,5 [5,5; 11,5]) достоверно ниже в сравнении с лицами группы контроля (11,5 [9,5; 14,5], p=0,032). Среди пациентов с БА 48 (40,3%) человек имели патологическую СНС СРПВ в аорте, в то время как у лиц группы контроля эти результаты составили 5 (16,6%). Отмечена умеренная корреляционная связь СНС СРПВ и количества баллов по опроснику АСТ (r=0,33, p=0,023) и тяжестью БА (r=-0,42, p=0,029).
Результаты исследования установили ночное повышение артериальной ригидности, проявляющееся недостаточной СНС СРПВ у больных БА, в особенности у пациентов с тяжелым течением заболевания и низким уровнем контроля.

15.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Корецкая Н.М., Шогжал И.С., Воликова С.М.

Организация: МСЧ-24 ФСИН России

Цель: изучить частоту, структуру первичной лекарственной устойчивости (ПЛУ) микобактерий (МБТ) и их жизнеспособность по скорости и массивности роста у больных туберкулезом органов дыхания на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

В разработку взяты данные о 64 больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, сопровождающимся бактериовыделением, установленным при посеве мокроты на твердые питательные среды. Жизнеспособность МБТ оценивалась следующим образом: рост до 30 дней с количеством колоний более 100 – высокая, более 30 дней с количеством колоний менее 100 – низкая; остальные варианты расценивались как средняя жизнеспособность. Все больные проходили стационарное лечение в Туберкулезной больнице №1 МСЧ-24 ФСИН России.

Наличие ПЛУ МБТ установлено в 92,2%. Структура ПЛУ МБТ характеризовалась высоким удельным весом множественной – 60,8% и широкой лекарственной устойчивости – 13,6% при наличии моно- и полирезистентности, соответственно, лишь в 3,4% и 15,2%. Большинство выделенных штаммов МБТ характеризовались высокой (31,2%) и средней (43,8%) жизнеспособностью; низкая жизнеспособность МБТ имела место лишь у ¼ больных.

Таким образом, можно предположить, что высокая частота и тяжелая структура ПЛУ МБТ в сочетании с преобладанием возбудителя с высокой и средней жизнеспособностью, косвенно подтверждающими его высокую вирулентность, наряду с выраженной иммуносупрессией, имеющей место на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, несомненно, являются важными факторами, приводящими к генерализации туберкулезного процесса.

16.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Автор: Корецкая Н.М., Петров А.М., Калинин И.В., Князева К.М., Шогжал И.С.

Организация: МСЧ-24 ФСИН России

Цель: установить факторы риска развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных из числа спецконтингента пенитенциарных учреждений.

В разработку взяты истории болезни 70 ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, впервые выявленным в местах лишения свободы, проходивших стационарное лечение в Туберкулезной больнице №1 МСЧ-24 ФСИН России. Анализировался возрастной состав больных, количество судимостей, длительность пребывания в местах лишения свободы, длительность течения ВИЧ-инфекции, наличие других сопутствующих заболеваний группы риска, степень иммуносупрессии, особенности возбудителя туберкулеза.

Установлено, что факторами риска развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в пенитенциарных учреждениях в ранговом порядке являются: наличие кроме ВИЧ-инфекции других заболеваний группы риска – 77,1%, особенно наркомании (53,2%);

повторные судимости – 75,7%, наличие выраженной иммуносупрессии – 73,4% (количество CD4-лимфоцитов до 100кл/мкл – 37,5%, 101-200 – 20,3%, 201-300 – 15,6%); возраст 30-39 лет – 65,7%(при среднем показателе 36,2±0,6 года), средняя длительность пребывания в местах лишения свободы 3,5±1,0 год, средняя длительность течения ВИЧ-инфекции 5,0±0,5 лет.

Большое значение в развитии туберкулезного процесса в организме ВИЧ-инфицированных имеют и биологические особенности микобактерий (МБТ): первичная лекарственная устойчивость установлена в 88,8% случаев, в том числе множественная – 75,0%, широкая – 4,2%; наличие высокой и средней жизнеспособности МБТ констатировано в 57,8%.

Выявленные факторы риска развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы следует учитывать при разработке профилактических мероприятий.

17.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Автор: Прибылова Н.Н., Яковлева М.В., Прибылов С.А., Махова О.Ю.

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

Цель исследования: диагностика и лечение легочной гипертензии (ЛГ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) II-III стадии.

Материалы и методы: В исследование было включено 90 пациентов с ИБС и ХБП II-III стадии недиабетической этиологии. Средний возраст составил 58±9 лет. Пациенты были разделены на две рандомизированные группы по виду фармакологического вмешательства: первая группа – 25 пациентов, у которых для коррекции гемодинамических расстройств использовались 2 месяца ингибиторы АПФ (периндоприл или лизиноприл), вторая группа – 65 пациентов сартаны (валсартан).

Морфометрические показатели сердца определялись на аппарате «ALOKA SSD 5000» (Япония) в положении больных лежа на левом боку и спине, при условии четкой визуализации. Для оценки степени тяжести легочной гипертензии использовалась классификация V Всемирного симпозиума по легочной гипертензии.

Результаты исследования: По данным эхокардиографии (ЭХО-КГ) ЛГ чаще выявлялась у пациентов с ИБС и ХБП III стадии – 26%. Частота выявления диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) у пациентов с ИБС и ХБП II-III стадии составила 76,7%. У всех пациентов с ЛГ была диагностирована ДДЛЖ.

Пациенты, которые в течение 2 месяцев получали ингибиторы АПФ или сартан, к концу периода наблюдения отмечалось уменьшение среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) на 6,2% ($p<0,05$), конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-систолического размера (КСР) правого желудочка (ПЖ) на 10,6% и 8,7% соответственно ($p<0,05$), КДР и КСР ЛЖ на 6,1 и 10,2% соответственно ($p<0,05$).

Выводы: Использование в качестве длительной комплексной терапии (2 месяца) у больных при сочетанной кардиоренальной патологии ингибиторов АПФ, особенно сартанов позволило добиться коррекции ДДЛЖ.

18.
РОЛЬ МЕХАНИЗМОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СОСТОЯНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРОМБОЗАМ И ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Автор: Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.

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

Цель: Изучить механизмы влияния расстройств дыхания, связанных со сном, на показатели тромбогенного риска во взаимосвязи с системным воспалением у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы: В открытом проспективном сравнительном исследовании проанализировано влияние на показатели тромбогенного риска маркеров дисфункции эндотелия сосудов, системного воспаления и инсулинорезистентности на моделях множественного регрессионного анализа. В исследование было включено 65 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна в периоде после обострения, не нуждавшихся в длительной кислородотерапии. 26 из них вошли в основную группу и получали длительную CPAP-терапию в комплексе с лечением ХОБЛ (GOLD, 2011), 39 пациентов были включены в группу сравнения и не получали неинвазивную вентиляцию легких.

Результаты: В обеих группах больных наблюдалось персистирующее увеличение показателей тромбогенного риска гомоцистеина и фрагментов протромбина 1+2. Продолжительность ночной гипоксемии, уровни С-реактивного белка, С-пептида и эндотелиального сосудистого фактора роста оказывали сильное влияние на содержание в крови гомоцистеина, фрагментов протромбина 1+2. Проведения CPAP-терапии ассоциировалось со снижением в крови уровней гомоцистеина и фрагментов протромбина 1+2.

Заключение: У больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна показатели тромбогенного риска гипергомоцистеинемия и увеличение плазменного содержания фрагментов протромбина 1+2 находятся в тесной зависимости от продолжительности ночной гипоксемии, концентраций С-реактивного белка, С-пептида, эндотелиального сосудистого фактора роста и могут коррегироваться применением CPAP-терапии.

19.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Михайлова И.А. – 1, Лещенко И.В. – 1,2, Гришина И.Ф. – 2

Организация: 1 – ООО «Медицинское объединение «Новая больница», Екатеринбург, 2 – ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель исследования: выявить особенности состояния эндотелия периферических артерий у пациентов с ХОБЛ. Материал и методы. Обследовано 220 человек: пациенты с ХОБЛ (GOLD II), (n=140, мужского пола, средний возраст – 55,2±8,9 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 19,2±1,9 кг/м2) и контрольная группа – здоровые лица (n=80, мужского пола, средний возраст –50,6±6,8 лет, ИМТ -20,18±1,3 кг/м^2 . Всем выполнено дуплексное сканирование общих сонных артерий, оценивались диаметр просвета артерии, относительная толщина стенки и толщина комплекса интима-медиа. Для оценки функционального состояния эндотелия выполнялась проба с постокклюзионной реактивной гиперемией. Исследование уровня эндотелина-1 в плазме крови проводилось иммуноферментным методом

Результаты: В ходе исследования пациенты с ХОБЛ были разделены на 2 группы: 1-я (n=64) пациенты с ХОБЛ с нормальной функцией эндотелия периферических артерий, 2-я (n=76) с ХОБЛ и эндотелиальной дисфункцией периферических артерий. Показано, что у пациентов с ХОБЛ имеются нарушения в эндотелий-зависимых механизмах регуляции тонуса сосудов. В группе с ХОБЛ и эндотелиальной дисфункцией структурно-функциональные изменения общей сонной артерии имеют более выраженную морфологическую составляющую, в следствии вазоконстрикторного действия эндотелин-1 фактора, чем у пациентов с ХОБЛ и сохраненной функцией эндотелия.

Заключение: Состояние функции эндотелия периферических артерий может служить дополнительным маркером поражения органов-мишеней при ХОБЛ, являясь неблагоприятным прогностическим критерием, и аргументом выделения отдельной группы диспансерного наблюдения пациентов ХОБЛ со среднетяжелым течением. Возможна ранняя диагностика и предупреждение развития сердечно сосудистых осложнений у пациентов с ХОБЛ.

20.
ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Автор: Клестер Е.Б., Клестер К.В., Балицкая А.С.

Организация: ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель: изучить частоту встречаемости инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и связанной с ними летальности у больных ХОБЛ в первичной сети.

Методы: При непосредственном наблюдении на протяжении 1-го года и 4 года ретроспективно наблюдались 316 больных с диагнозом ХОБЛ (Группа I). Выбыло из исследования 25 человек. Мужчин было 219 (75,3%), женщин 72 (24,7%), средний возраст у начала наблюдения 61,4±11,8 лет; степень одышки по mMRC – 2,4±0,7; бал-

лы по CAT – 24,8±10,1; баллы по CCQ – 1,8±0,5. Группа сравнения (группа II), включала 190 человек при отсутствии ХОБЛ и была сопоставима по возрасту, полу, статусу курения.

Результаты: Диагноз ХОБЛ ассоциирован со значительным увеличением риска развития инфаркта миокарда (OR: 2.35; 95% CI 1.09-5.06, p=0.03), сердечной недостаточности (OR: 3.58; 95% CI: 2.29-5.59, p<0,0001) и летальности (OR: 2.76; 95% CI: 1.11-6.88, p=0.03).

При анализе частоты возникновения ИМ от возраста, было выявлено наибольшее увеличение частоты острых ССС в группе моложе 45 лет по сравнению с группой без ХОБЛ.

Мультивариабельный анализ показал, что возраст, гипертония, обострение ХОБЛ, СРБ, общий холестерин, SCORE и кальциноз коронарных артерии явились независимыми предикторами возникновения ИМ. При этом кальциноз коронарных артерий является значимым предиктором ИМ (OR; 95%CI: 1.32; 1.19-1.46, p <0.001)

Выводы: У больных ХОБЛ значительно повышен риск возникновения инфаркта миокарда, сердечной недостаточности. Летальность у пациентов с ХОБЛ также повышена по сравнению с группой без ХОБЛ.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

21.
МАРКЕРЫ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Трушина Е.Ю. – 1, Типикин В.А. – 1, Назарова Н.В. – 2, Автамонова Ю.Р. –2, Бушуева Т.Г. – 2, Панова Е.Ю. – 2, Лаврентьева К.А. – 2.

Организация: ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза – 1, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 4», Пенза – 2

Цель исследования: определить маркеры нейтрофильного воспаления у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования: обследовано 102 пациента, разделенные на 2 группы: 1 группа – пациенты (n=53), составили больные с неаллергической формой БА (НАБА); 2- группа сравнения (n=49) – больные с аллергической формой БА (АБА). Контрольную группу составили 17 человек здоровых доноров. Проведено исследование общего анализа индуцированной мокроты (ИМ), уровня нейтрофильной эластазы (НЭ) в сыворотке крови определяли с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа (ИФА) «Human PMN-Elastase Platinum ELISA» (eBioscience, Австрия). Исследование спонтанной и индуцированной продукции IL-8 в крови осуществлялось методом твердофазного ИФА при помощи тест-систем «Интерлейкина-8-ИФА-Бест», (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Обработка данных проводилась в программе «Statistica 6,0».

Результаты исследования: У больных с НАБА отмечалось повышенное количество нейтрофилов как в мокроте, так и в крови в сравнении с группой контроля и АБА ($p<0,05$). Содержание НЭ у больных НАБА был в 2 раза выше в сравнении со значениями, полученными у пациентов с АБА ($p<0,05$). В группе больных НАБА уровень, как спонтанной, так и индуцированной продукции IL-8 был выше в сравнение с группой АБА и здоровыми лицами ($p<0,05$)

Заключение: Таким образом, НЭ и IL-8 могут быть рассмотрены маркерами нейтрофильного фенотипа БА. Полученные результаты указывают на преобладание нейтрофильного типа воспаления дыхательных путей при НАБА.

22.
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Аляви А.Л., Базарова С.А., Джамбекова Г.С.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель: изучить динамику цитокинов в крови и в конденсате выдыхаемого воздуха у пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: обследовано 40 больных с персистирующей БА среднетяжелого течения, с длительностью заболевания в среднем 15±2,3 лет. Методом случайной выборки были сформированы две группы сопоставимые по возрасту и полу. Больные основной группы (n= 22), в дополнение к стандартной базисной терапии получали донатор оксида азота – L-аргинин (100 мл 4,2 % раствора, Тивортин, ЮРІЯФАРМ, Украина). Группа сравнения (n=18) получали только базисную терапию. В качестве контроля обследовано 15 здоровых добровольцев (Группа контроля) сопоставимого возраста. В динамике лечения оценивались иммунологические показатели в крови и в КВВ. Исходные данные у больных обеих групп были сопоставимы (p>0,05) и характеризовались достоверным увеличением содержания IL-4 и TNF-α в сыворотке крови и в КВВ больных. Эффективность лечения при включении L-аргинина проявлялась улучшением клинических симптомов. Содержание IL-4, TNF-α в крови на фоне L-аргинина к контрольному сроку (10 дней от начала терапии) в основной группе достоверно снизилось (p<0,05). Содержание IL-4 и TNF-α в КВВ на фоне L-аргинина к контрольному сроку достоверно снизилось (p<0,05). Изменения этих показателей в контрольной группе были не столь выражены и носили недостоверный характер.

Вывод: содержание отдельных цитокинов в сыворотке крови и в КВВ изменяется в зависимости от периодов обострения и ремиссии; под влиянием L-аргинина отмечается их достоверная положительная динамика.

23.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Цель: Оценить возрастные особенности и приверженность к лечению больных бронхиальной астмой (БА).

Методы: Ретроспективно проведен анализ 92 стационарных медицинских карт больных среднетяжелой и тяжелой БА госпитализированных в пульмонологическое отделение. Выделены 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 42 больных БА в возрасте 20–65 лет, 2-ю группу составили 50 больных старше 65 лет.

Результаты: В 1-й группе больных за последний год обострения БА 2 раза и более отмечались в 35,7% случаев, коморбидная патология (ИБС, ГБ, СД, заболевания ЖКТ) встречалась в 47,6%, отягощенный аллергический анамнез в 59,5%, повышенный уровень общего ИГЕ в крови выявлялся в 21,4% случаев. В этой группе в качестве терапии БА амбулаторно использовали только КДБА и/или КДАХ 12,0% больных. Комбинации иГКС / ДДБА принимали 88% больных, из них 43,2% указывали на их

ежедневный прием, а 40,5% больных отмечали клинические симптомы БА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) 2 раза в неделю и более. Во 2-й группе обострения заболевания 2 раза в год и более отмечались у 54,0% пациентов, сопутствующие заболевания выявлялись у 90,0%, аллергический анамнез у 30,0%, повышенный уровень общего ИГЕ в крови у 8,0% пациентов. Короткодействующие бронхолитики в качестве лечения амбулаторно использовали 44,0% больных. Комбинацию иГКС / ДДБА принимали 48,0% больных, из них только 33,3% больных отмечали их регулярный прием. Из числа больных пожилого возраста получавших базисную терапию 50,0% больных указывали на клинические симптомы БА 2 раза в неделю и более.

Выводы: У больных старшей возрастной группы по сравнению с больными более молодого возраста чаще отмечается недостаточный уровень контроля БА, частая коморбидная патология, низкая приверженность к лечению. Это указывает на необходимо

24.
ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ КРОВИ И ЦИТОЛОГИИ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Базарова С.А., Рахимова Д.А., Таджиходжаева Ю.Х., Назирова М.Х.

Организация: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель: Оценка состояния цитокинов крови и цитологии мокроты при различны фенотипах БА.

Материалы и методы: В исследование было включено 40 пациентов со среднетяжелой БА (GINA, 2012 г) в возрасте от 20 до 56 лет (35,5 ±4,2 лет) с длительностью заболевания в среднем 15±2,3 лет. Были сформированы 2 группы по фенотипическим различиям. Первая группа 18 больных в возрасте 42-56 лет (48 ± 4,6 лет), с инфекционно зависимой БА (ИБА), вторая группа 22 больных в возрасте 20-35 лет (27,5 ± 3,5 лет) с атопической БА (АБА). В качестве контроля обследовано 15 здоровых добровольцев. Для определения фенотипов учитывались подробный анамнез, данные клинического осмотра, результаты клинических исследований, содержание общего иммуноглобулина Е (IgE). У обеих групп пациентов изучались цитологический состав индуцированной мокроты и цитокины (IL-4, IL-8, TNF-α) в крови (ИФА).

Результаты: Данные изучения цитокинов в крови у больных с ИБА (n=18) характеризовались увеличением содержания IL-8, TNF-Фα и незначительным увеличением IL-4, в сыворотке крови (20,3±1,2; 34,3±1,6; 28,1±1,4пг/мл соответственно, p< 0,05). При этом увеличение IL-4 было недостоверным и отмечено только у 6 больных. В группе больных с АБА в крови отмечалось резкое увеличение содержания IL-4 , при этом незначительное увеличение содержания TNF-α у 4 пациентов и незначительное увеличение содержания IL-8 отмечалось лишь у 2 (66,7±1,5; 18,5±1,2; 8,2±1,1 пг/мл соответственно, p< 0,05) пациентов. При изучении цитологического состава индуцированной мокроты в группе с ИБА (n=18) в индуцированной мокроте основную массу составили нейтрофилы (89±1,1%), с незначительным уровнем лимфоцитов (1,8±1,2%) и содержание эозинофилов составило 9,8±0,8%. В группе больных с АБА (n=22) в индуцированной мокроте превалировали эозинофилы (86,5±2).

25.
СИСТЕМНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ (ГКК) ТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ (БА) И УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДИЛХОЛИНА (ФХ) В ЛИПОПРОТЕИНАХ НИЗКОЙ (ЛПНП) И ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП)

Автор: Лизенко М.В., Бахирев А.М.

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут, г. Петрозаводск

Цель: Оценить содержания ФХ и его жирнокислотный состав (ЖК) до и после ГКК терапии у больных БА.

Материалы и методы: В сыворотках 54 больных неконтролируемой БА смешанного генеза в возрасте 18-48 лет без сопутствующей патологии при помощи тонкослойной, газожидкостной хроматографии и спектрофотометрии было исследовано содержание ФХ и его ЖК состав в ЛПНП и ЛПВП до и после 1,5–2-недельного применения перорального преднизолона (25-35 мг в сутки).

Результаты: После терапии повышалось содержание ФХ в ЛПНП на 20,1±0,31, в ЛПВП – на 19,8 ±0,25 мг /дл. При этом существенно изменялся и его ЖК состав: как в ЛПНП, так и в ЛПВП повышалось содержание кислот класса ω3: в ЛПНП – на 6, 4% докозагексаеновой (22:6 ω3), на 2,8% – эйкозапентаеновой (20:5 ω3) кислоты (ЭПК), основного антагониста арахидоновой кислоты, в ЛПВП – на 7,8% и на 2,9% соответственно. Также происходило снижение суммы ω6 кислот, которое затронуло, в основном, квоту арахидоновой (20:4 ω6) кислоты (АК) – на 6,3 %, субстрат для синтеза провоспалительных (лейкотриен В4), бронхоконстрикторных (простагландин D2) эйкозаноидов и участника агрегации тромбоцитов.

Выводы: Синхронная картину ЖК модификации ФХ в ЛП в пользу возрастания уровней пула ω3 –22:6 ω3 и 20:5 ω3, убыли содержания 20:4 ω6 в ЛП отражала позитивное влияние ГКК терапии на воспаление, стабилизацию мембран клеток респираторного тракта. Данный уровень и глубину воздействия нужно учитывать в оценке эффективности терапии, поиске альтернатив ГКК.

26.
ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Автор: Устьянцева Н.П., Гумерова Ф.Б.

Организация: ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Основной целью терапии бронхиальной астмы (БА) является контроль над заболеванием. Представляется важным выяснить, какие причины, помимо отсутствия лекарств и их неправильное использование, не позволяют контролировать БА у пациентов, проживающих в городе и селе.

Цель: Оценить причины неадекватной амбулаторной базисной терапии бронхиальной астмы сельского и городского населения. Материалы и методы. В исследование включались все пациенты с БА, поступившие в течении двух месяцев 2018 года в пульмонологическое отделение. Пациентам проводилось клиническое обследование, оценивался АСТ тест при поступлении и через 5 дней после начала госпитализации, оценивалась адекватность терапии по данным медицинских карт

и опроса, выяснялись причины неадекватной терапии БА на амбулаторном этапе. Достоверность различий проверялась методом хи-квадрат.

Результаты: В исследование было включено 108 пациентов с БА. Средний возраст составил 50±1,2 года с БА тяжелой степени тяжести с обострением или неконтролируемым течением. Проживающие в городе – 1 группа – 53 (49%) человека, в сельской местности – 2 группа – 55 (51%). 87%(46) – 1 группы и 93%(51) – 2 группы получали неадекватную амбулаторную базисную терапию. Причины неадекватной базисной терапии БА: снижение суточной дозы, самостоятельный отказ от приема препарата в группах не различались – 1 группа 34%(18), 35%(19) – 2 группа; перерывы в лечении, отсутствие информирования пациентов – в группах не различались – 53%(28) – 1 группа и 40%(22) – 2 группа; территориальная отдаленность у 2 группы от медицинских специалистов, аптек достоверно была выше – 18%(10), чем в 1 группе 6%(3). Таким образом, для достижения контроля над БА необходимо улучшение доступности и правильности медицинской информации, а на селе важна и доступность поликлиник и аптек.

27. ФЕНОТИП СОЧЕТАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ДИСФУНКЦИИ ВОКАЛЬНЫХ ХОРД

Автор: Пономарева И.Б., Бхар М.Ф., Глотов С.И., Урясьев О.М.

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

Дисфункция вокальных хорд (ДВХ) – это респираторное расстройство, характеризующееся парадоксальным закрытием вокальных хорд во время дыхательного цикла. Приступы нарушений дыхания при ДВХ имитируют симптомы обострения бронхиальной астмы (БА).

Цель: изучение пациентов с БА и ДВХ, факторов провоцирующих развитие ДВХ, клинических проявлений, дифференциальной диагностики заболевания.

Материалы и методы: В исследование были включены 32 пациента с сочетание БА и ДВХ (4 мужчин и 28 женщин в возрасте 64,75±3,02). Все пациенты заполняли опросник симптомов ДВХ (VCDQ). Спирометрия осуществлялась при помощи спирометра SuperSpiro (CareFusion) по правилам ATS/ERS. Запись легочных звуков электронным стетоскопом Littmann 3200 и амплитудно-частотные характеристики дыхательных шумов анализировались при помощи программ Spectrogram version 5.0 и Adobe Audition 10.0.

Результаты и их обсуждение: Известно, что гормональные препараты способны влиять на функцию голосовых связок. Симптомами ДВХ у 100% пациентов была приступообразная одышка, свистящие хрипы и кашель отмечали 84%, сочетание хрипов и/или кашля с изменением голоса 91% обследуемых. На гортани регистрировались высокотональные амплитудно-частотных характеристики (более 1000 Hz), над легкими среднетональные амплитудно-частотных характеристики (457±68,6 Hz). Показатели ФВД: ОФВ1 составил 67,45±5,14 в % от должн.; ОФВ1/ФЖЕЛ 0,67±0,02 %, По результатам опросника VCDQ 30,5±1,98 баллов.

Выводы: Распознавание фенотип сочетания БА и ДВХ может предотвратить неправильное лечение и таким образом свести к минимуму возрастающие расходы на здравоохранение.

28.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Автор: Гаспарян А.А., Чичкова Н.В., Серова Н.С., Капанадзе Л.Б.

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

Изучение фенотипа бронхиальной астмы (БА) с ожирением выявило определяющую роль системного воспаления, при котором основное место занимает висцеральная жировая ткань (ВЖТ). Содержание ВЖТ может быть повышено не только при ожирении, но и у пациентов с избыточным весом (ИМТ 25-29,9 кг/м2).

Цель: оценить особенности течения БА у больных с избыточным весом с учетом содержания ВЖТ.

Материалы и методы: Обследовано 46 больных БА (38 женщин, 8 мужчин; возраст 50,1±14,6 лет), из них 45,7% (21) пациентов с ИМТ 25-29,9 кг/м2 отнесены к 1 группе, а 54,3% (25) больных с ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м2 – 2 группе. Всем пациентам проводили антропометрию, спирометрию, МСКТ на уровне L4-L5 для измерения площади ВЖТ.

Результаты: У большинства пациентов 1 группы (66,7%) диагностирована БА средней степени тяжести, а у 56% больных 2 группы – БА легкого течения. Тяжелая БА отмечена у 9,5% и 12% больных 1 и 2 групп, соответственно (p>0,05). При антропометрии средние значения окружности талии (ОТ) и ее отношения к окружности бедер (ОТ/ОБ) в 1 группе (90,2±7,1см, 0,86±0,1) достоверно превышали таковые во 2 группе (76,5±7,6см, 0,79±0,1; p<0,05). При МСКТ обнаружены достоверные различия в средних величинах площади ВЖТ: 123±40 см2 в 1 группе и 71,7±35,5 $см^2$ во 2 группе (p<0,05). Выявлена отрицательная корреляция между площадью ВЖТ и ФЖЕЛ (rs=-0,32; p=0,03), при этом значимой связи между последним и ИМТ нет (p=0,2). Высокие значения площади ВЖТ, ОТ, ОТ/ОБ в 1 группе указывают на повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Так, артериальная гипертензия (АГ) обнаружена у 52,4% больных 1 группы и у 16% – 2 группы (p=0,01).

Выводы: у больных с избыточным весом отмечены тенденция к более тяжелому течению БА, большая частота АГ, в развитие которых значимый вклад вносит повышенное содержание ВЖТ в организме.

29.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Автор: Дудченко Л.Ш.

Организация: ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М.Сеченова», МЗ Республики Крым

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к заболеванию. При ведении пациентов с бронхиальной астмой (БА) оценка КЖ является одним из критериев эффективности как лечебных, так и реабилитационных методов. Задачей исследования было оценить КЖ больных при поступлении на реабилитацию, влияние курса санаторно-курортной реабилитации на уровень КЖ и сохранение достигнутого эффекта через 6 месяцев. Использовали общий опросник КЖ – SF36 и специализированный для больных БА – AQLQ.

При поступлении на реабилитацию КЖ больных БА статистически значимо (p<0,05) отличалось от данных в популяции снижением показателей отражающих роль физических и эмоциональных проблем, а также уровнем общего здоровья.
После проведения комплексной санаторно-курортной реабилитации на Южном берегу Крыма состояние больных изменилось, достоверно (p<0,01) повысился контроль течения БА. Все домены КЖ по опроснику SF36 статистически значимо (p<0,0001) повысились. Опросник AQLQ имел аналогичную тенденцию. После проведения реабилитации показатели КЖ по опроснику AQLQ: активность, симптомы, эмоциональное состояние и влияние окружающей среды статистически (p<0,0001) и клинически (повышение значения домена более, чем на 0,5 балла) значимо повысились по сравнению с исходным уровнем.
Через 6 месяцев были получены отдаленные результаты, которые показали следующее: приверженность базисной терапии сохранялась в 92,31%, контроль течения БА сохранился на уровне выписки после реабилитации. Однако произошло снижение всех показателей КЖ, как по опроснику SF-36, так и по опроснику AQLQ. Таким образом, при возвращении больных БА в свою социальную среду происходило «ускользание» полученного после реабилитации эффекта, в первую очередь это отразилось на влиянии заболевания на КЖ больных.

30.
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ПЫЛЕНИЯ АМБРОЗИИ ПОЛЫННОЛИСТНОЙ (AMBROSIA ARTEMISIIFOLIA L.) НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

Автор: 1 – Беляева С.Н., 2 – Пирогова М.Е., 1 – Дудченко Л.Ш.

Организация: 1 – ГБУЗ РУ «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

Количество пыльцы амброзии в аэропалиноспектре ЮБК не превышает 1% от ее суммарного количества.

Цель: выявить влияние пыльцы амброзии на непосредственную эффективность санаторно-курортного лечения (СКЛ) больных бронхиальной астмой (БА) на ЮБК.

Материалы и методы: Истории болезни 29 больных БА, находившихся на СКЛ в период пыления Амброзии полыннолистной на ЮБК. Мужчин – 13 (44,83%), женщин – 16 (55,17%), в возрасте 52,94±11,78 лет. По степени тяжести интермиттирующая БА выявлена у 3 (10,4%), персистирующая легкой степени тяжести – у 3 (10,4%), средней степени тяжести – у 21 (72,4%), тяжелое течение – у 2 (6,8%) больных. Неконтролируемая БА определялось у 17 (58,6%), частично контролируемая – у 10 (34,5%), контролируемая – у 2 (6,9%) больных. В динамике проводилось клинико-функциональное и лабораторное обследование больных, определение их физических возможностей тестом 6МШТ, степени контроля БА опросниками АСТ и ACQ-7. Базисное медикаментозное лечение проводилось в соответствии с тяжестью заболевания и дополнялось сезонными климатопроцедурами.

Результаты: К окончанию СКЛ статистически значимо уменьшились кашель, его выраженность, одышка, приступы удушья, использование препаратов неотложной помощи, повысилась физическая активность, улучшился характер дыхания, уменьшились хрипы в легких, увеличились спирографические показатели – ЖЕЛ, ОФВ1, результаты теста 6 МШТ, показатели контроля БА: по тесту АСТ, ACQ-7. Снизилось количество эозинофилов в мокроте. Отмечено статистически незначимое снижение количества эозинофилов в крови в мкл.

Вывод: Не установлено негативного влияния выявленных концентраций пыльцы Амброзии полыннолистной (Ambrosia artemisiifolia L.) в воздухе ЮБК на непосредственные результаты санаторно-курортного лечения больных бронхиальной астмой.

31.
НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОСТАЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ.

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

Организация: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Н.Новгород, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Н.Новгород – 2.

Цель: изучить особенности течения бронхиальной астмы у взрослых.

Результаты: Проанализировано 50 пациентов с бронхиальной астмой, наблюдающихся на базе городского пульмонологического консультативного центра ГБ №28 г. Нижнего Новгорода. Средний возраст пациентов составил 53,7±11,8 лет [27; 72] (из них 40 (80%) женщин и 10 (20%) мужчин) с длительностью заболевания 9,2±7,5 лет. 2 (4%) пациента являются курильщиками, 7 (14%) – экскурильщиками. 43 (86%) больных имеют ожирение, ИМТ – 31,6±6 кг/м2. Большая часть пациентов (80%) имеют по 1-2 сопутствующей патологии, 14% – 3–4, и только 6% не имеют сопутствующих заболеваний. 6 (12%) пациентов находятся на II ступени терапии, 12 (24%) – на III, 20 (40%) – на IV, 12 (24%) – на V. В качестве поддерживающей терапии основная часть пациентов 44 (88%) получают комбинации иГКС/ДДБА, остальные 6 (12%) монотерапию иГКС. 12 (24%) больных не используют КДБА по потребности, однако остальные пациенты (76%) используют различные КДБА 4,6±6,1 флаконов за год. При оценке текущего контроля по критериям GINA (за последние 4 недели) неконтролируемое течение БА имеют 33 (66%) больных, частичный контроль – 11 (22%) и полный контроль – только 6 (12%). 21 (42%) пациента имели 1 и более тяжелых обострений БА за прошедший год, по поводу которых они получали короткие курсы сГКС.

Заключение: Несмотря на современные клинические рекомендации, большое количество доступных эффективных лекарственных препаратов, основная часть пациентов с БА имеют неконтролируемое течение заболевания, высокую потребность в КДБА, обострения, требующие использования сГКС, что делает необходимым осуществлять более внимательный подход к данной группе пациентов, выяснять и пытаться устранять причины, приводящие к потере контроля заболевания.

32.
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Победенная Г.П., Ярцева С.В.

Организация: ГУ ЛНР «Луганскй Государстенный медицинский университет имени Святителя Луки»

Цель: изучить патогенез формирования нейтрофильного фенотипа бронхиальной астмы (БА).

Материал и методы: исследовали 123 больных БА в среднем возрасте (37,5 ± 2,9) лет, в т.ч. женщин 68 (55,3%), мужчин – 55 (44,7%). У 52 пациентов была диагностирована БА легкого течения, у 30 больных – средней тяжести и у 41 – тяжелой степени. Всем больным проведено клиническое исследование крови и мокроты, определение уровня интерлейкина (IL)-8 и лейкотриена В4 (LTB4) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты: при легком течении БА в гемограмме и мокроте в 83% случаях отмечалась эозинофилия, при среднетяжелом течении эозинофилия имела место в 37% случаях, у 36% больных наряду с эозинофилами в мокроте встречались нейтрофилы. При тяжелом течении БА лейкоцитоз крови был в 2/3 случаев, в мокроте нейтрофилы были у 61% пациентов.

Показатель интерлейкина (IL)-8 в сыворотке крови больных с легкой БА был несколько повышенным при обострении болезни и восстанавливался до условной нормы после курса терапии обострения. При БА средней тяжести уровень IL-8 в сыворотке крови больных был выше нормы в 1,9 раза, после лечения несколько снижался. У пациентов с БА тяжелой степени уровень IL-8 в сыворотке крови был повышенным, и после лечения обострения его концентрация осталась выше нормы. Это соотносилось с повышенным показателем в сыворотке крови больных БА лейкотриена В4 (LTB4) у всех пациентов, но наиболее высоким –у лиц с БА тяжелой степени. При этом применение базисных средств, в том числе ингибиторов лейкотриенов, существенно не влияло на содержание LTB4.

Выводы: у 61% больных БА тяжелой степени имел место нейтрофильный фенотип воспаления, формированию которого сопутствовало повышение в крови уровня IL-8 и LTB4.

33.
ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Заикина Е.В.

Организация: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Цель исследования: сравнить возможность достижения контроля бронхиальной астмы средней тяжести в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы: проведено сравнение контроля бронхиальной астмы у 3 групп пациентов (по 25 человек) со средне-тяжелой бронхиальной астмой без сопутствующих заболеваний и при наличии ХСН ишемической этиологии и сахарного диабета 2 типа. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и объему базисной терапии. Тяжесть сопутствующей патологии была равнозначна. Уровень контроля оценивался по опроснику ASQ-5. Исследование проводилось в течение 6 месяцев.

Результаты: все пациенты имели бронхиальную астму средней тяжести аллергического генеза со средним стажем заболевания 7,8 лет. Все пациенты получали базисную терапию фиксированной комбинацией ИГКС /ДДБА (формотерол/будесонид 4,5/160 мкг 2 дозы/сутки). В группе без сопутствующих заболеваний у 15 сохранялся полный контроль, у 10 – частичный контроль. В группе с сахарным диабетом: полный контроль у 10 пациентов, 15 –частичный контроль. В группе пациентов с компенсированной ХСН: полный контроль – 5 человек, частичный контроль – 12 человек, 8 – отсутствие контроля. Наиболее значимыми симптомами были одышка и ночные эпизоды удушья. Пациенты получали адекватную стадии и функциональ-

ному классу ХСН. Эскалация объема базисной терапии астмы не повлияла на контроль заболевания.

Выводы: ХСН является наиболее значимым сопутствующими состоянием, влияющим на достижение контроля бронхиальной астмы. Влияние сахарного диабета значительно менее значимо. При ведении бронхиальной астмы и сопутствующих заболеваний требуется одновременная коррекция всех заболеваний.

34.
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: НАЗНАЧЕНИЯ, ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ

Автор: Вафина А.Р., Визель И.Ю., Шмелев Е.И.

Организация: ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, ЦНИИТ

Цель исследования: Выявить основные характеристики лечения, факторы, влияющие на приверженность терапии больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: Обследовано 324 больных БА. Проведено физикальное обследование, опрос, записана спирограмма. Уровень терапевтического сотрудничества оценивали опросником приверженности Т.В. Фофановой. Лекарственные препараты фиксировали по международным непатентованным наименованиям.

Результаты: Средний возраст 55,79±0,8лет. У 33,3% пациентов было хотя бы одно обострение за год. На момент исследования постоянно получали монотерапию бронхолитиками короткого действия 13%, ДДБА в сочетании ИГКС – 20,4%, комбинацию БКД+ИГКС+ДДБА получали 25,6%, в 14% случаях пациенты не получали терапию. При выборе ингалятора наиболее удобным для использования устройством были дозирующие порошковые ингаляторы (ДПИ) в 38,6%. Исследование показало, что полностью комплаентными были лишь 48,5%. В ходе анализа не найдено достоверных различий в уровне приверженности между мужчинами и женщинами; комплаентные пациенты в равной степени предпочитали как ДАИ, так и ДПИ. Больные с контролируемой бронхиальной астмой более привержены к терапии (p меньше 0,05). Комплаентными в большей степени оказались пациенты, не имеющие ни одной госпитализации за минувший год (p меньше 0,05). Пациенты с уровнем ОФВ1 ниже 80% в меньшей степени привержены к терапии, чем пациенты с нормальным показателем спирометрии. Обучены технике ингаляции 73,5% пациентов.

Заключение: Наиболее удобным средством доставки являются ДПИ, однако, уровень комплаентности не зависит от типа устройства. На уровень приверженности влияют такие факторы как: количество обострений и госпитализаций, уровень контроля заболевания и показатели спирометрии.

35.
АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Авторы: Линцов А.Е. – 1, Солиев А.К. – 2, Трофимов В.И. – 2, Услонцев Б.М. – 2, Плескач Н.М. – 3, Слижов П.А. – 4, Спивак И.М. – 3, 5, Михельсон В.М. – 3

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова», Санкт-Петербург, Россия, 2 – ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия, 3 – ФГБУН «Институт Цитологии РАН», Санкт-Петербург, Россия, 4 – ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, 5 – ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Повышенный уровень хромосомной нестабильности в клетках пациентов с некоторыми воспалительными и аллергическими заболеваниями, включая бронхиальную астму (БА), связывают с возможными дефектами системы репарации ДНК. Вместе с тем, комплексный цитогенетический анализ с оценкой хромосомных нарушений и репаративной способности ДНК при различных фенотипах БА до настоящего времени не проводился.

Целью работы: было изучение состояния хромосомного аппарата и интенсивности репаративного синтеза ДНК в лимфоцитах пациентов с различными фенотипами БА. Обследовано 123 пациента БА, включая 65 с аллергической БА (АБА) и 58 с неаллергической (НАБА). В лимфоцитах периферической крови 71 пациента проанализирована частота хромосомных аберраций (ХА,%) и сестринских хроматидных обменов (СХО, обменов на 1 клетку). Интенсивность (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследована в лимфоцитах 58 больных. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значения ИВС к СВС. Контрольную группу составили 35 здоровых индивидуумов.

Анализ полученных данных показал, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению с контрольной группой, достоверно ($p<0.02$) повышены уровни ХА и СХО, а также ИВС, а значения ИСР, достоверно ($p<0.001$) более низкие. В фазе обострения БА частота СХО оказалась достоверно ($p<0.005$) выше в клетках больных АБА по сравнению с таковой у больных с НАБА, при этом параметры репарации ДНК у пациентов с АБА и НАБА достоверно не различались. В фазе ремиссии обнаружено достоверное ($p<0.05$) снижение интенсивности ИВС и повышенный уровень ХА у больных НАБА по сравнению с данными показателями в клетках пациентов АБА. Таким образом, в лимфоцитах больных БА выявлено достоверное повышение уровней ХА и СХО,

36.
АНАЛИЗ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В КЛЕТКАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Авторы: Линцов А.Е. – 1, Трофимов В.И. – 2, Плескач Н.М. – 3, Слижов П.А. – 4, Услонцев Б.М. – 2, Спивак И.М. – 3, 5, Михельсон В.М. – 3

Организация: 1– ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия, 2 – ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. сакад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия, 3 – ФГБУН «Институт цитологии РАН», Санкт-Петербург, Россия, 4 – ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, 5 – ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Глюкокортикостероиды (ГКС) широко применяются в практике лечения больных бронхиальной астмой (БА), однако их цитогенетическое действие на клетки данных пациентов остается малоизученным.

Цель: изучение цитогенетического действия системных (пероральных) и ингаляционных ГКС на клетки больных БА.

Обследовано 65 больных бронхиальной астмой в возрасте от 15 до 67 лет. Проанализированы уровни хромосомных аберраций (ХА) и сестринских хроматидных обменов (СХО) в лимфоцитах периферической крови и микроядер (МЯ) в клетках буккального эпителия. В числе обследованных было 24 пациента, получавших от 5 и 4 мг до 30 и 24 мг преднизолона или триамцинолона в сутки per os соответственно, а также 26 пациентов, получавших 400 мкг в сутки беклометозона дипропионата (БДП) ингаляционно. В сравнительную группу больных БА вошли стероид-наивные пациенты (n=35), не получавшие терапию ГКС. Контрольную группу составили 20 практически здоровых индивидуумов.

Установлены достоверно ($p<0.001$) более высокие уровни ХА и СХО в лимфоцитах и МЯ в клетках буккального эпителия у больных по сравнению со здоровыми. Независимо от примененной дозы, пероральные ГКС не влияли на частоту ХА в лимфоцитах и МЯ в буккальных клетках. Частота СХО оказалась достоверно ($p<0.05$) ниже у пациентов, принимавших системные ГКС по сравнению со стероид-наивными больными, причем значения данного показателя при суточной дозе преднизолона и триамцинолона до 10 и 8 мг соответственно оказались достоверно ($p<0.05$) ниже, чем при более высоких дозировках. Применение БДП не влияло на частоту ХА и СХО в лимфоцитах, однако частота МЯ в буккальных клетках была достоверно ($p<0.001$) выше, чем в сравнительной группе. Таким образом, не выявлено системного генотоксического действия ГКС у обследованных больных.

37. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАЛИЗУМАБА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Организация: ГБОУ ВПО АГМА, ГАУЗ АО «АОКБ», ГАУЗ АО «БГКБ», ООО «МЛДЦ «Евгения», СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ДНЦ ФПД

Цель: оценка эффективности применения омализумаба при терапии аллергической тяжелой неконтролируемой БА.

Материалы и методы: обследовано и пролечено 36 пациентов, нуждающихся в анти-IgE- терапии, из них мужчин – 11, женщин – 25. Средний возраст составил 38 ± 2,9 лет, стаж заболевания – 15,6 ± 2,38 лет. У всех 95% пациентов наблюдалась сопутствующая аллергическая патология: аллергический риноконъюктивит – у 34 пациентов (89,5%), атопический дерматит – у 8 (21,0%). Уровень общего IgE в крови от 234 до 867 МЕ/мл. До начала терапии омализумабом определяли содержание цитокинов в сыворотке крови: IFN-γ – 10,2±1,3 пкг/мл, ИЛ-1β – 123,6±17,9 пкг/мл, ИЛ-4 в среднем составил 133,0±24,3 пкг/мл, что было в 2,5 раза выше, чем в контроле ($p<0,05$). Все пациенты получали базисную комбинированную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами и селективными β-2-агонистами длительного действия в высоких дозах, 27 пациентов (75,0%) дополнительно получали системные глюкокортикостероиды, 13 (36,1%) – антилейкотриеновые препараты. За 6 месяцев терапии омализумабом (препарат назначался в соответствии с уровнем IgE и массой тела) снизился уровень цитокинов на 50 и более %, частота обострений БА снизилась на 86,4% ($p<0,001$), не зафиксировано экстренных госпитализаций, связанных с обострением БА. Изменились результаты АСТ-теста: от 5,83 ± 2,96 до начала лечения до 19,21 ± 4,84 ($p<0,001$). Достоверно возрасти показатели ФВД: до лечения ОФВ1 = 42,38 ± 0,89% от должных величин, к 6 мес. терапии ОФВ1= 80,20 ± 1,44% ($p<0,001$).

Выводы: применение омализумаба в комплексной терапии у пациентов аллергической тяжелой неконтролируемой БА позволило улучшить показатели цитокинового статуса, нормализовать ФВД и достичь клиническо ремиссии.

38. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ТИПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

Организация: ГБОУ ВПО АГМА, ГАУЗ АО «АОКБ», ГАУЗ АО «БГКБ», ООО «МЛДЦ «Евгения», СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ДНЦ ФПД

Цель: оценка диагностической значимости уровня эозинофильного катионного протеина (ЕКР) у больных с эозинофильным типом бронхиальной астмы

Материалы и методы: обследованы 24 пациента с эозинофильным типом неконтролируемой бронхиальной астмы. Мужчин было 8, женщин – 16. Средний возраст составил 42 ± 3,4 года, длительность заболевания – 13,4 ± 3,52 лет. ЕСР – один из основных гранулярных белков эозинофилов с молекулярной массой – 18–20 кДа. Белок обладает слабой РНК-азной активностью и нейротоксичностью, способен взаимодействовать с мембранами разных клеток, вызывая в них образование пор.

Главное свойство ECP- участие в аллергических реакциях, опосредующих клеточное эозинофильное воспаление. Определение ECP проводилось в сыворотке крови пациентов на оборудовании и реактивах ImmunoCAP Phadia методом ИФА, так же исследовали содержание эозинофилов в крови и мокроте.

Результаты: уровень ECP у пациентов с эозинофильным типом бронхиальной астмы составил 35, 8 ± 3.4 нг/мл, количество эозинофилов в крови – 16 ± 3,6%, в мокроте – 19 ± 5,8%, что достоверно выше, чем в контрольной группе. Определялся высокий коэффициент корреляции между ECP и содержанием эозинофилов в крови и мокроте.

Выводы: Таким образом, определение уровня ECP у больных с эозинофильным типом бронхиальной астмы позволяет достоверно диагностировать не только эозинофильное воспаление in situ, но и косвенно оценивать тяжесть обострения аллергического заболевания, уровень ECP коррелирует с интенсивностью воспалительной реакции слизистой оболочки, но не с гиперреактивностью бронхов. При стихании воспаления и исчезновении эозинофилии ECP также постепенно нормализуется, поэтому динамика его уровня используется для контроля терапии БА. С помощью повторных измерений ECP в сыворотке можно проводить титрование дозы ИГКС.

39.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: 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 50 больных бронхиальной астмой (1 группа), среди которых 35 женщин и 15 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.

40.
СУПРЕССИЯ ПРОТЕКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА НА СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Земсков М.Д. – 1, Гевондян Н.М. – 2, Алехин А.И. – 3, Трофимова И.Б. – 4

Организация: МИ ФГАОУ ВО РУДН – 1, ФГБУ ИБХ РАН – 2, ФГБУЗ ЦКБ РАН – 3, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России» – 4

Цель исследования: выяснение роли протективной функции В-системы иммунитета и антител класса G в патогенезе воспалительных процессов бронхо –легочной системы.

Материалы и методы: под наблюдением находились 56 больных в возрасте 30–65 лет со среднетяжелой атопической бронхиальной астмой (БА), подтвержденной клиническими и инструментальными методами обследования. До начала лечения всем пациентам провели двухуровневое исследование иммунного статуса с включением количественных и функциональных методов оценки Т- и В- звена иммунитета, а также протективной активности В-системы иммунитета на основании определения относительного содержания высоко- и низкоавидных нормальных антител с помощью разработанной тест-системы для экспресс-диагностики доклинических и клинически выраженных форм иммунологической недостаточности.

Результаты исследования: несмотря на изменение многих параметров иммунной системы, к статистически достоверным можно отнести лишь повышение CD8+, CD16+, ЦИК, IgE, снижение CD5+, гамма-ИФН и индекса авидности антител. При нормальном уровне антителогенеза отмечалось резкое снижение (в 6–10 раз) содержания функционально активных высокоавидных антител и увеличение низкоавидных (до 88–95%, норма 0–25%), не способных к реализации своих эффекторных функций. Таким образом, на стадии обострения БА наряду с угнетением интерфероногенеза отмечалась супрессия протективной функции В-системы иммунитета, что свидетельствовало о снижении как противовирусной, так и антибактериальной регуляции иммунитета. Выдвигается концепция причинно-следственной связи между супрессией протективной функции В-системы иммунитета и атопической бронхиальной астмой.

41.
БИОМАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: 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 маркеры эозинофильного воспаления дыхательных путей (эозинофилы периферической крови (Эоз), оксид азота выдыхаемого воздуха (FeNO), общий IgE у больных с тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в зависимости от постоянного приема системных глюкокортикоидов (СГКС).

Материалы и методы: обследованы 95 амбулаторных пациентов (мужчин 34%, женщин 66%) с ТБА (ERS/ATS, 2014) в возрасте 18–78 лет, из них 15 больных с гормонозависимой астмой (ГТБА). Пациенты получали терапию согласно 4–5 ступеням GINA (2018), в том числе ИГКС 1833 мкг БДП в сутки у пациентов с ГТБА и

1231 мкг (p<0.0001) у не получавших СГКС больных ТБА (НГТБА). Количество Эоз определялось импедансным методом. FeNO измерялся на хемилюминисцентном газоанализаторе (Logan 4100), общий IgE – методом хемилюминисцентного иммуноанализа. Повышенными считались Эоз≥150 кл/мкл, FeNO≥25 ppb и общий IgE≥100 МЕ/мл.

Результаты: У больных ГТБА и НГТБА содержание Эоз составило 437±82 кл/мкл и 374±33, соответственно (p>0.05), доли пациентов с уровнем более 300 кл/мкл (60% и 50%, p>0.05) и более 150кл/мкл (80% и 79%, p>0.05) значимо не различались. Общий IgE был определен 179±70МЕ/мл при ГТБА и 351±52МЕ/мл при НГТБА (p>0.05), у 47% и 64% пациентов (p>0.05) уровень IgE составил более 100МЕ/мл и в 73% и 84% случаев (p>0.05) более 30МЕ/мл. Уровень FeNO при ГТБА и НГТБА составил 27±6 ppb и 33±4ppb (p>0.05). FeNO был выше 50ppb у 13% больных ГТБА и у 20% НГТБА (p>0.05), более 25ppb – у 47% и 40% (p>0.05). Выявлена корреляция Эоз и FeNO при НГТБА (r=+0.40, p<0.05).

Заключение: несмотря на лечение высокими дозами ИГКС и использование у части больных СГКС, у значительной доли пациентов с ТБА сохраняются повышенными маркеры эозинофильного воспаления ДП, являющиеся дополнительными показаниями для назначения биологической терапии.

42.
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РФ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Автор: Передельская М.Ю., Ненашева Н.М., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Демидов И.В.

Организация: РМАНПО, ЦНИИОИЗ, WEBORAMA

Первые клинические рекомендации (КР) по бронхиальной астме (БА) в РФ появились по инициативе академика А.Г. Чучалина в 1995 году. В 2013 г были созданы КР нового поколения, которые регулярно пересматривались: в 2016, 2018 и 2019 гг. Внедрение КР связано с улучшением качества диагностики БА.

Целью: оценить, как принятие КР повлияло на уровень диагностики БА путем анализа уровня заболеваемости БА в РФ.

Материалы и методы: анализ заболеваемости БА проводился на основании данных официальной статистики министерства здравоохранения РФ в период с 2009-2017г. по сведениям о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100тыс. населения (заболеваемость). В анализ включены данные по РФ в целом, каждому из федеральных округов и по 83 регионам РФ. Для анализа влияния принятия третьей версии КР на заболеваемость БА сравнивались тренды динамики изменения уровня заболеваемости для периодов до принятия КР (тренд 1 – 2009–2013 годы) и после принятия КР (тренд 2 – 2014–2017 годы). Тренды построены методом линейной регрессии с расчетом коэффициентов k наклона аппроксимационных прямых. А статистическая значимость оценивалась модифицированным критерием Стьюдента при уровне значимости $p < 0,01$.

Результаты: анализ трендов заболеваемости БА в периоды с 2009–2013 г. и 2014–2017 г. выявил статистически значимое изменение показателей, так после 2013 г. появился отчетливый тренд на рост заболеваемости БА в РФ. Коэффициент k для тренда 1 – 0,4, коэффициент k для тренда 2 – 3,2

Выводы: полученные результаты демонстрируют наличие связи между внедрением КР по БА и ростом заболеваемости. Рост заболеваемости по всей видимости связан с улучшением качества диагностики БА.

43.
ТЯЖЕЛАЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ АСТМА: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ В ГОРОДЕ ИРКУТСК

Автор: Малханова Д.А., Иванов А.Ф.

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

Цель: оценка клинико-функциональных показателей у больных бронхиальной астмой (БА) с неконтролируемым тяжелым течением в фазе обострения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 179 историй болезни пациентов с тяжелой неконтролируемой БА, находившихся на стационарном лечении по поводу обострения заболевания в г. Иркутске за период с января 2018 по июнь 2019 года.

Результаты: средний возраст пациентов составил 65±12 лет, соотношение количества мужчин и женщин соответствует 1:2. У большинства пациентов (54 %) обострение БА, требующее приема системных кортикостероидов и госпитализации, возникает 1 – 2 раза в год, у 33 % – 2 – 3 раза в год, а у 13 % – более 3 раз в год. Установлено, что 34 % больных имеют индекс табакокурения больше 10 пачка/лет, при этом ХОБЛ развилась у 28 % . При оценке спирометрии у 68 % пациентов выявлена фиксированная обструкция бронхов. Преобладающими коморбидными заболеваниями являются: сердечно-сосудистая патология (68%), ожирение (52%), аллергический (24 %) и неаллергический ринит (20%), полипозный риносинусит (13%). Рекомендованную базисную терапию комбинированными препаратами регулярно получают только 65 % больных, при этом у 7 % БА является стероидозависимой. Биологическую терапию моноклональными антителами получает только 1 пациент (0,6%),

Выводы: тяжелая БА в Иркутске характеризуется высокой частотой обострений (в 46 % случаев чаще 2 раз в год) и развитием фиксированной обструкции бронхов (68 %). Среди коморбидных состояний, ухудшающих контроль БА, наиболее часто встречаются сердечно сосудистая патология, риносинусит, ХОБЛ, и ожирение. Для больных тяжелой БА характерно низкое качество базисной терапии: недостаточное использование предпочтительной комбинации препаратов и недостаточное внедрение биологической терапии.

44.
ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ

Автор: Жорина Ю.В., Игнатова Г.Л., Абрамовских О.С.

Организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Функциональная и лабораторная характеристика периода ремиссии у пациентов с атопической бронхиальной астмой представлена ограниченно в отечественной и зарубежной литературе.

Цель: изучение функциональных и лабораторных показателей, ассоциированных с ремиссией атопической БА у взрослых.

Методы: обследовано 53 человека с установленным ранее диагнозом атопическая БА. Из них у 17 пациентов отсутствовали симптомы: приступы кашля, одышки или удушья, свистящее дыхание – в течение 1 года без применения базисной терапии и β2 агонистов короткого действия (группа с ремиссией БА). Группа пациентов без ремиссии БА n=36 и группа сравнения 30 человек без аллергических заболеваний. Проведены: физикальный осмотр, АСТ-тест, определение содержания эозинофилов в периферической крови, общего IgE и эозинофильного катионного протеина в сыворотке крови, спирометрия с пробой на обратимость бронхиальной обструкции.

Результаты: в группе пациентов с ремиссией БА определена нормальная функция легких, не обнаружено статистически значимых различий в результатах бронходилатационного теста, а также по количеству эозинофилов в крови, концентрации ЭКП, уровню общего IgE относительно группы сравнения. Пациенты без ремиссии БА (контролируемое, частично и неконтролируемое течение) имеют более высокие уровни эозинофилов, эозинофильного катионного белка и общего иммуноглобулина Е, чем в группе сравнения. Пациенты с ремиссией БА отличаются от пациентов с частично и неконтролируемым течением нормальным уровнем ЭКП в сыворотке крови, более высокими показателями спирометрии (ОФВ 1% и отношение ОФВ1/ФЖЕЛ соответственно на 17 % и 7 %), отрицательным бронходилатационным тестом.

Вывод: определены функциональные и лабораторные особенности у пациентов с ремиссией атопической БА.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

45.
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИМИ БРОНХОЛИТИКАМИ

Автор: Косякова Н.И., Прохоренко И.Р.

Организация: ФГАУЗ Больница Пущинского научного центра РАН, ФГБНУ Институт фундаментальных проблем биологии РАН, г. Пущино

Табакокурение поддерживает хроническое воспаление в бронхах, особенно мелкого калибра, способствует частым, вирус-индуцированным обострениям.

Цель: изучить особенности показателей цитокинового статуса у курящих подростков, страдающих атопической бронхиальной астмой (АБА) до и после терапии длительно действующим бронхолитиком (тиотропия бромид респимат). Материалы и методы: Обследованы в динамике 36 курящих подростков с верифицированным диагнозом АБА с частыми вирус-индуцированными обострениями в межприступный период. Средний возраст – 14,8 ± 1,4 лет; м. – 22, д. – 14. Стаж курения 4,4± 0,6 года. До изменения базисной терапии дети получали монтелукаст + бронхолитики короткого действия (БКД) по потребности (2-4 раза в сутки). Методом простой рандомизации дети распределены: 1гр. (п=16) стали получать монтелукаст + БДД; 2гр. (п=20) – комбинированные ГКС + БКД по потребности. Концентрацию сывороточного и индуцированного IL-4, -6,-8,-17A, TNF-α и INF-γ определяли методом ИФА. Контрольная группа –10 практически здоровых не курящих подростков. Статистическая обработка с использованием компьютерной программы Statistica 8. Результаты: до изменения терапии у курящих подростков с АБА преобладали цитокины сочетанного Th2 и Th17 типов клеток, угнетение индуцированной выработки INF-γ, что предрасполагало к частым вирус-индуцированным обострениям. Через год у подростков 1гр. повысился уровень провоспалительных цитокинов, нормализовался коэффициент IFNγ/IL4 ($p<0,01$), снизилась частота обострений, появилась приверженность к терапии. Все это позволило лучше контролировать симптомы АБА у курящих подростков и обосновать показание к назначению длительно действующих бронхолитиков.

46.
ИЗМЕНЧИВОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Автор: Снитко С.Ю., Локшина Э.Э., Зайцева О.В.

Организация: ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Цель: изучить трансформацию бронхиальной астмы (БА) у детей с учетом тяжести и степени контроля, наличия коморбидных состояний.

Материалы и методы: обследованы 101 ребенок (12,3± 4,8 лет) с БА через 5 лет после начала наблюдения с проведением полного клинико-лабораторного и функционального обследования.

Результат: у всех наблюдаемых детей приступы БА были спровоцированы респираторными вирусами, у 91,4% астма носила атопический характер. В катамнезе отмечается увеличение пациентов со среднетяжелым ($p<0,05$) и тяжелым течением БА ($p=0,63$), и достоверное уменьшение детей с легким течением ($p<0,02$). Частота коморбидных состояний у детей за 5-летний период увеличилась ($p<0,05$) за счет повышения уровня соматических заболеваний ($p<0,05$). Вирусиндуцированные обострения БА сохранялись более, чем у половины наблюдаемых детей, в том числе и у пациентов с коморбидными состояниями ($p=0,64$). При вирусиндуцированной БА вероятность влияния респираторных инфекций на возникновение обострений была значительно выше (89% детей), чем у пациентов с фенотипом ГЭРБ – 27% детей при ОШ–4,8 [ДИ= 3,0–7,98] ($p<0,02$), или пациентов с избыточной массой тела –42% при ОШ–4,1 [ДИ=3,9–7,98], или пациентов с функциональными нарушениями щитовидной железы (ЩЖ) – 21%, что составило ОШ–4,2 [ДИ=1,8–7,98] ($p<0,01$). Контроль над БА выявлен у 68% детей, неполный контроль в 22% случаев, а отсутствие контроля у 10% пациентов. Было установлено, что неполный контроль над заболеванием достоверно чаще встречался у детей с вирусиндуцированной астмой и БА с избыточной массой тела, чем при фенотипах ГЭРБ-индуцированной и БА у детей с функциональными нарушениями ЩЖ ($p<0,05$).

Выводы: выявленные изменения показывают важность динамического наблюдения и оценки фенотипов БА для получения лучшего контроля над заболеванием

47.
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Автор: Бриткова Т.А., Дударев В.М., Балобанова А.С., Аристов А.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра детских инфекций

Цель исследования: представить сравнительную характеристику и оценить клинико-прогностическое значение коморбидной патологии у детей и взрослых, страдающих бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования: в основу исследования положен анализ 100 историй болезни пациентов, госпитализированных с БА. Из них дети, в возрасте 3–15 лет, составили 50 человек. В группу сравнения вошли взрослые – 50 пациентов, в возрасте 27-58 лет. Проводился сравнительный анализ факторов риска БА (наследственность, атопия, триггеры), а также, для каждой группы рассчитывался риск развития ХОБЛ и онкологических заболеваний. Для оценки риска развития ХОБЛ использовались расчет по формуле индекса курящего человека. Риска раз-

вития онкологических заболеваний рассчитывался по формуле «Пачка /лет» и оценивался по специальной шкале.

Результаты : Установлено, что у 74 % детей дебют БА имел место в возрасте до 5 лет ; при взрослом же варианте БА первые признаки заболевания регистрировались в 66 % после 18 лет. Генетические факторы риска зафиксированы у 58 % детей и, соответственно, у 28 % взрослых. 58 % детей с БА имели статус пассивных курильщиков, в группе сравнения систематическое курение отмечали 48 % взрослых. 86 % детей с БА имели моно- или полисенсибилизацию: преобладала пищевая сенсибилизация. У взрослых пациентов с БА сенсибилизация выявлена у 42 % больных, ведущей являлась пыльцевая аллергия. Приверженность к базисной терапии отмечается у 63 % детей с БА и только у 34 % взрослых. Установлено, что 24 % взрослых с БА имеют высокую вероятность формирования ХОБЛ и 50 % высокий риск развития злокачественных новообразований дыхательной системы. У 25 % детей , также, имелся риск формирования ХОБЛ.

Выводы: БА у детей и взрослых сопряжена с риском формирования ХОБЛ.

48.
АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ АРГИНАЗ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ БЕТА-2-АГОНИСТОВ, С РАЗВИТИЕМ И ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Автор: Савельева О.Н. – 1, Карунас А.С. – 1,2, Федорова Ю.Ю. – 2, Мурзина Р.Р. – 3, Гатиятуллин Р.Ф. – 3, Эткина Э.И. – 3, Загидуллин Ш.З. – 3, Хуснутдинова Э.К. – 1,3

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», г. Уфа –1; Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение ФГБНУ УФИЦ РАН, г. Уфа – 2; ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа – 3

Бета-2-агонисты являются одной из основных групп препаратов, используемых для терапии бронхиальной астмы (БА). Эффективность лекарственной терапии во многом определяется генетическими и эпигенетическими факторами, которые необходимо учитывать при определении тактики лечения больного.

Цель: исследование полиморфных вариантов генов аргиназ ARG1 (rs2781659, rs2781667) и ARG2 (rs17249437, rs7140310), участвующих в метаболизме бета-2-агонистов, у больных БА и в контрольной группе индивидов.

Методы: материалом для исследования служили образцы ДНК 350 больных БА и 287 индивидов контрольной группы (2–17 лет) из Республики Башкортостан. Генотипирование полиморфных вариантов выполнено методом ПЦР в реальном времени.

Результаты: установлена ассоциация аллеля rs17249437*T гена ARG2 со среднетяжелой формой БА (p=0,02, OR=1,56) и с высокой частотой использования бета-2-агонистов для купирования приступов БА (p=0,02, OR=1,79). Обнаружено, что показатели ЖЕЛ у больных с генотипом rs7140310*A/A гена ARG2 (81,5 (74,0;95,25)) значительно ниже, чем у носителей генотипа rs7140310*A/C (p=0,02; (90,0 (83,0;103,0))). У русских пациентов с генотипами rs2781659*A/C ((72,0 (69,0;83,0)) и rs2781659*C/C (71,0(61,0;81,75)) гена ARG1 наблюдались более низкие значения ЖЕЛ, чем у носителей генотипа rs2781659*A/A (p=0,04; (85,0 (76,0;106,0))). В результате проведенного исследования выявлено, что полиморфные варианты генов ARG1 и ARG2 играют роль в развитии, течении и эффективности терапии БА. Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки РФ (№ АААА-А16-116020350032-1) при частичной поддержке РФФИ (№ 17-04-02195). Образцы ДНК взяты из ЦКП «Коллекция

биологических материалов человека» ИБГ УФИЦ РАН, поддержанного Программой биоресурсных коллекций ФАНО России (№ 007-030164/2).

49.
ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Автор: Бухтияров Э.В., Карпенко М.А., Коринева Л.С.

Организация: Центральная городская клиническая больница №3 города Донецка

Цель: изучить влияние повышенной влажности воздуха на частоту госпитализаций детей с бронхообструктивным синдром (далее БОС).

Материалы и методы: проведен анализ частоты госпитализаций детей в отделение для детей с респираторными заболеваниями Центральной городской клинической больницы №3 города Донецка с БОС за август 2017 – апрель 2019 гг. в зависимости от влажности воздуха. Влажность воздуха определялась с помощью гигрометра психрометрического ВИТ-2.

Результаты: за период 2017-2019 год в детское отделение поступило 564 ребенка с БОС в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. У 242 детей (42,9 %) диагноз был выставлен первично, у 322 детей (57,1%) повторно, из которых у 197 детей (34,9%) был выставлен диагноз бронхиальная астма ранее. При влажности выше 80 % поступило 220 детей (39 %), при влажности от 60 % до 80% поступило186 (33%) детей, при влажности меньше 60% –158 (28 %) детей. В дни осадков, при средней влажности воздуха 92,67% поступило 52 ребенка (9,2%), на следующий день после осадков, при средней влажности воздуха 81,14% поступило 102 ребенка (18,1%), на второй день после осадков, при средней влажности воздуха 67,25%, поступило 44 детей (7,8%).

Выводы: Помимо увеличения частоты госпитализации детей с БОС при повышении влажности выше 80%, вне зависимости от возраста, отмечается также увеличение частоты госпитализаций в следующие два дня после осадков вне зависимости от сезона года. Это говорит не только о влиянии повышенной концентрации аэроаллергенов в воздухе, возникающих на фоне осмотического шока при повышенной влажности и осадках в периоды цветения трав, но и о воздействии других факторов, такие как резкие перепады температуры воздуха и последствия проведения активных боевых действий на территории Донецкой области.

50.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА РЕСПИМАТ У ДЕТЕЙ С ПЛОХО КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Стежкина Е.В. – 1, Смирнова В.В. – 2, Филимонова Т.А. – 1,2
Красулина О.А. – 2, Абрамова С.М. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет Минздрава России, 2 – ГБУ РО Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой

С целью оптимизации базисной терапии среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмы (БА) у детей в возрасте 8 – 17 лет в качестве дополнительной базисной тера-

пии применялся тиотропия бромид респимат в дозе 5 мкг (две ингаляции спрея) 1 раз в сутки в одно и тоже время.
В группу наблюдения вошло 12 пациентов, у которых основным фактором нестабильного течения БА были частые обострения БА на фоне респираторной инфекции, требующие госпитализации. 52% пациентов имели 2 госпитализации в год, 41% – 1 госпитализацию, 7% 3 и более госпитализации. При обострениях БА все пациенты получали стероиды per os. в виде преднизолона 5 – 20 мг в суточной дозе в зависимости от возраста.
В качестве основной базисной терапии 82% наблюдаемых получали фиксированную комбинацию , салметерол 25 мкг/флутиказон 125 или 250 мкг (соответственно возрасту), 10% – ИГКС в виде монотерапии, и 8% – сочетание ИГКС и монтелукаста 5 мг в сутки. Длительность терапии тиотропием бромидом составила 1 год.
В качестве контроля пациенты использовали дневник пикфлоуметриии, АСТ тест, проведенный до и после включения в терапию тиотропия бромида.
В результате годового наблюдения было отмечено снижение частоты обострений и симптомов БА, у 90% наблюдаемых отсутствовали госпитализации по поводу БА, терапия стероидами внутрь отсутствовала. Дети, переносившие респираторную инфекцию на фоне тиотропия бромида не имели симптомов БА или имели их в более легком течении, что было подтверждено улучшением функции внешнего дыхания по пикфлоуметрии.

Заключение: Включение в терапию нестабильной БА среднетяжелого и тяжелого течения тиотропия бромида (респимат) способствовало снижению частоты инфекционно зависимых обострений астмы и уменьшению стероидной нагрузки в терапии у детей.

51.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Баженова Ю.Л.

Организация: ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Цель исследования: определить группу риска формирования кардиоваскулярных нарушений у детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой (БА).

Методы исследования: для определения прогноза развития кардиоваскулярных нарушений применялась математическая модель (уравнение Y с коэффициентом корреляции r=0,92), с использованием установленных показателей, полученных методом дискриминантного анализа: ЧСС исходно и после физической нагрузки на 1 и 5 мин., нарушение процессов реполяризации, синдром вегетативных дисфункций (СВД) по смешанному типу, кардиальные жалобы, где при Y≤1,5 – определяется как низкий, 1,5≤Y≥2,3 – средний, Y≥2,3 – высокий риск формирования кардиоваскулярных нарушений у детей с БА. Чувствительность решающего правила 89,5%, специфичность 91,3%. Эффективность алгоритма 90.4%. Решающее правило применяли у 95 детей в возрасте от 7 до 12 лет с БА разной степени тяжести и уровнем контроля.

Результаты: низкий риск определен у 27,4% детей, средний у 38,9%, высокий у 33,7%. 83,8% неконтролируемой и 64,8% среднетяжелой БА составляют группу со средним риском. 93,6% неконтролируемой, 65,6% тяжелой и 34,2% среднетяжелой БА

определяют группу с высоким риском. Контролируемое и легкое течение БА сопровождается низким риском в 80,8 и 88,5% наблюдений соответственно.

Заключение: формирование кардиоваскулярных нарушений у детей с БА зависит от тяжести течения и уровня контроля. Математическая модель позволяет определить необходимость назначения мероприятий, направленных на профилактику их развития.

52. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Баженова Ю.Л.

Организация: ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение: Бронхиальная астма (БА) связана с формированием кардиоваскулярных нарушений и зависит от тяжести ее течения. Неконтролируемая БА предполагает дополнительное использование короткодействующих β2-агонистов (КДБА), влияющих на состояние сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель исследования: выявить кардиоваскулярные нарушения у детей младшего школьного возраста с БА.

Методы исследования: проведен анализ клинически-функционального состояния тонуса вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистой системы у 95 детей с разным уровнем контроля БА в возрасте от 7 до 12 лет, с использованием стандартной электрокардиограммы, эхокардиографии с вычислением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), кардиоинтервалограммы.

Результаты: у 69,4% детей младшего школьного возраста БА характеризуется неконтролируемым течением и использованием КДБА от 4-х до 7 раз в неделю (58,1%). В группе детей с неконтролируемой БА выявлены: синдром вегетативных дисфункций (СВД) нервной системы по смешанному (56,1%,p=0,006) и симпатикотоническому типу (31,82%,p=0,006), нарушения ритма сердца (100%) и проводимости (96,9%,p<0,01), исходный вегетативный тонус – симпатикотония (63,6%), вегетативная реактивность – гиперсимпатикотония (50,0%, p<0,01) и асимпатикотония (31,8%,p<0,01). 65,2% больных детей имели гиперкинетический тип центральной гемодинамики (p<0,01), 43,9% пролапс митрального клапана (p<0,05) и 37,8% увеличение ИММЛЖ (p<0,05). В группе с контролируемым течением БА, в сравнении с неконтролируемым, выявлен СВД по ваготоническому типу (75,7%,p<0,01), что соответствует возрастным показателям и эукинетический тип центральной гемодинамики (68,9%, p<0,01).

Заключение: Неконтролируемое течение БА является фактором риска и ведет к развитию кардиоваскулярных нарушений в детском возрасте.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

53. ЗНАЧЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ «ПКВ13» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ

Автор: Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х.

Организация: ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ, г. Кемерово

Одним из приоритетных направлений практического педиатрического здравоохранения является разработка эффективных методов защиты от инфекционных заболеваний категории лиц с отягощенным оториноларингологическим анамнезом. Специфическая иммунопрофилактика против пневмококка является перспективным подходом к решению данной проблемы.

Цель исследования: оценка клинической эффективности вакцинации пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной («ПКВ13») детей с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки (ХВЗН).

Материалы и методы: за период 2015–2018 г.г. наблюдали 1225 пациентов (2-5 лет) с ХВЗН. Средний возраст исследуемых составил – 3,69±1,35 лет. Из них в группу ПКВ13 включены 620 пациентов, в группу сравнения (невакцинированные) – 605. Проведен сравнительный анализ заболеваемости до и после вакцинации в течение 12 месяцев.

Результаты: при оценке заболеваемости острыми респираторными инфекциями (ОРИ) за год до вакцинации «ПКВ13», уровень заболеваемости ОРИ составил 2533,8 и 2625,5 случаев на 1000 (p=0,937). Через год после вакцинации, показатель заболеваемости ОРИ в группе ПКВ13 достоверно отличался от группы сравнения –1205,35 и 2417,28 соответственно (p=0,024). Случаи пневмонии за год до вакцинации отмечены у 5,1% и 5,6% детей (p=0,428), после вакцинации – у 2,7% (ПКВ13) и 5,7% исследуемых (p=0,012). Острый бронхит за год до вакцинации имел место у 10,1% и 10,6% детей (p=0,413), после вакцинации – у 4,2% (ПКВ13) и 7,8% (p=0,011). Рецидивы ХА за год до вакцинации составили 18,1% и 19,2% случаев (p=0,772), через год – у 7,3% (ПКВ13) и 17,8% пациентов (p=0,015). Острый средний отит за год до вакцинации перенесли 8,8% и 8,4% детей (p=0,914). Через год названное заболевание диагностировано у 3,5% (ПКВ13) и 8,9% соответственно (p=0,022).

54.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Жестков А.В. – 1, Колсанов А.В. – 1, Протасов А.Д. – 1, Костинов М.П. – 2, Штейнер М.Л. – 1, Решетникова В.П. – 1, Танаева Н.И. – 1

Организация: 1 – ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России; 2 – ФГБНУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова

Цель: определить специфические IgG-антитела к вакцинным антигенам в сыворотке крови у пациентов с ХОБЛ исходно, через 6 и 12 месяцев после вакцинации с использованием различных схем введения противопневмококковых вакцин.

Материалы и методы: пациенты с ХОБЛ были разделены на 4 группы в зависимости от используемой схемы вакцинации: I гр. – ПКВ13 (n=32), II гр. – ППВ23 (n=23), III гр. – ППВ23/ПКВ13 (n=32), IV гр. – ПКВ13/ППВ23 (n=25).

Результаты: через 6 мес. выявлено следующее число серотипов S. pneumoniae со статистически значимым увеличением уровня специфических IgG по сравнению с исходным значением:

ПКВ13: 7 серотипов (4, 6A, 7F, 14, 18C, 19A, 19F);

ППВ23: 4 серотипа (9N, 7F, 14, 19A);

ППВ23/ПКВ13: 4 серотипа (7F, 18C, 19A, 19F);

ПКВ13/ППВ23: 12 серотипов (9N, 15B, 1, 3, 4, 6A, 6B, 7F, 14, 18C, 19A, 19F).

Через 12 мес. выявлено следующее число серотипов S. pneumoniae со статистически значимым увеличением уровня специфических IgG по сравнению с исходным значением:

ПКВ13: 6 серотипов (1, 4, 7F, 18C, 19A, 19F);

ППВ23: 1 серотип (7F);

ППВ23/ПКВ13: 0 серотипов.

ПКВ13/ППВ23: 10 серотипов (9N, 15B, 1, 3, 4, 7F, 14, 18C, 19A, 19F).

Выводы: существенное повышение уровня антител после иммунизации ПКВ13/ППВ23 через 6 и 12 мес. выявлено соответственно в отношении 12 и 10 серотипов, при других схемах иммунизации эти показатели меньше. Выявлены исходно высокие уровни, а также значимое повышение специфических IgG к серотипам 9N и 15B, входящим в состав ППВ23 и не входящим в состав ПКВ13, что свидетельствует о высокой распространенности данных серотипов пневмококка у больных с ХОБЛ и необходимости включения ППВ23 в схему вакцинации. Таким образом, для пациентов с ХОБЛ наиболее подходящей является схема вакцинации ПКВ13/ППВ23 с эпидемиологических и иммунологических позиций.

55.
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Автор: Татевосов В.Р. – 1, Костинов М.П. – 2, Протасов А.Д. – 3

Организация: ФГКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии Российской Федерации» – 1; ФГБНУ «НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» РАМН – 2, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России – 3

В исследование включены 88 военнослужащих по призыву из числа нового пополнения, поступивших на стационарное лечение по поводу нетяжелой ВП. Основная группа – 35 пациентов, которым помимо антибактериальной терапии, вводилась поликомпонентная вакцина Иммуновак® (ВП-4). Контрольная группа – 53 пациента, получавших базисную антибактериальную терапию.
При определении уровней IgG антител к компонентам вакцины и другим возбудителям (S. aureus, S. pneumoniae, P. aeruginosa, E. coli, P. vulgaris, H. influenzae, K. pneumoniae) выявлено значимое их увеличение только к антигенам S. aureus, E. coli, P. vulgaris, K. pneumoniae у пациентов, получавших ВП-4, на 15 сутки и через 6 месяцев ($p < 0,0001$).
При анализе отдаленных результатов выявлено, что пациенты основной группы отмечали снижение респираторной заболеваемости по сравнению с другими военнослужащими в коллективе. В течение 6-месячного периода наблюдения после лечения повторно пневмонию перенесли 9% пациентов основной группы и 28% контрольной ($p = 0,031$), ОРИ – 17% основной и 23% контрольной групп ($p = 0,598$); острый бронхит – 9% основной и 17% контрольной группы ($p = 0,349$), острый риносинусит – 17% пациентов контрольной группы ($p = 0,01$).

Заключение: применение поликомпонентной вакцины Иммуновак® в комплексном лечении нетяжелой внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста в организованных коллективах военнослужащих значимо снижает частоту развития повторной ВП и острого риносинусита. Назначение препарата приводит к формированию стойкого иммунитета к S. aureus, E. coli, P. vulgaris, K. pneumoniae, не влияя на уровни IgG-антител к компонентам клеточной стенки условно-патогенных микроорганизмов (H. influenzae, P. aeruginosa, S. pneumoniae).

56.
ИММУНОАДЪЮВАНТНАЯ ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА: СЕНСАЦИЯ ИЛИ ПАРАДОКС?

Автор: Хромова Е.А., Костинов М.П., Ахматова Н.К.

Организация: ФГБНУ НИИ ВС им. И.И. Мечникова

Введение: в настоящее время оценка эффективности вакцинных препаратов в соответствии с требованиями Европейского комитета к противогриппозным вакцинам осуществляется только по серомониторингу без должного внимания оценки клеточной составляющей иммунного ответа, что на наш взгляд, является недостаточным, особенно для адъюватных вакцин.

Цель: изучение влияния полимер-субъединичной (иммуноадъювантной) и безадъювантных вакцин против гриппа на молекулярно-клеточные эффекторы иммунной системы у здоровых лиц.

Материалы и методы: определение субпопуляций дендритных клеток в крови вакцинированных проводили методом проточной цитометрии. Формирование иммунологической памяти к антигенам вируса гриппа у иммунизированных изучали по экспрессии маркера CD45RO. 30 женщин иммунизировали разными типами противогриппозных вакцин; 10 чел. составили группу контроля. Исследовали кровь до, через 7, 30 дней и 12 месяцев после вакцинации.

Результаты: использование безадъювантных вакцин стимулирует нарастание численности миелоидных и плазмоцитоидных дендритных клеток в крови вакцинированных лиц только на 7 сутки наблюдения с реверсированием до исходного уровня уже через месяц. Иммуноадъювантная вакцина приводит к более существенному увеличению количества антигенпрезентирующих клеток в течение месяца после вакцинации. При применении сплит- и иммуноадъювантной вакцины через 12 месяцев происходит индукция CD45RO+ клеток.

Выводы: иммунизация вакцинами против гриппа активирует врожденные эффекторы – дендритные клетки. Более выраженный и продолжительный эффект наблюдается при использовании иммуноадъювантной вакцины. При вакцинации сплит- и иммуноадъювантной вакцинами происходит формирование клеток иммунологической памяти, которые могут защитить от вируса гриппа и сохраняются по крайней мере 1 год.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

57.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И МИКОБАКТЕРИОЗ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) и микобактериоза (МБ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 26 больных ТЛ и МБ и 26 – ТЛ с 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования и без антиретровирусной терапии, в возрасте 26-54 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование.

Результаты: у 26 больных ТЛ и МБ, выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и нетуберкулезные микобактерий (НМБ): M. aviumcomplex у 22 (84,6%) больных, M. kansasii – у 2 (7,7%), M. fortuitum – у 1 (3,8%) и M. xenopi – у 1 (3,8%), а у 26 – группы ТЛ – только МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями, но у пациентов ТЛ и МБ были боли в животе, диарея, а при КТ и УЗИ органов брюшной полости выявлялись увеличенные внутрибрюшные лимфатические узлы, сливавшиеся в конгломераты. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер, а также были другие оппортунистические заболевания. У пациентов ТЛ и МБ среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 15,0±0,35 кл./мкл крови, а ТЛ – 33,3±0,44 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диагностирован диссеминированный процесс, однако при ТЛ и МБ чаще наблюдалось образованию инфильтратов с деструкцией.

Заключение: сочетание ТЛ и МБ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза, наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 15 кл/мкл крови. Для своевременной диагностики необходимо проводить микробиологическое и молекулярно-генетическое исследование для выявления МБТ, НТМ и возбудителей других оппортунистических инфекций.

58.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) и пневмоцистной пневмонии (ПЦП) на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 20 больных ТЛ и ПЦП и 20 – ТЛ 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии и медикаментозной профилактики ПЦП, в возрасте 25–55 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, микробиологическое и иммунологическое исследование, также использовалась иммунофлуоресценция мокроты, бронхоальвеолярного лаважа и биопсийного материала для выявления Pneumocystis jirovecii.

Результаты: у 20 больных ТЛ и ПЦП выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и P. jirovecii и у 20 – ТЛ – МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями, но у пациентов ТЛ и ПЦП был мучительный и коклюшеподобным кашель, прогрессирующая одышка и нарастающая дыхательная недостаточность. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер, а также были другие оппортунистические заболевания. У пациентов ТЛ и ПЦП среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 14,5±0,31 кл./мкл крови, а ТЛ – 39,4±0,41 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диссеминированный процесс, однако у больных ТЛ и ПЦП чаще выявлялись инфильтраты с тонкостенными деструкциями и выраженных интерстициальных изменения по типу «матового стекла».

Заключение: сочетание ТЛ и ПЦП на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза и наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 15 кл/мкл крови. Для своевременной диагностики необходимо проводить микробиологическое и иммунологические исследование для выявления МБТ, P. jirovecii и возбудителей других оппортунистических инфекций.

59.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) и внебольничной пневмонией (ВБП) на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 26 больных ТЛ и ВБП и 26 – ТЛ 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 25–55 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, микробиологическое и молекулярно-генетическое исследование мокроты, бронхоальвеолярного лаважа и крови, а также определение пневмококкового антигена в моче.

Результаты: у 26 больных ТЛ и ВБП выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и Streptococcus pneumoniae и у 26 – ТЛ – МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями, но у пациентов ТЛ и ВБП был кашель с выделением гнойной мокроты, бронхоспазм и дыхательная недостаточность. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер, а также были другие оппортунистические заболевания. У пациентов ТЛ и ВБП среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 19,5±0,25 кл./мкл крови и у 26 – ТОД – 39,1±0,44 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диагностирован диссеминированный процесс, однако при ТЛ и ВБП чаще наблюдалось слияние очагов и образование инфильтратов, на фоне которых выявляются просветы бронхов, с наличием мелких абсцессов, у 8 – с экссудативным плевритом.

Заключение: сочетание ТЛ и ВБП на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза, наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 20 кл/мкл крови. Для своевременной диагностики необходимо проводить микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование для выявления МБТ, S. pneumoniae и возбудителей других оппортунистических инфекций.

60.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) и внутрибольничной пневмонии (ВБП) на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 21 больной ТЛ и ВБП и 21 – ТЛ с 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 25–60 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, иммунологическое, микробиологическое и молекулярно-генетическое исследование мокроты, бронхоальвеолярного лаважа и крови.

Результаты: у 21 больного ТЛ и ВБП выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и Staphylococcus aureus, обнаруженный не только в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже, но и в крови, и у 21 – ТЛ – МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями, но у пациентов ТЛ и ВБП был кашель с выделением гнойной мокроты, кровохарканье, бронхоспазм и легочно-сердечная недостаточность. У пациентов ТЛ и ВБП среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло14,5±0,19 кл./мкл крови и у 26 – ТЛ – 39,3±0,46 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диагностирован диссеминированный процесс, однако при ТЛ и ВБП чаще наблюдалось слияние очагов

и образование инфильтратов с образованием абсцессов, экссудативным плевритом и у 11 – эмпиемы плевры.

Заключение: сочетание ТЛ и ВБП на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза и наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 15 кл/мкл крови. Для своевременной диагностики необходимо проводить микробиологическое, молекулярно-генетическое и иммунологическое исследование для выявления МБТ, S. aureus и возбудителей других оппортунистических инфекций.

61
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И КАНДИДОЗ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) и кандидоза легких (КЛ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 28 больных ТЛ и КЛ и 28 – ТЛ с 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 30–60 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, микробиологическое и микологическое исследование, также применялось выявления антигена ИФА и ДНК ПЦР Candida albicans в мокроте, бронхоальвеолярном лаваже и крови.

Результаты: у 28 больных ТЛ и КЛ выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и C. albicans и у 28 – ТЛ – МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями, но у пациентов ТЛ и КП был генерализованный кандидоз с поражением слизистой оболочки полости рта, пищевода, половых органов, перианальной области, кожи и т.д. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер, а также были другие оппортунистические заболевания, У пациентов ТЛ и КЛ среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 25,5±0,41 кл./мкл крови и у – ТЛ – 39,4±0,44 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диагностирован диссеминированный процесс, однако при ТОД и КП выявлялись инфильтраты различного размера, нередко с образованием деструкций, у 8 – был экссудативный плеврит.

Заключение: ТОД и КП на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза и наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 30 кл/мкл крови. Для своевременной диагностики необходимо проводить микологическое, иммунологическое и молекулярно-генетическое исследование для выявления МБТ, C. albicans и возбудителей других оппортунистических инфекций.

62.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, 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: изучить особенности диагностики и клиники сочетания туберкулеза легких (ТЛ) с герпес- и цитомегаловирусной инфекцией (ГВИ и ЦМВИ) на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: обследовано 22 больных ТЛ и ГВИ, 22 – ТЛ и ЦМВИ и 22 – ТЛ с 4В и 5 стадией ВИЧ-инфекции в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 25–55 лет. Проводилось клиническое, лучевое, бронхологическое, микробиологическое, вирусологическое и иммунологическое исследование, а также для диагностики вирусных заболеваний применялась ПЦР ДНК в бронхоальвеолярном лаваже, крови и спинномозговой жидкости.

Результаты: у 22 больных ДТ и ГВИ и 22 – ТЛ и ЦМВИ выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ) и Herpes simplex virus и Cytomegalovirus hominis и у 22 – ТЛ – МБТ. Клиника у всех больных характеризовалась выраженным синдромом интоксикации и бронхолегочными проявлениями. У пациентов с ГВИ на слизистых и на кожи были высыпания сгруппированных пузырьков и у 5 – поражение ЦНС, а с ЦМВИ у 8 – было поражение ЦНС. У всех больных туберкулез носил генерализованный характер, а также были другие оппортунистические заболевания. У пациентов с ТЛ и ГВИ среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло 19,8±0,34 кл./мкл крови, у ТЛ и ЦМВ – 18,3±0,45 кл./мкл и у ТЛ – 39,3±0,43 кл./мкл ($p<0,05$). При КТ легких у всех больных был диссеминированный процесс, однако у больных ГВИ и ЦМВИ выявлялись выраженные интерстициальные изменения по типу «матового стекла».

Заключение: сочетание ТЛ и ГВИ и ЦМВИ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется генерализацией туберкулеза, наличием оппортунистических заболеваний и при количестве CD4+ лимфоцитов менее 20 кл./мкл. Для диагностики необходимо проводить микробиологическое, вирусологическое и молекулярно-генетическое исследование.

63.
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Автор: Мишина А.В. – 1, Мишин В.Ю. – 1,2, 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: разработать алгоритм диагностики туберкулеза легких (ТЛ) и оппортунистических заболеваний легких (ОЗЛ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: диагноз верифицирован у 26 больных ТЛ и микобактериозом, у 20 – ТЛ и пневмоцистной пневмонией, у 26 – ТЛ и внебольничной пневмонией, у 21 – ТЛ и внутрибольничной пневмонией, у 28 – ТЛ и кандидозом, 22 – ТЛ и герпесвирусной и 22 – ТЛ и цитомегаловирусной инфекцией

Результаты: на основании проведенных исследования предлагаем алгоритм диагностики ТЛ и ОЗЛ у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

ДИАГНОСТИКА:
- микроскопия мокроты на кислотоустойчивые микобактерии и Pneumocystis jiroveci не менее 3 раз;
- посев мокроты, крови, мочи и кала на микобактерии туберкулеза (МБТ), нетуберкулезные микобактерии (НМБ) и неспецифическую микрофлору не менее 3 раз; ПЦР мокроты, крови, мочи на МБТ, НМБ, Virus herpes, Cytomegalovirus, P. jiroveci;
- определение Candida albicans в мокроте (количественно) не менее 3 раз.

ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН:
- лечение ВИЧ-инфекции, ТЛ и ОЗЛ.

НЕТ ДИАГНОЗА:
- получение индуцированной мокроты из глубоких отделов дыхательных путей;
- исследование методами микроскопии, посева и ПЦР полученного диагностического материала.

НЕТ ДИАГНОЗА:
- проведение фибробронхоскопии для получения бронхоальвеолярного лаважа и биоптатов бронхов, лимфатических узлов и легких; цитология, гистология, микроскопия, посев и ПЦР полученного диагностического материала.

НЕТ ДИАГНОЗА:
- трансторакальная игловая биопсия легкого, плевры;
- цитология, гистология, микроскопия, посев и ПЦР полученного диагностического материала.

НЕТ ДИАГНОЗА:
- хирургическая биопсия легкого;
- цитология, гистология, микроскопия, посев и ПЦР полученного диагностического материала.

ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН:
- лечение ВИЧ-инфекции, ТЛ и ОЗЛ.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

64.
ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ПРИ ГРИППЕ A/H1N1/09

Автор: Лукьянов С.А., Малярчиков А.В., Юрчук К.С.,
Петрачкова Е.В., Злобина Г.Ю., Шаповалов К.Г.

Организация: Читинская государственная медицинская академия, Чита

Известно, что поражение легких при гриппе A/H1N1/09 ввиду высокой тропности вируса к эпителиальным клеткам и эндотелию, ведет к повышению проницаемости капилляров и развитию системной воспалительной реакции, ассоциированной с развитием синдрома полиорганной недостаточности (ПОН)/ сепсиса (SEPSIS-3, 2016). Новая дефиниция сепсиса предоставила практическим врачам простой и показательный инструмент для оценки органной дисфункции – упрощенную версию шкалы SOFA (qSOFA).

Цель работы: изучить частоту и значение органной дисфункции у пациентов с тяжелыми пневмониями при гриппе A/H1N1/09 с использованием шкалы qSOFA.

Материалы и методы: в работе представлен одномоментный анализ 50 пациентов, находившихся на лечении в ОРиТ на базе 9 стационаров Забайкальского края во время эпидемии гриппа.

Результаты: среди обследованных пациентов преобладали мужчины – 32 (64%). Средний возраст составил 59,5±13,7 лет, для сравнения в 2009 году – 40,8±11,9 (p=0,01). У больных гриппом A/H1N1/09 в 2019 году частота развития органной дисфункции (qSOFA≥2 баллов) составила 46,9%, среди них превалировали мужчины – 73,9%. Установлено, что в группе пациентов qSOFA≥2 баллов чаще встречалась острая дыхательная недостаточность (ОДН): 91,3% против 66,6% при qSOFA (-). Среди больных qSOFA≥2 баллов летальность составила 18,2%, среди qSOFA (-) –3,7%, показатель относительного риска смерти составил 4,69 [0,56; 39,1], чувствительность – 80%, специфичность – 57%.

Выводы: в работе использовалась шкала оценки органной дисфункции qSOFA, преимуществами которой является быстрый анализ основных витальных параметров и возможность применения в условиях отсутствия лабораторных данных и поступления большого потока пациентов. Высокий балл по шкале qSOFA ассоциирован с неблагоприятным прогнозом.

65.
ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ T-HEO2 КАК РАБОЧЕГО ГАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНГАЛЯЦИИ АНТИБИОТИКА ПРИ ПОМОЩИ НЕБУЛАЙЗЕРА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Автор: Шогенова Л.В., Годяев М.Я., Третьяков А.В., Черапкин А.А., Новоселов С.Ю., Панин А.А., Чучалин А.Г.

Организация: Кафедра госпитальной терапии ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ». г. Москва, Россия. ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ», г. Москва, Россия. ООО «Медтехиновации», г. Москва, Россия.

Цель: изучить эффекты применения t-HeO_2 как рабочего газа при проведении ингаляции антибиотика при помощи небулайзера у больных с обострением ХОБЛ

Обследовано 24 пациента с ХОБЛ, GOLD III, с выраженными клиническими симптомами (CAT >10, mMRC ≥2, с частотой обострения ≥ 2, с бронхитическим фенотипом, ДН II типа, с признаками легочной гипертензии в стадии тяжелого обострения и хронической, синегнойной инфекцией). Все пациенты методом случайного выбора были разделены на 2 группы. Пациентам 1-й группы (n=12 9м/3ж) получали стандартную терапию (согласно GOLD 2018) и t-HeO_2, как рабочий газ при проведении ингаляции антибиотика (колистиметат натрия) через небулайзер по 1 млн. ЕД 2 раза/сут с интервалом в 12 ч., 10 дней (O_2/He=30/70%, t-55°C, «ГЕЛИОКС ЭКСТРИМ», Россия). Пациенты 2-й группы (n=12, 8м/4ж) получали стандартную терапию (согласно GOLD 2018) и ингаляцию антибиотика (колистиметат натрия) через небулайзер по 1 млн. ЕД 2 раза/сут с интервалом в 12 ч., 10 дней.
Проводилось бактериологическое исследование мокроты, общий анализ крови, С-реактивный белок. спирометрию, оценивались транспорт кислорода, состав артериальной крови,

Результаты: в 1-ой группе отмечалась динамика: лейкоциты 16.9±1 до 5,5±2 ($p<0,01$); С реактивный белок 105 ±2 до 7,2±1 ($p<0,01$); PPAs=54±1 до PPAs=45±1 ($p<0,01$); RVRI=471±12 до RVRI=235±12 ($p<0,01$); CI=47±3 до CI=54±2 ($p<0,01$); DO_2=468±120 до DO_2=896±121 ($p<0,01$); pO_2=43±3 до pO_2=75±2 ($p<0,01$); pCO_2=58±3 до pCO_2=47±5 ($p<0,01$). Во 2-й группе наблюдалась динамика 17.2±1 до 8,4±2 ($p<0,01$); С реактивный белок 98 ±2 до 21

66.
ВЛИЯНИЕ T-HEO2 НА СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

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

Организация: Кафедра госпитальной терапии ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ». г. Москва, Россия. ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ», г. Москва, Россия. ООО «Медтехиновации», г. Москва, Россия.

Цель: оценить влияние t-HeO_2 смеси (70/30%, t-45°C) в сравнении с O_2 (FiO_2 30%, t-24°C) на синдром дыхательных расстройств у больных острым ишемическим инсультом.

Материалы и методы: 58 пациентов с острым ишемическим инсультом были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, размеру ишемических очагов, неврологическому дефициту, сопутствующей патологии и клинической картине. 1-я группа n=30 (м/ж 16/14, ср. возраст 76,4±3,0) получала стандартную те-

рапию и t-HeO_2 (70/30%, t- 45оС, «HELIOX EXTREME», Россия) 3-ы в сутки по 15 минут. 2-я группа n=28 (м/ж 18/10, ср. возраст 72,4±3,0) получала стандартную терапию и O_2 (FiO_2 30%, t- 24ºС через маску Вентури) 3-ы в сутки по 15 минут. Оценку неврологического статуса, ФВД, транспорта кислорода проводили до и после ингаляции t-HeO_2 , O_2 на 1-й, 3-й, 6-й, 10-й день острого ишемического инсульта.

Результаты: исходно:

– по шкале NIHSS –7±2 в 1-й гр.; 8±1 во 2-й гр.,– шкале Рэнкин (mRS) – 3±1 в 1-й гр.; во 2-й гр. 3±1, по шкале Ривермид –7±3 в 1-й гр.; 7±2 во 2-й гр.

В артериальной крови: pO_2 –60±3 мм рт ст в 1-й гр и 59±3 мм рт ст во 2-й гр.

pCO_2 44±5 мм рт ст в 1-й гр.; во 2-й гр. 45±5 мм рт ст., лактат артериальной крови составил 3,5±2 мм рт. ст. в 1-й группе и 3,6±2 мм рт. ст. во 2-й группе

В венозной крови pO_2 в 21,2±3 мм рт ст; в 1-й гр, во 2-й гр. – 23,2±3.

pCO_2 69,1 мм рт ст; во 2-й гр. – 68 мм рт ст., лактат венозной крови = 3,8±2 мм рт ст в 1-й гр; 3,5±2 мм рт ст во 2-й гр;

В капиллярной крови:

pO_2 –78,4±5 мм рт ст в 1-й гр, во 2-й гр. – 80,2±4 мм рт ст; pCO_2 –42,2±5 мм рт ст в 1-й гр. и 44,3±3 мм рт ст во 2-й гр., Лактат –3,2±1 мм рт ст в 1-й гр. и 2,9±1 мм рт ст во 2-й гр;

FVC –2,5±1 л в 1-й гр, во 2-й гр – 2,4±1 л;тFEV1 350±150 мл в 1-й гр. и 300±150 мл во 2-й гр., FVC 1200±250 мл в 1-й гр; во 2-й гр – 1250±300;

На 10 сутки:

– по шкале NIHSS 4±2, во 2-й – 4±2, –по шкале 1-й гр mRS –1±1 балл, во 2-й гр. – 2±1 балла, –по шкале Ривермид в 1-й гр. –12±3, во 2-й группе – 8±3 балла.

В артериальной крови: pO_2 1-й гр. 94±7 мм рт ст, во 2-й гр. – 80±7 мм рт ст, pCO_2 в 1 гр 35±7 мм рт ст, во 2-й – 42±7 мм рт ст., лактат в 1-й гр. –1,5±1 мм рт ст, во 2-й гр. – 2,5±1 мм рт. ст.

В венозной крови: pO_2 в 1-й гр. 39,8 мм рт ст; pO_2 23 мм рт ст. pCO_2 в 1-й гр. 45,6±3 мм рт ст, во 2-й гр.64±3 мм рт ст., лактат в 1 гр 0,9±2± мм рт ст; во 2 гр – 3,2±2 мм рт ст

В капиллярной крови: pO_2 в 1 гр 99,5±1 мм рт ст, во 2 гр – 82±1 мм рт ст., pCO_2 в 1 гр 23,2±7 мм рт ст, во 2-й гр 36,2±7 мм рт. ст., Лактат в 1 гр 0,6±1 мм рт ст, во 2-й гр 2,2±1 мм рт. ст

В 1гр FEV1 1200±200 мл, во 2-й группе = 500±200 мл, FVC в 1 гр 2500±800 мл; во 2гр 1500±300 мл.

Заключение: t-HeO_2 в сравнении с кислородотерапией достоверно уменьшает частоту и тяжесть синдрома дыхательных расстройств у больных ишемическим инсультом, улучшают прогноз, клиническое течение и функциональный исход.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

67.
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА МАНГАНИНСУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ (MNSOD C47T) КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ТРЕХ ЛЕТ

Автор: Павлинова Е.Б. – 1, Киршина И.А. – 1, Курмашева Е.И. – 1, Власенко Н.Ю. – 1, Мингаирова А.Г. – 1, Савченко О.А. – 1, Индутный А.В. – 2, Новиков Д.Г. – 3, Горбунова Л.В. – 3.

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия; 2 – Академический центр лабораторной диагностики ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия; 3 – Центральная научно-исследовательская лаборатория ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

Введение. В патогенезе заболеваний недоношенных новорожденных доказана роль окислительного стресса, поэтому можно предположить, что определенные генетические полиморфизмы антиоксидантной системы влияют не только на возникновение заболеваний у недоношенных детей, но и на их течение.

Цель исследования: оценить влияние генетического полиморфизма гена MnSOD C47T на формирование исходов бронхолегочной дисплазии.

Материалы и методы: обследовано 44 ребенка с БЛД в анамнезе (основная группа) и 47 детей, перенесших в неонатальном периоде респираторный дистресс-синдром без исхода в БЛД (контрольная группа) в возрасте от 4 до 10 лет. Детям было проведено клиническое, инструментальное (мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки) и генетическое обследование (реагенты «SNP-экспресс», «Литех»).

Результаты: По результатам клинического и инструментального обследования отмечено, что у детей в исходе перенесенной БЛД значимо чаще наблюдалось формирование хронических заболеваний легких (относительный риск 3,66, 95% доверительный интервал 1,76–7,64, p=0,001, двусторонний точный критерий Фишера). Основными неблагоприятными исходами заболевания были рецидивирующий бронхит и бронхиальная астма, 12 (27,3%) и 8 (18,2%) случаев соответственно. В свою очередь, среди детей контрольной группы клиническое выздоровление наблюдалось у подавляющего большинства детей (85,1%).

У детей основной группы с симптомами рецидивирующего бронхита значимо чаще выявлялся полиморфизм гена MnSOD C47T (16 Ala/Val) (критерий Фишера, p=0,029). Данный генотип у детей с клиническим выздоровлением в исходе БЛД не встречался (критерий Фишера, p=0,703).

Выводы: Дети, имеющие полиморфизм гена MnSOD C47T (16 Ala/Val), имеют повышенный риск развития хронической патологии органов дыхания в исходе БЛД.

68.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОРИ У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 ГГ.

Автор: Бриткова Т.А., Иванова П.Ф., Колесникова Е.Т.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра детских инфекций

Цель исследования: проанализировать клинико-вирусологические особенности ОРИ у детей в эпидемическом сезоне 2018-2019 гг.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 133 историй болезни детей с различными формами ОРИ, госпитализированных в стационар в эпидемический сезон 2018-2019 гг.

Полученные результаты: в структуре больных ОРИ доминируют дети раннего возраста : до 1 года – 21,8 %, от 1 года до 3-х лет – 33,3 %, от 4 до 6 лет – 17,5 %. Прослеживается влияние преморбидных факторов риска на течение ОРИ, а именно, рождение путем Кесарева сечения (24,2 %), угроза прерывания беременности (25,7 %), недоношенность (15,7 %), отсутствие вакцинации от гриппа (21,4 %), отягощенный аллергоанамнез (17,1 %).По топике поражения преобладали инфекции верхних дыхательных путей: ринофарингиты – 31 %, Ларингиты – 10 %, тонзиллофарингиты – 8,5 %. Однако, следует отметить и высокий удельный вес бронхитов – 34,2 % и пневмоний – 11,4 %. При вирусологической идентификации методом ПЦР установлено: вирусы гриппа А – у 29,6 % больных, риновирусная инфекция – у 27,4 %,респираторно-синцитиальная вирусная инфекция – 21,5 %. А также, значительно реже выделялись: аденовирусы, бокавирусы, парагрипп и коронавирусы (суммарно – 21,5 %). Установлено, что в 77,9 % случаев применялась противовирусная терапия: 57,4 % детей получали интерфероны (57,4 %), 72,6 % больных получали антибактериальную терапию, что было обосновано наличием факторов риска, ранним возрастом и присоединением бактериальной инфекции. Следует отметить, что все больные с гриппом не были вакцинированы в данном эпидемическом сезоне. Такая же тенденция отмечалась и среди членов их семьи.

Выводы: в эпидемическом сезоне 2018–2019 г.г. отмечается высокая частота циркуляции вирусов гриппа А и риновирусной инфекции у детей

69.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Автор: Трунцова Е.С., Шахгереева Л.Д., Касаткина Н.В., Епанчина Н.М.

Организация: ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Обструктивный бронхит является одним из распространенных, иногда тяжело протекающих, заболеваний. В силу особенностей строения органов дыхания у детей раннего возраста, развитие патологического процесса протекает сложнее, чем у взрослых. Более, чем у 25% детей респираторная инфекция осложняется

обструктивным бронхитом, и до половины этих случаев может принимать рецидивирующее течение. Цель исследования – выявление клинических особенностей течения обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Проанализированы 65 историй болезни стационарных больных от 1 месяца до 3 лет жизни. Пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли дети до 6 мес., а во 2-ю группу от 7мес до 3 лет. Оценивались показатели перинатального, аллергологического анамнеза, тип вскармливания, данные лабораторных обследований. Выявлено, что 89,2% детей родились доношенными и 10,8% от преждевременных родов ($p<0,05$). Обструктивный бронхит у лиц мужского пола встречался в 2 раза чаще (с поправкой Йетса $\chi2=4,81$; $p<0,05$). 20% детей имели отягощенный анамнез по аллергическим заболеваниям, различия в аллергической отягощенности среди доношенных и недоношенных не были значимы ($p>0,05$). Среди детей, госпитализированных с обструктивным бронхитом достоверно преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании 61,5% ($p<0,05$). При поступлении детей в отделение в крови умеренный лейкоцитоз (10,1 – 15,0 х 109/л) преимущественно присутствовал у детей из 2 группы – 33,8%, а в 15,4% отмечалось количество лейкоцитов, соответствующее норме для детей раннего возраста. Однако, в 36,9% обращала на себя внимание относительная лейкопения (ниже 8,0 х 109/л), часто имевшаяся в 1 группе (44,2% из группы), хотя истинная лейкопения – менее 4,5 х 109/л встретилась только в 2 случаях (4,7%).

70. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ КАШЛЕМ

Автор: Удальцова Е.В., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л.

Организация: ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль; НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель: определить диагностическое значение параметров компьютерной капилляроскопии ногтевого ложа (ККС) при затяжном и хроническом кашле у детей.

Проведено обследование 238 детей с кашлем (более 4 нед) в возрасте от 2 до 17 лет. Катамнез составил 6-17 мес. 1 группа (Гр) (n=68) – дети с кашлем вследствие острого или обострения хронического заболевания ЛОР-органов инфекционного генеза; 2 Гр (n=53) – дети с кашлем вследствие ОРИ нижних дыхательных путей; 3 Гр (n=39) – дети с кашлем вследствие аллергического ринита легкой степени в периоде неполной ремиссии или обострении; 4 Гр (n=78) – дети с кашлем вследствие бронхиальной астмы (БА) легкой степени в периоде неполной ремиссии или обострении. В контрольную Гр (К) включено 60 практически здоровых детей. Всем пациентам проведена ККС (цифровая камера-окуляр «DCM 800»); оценка вариабельности сердечного ритма (ВСР) («Кардиовизор-6С», ООО «МКС»); компьютерная бронхофонография (КБФГ) («Паттерн-01», МЭИ).

Выявлено, что в 3, 4 Гр длина периваскулярной зоны (L) при ККС была выше по сравнению с 1, 2 Гр, К($p<0,05$). Наибольшее увеличение L было при БА($p<0,05$). В 3, 4 Гр отмечено снижение коэффициента извитости артериальной части капилляров (АК), показателя неравномерности калибра капилляров (Nkc) более значимое при БА ($p<0,05$). В 4 Гр выявлено уменьшение диаметра АК, увеличение коэффициента извитости венозной части капилляров в отличие от 3 Гр, К($p<0,05$).

При помощи пошагового дискриминантного анализа предложены дополнительные критерии диагностики кашлевого варианта БА: степень аллергенности быто-

вых условий; величина L и Nkc; значение HF и LF при оценке ВСР; уровень ф3 при оценке КБФГ.

Вывод: Для повышения эффективности ранней диагностики БА у детей в качестве дополнительных функциональных критериев могут быть использованы параметры ККС.

71.
СИНЕГНОЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Автор: Благовидов Д.А., д.м.н. проф. Костинов М.П., д.м.н. проф. Симонова О.И., к.м.н. Шмитько А.Д.

Организация: ФГБНУ «НИИ Вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова»

Введение: синегнойная инфекция – наиболее актуальная проблема у пациентов с муковисцидозом (МВ) и врожденными пороками развития бронхов (ВПРБ). Увеличение уровня резистентности возбудителя к антибактериальным препаратам обусловливает поиск новых методов лечения и профилактики.

Цель работы: оценить способность вакцины против P. aeruginosa оказывать положительное воздействие на клиническое течение МВ и ВПРЛ.

Материал и методы: против синегнойной инфекции вакцинировано 47 детей в возрасте от 7 до 17 лет: 38 с муковисцидозом и 9 с врожденными пороками развития бронхов, как инфицированных P.aeruginosa, так и не инфицированных. Группу сравнения составили 61не вакцинированный ребенок: 50 с муковисцидозом и 11 врожденными пороками развития бронхов. Клинические показатели, уровни IgG-, IgG2-, IgG4-антител к P.aeruginosa методом ИФА оценивали до вакцинации и 12 месяцев.

Результаты: через 12 мес. после вакцинации у детей с исходно низким уровнем IgG-антител выявлено уменьшение количества эпизодов острых респираторных инфекций (ОРИ) в 2 раза ($p<0,46$); у пациентов с исходно средним уровнем антител не выявлено изменений клинических показателей; с исходно высоким уровнем IgG-антител снижение частоты обострений – в 3,3 раза ($p<0,39$) и курсов антибактериальных препаратов – в 2,7 раза ($p<0,47$). В группе сравнения изменений клинических показателей не выявлено ($p>0,5$).

Заключение: вакцинация против синегнойной инфекции пациентов с МВ и ВПРБ сопровождается различным терапевтическим эффектом, зависящим от исходного уровня IgG-антител к P. aeruginosa.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛЕВРЫ

72.
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВЫПОТНЫХ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Автор: Столяров С.И., Добров А.В., Лепешкин А.П., Рыжков Р.В.

Организация: БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Цель: анализ результатов патогистологического исследования операционного материала при экссудативных плевритах (ЭП) неясной этиологии.

Методы исследования: Проанализированы результаты 70 видеоторакоскопий (ВТС) за период с июля 2013 по июль 2019 года по поводу ЭП неясной этиологии.

Результаты: Мужчин – 49(70%), женщин – 21 (30%). Возраст больных от 22 до 83 лет, средний возраст 47,5±1,6 лет (Me 47,5; Mo 40). Всем пациентам выполнена полипозиционная биопсия плевры при ВТС. Правосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 35, левосторонний ЭП у 29, двусторонний –у 6. Патогистологическая характеристика биопсийного материала: туберкулезный плеврит – 24 (34,3%); хроническое неспецифическое воспаление плевры – 25 (35,7%); мезотелиома плевры – 5 (7,1%); метастаз железистого рака – 5 (7,1%); гнойный плеврит – 4(5,7%); фибропластический плеврит – 3 (4,3%); саркоидоз – 2 (2,8%); канцероматоз плевры – 1 (1,4%); метастаз крупноклеточного рака – 1 (1,4%). Осложнений при ВТС не наблюдалось. У 3 пациентов в послеоперационном периоде наблюдалась парастезия в местах нахождения торакопортов. Дренажи удалялись в среднем на 5,4±1,2 сутки. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 16,2±0,4 дня. Летальных исходов не наблюдалось.

Заключение: Таким образом, применение ВТС у пациентов с ЭП неясной этиологии способствует более раннему началу этиотропной терапии, предупреждает развитие множественных осумкований и развитие гнойного плеврита.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

73.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Автор: Демко И.В., Собко Е.А., Чубарова С.В., Минеева Е.С., Кублик Е.С., Эйдемиллер Н.С.

Организация: Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»

Цель исследования: изучение показателей системного воспаления, миелопероксидазы в периферической крови, клеточного состава индуцированной мокроты у больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 104 пациента. 1-ая группа: больные с персистирующей БА, аллергического генеза, тяжелого течения (n=32), во 2-ю группу вошли больные с сочетанием БА и ХОБЛ (n=38), 3-ю группу составили больные ХОБЛ тяжелого течения (n=34). Проведено общеклиническое исследование, оценка функции внешнего дыхания, определение ИЛ-8, ИЛ-1β, ИЛ-10 и миелопероксидазы (МПО) в периферической крови и анализ клеточного состава индуцированной мокроты.

Результаты исследования: при БА, ХОБЛ и их сочетании отмечается дисбаланс провоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-8) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов в периферической крови,а так же регистрируется повышение содержания миелопероксидазы в периферической крови. При анализе клеточного состава индуцированной мокроты отмечено, что при изолированной тяжелой БА преобладает эозинофильный тип воспаления, при ХОБЛ (GOLD 3) чаще встречается нейтрофильный биофенотип, при сочетанной патологии чаще встречался смешанный (эозинофильно-нейтрофильный) биофенотип воспаления.

Заключение: в группе больных сочетанием БА и ХОБЛ уровни значений провоспалительных цитокинов, СРБ, МПО в периферической крови больше, чем при бронхиальной астме тяжелого течения и приравниваются к изменениям при ХОБЛ. Наличие преобладающего смешанного биофенотипа воспаления клеточного состава индуцированной мокроты при сочетании БА и ХОБЛ возможно обуславливает более тяжелое течение заболевания, ухудшает прогноз и обусловливает сложности в выборе базисной терапии для данной группы пациентов.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

74.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГЕРМАНСКИ-ПУДЛАКА

Автор: Костина Н.Э., Хвостикова А.Е., Пустохина О.Е.

Организация: БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1

Синдром Германского-Пудлака (HPS) – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующиеся альбинизмом в сочетании с геморрагическим диатезом вследствие нарушения агрегации тромбоцитов. Характерно поражение внутренних органов за счет накопления цероидоподобных пигментов в лизосомах тканей, что приводит к формированию фиброзов различной локализации, КМП и пр. В настоящий момент описано 10 типов HPS в зависимости от локализации мутации и клинических проявлений, из которых HPS1, HPS2 и HPS4 ассоциируются с легочным фиброзом.

В пульмонологическое отделение БУЗ ВО ВОКБ№1 в порядке плановой помощи одновременно были госпитализированы пациенты, имевшие схожий набор фенотипических и клинических проявлений, подозрительных на наличие синдрома. Было принято решение о проведении ДНК-диагностики синдрома Германски-Пудлака методом прямого автоматического секвенирования экзонов 11,15-16 гена HPS1, в которых, по литературным данным, находятся две часто встречающиеся мутации при данном типе заболевания: c.972insC и c.1472_1487dup16. В результате анализа в экзоне 15 гена HPS1 у одного пациента выявлен ранее не описанный патогенный вариант c.1513C>T(p.(Gln505*) в гомо/гемизиготном состоянии. Полученные данные позволили подтвердить диагноз «синдром Германски-Пудлака». У второго пациента в результате анализа в экзоне 11 ген HPS1 выявлен только 1 ранее не описанный патогенный вариант c.962delG, на основании которого невозможно подтвердить / исключить диагноз.

Вывод: наличие паттернов ИИП у пациентов, страдающих альбинизмом, является показанием для ДНК диагностики в 100% случаев, что принципиально важно для прогнозирования скорости прогрессирования процесса, своевременного назначения антифибротической терапии и решения вопроса о трансплантации.

75.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА Г. ИРКУТСКА

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

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

Цель исследования: проанализировать структуру и клиническую характеристику интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ) у пациентов с ревматологическими заболеваниями по данным регистра.

Материалы и методы: из 252 пациентов с ИЗЛ в регистре у 51 человека (20,2%) зафиксированы респираторные проявления СЗСТ. У всех пациентов проанализированы клинико-анамнестические и рентгенологические данные.

Результаты: среди больных преобладали женщины – 35 (65%), более старшего возраста 65±15лет (M±SD) по сравнению с мужчинами, средний возраст 57±14 года. Среди нозологических форм лидирует ревматоидный артрит (РА) – 21 случай (42,5%), из них 5 ассоциированы с лекарственно-индуцированным поражением легких (метотрексат) и 1 синдром Каплана. Системная склеродермия (ССД) у 11 пациентов (20,3%), по 3 случая (5,5%) смешанного заболевания соединительной ткани, болезни Шегрена, системной красной волчанки, анкилозирующего спондилита и 1 полимиозит. Кроме того, 6 случаев системных васкулитов с поражением легких. У 6 пациентов (11,7%) СЗСТ дебютировало с ИЗЛ.
Респираторные жалобы отсутствовали у 12 пациентов (23%). Ведущими симптомами были кашель (76%), отделение мокроты (41%), одышка (27%) и хрипы в грудной клетке (16%). Время от появления симптомов до постановки диагноза ИЗЛ варьировало от 1 до 264 месяцев (24±45мес). При аускультации у 17 (31,4%) пациентов выявлена двусторонняя крепитация, преимущественно в базальных отделах легких, у 6 (11,7%) сухие хрипы. По данным МСКТ легких превалировали «матовое стекло» (33,3%), картина обычной интерстициальной пневмонии (21,5%), и различные сочетания этих паттернов (25,5%).

Заключение: Своевременная «настороженность» в отношении ИЗЛ при СЗСТ позволит значительно оптимизировать диагностику, терапию и последующую реабилитацию больных с СЗСТ.

76.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Автор: Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д.

Организация: Казанский Государственный Медицинский Университет

Цель: анализ структуры и клинической характеристики больных интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ), поступавших в лечебное учреждение Республики Татарстан (РТ).

Материалы и методы: проведён анализ 141 медицинской карты пациентов ИЗЛ, направленных на консультацию в Республиканскую клиническую больницу Минздрава РТ (ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ).

Результаты: пациенты с ИЗЛ были разделены на 3группы. Группа I – гранулематозы (n=74); группа II – идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП)(n=35); группа III – ИЗЛ известной этиологии (n=32). Средний возраст пациентов в I группе – 47,1 лет, во II группе – 59,1лет, в IIIгруппе – 54,4года. При профилактическом осмотре пациенты Iгруппы выявлены в 58,1% случаев, тогда как пациенты II и III групп – по обращению. Длительность заболевания, от начала болезни до обращения в ГАУЗ«РКБ» МЗРТ в группе I составила в среднем 2,8 месяца, в группе II – 4,7 мес., в группе III – 9,2 мес. Наибольшая частота ошибок на этапе первичной диагностики выявлена среди пациентов II и III группы (74,3% и 62,5%), в группе I частота диагностических ошибок–33,8%. Гистологическая верификация проведена 70,3% из группы I, из группы II – 1 пациенту, из группы III – 2 пациентам. Одышка достоверно чаще выявлена в группе II и III, крепитация-только в группах II(57,1%) и III(62,5%). Снижение насыщения крови кислородом <95% после теста 6-минутной ходьбы имело место в 44,1% и 42,9% случаев в группах II и III. Наихудшие показатели вентиляционной способности легких выявлены в III группе. Снижение диффузионной способности было у 90,9% больных с ИИП.

Заключение: высокая частота диагностических ошибок и длительный период до постановки диагноза ИЗЛ показала трудности диагностики и лечения больных на догоспитальном этапе. Своевременная диагностика ИЗЛ возможна при наличии мультидисциплинарного подхода.

77.
ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ (ДАННЫЕ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Автор: Смирнова М.С.

Организация: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить данные регистра больных с экзогенным аллергическим альвеолитом (ЭАА) г. Великий Новгород.

Материалы и методы: проанализированы амбулаторные карты больных, состоящих на учете в пульмонологическом центре г. Великий Новгород (далее Центр).

Результаты исследования: в Центре состояли на учете 11 пациентов ЭАА, из них 10 женщин, 1 мужчина, средний возраст 62,3 года (от 53 до 67 лет, одной пациентке 85 лет). Давность болезни в среднем 6,4 года (от 0,5 года до 12 лет). У 8 пациентов диагноз установлен в клинике НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. В 7 случаях выявлена связь с профессиональными вредностями (контакт с пером птиц, мучной пылью, кормами). В 5 случаях течение было подострым, в остальных хроническим. В 4 случаях после элиминации аллергена достигнута ремиссия (длительность 6 –10 лет). В динамике оценивались пульсоксиметрия, ФВД. При МСКТ легких у 8 выявляются признаки альвеолита и фиброзных изменений. Дыхательная недостаточность 1 ст. имела место у 2 больных; 2 ст. – у 6; бронхообструктивный синдром у 4 пациентов. Течение фиброзных форм хронического ЭАА было во многом сходно с таковым при ИЛФ. Лечение включало системные и ингаляционные ГКС, бронходилататоры. Синдром Иценко-Кушинга

выявлен у 4 пациентов, остеопороз у 3, артериальная гипертензия у 4, нарушения углеводного обмена у 3.

Заключение: ЭАА является интерстициальным заболеванием легких с вариабельным течением, может выявляться поздно и приводить к развитию дыхательной недостаточности, фиброзных изменений легких, нежелательных реакций на фоне лекарственной терапии. В связи с этим пациенты нуждаются в своевременной диагностике, специализированной медицинской помощи и наблюдении.

78.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИИП В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ: ФОРМИРОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА К КОНТРОЛЮ ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ И СМЕРТНОСТЬЮ

Автор: Костина Н.Э., Чернова А.С.

Организация: БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», ФГБОУ ВО «Воронежский государственный технический университет»

Цели: определить истинную распространенность ИИП в г.Воронеже и Воронежской области и коррелирующие с ней факторы, разработать программу дифференциально диагностического скрининга, единый подход к лечению и диспансерному наблюдению пациентов, маршрутизацию пациентов.

Материалы и методы: статистические формы 12,14 за периоды с 2011 по 2018 гг, медицинские карты и истории болезни 453 пациентов, ВРКТ архивы БУЗ ВО ВОКБ№1, КУЗ ВО ВОПТД. Обработка статистического материала: программа «Медстатистика 3.2.0 MSCLIENT"

Результаты: заболеваемость ИИП варьирует по данным медицинских организаций с прикрепленным населением от 0‰ до 0.91‰, показатель первичной заболеваемости весьма лабилен и циклично достигает пиковых значений в течение 12 месяцев от периодов эпидемии гриппа, в среднем –1 раз в 3 года. Средний возраст пациентов 53 ± 12, преобладают пациенты женского пола. Дифференциальная диагностика внутри ИИП кластера проведена в 24% случаев, гистологическая верификация в 3% случаев. Выявлены районы, с 2011 года имеющие стабильно высокую заболеваемость, коррелирующую с низкими уровнями вакцинации и высокой смертностью от гриппа в периоды эпидемий, наличием производств химической промышленности и животноводства. Разработана программа скрининга и маршрутизации ИИП, включающая анкетирование пациентов с респираторными симптомами неясного генеза, многоуровневый алгоритм дифференциальной диагностики со ступенями исключения вторичного поражения легочной ткани, интерстициальных изменений, ассоциированных с ревматологической патологией и пр., включающий рентгенологические и гистологическими паттерны; унифицированы схемы терапии 1 линии и профилактический блок. В первую очередь методика начнет внедряться в районах с показателем заболеваемости ниже 0.45‰.

79.
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Автор: Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д.

Организация: Казанский государственный медицинский университет

Цель: анализ ошибок в диагностике экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) на этапе оказания первичной медицинской помощи.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, направленных на консультацию пульмонологу ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, где впервые установлен диагноз ЭАА в период 2017-2019 гг. Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS 23.

Результаты: всего 17 случаев ЭАА, что составило 11,7% от всех впервые выявленных интерстициальных заболеваний легких в период 2017-2019 гг. Мужчин было – 8 (47,1%), женщин – 9 (52,9%). Средний возраст пациентов 52,4±3,0 лет (от 31 до 75 лет). Профессиональная вредность была у 11 (64,7%) пациентов; еще 4 пациента держали в доме попугая или голубей. Продолжительность заболевания с момента обращения к врачу первичного звена, до направления на консультацию к пульмонологу ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ в среднем составила 8,0±1,8 месяцев. Ни одному пациенту не был установлен диагноз ЭАА. Направительные диагнозы в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ были: пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма, интерстициальное заболевание легких неуточненное. 76,5% получали ошибочное лечение, в том числе антибактериальные препараты (52,9%). По месту жительства спирометрия проведена – 6 пациентам, компьютерная томография высокого разрешения – 9 пациентам. У большинства пациентов отмечены жалобы на одышку (82,4%), кашель (76,5%), повышение температуры тела (41,2%). По данным объективного осмотра крепитация в нижних отделах легких была выявлена у 10 пациентов (58,8%). Дыхательная недостаточность по данным пульсоксиметрии выявлена у 5 пациентов (29,4%).

Выводы: основной ошибкой является несвоевременность диагностики ЭАА, что обусловлено недостаточным знанием врачей первичного звена об этой патологии.

МУКОВИСЦИДОЗ

80. ФЕКАЛЬНАЯ ЭЛАСТАЗА: ВСЕГДА ЛИ НАДЕЖНО?

Автор: Горинова Ю.В. – 1, Красовский С.А. – 2, 3, 4, Голубцова О.И. – 5, Симонова О.И. – 1

Организация: 1 – ФГАУ«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», Москва, 2 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, Москва, 3 – ГКБ им Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы, Москва, 4 – Медико-генетический научный центр, Москва, 5 – БУ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ Чувашии, Чебоксары

Актуальность. Эластаза-1 кала является широко применяемым маркером для оценки экзокринной функции поджелудочной железы. Однако, в случаях контроля уровня эластазы-1 в динамике иногда возникают ситуации, когда получаемое значение значительно противоречит предыдущему результату или результатам. Особенно, это вызывает вопросы в тех случаях, когда динамический контроль осуществляется в течение относительно короткого периода времени: от нескольких дней до нескольких недель.

Цель: оценить долю анализов на эластазу-1 кала со значительной вариабельностью значений у одних и тех же пациентов.

Материалы и методы: обследованы 42 пациента с МВ в возрасте от 1 года до 18лет, наблюдающиеся в ФГАУ«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» (Москва) и БУ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ Чувашии, (Чебоксары). Генотип всех пациентов включал мутацию E92K: из них 13 гомозигот. Всем пациентам в течение года неоднократно оценивался уровень эластазы-1 кала иммуноферментным методом с помощью Sche Bo Pancreatic Elastase 1 Stool test (ScheBoBiotechAG, Germany).

Результаты: у 15 пациентов отмечены значительные колебания результатов, у 10 из них разница достигала 3-10 кратной разницы. При чем, эти изменения в динамике сопровождались как уменьшением так и увеличением показателей. Таким образом, доля пациентов с варьирующими значениями составила 35,7%.

Заключение: настоящее данные говорят о возможной некоторой ненадежности тест-систем и/или дефектах преаналитического этапа подготовки материала. Целесообразна перепроверка результатов и обсуждение их с врачами лабораторной службы. Необходима комплексная оценка экзокринной функции поджелудочной железы.

81.
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В БУЗОО «КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МЗ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Авторы: Мусин С.Т. – 1, Козубенко Г.Ю. – 1, Романовская Е.В. – 1, Минькович О.П. – 1, Овсянников Н.В. – 2, Дрокина О.В. – 2

Организация: 1 – БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр», 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

Цель исследования: оценить эффективность диспансерного наблюдения взрослых пациентов с муковисцидозом (МВ) за период 2016–2018 гг.

За период с 2016 по 2018 год на базе БУЗОО «КХМЦ» г. Омска наблюдались пациенты с МВ (n=21, 11 мужчин и 10 женщин). Средний возраст пациентов составил 27,1 ± 8,3лет. При каждом посещении проводились осмотр пациента пульмонологом и другими специалистами, оценка росто-весовых показателей, обследования (лабораторные, инструментальные), коррекция терапии.

В процессе диспансерного наблюдения уделялось внимание поддержке веса пациентов на приемлемом уровне: назначался креон в дозе 10000 липазных единиц/кг/сутки; давались диетические рекомендации. Средняя масса тела пациентов (n=21) с муковисцидозом составила 55,6 ± 14,2 кг. Показатели спирографии: ОФВ1 в 2016 г. – 60,5%, 2018 – 60,8%, ФЖЕЛ 2016 г. – 66%, 2018 г. – 68,8%.

Частота госпитализаций в стационар на одного пациента с муковисцидозом: за 2016 год составила 1,6±0,75, за 2017 год 1,4±0,8, за 2018 год 1,35±0,8.

При посеве мокроты на флору до лечения, выделялись Pseudomonas aeruginosa в 1*109 степени и Staphylococcus aureus в 1*106 степени. При повторном посеве мокроты после стационарного лечения отмечалось уменьшение Pseudomonas aeruginosa до 1*106 ($p<0,05$) и Staphylococcus aureus.

В течение 8 лет с момента существования Центра на базе «КМХЦ» умерло 3 пациентов с крайне тяжелым течением МВ (2016г, 2017г).

Выводы:

1. Функция внешнего дыхания не имела тенденции к снижению
2. Удается контролировать уровень колонизации Pseudomonas aeruginosa и Staphylococcus aureus
3. Поддерживается нутритивный статус пациентов
4. Количество госпитализаций по поводу обострения МВ сократилось.

82.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Авторы: Красовский С.А. 1 – 3, Поливанов Г.Э.– 2, Рыбалкин А.Э.– 2, Бутюгина И.Н. – 2, Баймаканова Г.Е. – 4

Организация: 1 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, Москва, 2 – ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗ г. Москвы, Москва, 3 – Медико-генетический научный центр, Москва, 4 – Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова

Цель: оценить структурные изменения поджелудочной железы у взрослых пациентов с «мягкими» мутациями

Материалы и методы: проанализированы данные 38 взрослых пациентов с муковисцидозом (возраст от 18 до 52 лет) в генотипе которых присутствовала хотя бы одна «мягкая» мутация: 17 пациентов с мутацией E92K, 11 с мутацией 3849+10kbC>T, 3 с 2789+5G>A, 2 с R334W, 2 с 3272-16T>A, 2 с 3849G>A, и один пациент с мутацией Q98R. КТ живота проводилась по стандартной методике с внутривенным контрастированием, определялись размеры и плотность железы

Результаты: из 38 пациентов полностью интактная поджелудочная железа выявлена у 24 пациентов, в других случаях определялась различная глубина структурных изменений: от полной атрофии с критическим снижением размеров до наличия участков жировой дистрофии на фоне сохранных размеров органа. Интактная ткань определялась у 47,1% с мутацией E92K, у 72,7% с мутацией 3849+10kbC>T, у всех пациентов с 2789+5G>A, R334W, 3849G>A и Q98R. У 2 пациентов с 3272-16T>A отмечались дистрофические и атрофические изменения

Заключение: 36,8 % взрослых пациентов с «мягкими» мутациями имеют те или иные структурные изменения поджелудочной железы, наименьшая протективность отмечена у мутации E92K. Компьютерная томография или другие методы имидж-диагностики должны занять существенное место в диагностики статуса поджелудочной железы у больных муковисцидозом.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

83.
ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА И ДНЕВНАЯ ГИПОВЕНТИЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Горелов А.И., Кучеренко Н.Г., Умарова И.А., Бебех А.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского; ФГБУЗ «Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова» ФМБА России

Цель исследования: изучить состояние дыхания во время сна и наличие нарушений газового состава артериальной крови у пациентов с морбидным ожирением перед проведением бариатрической операции.

Методы: обследован 21 пациент с ИМТ≥40 кг/м2 в рамках предоперационной подготовки к бариатрической операции (средний возраст 42,9 лет, 12 мужчин, 9 женщин). Всем пациентам выполнялись ночной кардиореспираторный мониторинг, исследование газового состава артериальной крови, комплексное функциональное тестирование внешнего дыхания.

Результаты: дыхательные нарушения во время сна отсутствовали у 9,5% пациентов. У 23,8% обследованных был диагностирован синдром обструктивного апноэ сна легкой степени, у 4,8% – синдром обструктивного апноэ сна средней степени тяжести, у 61,9% – синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени. По результатам анализа газового состава артериальной крови у 19% обследованных определялся уровень PaCO2>45 мм рт.ст. Гиперкапния имела место только в группе больных с синдромом обструктивного апноэ сна тяжелой степени. У пациентов с гиперкапнией определялись значительные рестриктивные нарушения механики дыхания со снижением общей емкости легких и ФОЕ, что позволило диагностировать синдром ожирения-гиповентиляции и установить необходимость неинвазивной вентиляции легких в пред- и послеперационном периоде.

Заключение: У большинства пациентов с морбидным ожирением имеют место дыхательные нарушения во сне. В случае диагностики обструктивного апноэ сна тяжелой степени возрастает вероятность синдрома ожирения-гиповентиляции. Предоперационный скрининг на предмет дыхательных нарушений во время сна и гиперкапнии позволяет определиться с тактикой пред- и послеоперационной респираторной терапии.

84.
АЦЕТАЗОЛАМИД В ЛЕЧЕНИИ ДЫХАНИЯ ЧЕЙНА-СТОКСА

Автор: Сорокина К.В., Пальман А.Д., Полтавская М.Г.

Организация: Сеченовский университет

Цель исследования: изучить эффективность лечения ацетазоламидом дыхания Чейна-Стокса (ДЧС) во время сна у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также выявить факторы риска развития ДЧС у этих больных.

Материалы и методы: обследовано 37 пациентов с ХСН 2-4 ФК, без хронической дыхательной и почечной недостаточности, анемии, нарушения мозгового кровообращения и ожирения. Для выявления ДЧС проводилось кардиореспираторное мониторирование. Также пациентам проводилось исследование газового состава артериальной крови, ЭХОКГ, тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты: ДЧС во время сна выявлено у 23 больных из 37. У пациентов с ДЧС средняя сатурация кислорода ночью – 91.8±0.8%. У остальных – 94.0±0.8% ($p>0.05$). Средние значения pCO_2 в артериальной крови – 35.2±0.5 мм рт. ст. и 35.0±0.9 мм рт. ст. в группах с и без ДЧС соответственно ($p>0.05$). Среднее пройденное расстояние по данным 6-минутного теста у пациентов с ДЧС составило 297.1±23.2 м, а без ДЧС – 310.1±32.6 м ($p>0.05$).

18 пациентов с ДЧС были рандомизированы в 2 группы. В I группе (8) пациентам был назначен ацетазоламид. В контрольной группе (10) ацетазоламид не назначался.

Через 6 месяцев в I группе отмечено значимое уменьшение тяжести дыхательных нарушений во время сна (индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) снизился с 33.14±3.9 до 14.7±4.0 ($p<0.05$). В контрольной группе –с 22.84±1.1 до 21.68±3.9. Была отмечена тенденция к снижению сердечно-сосудистой смертности у пациентов I группы ($p>0.05$).

Заключение: ДЧС выявлялось у 62% больных с ХСН. У пациентов с ДЧС не отмечалось худшей толерантности к физическим нагрузкам и более низкого содержания CO_2 в артериальной крови. Включение ацетазоламида в терапию приводит к уменьшению дыхательных расстройств во время сна и, возможно, снижает сердечно-сосудистую смертность.

85.
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРАПОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Автор: Мостовой Л.В., Овчинников Ю.В., Зайцев А.А., Лиходий В.И., Киткин Д.Н.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (филиал), г. Москва

Цель исследования: оценить распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у группы пожилых пациентов терапевтических отделений стационара с жалобами на сильный храп, наличием артериальной гипертензии, избыточным весом различной выраженности.

Материал и методы: Протокол исследования предполагал проведение респираторного мониторирования в течение 7 часов во время ночного сна у пожилых пациентов, поступающих в терапевтические отделения стационара. Всего за период наблюдения в течение 3 лет проведено 90 исследований. Средний возраст пациентов

составил у мужчин – 66,2 лет; у женщин – 62,5 лет. Из числа больных: мужчины – 54 (60%), женщины – 36 (40%).

Результаты и выводы: по результатам исследования отмечена высокая частота СОАС в целом (у мужчин – 94,5%, у женщин – 88,9%) и уровня тяжелых форм в частности (у мужчин – 55%, у женщин – 38%) у лиц пожилого возраста.
Выявлено преобладание тяжелых форм СОАС у мужчин и женщин с ожирением 3 степени (71% у мужчин, 83% – у женщин).
При анализе взаимосвязи СОАС с артериальной гипертензией (АГ) у мужчин отмечена тенденция к увеличению степени артериальной гипертензии с утяжелением степени СОАС. У женщин такой четкой взаимосвязи не прослеживается (характерно преобладание АГ 2 степени во всех группах). У пожилых мужчин с тяжелым СОАС и ожирением 3 степени преимущественно диагностировалась АГ 3 степени (67%), у женщин АГ 2 степени (80%).
Таким образом, наличие у пожилых пациентов храпа, ожирения 3 степени и артериальной гипертензии 3 степени предполагает высокую частоту выявления тяжелого СОАС.

86.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА. РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА ARKHSLEEP

Автор: Хохрина А.И., Андреева Е.А.,Попов В.В.

Организация: ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Архангельск, Россия)

Нарушения дыхания во сне (НДС) – это состояние, характеризующееся повторяющимися дыхательными паузами во время сна. Распространенность НДС в общей популяции по данным международных исследований значительно варьирует. Одной из причин является использование различных пороговых уровней индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) – основного критерия диагностики НДС. Цель исследования ARKHsleep: оценка распространенности НДС среди взрослого населения Архангельска.

Методы: 1050 участников в возрасте 30 – 70 лет были случайным образом отобраны из прикрепленного к Архангельской клинической городской поликлинике №2 населения. Вероятность риска НДС была оценена с использованием шкалы сонливости Эпворт и подсчетом индекса массы тела (ИМТ). В группу высокого риска (ИМТ ≥ 25 кг/м2 и/или шкала Эпворт ≥ 8 баллов) вошли 726 человек, из них 322 отказались проходить обследование. Из группы низкого риска (324 человека) случайным образом были отобраны 6% (50 человек) респондентов, которые были включены в группу контроля. Респираторный мониторинг проводился в течение одной ночи в домашних условиях с использованием портативного устройства Somnolter®.

Результаты: 454 человека соответствовали критериям включения и прошли полное обследование. Выборка включала 41,2% мужчин, средний возраст составил 53,1 ± 11,3 года. Распространенность НДС легкой (ИАГ≥5), среднетяжелой (ИАГ≥15) и тяжелой (ИАГ≥30) степени составила 48,9% [95% ДИ: 45,8 –51,9%], 18,1% [95% ДИ 15,9 –20,6%] и 4,5% [95% ДИ: 3,2 – 5,8%], соответственно.

Заключение: Исследование выявило высокую распространенность НДС среди взрослого населения Архангельска. Однако требуется дальнейшее углубленное изучение взаимосвязи НДС с сопутствующей патологией для оценки влияния апноэ на прогноз и качество жизни пациентов.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

87. ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ФЕНОМЕНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Лаптева Е.А. – 1, Коваленко И.В. – 1, Лаптев А.Н. – 1,
Позднякова А.С. – 1,
Катибникова Е.И. – 1, Коровкин В.С. – 1, Эльжбур М.С. – 2, Лаптева И.М. – 3,
Харевич О.Н. – 1, Бинецкая Е.А. – 4, Зябко М.Н. – 4,
Каранкевич А.А. – 4, Нарушевич Ю.Ю. – 4, Дубиневич В.В. – 4

Организация: 1 – Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Республика Беларусь, г. Минск; 2 – Учреждение здравоохранения «Минский областной противотуберкулезный диспансер», Республика Беларусь, Минская область, д. Лесковка; 3 – Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск; 4 – Общество с ограниченной ответственностью «Хэлси Нетворкс», Республика Беларусь, г. Минск

Введение: респираторная акустика и сопоставление ее результатов с клинико-функциональными, лабораторными, рентгенологическими данными представляется важной составляющей при работе с пациентами пульмонологического профиля.

Цель: изучить эффективность использования нейронных сетей при осуществлении аускультации у пациентов с болезнями органов дыхания (БОД).

Материал и методы: Проанализировано более 40000 записей легочных звуков у пациентов с различными БОД. Для записи легочных звуков использовался электронный стетоскоп LungPass. Последующий анализ записей и классификация типа аускультативного феномена (нормальное дыхание, свистящие хрипы, сухие басовые хрипы, влажные хрипы, крепитация) осуществлялись на основе алгоритма машинного обучения. Рассчитывали чувствительность (Se) и специфичность (Sp) метода.

Результаты: В зависимости от типа аускультативного феномена Se составила от 86,67% до 93,33%, Sp – от 83,33% до 98,33%. Анализ спектрограммы аудиосигнала снизил частоту ошибочных оценок в среднем на 38%. Выявление ранних аускультативных критериев ухудшения течения заболевания у пациентов с ХОБЛ позволило предотвратить прогрессирование симптоматики в 30% случаев.

Заключение: Автоматическая классификация аускультативных феноменов имеет высокие показатели чувствительности и специфичности и применима для раннего обнаружения и мониторинга БОД. Спектрограмма объективизирует результаты аускультации. Использование метода автоматической классификации аускультативных феноменов и возможность ревизии результатов позволяют повысить эффективность диагностики респираторной патологии у пациентов, у которых нежелательно проведение рентгенологического исследования, а также упрощает проведение экспертной оценки качества оказания медицинской помощи.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

88.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ЛФК И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНАЖЕРОВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

Автор: Листопадова М.В., Родионова В.М., Иванова М.А.

Организация: Смоленский государственный медицинский университет

Цель: оценить эффективность мер физической реабилитации у пациентов с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: проанализированы данные 72 пациентов с внебольничной пневмонией за период восстановления 1 месяц. Выделены 2 группы больных: отказавшиеся (n=36) и участвовавшие в реабилитации (n=36). Оценены клинические проявления нозологии, функциональные показатели дыхания, а также индекс астении. Далее с пациентами проведен курс физиотерапевтической реабилитации с использованием мотивирующего вдох спирометра и системы PEP-терапии вибрационного типа Acapella® (10 дней) и курс дыхательной гимнастики (20 дней). Через 1 месяц реабилитации повторно оценены клинические и функциональные показатели.

Полученные результаты: клинические проявления в виде кашля и одышки у пациентов с внебольничной пневмонией до реабилитации в сравниваемых группах выявлялись в равной степени. После применения дыхательных тренажёров и курса дыхательной гимнастики достоверно снизились клинические проявления нозологии по сравнению с группой пациентов, не участвовавших в реабилитации. При помощи шкалы астенического состояния мы проводили экспресс-диагностику индекса астении. В группе реабилитации этот показатель достоверно снижался на протяжении месяца, в то время как в группе без реабилитации к концу периода наблюдения он оставался высоким у 56% анкетируемых. При анализе в динамике показателей функции внешнего дыхания (ФВД) после курса реабилитации отклонений показателей выявлено не было. У группы не участвовавших пациентов через 1 месяц у 26% сохранялось снижение основных показателей ФВД.

Выводы: сочетание базового лечения пневмонии и физических мер реабилитации позволяет достичь высокого уровня клинической компенсации заболевания и улучшение функции дыхания в течение первого месяца наблюдения.

89.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

Автор: Моногарова Н.Е., Моногарова Н.Е., Цирковская Е.Р., Семендяева А.В.
Организация: Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется прогрессирующим течением, приводит к инвалидности, ухудшению качества жизни и нередко к летальному исходу. Идиопатический легочной фиброз (ИЛФ) относится к редкой патологии лёгких и в последнее 10-летие наблюдается рост этого заболевания, которое тоже прогрессирует, характеризуется неблагоприятным прогнозом и ухудшением качества жизни.

Цель исследования: изучить показатели качества жизни у больных с ХОБЛ И ИЛФ, определить их взаимосвязь с показателями функции внешнего дыхания, шкалой MRC, показателями насыщения крови кислородом (SaO2).

Материалы и методы исследования: спирометрия, пульсоксиметрия, оценка шкалы одышки, MRC, заполнение опросника качества жизни MOC SPF-36. Обследовано 34 с ХОБЛ, 24 с идиопатический легочным фиброзом, 24 здоровых особ.

Анализ показателей качества жизни у пациента пациентов с ХОБЛ и ИЛФ выявил снижение по всем шкала оценки. Так, показатель физической активности у здоровых приближался к максимальному значению –84,8 ± 5,0 у.ед.,тогда как у всех больных с ИЛФ он был меньше в 2,4 раза –35,0 ± 2,2 у.ед., при ХОБЛ – 47,3 ± 3,14 у.ед.

Больные с ИЛФ и ХОБЛ не выполняют в полном объеме свою привычную работу, что проявляется снижением жизнедеятельности за счет физических проблем; болевые ощущения не характерны для пациентов с ИЛФ, поэтому показатель в «боль» (Б) у этих больных не отличается от показателей здоровых – соответственно: 65,9 ± 6,4 у.ед. и 62,7 ± 2,3 у.ед. У больных с ХОБЛ отмечались болевые ощущения (43,4 ±0,7 у.ед.).

У всей групп пациентов наблюдалась одышка. Одышка, как и остальные симптомы, влияет на качество жизни больных ИЛФ и ХОБЛ. Физический компонент здоровья был снижен у пациентов обеих групп, соответственно 37, 7 ± 2,5 (при ИЛФ) и 43,4 ± 2,5 (при ХОБЛ)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

90. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ: МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКИ ВРАЧЕЙ

Автор: Ниязова Ф.Н., Гафнер Н.В., Мухсинов Ф.М., Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В.

Организация: РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить мнения и взгляды врачей по отношению к антибиотикам (А) и провести ситуационный анализ практик их рекомендаций.

Материал и методы: опрос 275 врачей, представляющих медицинские услуги пациентам и медицинская документация по ведению пациента.

Результаты: 93,7% врачей говорят об ожидаемых рисках для здоровья связанные с А, в том числе повышение резистентности к А (73,4%), диарея (81,2%), аллергические реакции (78,1%), тошнота/рвота (57,8%), сыпь (68,3%). Рекомендации врачей к назначению А отмечены при ОРВИ (34,3%), остром бронхите (71,9%), кашле до 3-х дней (48,4%), при кашле более 7 дней (73,5%) и температуре неясной этиологии (73,3%). Факторами, повышающими вероятность назначения А при ОРИ не уточненной этиологии, являются – гнойные выделения из носа (54,7%), продуктивный кашель с желтой/зеленой мокротой (71,9%), продолжительность симптомов простуды более 3–4 дней (40,4%) и утверждения пациента, что «в прошлый раз при таких же симптомах стало лучше после А» (21,8%).Клиническая ситуация «кашель более 5 дней у взрослых при нормальной температуре» определяет вероятность назначения А в 25%, а «гнойный насморк у взрослых при нормальной температуре» – в 57,8%. До 53,1% врачей не поддерживает на практике утверждение «Я назначаю антибиотики, рекомендованные в клинических протоколах, даже если я не считаю, что это необходимо». До 21,9% врачей подтверждают, им трудно не назначать А при острых респираторных инфекциях, потому что другие врачи их назначают и 3,2% врачей утверждают, что им трудно не назначить антибиотики, когда пациенты их просят, даже если антибиотики не показаны.

Заключение: знания, отношения и практика использования А на уровне поставщиков медицинских услуг отражают серьезные проблемы, приводящие к росту необоснованного и нерационального применения А.

91.
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Автор: Манаков Л.Г., Полянская Е.В.

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

Цель: анализ степени влияния социально-экономических факторов внешней среды на уровень обеспеченности пульмонологии ресурсами здравоохранения.

Материал и методы исследования: использованы методы сравнительного и корре-ляционного анализа, методы анализа динамических рядов и информационная база данных Росстата, Минздрава РФ и ЦНИИОЗ.

Результаты: установлено, что средняя и высокая степень корреляционной зависимости уровня обеспеченности здравоохранения врачами-пульмонологами и больничными койками по профилю пульмонологии ($\rho = -0{,}6416$ и $\rho = -0{,}8166$) наблюдается от плотности населения: в условиях низкой плотности населения значительно возрастает потребность отрасли в кадровых и материально-технических ресурсах. Другим значимым фактором, оказывающим влияние на обеспеченность ресурсами здравоохранения в пульмонологии, является уровень благосостояния населения. При этом наиболее значимой является обратная, средней силы корреляционная связь между уровнем бедности и уровнем обеспеченности врачами-педиатрами ($\rho = -0{,}6209$) и врачами-пульмонологами ($\rho = -0{,}5202$) и прямая корреляционная связь между величиной валового регионального продукта (ВРП) и обеспеченностью врачами-пульмонологами ($\rho = 0{,}7586$) и больничными койками по профилю «пульмонология» ($\rho = 0{,}4605$). Одновременно корреляционный анализ выявил средней степени зависимость доступности медицинской помощи от уровня экономического благополучия региона: чем больше величина ВРП на душу населения в регионе, тем выше степень доступности и удовлетворенности медицинской помощи ($r = 0{,}75$).

Заключение: основными детерминантами обеспеченности ресурсами пульмонологии и степени доступности медицинской помощи населению являются социально-демографические и социально-экономические факторы: плотность населения, уровень его жизни и ВРП

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

92.
РЕЗУЛЬТАТЫ 3-Х МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Автор: Бабушкина Г.В., Градусова М.Ю., Асадуллина Г.В., Губаева А.М.

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Цель работы: оценить эффективность применения непрямых антикоагулянтов и прогностическое значение шкалы Geneva у пациентов с ТЭЛА в течение 3-х мес. после выписки. Материалы и методы: в исследование было включено 45 пациентов с ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ №13 г. Уфы.

Для сравнения были взяты 3 репрезентативные группы пациентов с ТЭЛА, которые были рандомизированы как по полу и возрасту, так и по основным клиническим и функциональным показателям. Показаний для тромболитической терапии в исследуемой группе не было. Пациенты наблюдались как во время стационарного лечения, так и в течение трех месяцев после выписки. Пациентам назначались прямые антикоагулянты в течение 5–7 дней с переходом на непрямые антикоагулянты: 16 пациентам был назначен ривароксабан 30 мг в сутки в течение 10 дней, с дальнейшим приемом 20 мг в сутки; 15-варфарин под контролем МНО;14-дабигатран 150 мг 2 раза в день. Результаты: высокая клиническая вероятность ТЭЛА установлена у 37,7%, средняя у 55,5%, низкая-у 6,6%. При проведении ЭХО-КГ после курса лечения было выявлено снижение РДПЖ в группе, принимавших варфарин на 17,4%, ривароксабан – 25,9%, дабигатран – на 23,6%. В течение трех месяцев наблюдения 2 пациентки, принимавшие варфарин, были госпитализированы с рецидивом ТЭЛА. У пациентов, принимавших ривароксабан и дабигатран, рецидивов ТЭЛА в течение трех месяцев не наблюдалось. Выводы: таким образом, проведение антикоагулянтной терапии больным с ТЭЛА способствует уменьшению степени легочной гипертензии и предотвращению развития рецидивов ТЭЛА в течение трех месяцев наблюдения, наиболее эффективно в группах, принимающих ривароксабан и дабигатран. Клиническая вероятность развития ТЭЛА по шкале Geneva в 93,2 % случаев была высокой и средней.

93.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИЛДЕНАФИЛА В ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Автор: Костюкова Е.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А.

Организация: ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, г.Симферополь, Россия

Введение: легочная гипертензия (ЛГ), характеризующаяся прогрессивным повышением лёгочного сосудистого сопротивления, ведет к правожелудочковой недостаточности и преждевременной смерти, имеет сложную этиологию и патогенез, что значительно затрудняет своевременную диагностику и лечение. Применение силденафила у пациентов с различным уровнем кардиоваскулярного риска изучено недостаточно.

Цель: оценить эффективность и переносимость препарата силденафил у больных, высокого кардиоваскулярного риска.

Методы исследования: Было обследовано 47 пациентов с вторичной ЛГ в сочетании с ИБС, стенокардией II и III ФК, постинфарктным кардиосклерозом (17 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 56 до 77 лет. Больные были разделены на две группы: 23 пациента получали традиционную терапию (вазодилататоры, антикоагулянты, диуретики, сердечные гликозиды, оксигенотерапия), а 24 пациента дополнительно к стандартному лечению получали силденафил кардио 20 мг 3 раза в сутки.

Результаты: пациенты наблюдались в течение 12 недель, оценивали динамику среднего давления в легочной артерии (ДЛАср.), динамику переносимости физических нагрузок по результатам теста с 6-минутной ходьбой (Т6МХ), индекса одышки по Боргу, а также время до развития клинического ухудшения (смерть, потребность в трансплантации легких, госпитализации по поводу ЛАГ для инициации или назначения дополнительной терапии ЛАГ – эпопростенол или бозентан).
В результате 12-недельной терапии силденафилом достоверно по сравнению с группой контроля увеличивалась дистанция в Т6МХ ($p<0,001$) – к 12-й неделе лечения прирост дистанции в Т6МХ составил – 45 м ($p<0,001$). Отмечался быстрый эффект терапии силденафилом: увеличение дистанции в Т6МХ отмечалось уже к 4-й неделе лечения.

94.
ИНДЕКС ОБСТРУКЦИИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА ВЫСОКОГО, ПРОМЕЖУТОЧНОГО И НИЗКОГО РИСКА

Автор: Бачурина М.А., Мазур Е.С., Мазур В.В., Рабинович Р.М.

Организация: ГБУЗ «Областная клиническая больница Тверской области», 170036, Тверь, Россия, ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 170100, Тверь, Россия

Цель работы: изучить влияние особенностей обструкции сосудистого русла малого круга на клинические проявления тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы: в исследование включены 127 пациентов с ТЭЛА, верифицированной при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастированием легочных сосудов. Среди них было 57 пациентов с ТЭЛА высокого риска, 39 – с ТЭЛА промежуточного риска и 31 – с ТЭЛА низкого риска. Определялся индекс обструкции сосудов малого круга кровообращения и ее уровень.

Результаты: средние величины индекса обструкции у больных ТЭЛА высокого и промежуточного риска равнялись 42,5 %, а у больных низкого риска – 12,5 % (p <0,001). У 80,7 % больных ТЭЛА высокого риска отмечалась обструкция ствола или главных ветвях легочной артерии, у 92,3 % больных промежуточного риска – обструкция главных или долевых ветвей, у 93,5 % больных низкого риска – долевых или сегментарных ветвей легочной артерии. Инфаркт легкого выявлен у 89,2 % больных с обструкцией сегментарных ветвей легочной артерии и лишь у 28,0 % больных без обструкции на этом уровне (p <0,001).

Заключение: гемодинамические нарушения при ТЭЛА возникают при индексе обструкции более 30 %. Развитие обструктивного шока ассоциируется с поражением ствола легочной артерии, развитие инфаркта легкого – с поражением сегментарных ветвей легочной артерии.

95.
ПАЦИЕНТЫ С ТЭЛА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У КОНТИНГЕНТА БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Автор: Бахирев А.М., Илюхин К.С.

Организация: Петрозаводский государственный университет, мединститут, г. Петрозаводск

Цель: проанализировать структуру контингента и особенности летальности от ТЭЛА у лиц, госпитализированных в больницу скорой медицинской помощи города Петрозаводска с января 2015 по август 2018 года.

Материалы и методы: изучены 398 историй болезни, в том числе 60 случаев летального исхода. В стационаре проведено стандартное общеклиническое исследование, электрокардиография, эхокардиоскопия, ультразвуковое исследование вен ног, спиральная компьютерная томография с контрастированием легочной артерии, использованы предтестовые шкалы вероятности (ПТВ) Wells и Geneva, индекс риска ранней смерти (PPC) –PESI.

Средний возраст пациентов составил 65±16 лет. Госпитализированы «по скорой» – 74, планово – 12 %, у 14% –ТЭЛА оказалась случайной находкой. По шифру МКБ в 65 % ТЭЛА выступала в качестве основного заболевания, в качестве осложнения – у 35%.

Структура преморбидного статуса:1. Гипертоническая болезнь – 87%, инфаркт миокарда в анамнезе – 28%, ХСН,– 52.5%, фибрилляция предсердий – 28%, травма – 3,4%, варикоз – 13%, флебит и тромбоз – 8,1% , онкология – 20,6 %, в том числе выявлено в стационаре – у 2,6%, сахарный диабет – 25 %,ожирение – у 13,2%, ОНМК – у 42,3%, сепсис -1,2 %,ТЭЛА в прошлом – у 3,5%, полостные операции – 20%; 2. Факторы риска (ФР) – у 87,%(три), умершие – три (68,5%), остальные имели по четыре-пять.

Результаты: отмечено 15% смертельных исходов, средний возраст погибших составлял 73 года. Большинство из них (94%) госпитализированы в отделения тера-

певтического профиля: «под флагом» пневмонии, бронхообструктивного, острого коронарного синдрома, декомпенсации ХСН. Средний срок нахождения на стационарном лечении до развития ТЭЛА составил 21±4 дня. Среди ФР преобладали ХСН (52%) и ФП (29%).

96.
СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – УНИКАЛЬНЫЙ ФЕНОТИП БОЛЕЗНИ

Автор: Юдкина Н.Н., Волков А.В.

Организация: ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Прогноз пациентов с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ), ассоциированной с системной склеродермией (ССД), значительно хуже, чем при других вариантах ЛАГ, даже на фоне применения современных методов лечения. Выделение клинического фенотипа внесет вклад в раннюю диагностику заболевания и к снижению смертности пациентов.

Проведен анализ частоты клинических, лабораторных и инструментальных признаков ССД у 51 пациента с ЛАГ-ССД в сравнении с 65 больными ССД без ЛАГ. Статистическая обработка данных проводилась методом многовариантной логистической регрессии. Результаты представлены в виде отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ).

Время до постановки диагноза ССД у пациентов с ЛАГ достоверно больше, чем при классической ССД – 109 (62;231) и 38 (16;75) месяцев соответственно. Выявлены проявления ССД, ассоциированные с ЛАГ: антицентромерные антитела (ОШ 15,2; 95% ДИ 5,4 – 43,0), телеангиэктазии (ОШ 13,7; 95% ДИ 3,8 – 41,4), сывороточный уровень мочевой кислоты >340 мкмоль/л (ОШ 7,7; 95% ДИ 3,3 – 18,2), атрофия кожи пальцев кистей (ОШ 5,2; 95% ДИ 1,6 – 17,4), увеличение ФЖЕЛ/ДСЛ >1,8 (ОШ 4,4; 95% ДИ 1,9 – 9,8), длительность заболевания до появления поражения кожи >14 месяцев (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,7 – 8,5), ДСЛ <55% от должного (ОШ 3,4; 95% ДИ 1,5 – 7,4). Обнаружены проявления ССД, снижающие вероятность развития ЛАГ: диффузная индурация кожи (ОШ 0,44; 95% ДИ 0,24 – 0,83), контрактуры (ОШ 0,21; 95% ДИ 0,09 – 0,47), поражение кожи в дебюте заболевания (ОШ 0,14; 95% ДИ 0,05 – 0,37), проксимальная склеродермия (ОШ 0,08; 95% ДИ 0,02 – 0,37), антитела Scl-70 (ОШ 0,5; 95% ДИ 0,01 – 0,21).

Отсутствие типичных кожных изменений и скудность симптоматики – причина поздней диагностики. Выделение фенотипа ССД-ЛАГ позволит рано диагностировать и своевременно назначить специфическую терапию.

ПНЕВМОНИЯ

97.
ПРОКАЛЬЦИТОНИН КАК МАРКЕР ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ И ЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Автор: Барламов П.Н., Токарева И.В.

Организация: ГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава РФ

Цель: изучить возможность использования ПКТ для дифференциальной диагностики пневмонии и ЛИЛ у больных ОМЛ. Материалы и методы. ПКТ исследовали иммунолюминометрическим методом. Трактовка результатов ПКТ осуществлялась на основании литертурных данных: при ПКТ < 0,5 нг/мл – низкий риск тяжелого сепсиса и (или) септического шока; ПКТ 0,5 –2 нг/мл – умеренный ССВР (синдром системной воспалительной реакции); ПКТ> 2 нг/мл – тяжелый ССВР, высокий риск тяжелого сепсиса; ПКТ >10 нг/мл и выше – выраженный ССВР (тяжелый бактериальный сепсис). Обследовано 25 пациентов с ОМЛ (из них 14 мужчин, 11 женщин) в возрасте от 31 до 87 лет. 1 группа –пациенты, имеющие лихорадку и очаги инфекции (N = 5), имели цифры ПКТ >10 нг/мл. 2 группа –пациенты, с лихорадкой и инфильтративными изменениями в легких (N = 13). Вторая группа была разделена в зависимости от результатов ПКТ: 2А – группа (ПКТ< 0,5 нг/мл) – 5 человек; и 2Б – группа (ПКТ>10 нг/мл) 8 человек. Больные ОМЛ третьей группы (6 человек) не имели признаков очаговой инфекции. Содержание ПКТ в крови было <0,5 нг/мл.
Малочисленность групп исследования не позволили нам провести полноценную статистическую обработку. Однако четко выраженные тенденции: отсутствие повышения ПКТ >0,5 нг/мл у больных без очагов инфекции и повышение >10 нг/мл у больных с очагами инфекции позволило трактовать инфильтраты у больных ОМЛ без подъёма ПКТ > 0,5 нг/мл как ЛИЛ. В то же время повышение ПКТ >10 нг/мл у больных можно трактовать как П.

98.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Автор: Бриткова Т.А, Андреева С.В., Мартихина Н.А., Сафиуллина А.И.

Организация: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», кафедра детских инфекций

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, особенности течения и лечения внебольничной пневмонии (ВП) у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 100 историй болезни детей различного возраста с диагнозом ВП, госпитализированных в стационар в 2018 г.

Полученные результаты: в структуре больных с ВП преобладали дети раннего возраста: дети до 1 года- 9 %, дети от 1 года до 3-х лет- 37 %, дети с 3-х до 7 лет составили суммарно 33 %, дети старше 7 лет до 14 лет- 21 %. У детей раннего возраста четко прослеживаются внутрисемейные контакты с больными пневмонией, бронхитами ОРИ -73 %, а также низкий процент вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции. При этом следует отметить высокий удельный вес факторов риска: роды путем Кесарева сечения -26 %, отягощенный аллергоанамнез –23 %, рецидивирующее течение ВП –6 %. В группе детей от 1 года до 3-х лет отмечается неблагоприятный антибактериальный анамнез : около 16 % детей за последние 6 месяцев получали антибиотикотерапию, что свидетельствует о рецидивирующем течении инфекций дыхательных путей. Во всех возрастных группах отмечается низкий процент этиологической расшифровки ВП. Наряду с пневмококком выделены : микоплазма 3 %, риновирусы, вирусы гриппа -11 %. Во всех возрастных группах преобладают очаговые неосложненные формы пневмоний. В группах детей до 1 года и с 1 года до 3-х лет ВП протекает у 56 % больных на фоне синдрома бронхиальной обструкции. В 5 % случаев у больных с ВП имелась сопутствующая патология в форме бронхиальной астмы. В лечении ВП у больных всех возрастных групп преобладают антибиотики из группы цефалоспоринов – до 68 %, в раннем возрасте в комбинации с макролидами –у 37 %.

Вывод: остается высокой заболеваемость ВП у детей раннего возраста.

99.
ДИНАМИКА РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ХРОМАТИНА ЯДЕР НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Автор: Колпаков М.В. – 1, Евглевский А.А. – 2, Шульженко Л.В. – 1,2

Организация: ГБУЗ «НИИ-ККБ№1 им. проф. С.В. Очаповского» МЗ КК г. Краснодар – 1; ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар – 2

Цель: определить уровень реструктуризации хроматина ядер нейтрофильных гранулоцитов (НГ) при внебольничной пневмонии (ВП) тяжелого течения.

Материалы и методы: пациентам с ВП тяжелой степени (n=13) получавших лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Проводился забор и приготовление мазка крови при поступлении, а так же в 3, 7, 10 сутки госпитализации соответственно. Полученный материал окрашивали тулоидиновым синим при pH-5,0 и изучали в поляризационном микроскопе МП 8. При этом полуколичественным методом определяли величину оптической анизотропии (ОА) хроматина НГ, которая служит показателем его реструктуризации. Контрольными значениями служили аналогичные показатели здоровых добровольцев (n=15). Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистки.

Результаты исследований: величина оптической анизотропии у пациентов с тяжелой ВП при поступлении составила 1,57±0,32 условных единицы (усл.ед.) на 3-е сутки госпитализации наблюдалось достоверное увеличение ОА ядер НГ на 7% ($p<0,05$) и равнялось 1,68±0,22 усл.ед. На 7 и 10 сутки болезни показатель продолжил рост на 8% и 14% ($p<0.05$) составлял 1,82±0,15 усл.ед. и 2,09±0,32 усл.ед. соответственно. У здоровых добровольцев ОА хроматина НГ составляла в среднем

2,11±0,05. Статистическая значимость отличия от соответствующих результатов характерных для пациентов с ВП на уровне не менее чем p<0.05.

Заключение: величина оптической анизотропии ядер НГ являющейся обратной величиной реструктуризации хроматина ядер НГ, а как следствие и показателем функциональной активности клетки. Выявленная активация ядерного аппарата НГ больных с ВП, закономерно снижается по мере течения заболевания, что может быть использовано в оценке тяжести течения ВП.

100.
СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ (СВВП) У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Авторы: Добрых В.А. – 1, Алиев А.М. – 2, Мамровская Т.П. –1, Уваровит И.В. – 1, Тен Т.К. – 1, Шульга А.В. – 2

Организация: 1 – Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 2 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» МО РФ г. Хабаровск

Цель: сравнительный анализ особенностей течения СВВП, обнаруженной в процессе проведения планового флюорографического обследования. Материалы и методы : 202 молодых мужчин, военнослужащих. После обнаружения изменений, подозрительных на пневмоническую инфильтрацию, пациенты были госпитализированы в пульмонологические или терапевтическое отделения 301 ВКГ, где в ходе обследования и лечения диагноз ВП был верифицирован. Результаты: В отличие от группы больных с типичной манифестацией ВП, у пациентов с СВВП отмечено более частое употребления табака, преобладания фенотипов неопределенного направления закручивания волос на затылке и эритроцитарного антигена группы 2А., более слабая выраженность субъективных симптомов, отражающих общее состояние и параметры кашля. Относительно чаще встречалась моносегментарная левосторонняя локализация ВП, преимущественно, за счет верхнедолевого расположения. Для пациентов с СВВП был типичен более низкий лейкоцитоз крови и реже встречающаяся протеинурия. Выводы Рекомендуется расширить показания для лучевого исследования органов грудной клетки в популяции молодых мужчин военнослужащих при острой патологии респираторной системы и отсутствии клинических симптомов поражения нижних дыхательных путей

101.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОСЕГМЕНТАРНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ (МВП) РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Автор: Добрых В.А. – 1, Алиев А.М. – 2, Мамровская Т.П. – 1, Уварова И.В. – 1, Тен Т.К. – 1, Дьяченко О.А. – 1, Шульга А.В. – 2, Романюха Р.В. – 2

Организация: 1 – Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет », 2 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» МО РФ г. Хабаровск

Цель: сравнительная оценка длительности течения и особенностей системной и местной воспалительной реакции при мВП разной локализации у молодых мужчин.

Материалы и методы: случайная выборке из 544 мужчин военнослужащих в возрасте 18–36 лет, пациентов пульмонологических отделений 301 ВКГ с диагнозом «Внебольничная пневмония нетяжелого течения».

Результаты: мВП справа отмечена в 75,4%, слева – в 73,5%. Локализация мВП в обоих легких существенно преобладала в 5, 9 и 10 сегментах, причем справа достоверно чаще был поражен 5 сегмент, а слева – 9 сегмент. По длительности течения мВП в правом легком мы выделили 3 достоверно различающихся топических зоны. Более кратковременно, чем при других локализациях мВП протекала во 2-4 и 7 сегментах – 1зона (средний койко-день (к/д) 15,8 (п=15). Более длительно продолжалась мВП, локализованная в 9,10 сегментах- 2 зона (средний к/д 16,9 (п=63). Длительнее других протекала мВП, развившаяся в 5,6,8 сегментах (средний к/д 18,8 (п=83) – 3 зона (р для всех сопоставлений <0,05). В левом легком длительность течения мВП во 2–5 и 9-10 сегментах, составила, в среднем, 16,3 к/д (п=116) – 1 зона , а в 6 и 8 сегментах –18,6 к/д (п=38) – 2 зона (р<0,04)... Выраженность системной нейтрофильной реакции, в целом, была наибольшей при локализации ВП в 5 ,9 и 10 сегментах обоих легких, а наименьшей – в 1-3 и 7 сегментах (нейтрофильный лейкоцитоз, соответственно, в 27,0% и 6,5% (р<0,05). В чаще поражаемых 5 и 10 сегментах обоих легких в образцах мокроты частота содержания лейкоцитов, превышавшего 100 клеток в поле зрения, была выше, чем при ВП в редко поражаемых 1-3 и 7 сегментах (соответственно, 24,8% и 7,7% (р<0,04).

Вывод: представленные и другие имеющиеся данные исследования свидетельствуют о существенных особенностях проявлений

102.
СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП) У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЖИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ РФ

Автор: Добрых В.А. – 1, Алиев А.М. – 2, Морозов М.А. – 2, Бендиков Е.В. – 2, Мамровская Т.П. – 1, Уварова И.В. – 1, Тен Т.К. – 1, Коломеец А.М. – 1. , Ипатова П.Н. – 1, Багдасарян А.Г. – 1, Панова А.В. – 1, Паламарчук Е.А. – 1

Организация: 1 – Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом фтизиатрии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет », 2 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» МО РФ г. Хабаровск

Цель: сравнительная оценка субъективных (СКС) и объективных симптомов в остром периоде ВП у жителей разных регионов РФ, проходящих службу в ДВФО (Д).

Материалы и методы: пациенты пульмонологических отделений 301 ВКГ в возрасте 18-31 лет с диагнозом «ВП нетяжелого течения». Ретроспективную оценку выраженности СКС проводили по шкале Борга-Ньюера. Симптомы группировали по доменам: 1. Поражение верхних дыхательных путей (боль в горле, заложенность и выделения из носа), 2. Поражение нижних дыхательных путей (кашель, гнойность мокроты, боль в груди, одышка), 3. Нарушение общего состояния (озноб, общая слабость, мышечная боли, снижение физической активности). Объективную симптоматику ВП оценивали по данным клинического обследования.

Результаты: отмечены различия между жителями Д и других регионов: у жителей Д преобладала ВП слева– 53,7% (п=544),а у жителей регионов «Сибирь-Урал» (СУ) и «Европа»(Е) – справа (соответственно, 53,4% (п= 558) и 53,9% (п=425) (р<0,01). Выраженность большинства СКС была значительно ниже у пациентов из региона Д в сравнении с больными из регионов СУ и Е. Средние баллы составили, соответ-

ственно, для симптома «озноб» 1,8, 2,2, 3,2; «общая слабость» 1,9, 3,4, 4,4; «ограничение физической активности», 1,8 , 2,9, 3,8; «сила кашля» 3,6, 4,7, 5,8, «боль в горле» 0,8, 2,0, 2,9 (p везде<0,05).

Длительность госпитализации у жителей Д была достоверно меньше, чем у пациентов из регионов СУ и Е. Других различий объективных симптомов ВП между группами не было.

Вывод: различия локализации ВП связаны с региональными гелиогеофизическими факторами, а особенности СКС –с более негативным отношением пациентов групп СУ и Е к факту прохождения службы в Дальневосточном регионе .

103.
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Авторы: Амирова Э.Ф. – 1,3, Фархутдинов У.Р. –1,3,
Мирхайдаров А.М. – 2, Киреева Г.М. – 1

Организация: 1 – ГБУЗ ГКБ № 21, 2 – ГБУЗ ГКБ № 13, 3 – Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: изучить особенности течения внебольничной пневмонии (ВП) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы: в исследовании приняли участие 70 пациентов с ВП. В первую группу вошли 35 больных ВП с ХОБЛ. Вторую группу составили 35 пациентов с ВП. У больных оценивали выраженность симптомов заболевания, данные клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Результаты: при госпитализации у больных ВП с ХОБЛ по сравнению с больными ВП были выше показатели прогностической шкалы CRB-65 (2,01±0,2 балла vs 1,3±0,1 балла), клинический индекс тяжести состояния (ПК) (3,5±0,21 балла vs 2,1±0,06 балла), индекс коморбидности Charlson (5,1±0,2 балла vs 2,1±0,1балла), ниже показатели сатурации SaO2 крови (88,2±2,1% vs 94,5±0,2%), функции легких ФЖЕЛ и ОФВ1 (43,1±3,1% и 26,1±2,4% vs 91,3±2,2% и 87,1±3,2%). У больных ВП с ХОБЛ чаще наблюдались жалобы на одышку в покое, гнойный характер выделяемой мокроты. При рентгенологическом исследовании у больных ВП с ХОБЛ чаще, встречался долевой характер поражения легочной ткани. При этом, у больных ВП, по сравнению с больными ВП с ХОБЛ, в большинстве случаев отмечалась лихорадка свыше 390С, повышенное содержание СРП и лейкоцитов в крови (13,3×109/л и 72,4±5,1 мг/л vs 9,9×109/л и 33,8±3,3мг/л).

В процессе лечения у больных ВП с ХОБЛ чаще сохранялись жалобы на одышку, кашель с мокротой, выявлялись остаточные рентгенологические изменения в легких. Были ниже показатели ФЖЕЛ и ОФВ1 (49,7±2,1% и 30,5±1,9% vs 97,3±2,1% и 90,2±2,2%), SaO2 крови (93,4±1,1% vs 97,8±0,1%), величина ПК была выше, чем у больных с ВП (2,57±0,21 усл. ед vs 0,95±0,01усл.ед.). После лечения, у пациентов ВП с ХОБЛ по сравнению с больными ВП было выше содержание в крови лейкоцитов (9,7±0,4×109/л vs 8,1±0,53×109/л) и СРП .

104.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПНЕВМОНИЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

Авторы: Московчук А.Ф. – 1, Круду П.А. –2, Шинкаренко И.В. – 3, Томша А.Н. –2, Курьев С.В. –2, Прокопишина Л.В. –1, Ротару-Лунгу К.А. –1

Организация: ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк» – 1, Национальный центр менеджмента здравоохранения – 2, Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану» – 3, г. Кишинев, Республика Молдова

Пневмонии являются важной социально-медицинской проблемой, занимая одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости и смертности населения.

Цель: изучение динамики основных эпидемиологических показателей пневмоний за период 2015–2018 гг.

Материалы и методы: по дизайну – исследование ретроспективное, проведен анализ официальной статистической отчетности, данных медицинских свидетельств о смерти.

Результаты: в настоящее время, несмотря на то, что достаточно хорошо и полно изучены вопросы этиологии, диагностики и лечения пневмоний, значимость проблемы не уменьшается. На основании проведенного анализа установлено, что в 2018 г. доля пневмоний составляла 6,4% в структуре болезней органов дыхания. В целом по стране имеет место улучшение эпидемиологической ситуации по пневмониям. Показатели заболеваемости в исследуемом периоде находились на одном уровне, составляя 49,0–49,9 на 10 тысяч взрослого населения. В результате своевременной диагностики, успешного внедрения в лечебную практику адекватной терапии, основанной на международных и национальных клинических протоколах, в указанные годы произошло снижение смертности от пневмоний на 5,1% –с 30,5 до 28,9 на 100 тысяч взрослого населения. Вместе с тем, уровень смертности от данного заболевания в районах был выше, чем в муниципиях и составил в 2018 г. 31,0 на 100 тысяч соответствующего населения, превышая среднереспубликанский показатель. В муниципиях показатель смертности был ниже среднереспубликанского и колебался в пределах 25,9-23,7 на 100 тысяч взрослого населения.

Заключение: широкая распространенность пневмоний является предпосылкой к дальнейшей оптимизации комплексной медицинской помощи, ориентированной на потребности пациентов.

105.
СОВРЕМЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Авторы: Харитонов М.А., Сидоренко С.В., Волошин Н.И., Иванов В.В.

Организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, ФГУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА»

В осенне-зимний период 2017–2018 гг. обследовано 222 молодых мужчины в возрасте 18–26 лет, больных внебольничной пневмонией (ВП). С целью этиологической диагностики выполнялась полимеразная цепная реакция в режиме реального времени (real-time-ПЦР) проб плазмы крови, мокроты, мазков из ро-

тоглотки для обнаружения ДНК S. Pneumoniae, M. Pneumoniae, C. Pneumoniae, аденовируса, РНК риновируса, вирусов гриппа А и В. Было установлено, что ВП, вызванная S. Pneumoniae, встречалась в 31% случаев (69 человек), в то время как вирусно-бактериальная (ВБВП) наблюдалась в 55% случаев (122 человека). На долю ВП неуточнённой этиологии пришлось 14% случаев (31 больной). У 7 % обследуемых (16 человек) в плазме крови была обнаружена ДНК S. Pneumoniae, что говорило о пневмококковой бактериемии и инвазивной форме заболевания. Были сформированы 3 группы для сравнительного исследования: больные инвазивной пневмококковой (ИПВП), неинвазивной пневмококковой (НИПВП) и группа ВБВП. Производился сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей, и ретроспективный анализ результатов эмпирической антибактериальной и противовирусной терапии. Результаты: при сравнительном анализе в клинической картине ИПВП выявлены существенные особенности в виде более выраженной тахикардии и тахипноэ, фебрильной лихорадки, наличию одышки и крепитации, локального ослабления дыхания и притупления перкуторного звука. В группе ВБВП особенности клинической картины были представлены в виде более выраженных симптомов острого поражения верхних дыхательных путей, заложенности носа и ринореи, боли в горле, субфебрильной лихорадки в сочетании с минимальными физикальными признаками воспаления легких. Успешное лечение при ВБВП достигалось комбинацией бета-лактамов с макролидами и противовирусными средствами (умифеновир и др.)

106.
АКТИВНОСТЬ ЭЛАСТАЗО- И ТРИПСИНОПОДОБНЫХ ВЕЩЕСТВ, СОДЕРЖАНИЕ БИТИРОЗИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2

Автор: Зайцева А.А., Дьяков Д.А.

Организация: ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Цель: исследовать активность эластазо- и трипсиноподобных протеиназ (ЭПП и ТПП) и содержание битирозина (Б) в плазме крови у больных внебольничной пневмонией (ВП) на фоне сахарного диабета 2 (СД 2).

Материалы и методы: у 24 пациентов с ВП на фоне СД 2 в остром периоде заболевания исследовали активность ЭПП и ТПП и содержание Б в плазме крови. Контроль составила группа здоровых добровольцев из 30 человек. Активность ТПП определяли унифицированным методом по гидролизу синтетического субстрата N-бензоил-L-аргенин-этилового эфира (БАЭЭ). БАЭЭ-эстеразную активность ТПП измеряли по приросту оптической плотности при 253 нм. Активность ЭПП измеряли по скорости гидролиза р-нитрофенолового эфира N-бутилоксикарбонил-L. Окислительную модификацию белков изучали по уровню содержания Б, концентрацию которого измеряли с помощью фосфатного буфера по интенсивности флюоресценции при длине волны 415 нм, длина волны возбуждения – 325 нм.

Результаты: активность ТПП при ВП на фоне СД 2 была в 2,4 раза выше по сравнению с контролем (151,6 (100,3-180,1) нм БАЭЭ/мин.мл и 63,2 (44,9-68,8) нм БАЭЭ/мин.мл, p=0,011). Также у них было увеличение активности ЭПП в 2,1 раза по сравнению с контролем (145,3(121,6-189,1) нм БАНЭ/мин.мл и 68,4 (50,3-90,25) нм БАНЭ/мин.мл, p=0,026). Обнаружена прямая корреляционная зависимость между активностью ЭПП и ТПП. Содержание Б при ВП на фоне СД 2 было в 9 раз выше, чем в контрольной группе (9x10-3 (3x10-3-13x10-3) усл. ед. и 1x10-3 (1x10-3-2x10-3) усл. ед, p=0,0016). При этом концентрация Б была прямо пропорциональна активности ТПП.

Выводы: у больных ВП на фоне СД 2 наблюдается значительное увеличение плазменной активности эластазо- и трипсиноподобных протеиназ, увеличение битирозина, что свидетельствует о значительной напряженности воспалительного процесса.

107.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР

Автор: Мирхайдаров А.М.

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

Цель: Охарактеризовать больных внебольничной пневмонией (ВП) в стационаре, выявить пути оптимизации лечебно-профилактических мер.

Методы: обследовано 226 больных ВП получивших лечение в пульмонологическом отделении в 2019 г.

Результаты: все больные (мужчин – 44,6%, женщин – 53,6%; средний возраст – 55,2±15,4 лет) поступили в экстренном порядке. В течение 3 суток от начала болезни госпитализировано в отделение 15,0% больных, до 7 дней – 46,0% больных, в более поздние сроки поступило 39,0% больных. Тяжелая степень заболевания установлена у 14,6% больных, коморбидная патология (ХОБЛ, ИБС, ПИКС, ГБ, СД) выявлена у 36,9% больных. Вакцинированы против гриппа 20 (8,8%) пациентов, против пневмококковой инфекции 3 (1,3%) пациента. При обследовании значимый возбудитель выявлен в 26,1% случаев, Streptococcus pneumoniae выделен в 19,9%, Klebsiella pneumoniae в 1,86%, Staphylococcus aureus и Pseudomonas aeruginosa в 2,2% случаев.

Выводы: Отмечается поздняя госпитализация больных ВП, наличие у них частой коморбидной патологии, низкий уровень вакцинопрофилактики и верификации значимого возбудителя болезни, что является одним из направлений совершенствования лечебно-профилактических мер при этом заболевании.

108.
ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Амирова Э.Ф. – 1, 2, Фархутдинов У.Р. – 1, 2,
Фархутдинов Р.Р. – 2, Киреева Г.М. – 1

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

Цель: изучение метаболизма оксида азота в сыворотке крови у больных внебольничной пневмонией при ее сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ВП с ХОБЛ) и с внебольничной пневмонией (ВП).

Методы: в исследовании приняли участие 35 больных ВП с ХОБЛ и 35 пациентов с ВП. У больных, включенных в исследование, определяли содержание нитрит –и нитрат – анионов (NO2- и NO3-), а также их суммарную концентрацию (∑NO2-/NO3-) в сыворотке крови.

Результаты: у больных ВП с ХОБЛ и ВП течение заболевания сопровождалось повышением уровня активных метаболитов оксида азота и их суммарной концентрацией в сыворотке крови. В группе больных ВП с ХОБЛ и ВП по сравнению со здоровыми лицами уровень содержания NO2- , NO3-, ∑NO2-/NO3- в крови превышали более чем в 2 раза. При этом, в группе больных ВП с ХОБЛ содержание активных метаболитов оксида азота и ∑NO2-/NO3- было достоверно выше, чем в группе больных ВП. У больных ВП с ХОБЛ и ВП уровень NO2- составил 3,22±0,17 мкмоль/л vs 2,79±0,11 мкмоль/л, NO3- 12,60±1,33 мкмоль/л vs 9,79±0,6 мкмоль/л, содержание ∑NO2-/NO3– 15,82±1,5 мкмоль/л vs 12,58±0,6 мкмоль/л.
В процессе стационарного лечения у больных ВП с ХОБЛ и ВП произошло снижение содержания NO2- , NO3-, ∑NO2- /NO3- в крови. Однако, значения этих показателей у больных ВП с ХОБЛ оказались выше, чем у здоровых лиц в среднем 1,5-1,8 раза. У них по сравнению с больными ВП были высокими уровни содержания в крови NO2- в 1,9 раза, NO3- в 1,3 раза, ∑NO2- /NO3- в 1,4 раза. На фоне лечения у больных с ВП содержание активных метаболитов оксида азота и их суммарная концентрация в крови практически достигла контрольных значений.

Вывод: у больных ВП с ХОБЛ и ВП, включенных в исследование, выявлено увеличение содержания NO2- , NO3-, ∑NO2- /NO3- в сыворотки крови.

109.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Автор: Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Горячева С.А., Филиппова М.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Пневмония остается одной из серьезных проблем клинической медицины в современном обществе.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения пневмоний на современном этапе.

Материалы и методы: изучены клинико-рентгенологические особенности течения пневмоний у 163 пациентов пульмонологического отделения.

Результаты: среди заболевших пневмонией было 58,9% мужчин и 41,1% женщин. В возрасте 18–40 лет – 19,6%, 41–60 лет – 36,2%, 61–80 лет – 31,3%, 81 и старше – 12,9%. Госпитализация пациента и назначение антибактериальной терапии в течение первых суток от начала заболевания отмечены в 19% случаях, в течение 7 дней –в 76,7% случаях, в течение 14 дней и более – в 4,3%. ОРВИ предшествовала пневмонии у 101 пациента (61,9%). В подавляющем большинстве случаев – у 80,4% пациентов пневмония была внебольничной, у 19,6% – нозокомиальной. Наличие сопутствующих заболеваний отмечено у 80,9% больных: ХОБЛ, сахарный диабет, сердечная недостаточность, онкопатология, хронические заболевания почек, печени, курение, алкоголизм, наркомания. В 59% случаев отмечено среднетяжелое течение пневмонии, в 41% – тяжелое. С первого дня лечения в стационаре больные получали антибактериальные препараты: пенициллины, цефалоспорины, макролиды, респираторные фторхинолоны, карбапенемы. 78,5% больных получали антибактериальную и противовирусную терапию (ингавирин, осельтамивир).
Эффект от лечения оценивали по клинико-рентгенологической динамике заболевания: положительная динамика в течение 7 суток от начала лечения отмечена у 125 пациентов (76,7%), в течение 14 суток –у 34 (20,9%), у части из них отмечено в

дальнейшем затяжное течение пневмонии. В удовлетворительном состоянии выписано 145 пациентов (89%), с формированием морфологического дефекта – 14 (8,6%), летальный исход – у 4 (2,4%).

110.
ПРОБА С ПОСТОККЛЮЗИОННОЙ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Автор: Бикташев Т.Р. – 1,2, Зулкарнеев Р.Х. – 1, Загидуллин Ш.З. – 1, Фархутдинов У.Р. – 1,2, Киреева Г.М. – 2, Широбокова С.Ю. – 2.

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

Цель: сравнительная оценка дисфункции эндотелия у больных внебольничной пневмонией (ВП) на фоне метаболического синдрома (МС) и без него с помощью функциональной сосудистой пробы.

Материал и методы: эндотелиальная дисфункция оценивалась с помощью функциональной пробы с постокклюзионной реактивной гиперемией. Производилось пережатие плечевой артерии на 2 мин. с помощью манжеты тонометра. Затем блок снимался, артериальный кровоток восстанавливался и происходило дополнительное расширение артериол вследствие воздействия продуктов ишемии на эндотелий сосудов. Температура пальцев вначале понижалась, затем быстро восстанавливалась и даже могла превысить исходную вследствие реактивной гиперемии. Измерения локальной температуры дистальной фаланги безымянного пальца проводились каждые 15 с в течение последующих 2,5 мин. бесконтактным термометром..

Обследовано 10 больных внебольничной пневмонией (ВП) и метаболическим синдромом (МС), и 7 больных ВП без МС в качестве контроля (КГ).

Результаты: в группе ВП без МС наблюдалась отчетливая реакция на пробу. Во время блока артерии в КГ температура пальца значимо понизилась на – 0,47±0,42°С по сравнению с ВП и МС –0,19±0,21°С, p=0,045. В группе ВП и МС не зарегистрировано такой реакции. После восстановления артериального кровотока в КГ наблюдалась более выраженная реактивная гиперемия (P=0,047). Это отражает замедленную и ограниченную вазодилятацию сосудов у больных ВП и МС вследствие эндотелиальной дисфункции. 1,15±1,37 °С 0,23±0,45 °С, p=0,049.

Выводы: функциональная проба с постокклюзионной гиперемией – простой и доступный тест для выявления эндотелиальной дисфункции у пациентов ВП и МС.

111.
ВОЗМОЖНОСТИ РМИАС ПРОМЕД ДЛЯ АНАЛИЗА ТЕЧЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Автор: Бикташев Т.Р. – 1, 2, Зулкарнеев Р.Х. – 1, Загидуллин Ш.З. – 1, Фархутдинов У.Р. – 1,2, Киреева Г.М. – 2, Широбокова С.Ю. – 2.

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

Цель исследования: проанализировать влияние перенесенной ранее внебольничной пневмонии (ВП) у больных метаболическим синдромом на течение сопутствующих заболеваний.

Материал и методы: пациентам, поступившим в стационар с внебольничной пневмонией, проводилась оценка на наличие критериев МС. Через 1 год проводился сравнительный анализ медицинских событий у пациентов с МС, перенесших ВП, за периоды 1 года до ВП и 1 года после ВП. Для получения данных о медицинских событиях использовалась функционирующая в регионе медицинская информационно-аналитическая система ПРОМЕД.
В течение 1 года после перенесенной ВП наблюдаются более высокие показатели обращений в поликлинику (P=0,023) и вызовов скорой помощи (P=0,001), по сравнению с периодом 1 год до ВП. Количество плановых госпитализаций также становится выше, но данные различия не являются достоверными (P>0,05). Экстренная госпитализация остается на прежнем уровне. В целом число медицинских событий значимо возрастает (P=0,015).

Выводы: перенесенная ВП на фоне МС – значимый фактор риска ухудшения течения сопутствующих хронических заболеваний.

112.
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Автор: Григорьева Е.В., Шпак И.И.

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

Цель: анализ структуры амбулаторных пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) и оценка качества медицинской помощи при данном заболевании в условиях дневного стационара (ДС)

Материалы исследования: ретроспективный анализ 109 историй болезни взрослых пациентов, находившихся на лечении с ВП в дневных стационарах городских поликлиник г.Улан-Удэ с января по декабрь 2018 года.

Результаты: среди пролеченных пациентов преобладали лица старше 60 лет (до 90 лет), преимущественно женщины. Большинство мужчин с ВП оказались трудоспособного возраста – в 94% случаев. Развитию ВП способствовала высокая частота сопутствующей патологии: бронхо-легочных заболеваний в 60%, сердечно-сосудистых – в 13% случаев.
Большинство пациентов с ВП начали лечение в ДС через неделю (55%) и позже (35%) от начала заболевания. На момент госпитализации: лихорадка зарегистрирована лишь у трети пациентов, продуктивный кашель в 79 % случаев, одышка – в 42%, торакалгия в 41% случаев. Двустороннее поражение легких выявлено только

у 5% пациентов, односторонний процесс локализовался преимущественно в правом легком (55%). Лейкоцитоз зафиксирован у 70 % больных.
Продолжительность лечения в ДС составила в среднем 11 дней (от 6 до 16 дней).
Оценка фармакотерапии продемонстрировала приверженность к β-лактамным антибиотикам –аминопенициллинам (46%) и цефалоспоринам III поколения (43%). В единичных случаях для стартовой терапии ВП использовались респираторные фторхинолоны (левофлоксацин) и макролиды (9%). Выздоровление в контрольные сроки достигнуто в 43% случаев.

Заключение: лечение рекомендованными антибиотиками в ДС нетяжелой ВП даже у лиц пожилого возраста с коморбидной патологией достаточно эффективно. Необходимо обеспечить доступность более раннего направления в ДС для сокращения сроков выздоровления.

113.
СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Автор: Зайцев А.А., Сидоров Ю.А.

Организация: Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко

Цель исследования: изучить сравнительную клиническую эффективность и переносимость двух режимов антибактериальной терапии (1 режим – цефтриаксон по 1,0 г в/м 2 раза в сутки в течение 7–10 дней; 2 режим – цефтриаксон по 1,0 г в/в 1 раз в сутки в течение 2 дней с последующим переходом на цефдиторен, 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5–7 дней) у госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией (ВП).

Материалы и методы: в исследование включено 84 пациента с нетяжелой ВП с факторами риска (прием антибиотиков в предшествующие 3 месяца), все мужчины. Больные рандомизированы на 2 группы. В 1 группе пациентов назначался стандартный режим – цефтриаксон в/в в течение 7-10 дней. Пациентам 2-й группы проводилась ступенчатая терапия цефтриаксон 2,0 г в/в с последующим переходом на пероральный прием цефдиторена. Оценка эффективности и безопасности проводилась по комплексному анализу клинических, лабораторных и рентгенологических данных.

Результаты исследования: в первую группу вошли 42 больных, средний возраст – 22,9±5,8 года. Группу 2 составили 42 пациента, средний возраст – 21,8±6 год. Клиническая эффективность ступенчатой терапии цефдитореном составила 95,2%. Средняя длительность терапии – 7,7±1,6 дней. Стандартный режим фармакотерапии цефтриаксоном был эффективен в 88%, в пяти случаях потребовалась смена терапии. Продолжительность приема антибиотика составила 9,2±1,4 дней. Побочных эффектов на фоне ступенчатой терапии не наблюдалось, тогда как на фоне терапии цефтриаксоном нежелательные явления наблюдались в 7,1%.

Заключение: применение ступенчатой терапии цефтраксон с переходом на цефдиторен по клинической эффективности сопоставимо со стандартным режимом лечения (цефтриаксон в/в), но обладает меньшим количеством побочных эффектов.

114.
КОРОТКИЕ КУРСЫ ТЕРАПИИ ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ В ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Автор: Зайцев А.А., Макаревич А.М.

Организация: Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко

Цель исследования: изучение клинической эффективности и переносимости лечения внебольничной пневмонии (ВП) нетяжелого течения с использованием короткого курса (5 дней) левофлоксацином в дозе 750 мг/сутки в сравнении со стандартным приемом левофлоксацина 500 мг/сутки.

Материалы и методы: в исследование включено 64 пациента с нетяжелой ВП с факторами риска. Больные рандомизированы на 2 группы, в 1-й проводилась терапия левофлоксацином 750 мг/сутки в течение 5 дней, во 2-й назначался левофлоксацин 500 мг/сутки в течение 7–10 дней. Оценка эффективности и безопасности проводилась по комплексному анализу клинико-лабораторных и рентгенологических данных. Всем пациентам проводился тест на определение антигена S. pneumoniae в моче.

Результаты исследования: в первую группу вошли 32 больных, средний возраст – 22,7±1,8 года. Группу 2 составили 32 пациента, средний возраст –21,8±6 год. Положительный тест на пневмококк зарегистрирован лишь у 9 (14%) пациентов. Клиническая эффективность высокодозной терапии левофлоксацином составила 96,9%. Средняя длительность лечения 5,2±0,9 дней. Стандартный режим терапии левофлоксацином был эффективен в 100%. Продолжительность приема антибиотика составила 9,2±1,4 дней. У 3 пациентов (9,4%) на фоне высокодозной терапии левофлоксацином наблюдалось транзиторное повышение активности печеночных трансаминаз, в группе стандартной терапии данное нежелательное явление отмечено у 4 больных (12,5%).

Таким образом, лечение пациентов с нетяжелой ВП с использованием высокодозной (750 мг/сутки) терапии левофлоксацином коротким курсом сопоставимо по клинической эффективности и безопасности со стандартным режимом лечения (левофлоксацин 500 мг/сутки в течение 7-10 дней).

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

115.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Автор: Федотов В.Д., Милютина М.Ю.

Организация: ФБУН НН ИИ ГП Роспотребнадзора

Введение. Процессы ремоделирования мелких бронхов лежат в основе развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), в том числе, профессионального генеза (ПЭ). Известно, что пациенты с хроническим бронхитом без нарушения легочной вентиляции, подвергавшихся воздействию различных поллютантов, имеют высокий риск развития бронхиальной обструкции.
В научной литературе встречается мало работ, посвященных теме ранней диагностики ХОБЛ ПЭ и ее взаимоотношений с хроническим простым бронхитом (ХПБ ПЭ). По мнению ряда авторов существует целый ряд биомаркеров соединительной ткани, которые могут быть использованы для изучения прогрессирования респираторных нарушений. Одним из таких биомаркеров может быть гиалуроновая кислота (ГК).

Цель исследования: выявить связь уровня ГК в сыворотке крови со степенью тяжести обструктивных нарушений лёгочной вентиляции по данным спирометрии у больных с ХОБЛ ПЭ и ХПБ ПЭ, обусловленных воздействием кремнеземсодержащей пыли.

Материалы и методы: обследовано 153 человека: с диагнозом ХОБЛ ПЭ (n = 92), с диагнозом ХПБ ПЭ (n=36) и здоровые лица (n = 25).

Результаты: концентрация гиалуроновой кислоты (ГК) в сыворотке крови у больных с ХОБЛ ПЭ и ХПБ ПЭ превышала в 3-5 раз её уровень у здоровых лиц (p = 0,0001). У пациентов с ХОБЛ ПЭ концентрация ГК была достоверно выше, чем у лиц с ХПБ ПЭ (p = 0,039). Выявлена обратная коррелятивная связь между концентрацией ГК и ОФВ1 (p = 0,006, R = -0,31). ГК статистически значимо положительно коррелировала с длительностью заболевания (p = 0,021, R = 0,21).

Заключение: определение количества ГК в сыворотке крови у пациентов с ХПБ ПЭ может быть использовано в качестве биомаркера развития фиброзно-склеротического процесса в легочной ткани, отражающего процесс обструкции и ремоделирования мелких бронхов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

116. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ПОСТУПАЮЩИХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НА «КУРОРТ БЕЛОКУРИХА»

Автор: Зарипова Т.Н., Дорожинская Е.В., Антипова И.И.

Организация: ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, Северск, АО « Курорт Белокуриха» Алтайского края

Обследовано 30 больных ХОБЛ 40-80 лет с давностью заболевания от 3 до 20 лет. У 92,3% обследованных за предшествующий год имелись обострения болезни, при этом у 73% – два и более раз. У 30,0% пациентов была I, у 66,7% – II, у 3,3% – III степень тяжести болезни. У 65,4% диагностировался бронхитический фенотип болезни, у 30,8% –синдромом перекреста (ХОБЛ+БА). 2/3 пациентов имели патогенетическую предрасположенность к ХОБЛ в виде курения, профессиональных вредностей или их сочетания.

Наиболее частым клиническим проявлением обследованных пациентов был кашель (в 96,1% случаев) с выраженностью его в среднем в 1,6 [0;3] балла. Средний балл оценки тяжести одышки (по mMRC) составил 2,0[1,0;3,0], индекс BODE-1,3[0;5,0], тест CAT- 14,4[8,0;21,0] баллов. Расчет лейкоцитарных индексов показал, что у большинства обследованных пациентов имелись проявления системного воспаления и эндогенной интоксикации. У 18,% пациентов было выявлено снижение ЖЕЛ, у 82,5% – ОФВ1. Кроме того 92,8% пациентов характеризовались снижением физической работоспособности: данные пробы 6MWD в среднем по группе составляли 410,0[370,0;447,5]м. По данным опросника SF-36 у всех пациентов были снижены показатели, характеризующие общий уровень здоровья, что свидетельствует о снижении качества их жизни. Анализ показателей шкалы астении MFI-20 выявила наличие общей астении у 94,7% обследованных. Таким образом, полученные результаты необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ реабилитации пациентам ХОБЛ, приезжающих на «Курорт Белокуриха»

117.
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»

Автор: Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.

Организация: АО Санаторий «Янган-Тау»

В исследовании приняли участие 66 больных с бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 30 до 65 лет. Больные были разделены на две группы. 1 группа (контрольная) – с нормальной массой тела 30 человек и 2 группа- в сочетании с ожирением 36 человек.

Пациентам было назначено стандартное лечение, включающее спелеотерапию, лечебную физкультуру по дыхательной программе, фитотерапию, ручной классический массаж, физиотерапевтическое лечение. Даны рекомендации по питанию: для уменьшения выраженности приступов одышки во время еды – частое дробное питание малыми порциями без сокращения в целом рациона питания; не менее 5 порций в день фруктов и овощей для обеспечения в витаминах, микроэлементах и пищевых волокнах; ограничение приема поваренной соли до 6 граммов в сутки для дополнительного противовоспалительного эффекта; Для лиц группы №2 скорректировали стандартную низкокалорийную диету с повышенной квотой суточного белка животного происхождения, включили клетчатку, пектин, продукты, богатые магнием, витамином С, марганца, эссенциальных омега-3 жирных кислот. Из диеты исключены специи, эфирсодержащие овощи и пряности, пищевые аллергены.

По завершению 21-дневного курса лечения с учетом коррекции питания отдыхающие обеих групп отметили позитивное влияние диетических рекомендаций. У пациентов 2 группы началось постепенное снижение массы тела, сопровождающееся улучшением течения заболевания, в том числе уменьшилась одышка во время еды.

Таким образом, у больных с бронхиальной астмой уместно в комплекс лечения включать мероприятия направленные на нормализацию массы тела, в том числе с помощью питания можно поддержать силы дыхательных мышц, улучшить контроль над заболеванием.

118.
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.

Организация: АО Санаторий «Янган-Тау»

Цель: оценить у больных с бронхиальной астмой взаимосвязь между особенностями питания и контролем над заболеванием.

Обследованы 66 больных с бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 30 до 65 лет.

Учитывали данные: анамнестические (в т.ч. предоставленные результаты элиминационных и провокационных тестов, кожных тестов с пищевыми аллергенами), определения состояния питания пациента с помощью анкеты-опросника (оценка пищевого статуса), пищевого дневника.

Среди пациентов выявлена связь между:

– избыточная масса тела отягощает течение заболевания,

– частое дробное питание малыми порциями, без сокращения основного рациона уменьшает выраженность одышки во время еды,

диета, включающая достаточное поступление магния, витамина С, марганца снижает реактивность бронхов и одышку,
– прием продуктов, содержащих эссенциальные омега-3 жирные кислоты оказывает противовоспалительное действие,
– увеличение приема поваренной соли ухудшает бронхиальную проходимость,
–рацион с повышенной квотой суточного белка животного происхождения улучшает течение заболевания,
–исключение специй, эфиросодержащих овощей и пряностей, пищевых аллергенов – уменьшает частоту приступов.

Таким образом, у больных с бронхиальной астмой целесообразно в комплекс лечения включать мероприятия направленные на нормализацию массы тела, в том числе с помощью питания можно оказывать дополнительное противовоспалительное действие, снизить реактивность бронхов и одышку, улучшить общее функционирование организма.

119.
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»

Автор: Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.

Организация: АО Санаторий «Янган-Тау»

Цель: изучить влияние питания у больных с хронической обструктивной болезнью легких после лечебных процедур в санатории «Янган-Тау».

Объектом исследования были 65 больных с 30 до 65 лет. 1 группа-больные с ХОБЛ в сочетании с избыточной массой тела =35 человек, 2 группа – с ХОБЛ со сниженной массой тела =30 человек.

Пациентам было назначено стандартное лечение, включающее спелеотерапию, лечебную физкультуру по дыхательной программе, фитотерапию, ручной классический массаж, физиотерапевтическое лечение. Даны рекомендации по питанию: для уменьшения выраженности приступов одышки во время еды- частое дробное питание малыми порциями без сокращения в целом рациона питания; не менее 5 порций в день фруктов и овощей для обеспечения в витаминах, микроэлементах и пищевых волокнах; ограничение приема поваренной соли до 6 граммов в сутки для дополнительного противовоспалительного эффекта;

В зависимости от нутриционного статуса была произведена коррекция питания:

Пациентам 1 группы для планомерного снижения веса-ограничение приема высококалорийных продуктов и сохранение поступления достаточной квоты белка в рационе, для обеспечения энергией предпочтение отдавалось сложным углеводам.

Пациентам 2 группы для нормализации массы тела включили продукты с повышенной квотой белка и калорийности, продукты, содержащие сложные и простые углеводы- особенно после физических нагрузок.

По завершению 21-дневного курса лечения отдыхающие двух групп отметили позитивное влияние полученных диетических рекомендаций. У пациентов 1 группы на фоне осознанного выбора блюд уменьшилась выраженность приступов одышки во время еды и вздутие живота. Пациенты 2 группы отметили появление аппетита, перестало беспокоить чувство раннего насыщения и слабость, уменьшилась степень одышки.

120.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»

Автор: Хужин Н.А., Акбашев А.Р., Игнатова Г.Л.

Организация: АО Санаторий «Янган-Тау»

К новым альтернативным методам терапии бронхиальной астмы относится терапия преформированными факторами в условиях санатория. Проблема терапии АГ у больных БА не менее актуальна.
Было включено 62 больных бронхиальной астмой, которые находились на реабилитационном лечении в санатории «Янган-Тау».В зависимости от наличия артериальной гипертензии все больные были разделены на 2 группы: в 1 группу – 32 человека (51,6%) вошли больные без артериальной гипертензии; 2 группу – 30 человек (48,4%) составили пациенты, страдающие артериальной гипертензией.
Пациенты дважды прошли обследование, включающее оценку функции внешнего дыхания, проводилась функциональная проба Штанге, 6-минутная проба с ходьбой, определялась динамика качества жизни с помощью официальной русскоязычной версии вопросника SGRQ.
Анализ динамики показателей функции внешнего дыхания в 1 группе выявил прирост ОФВ1 от исходного на 11,1%, ФЖЕЛ – 4,00%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 3,70%; во 2 группе выявил прирост ОФВ1 от исходного на 7,78,08%, ФЖЕЛ –10,95%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 5,60%.Проба Штанге выявила увеличение времени задержки дыхания у больных 1 и 2 группы: 18,4 секунд до и 23,3 секунды после лечения в 1 группе и 13,7 – 15,2 во 2 группе соответственно, 6-минутная дистанция в 1 группе увеличилась на 37 метров, во 2 группе увеличилась на 19 метров.
Выявлено статистически достоверно значимое ($p<0,05$) улучшение показателей доменов у больных 1 группы: домен «симптомы» на 33,23%, домен «активность» на 38,10%, домен «влияние» на 46,61%, домен «общее качество жизни» на 35,78%; во 2 группе:домен «симптомы» на 17,74%, домен «активность» на 31,29%, домен «влияние» на 29,65%, домен «общее качество жизни» на 22,62%.
Можно сказать об улучшении в физическом, эмоциональном и социальном благополучии больных бронхиальной астмой после курса лечения.

121.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ

Автор: Юсупалиева М.М., Гришин М.М., Головатый А.В., Каримов Ж.А.

Организация: Медицинская академия им.С.И. Георгиевского ФГАОУ ВОКФУ Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, г. Симферополь.

Цель работы: изучение влияния биологической обратной связи (БОС) на кардиореспираторную систему больных бронхиальной астмой (БА) и ХОБЛ на этапе санаторно-курортного лечения.(СКЛ) Исследование выполнено на базе пульмонологического отд. Санаторий «Мисхор» . Методы: Обследовано 24 больных БА легкой и средней степени тяжести; частично контролируемой, 18 больных ХОБЛ 1-2 ст тяжести, с бронхитическим типом. БОС осуществлялась физиотерапевтической системой «БОС-ПУЛЬС». Курс лечения 15 сеансов. Пациенты контрольной группы (20 чел.) получали комплекс СКЛ без БОС. Больным проводилась спирограмма (СПГ), нагрузочные про-

бы Штанге и Генче, измерялись индекс Кетле, жизненный индекс, ЧСС, ЧД, до начала, на 10-ый день и после окончания БОС-терапии. Результаты: У больных с БА улучшение кардиореспираторной системы отмечались после первого сеанса: по данным ЧСС, ЧД, пробы Штанге и Генче, жизненный индекс. У этой же группы больных после окончания курса БОС наблюдались улучшения показателей СПГ: ОФВ1 – на 10,7%; ФЖЕЛ – на 7,7%, ОФВ1/ФЖЕЛ на 1,4%, ПОС 11% (контрольной группе, соответственно – на 3,9%, 4,2% , 0,28%, 5,2%), нагрузочные пробы улучшились от неудовл. до оценки хорошо, жизненный индекс увеличился в среднем на 12 ед. В группе больных ХОБЛ положительные изменения в кардиореспираторной системе отмечены на 10-ый день курса БОС. После окончания курса наблюдались улучшения данных СПГ: ОФВ1 на 5,8%, ФЖЕЛ 4,3%, ОФВ1/ФЖЕЛ на 1,34%, ПОС 7%. Нагрузочные пробы изменились от неудовл., до оценке удовл. Жизненный индекс увеличился на 5ед. Выводы: БОС-терапия у больных БА показала высокую эффективность метода с начала лечения, способствовала улучшению показателей нагрузочных проб и СПГ данных, также в группе больных ХОБЛ эти показатели улучшились к концу курса лечения.

122.
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ: НЕРЕАЛИЗОВАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И СДЕРЖИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Автор: Ратманов М.А., Бенян А.С.

Организация: Министерство здравоохранения Самарской области, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Актуальность проблемы: тяжесть травмы грудной клетки в большинстве случаев обусловлена сочетанным повреждением костного каркаса и жизненно важных внутригрудных органов. Применение современных способов остеосинтеза ребер, торакоскопии и методов интенсивной терапии способствует уменьшению частоты осложнений и летальности, однако остается актуальным вопрос программы послеоперационного лечения пациентов с ранним применением методов восстановительного лечения.

Цель исследования: провести оценку эффективности раннего применения методов восстановительного лечения у пациентов с закрытой травмой груди и анализ вспомогательных и сдерживающих факторов.

Материал и методы: в «СОКБ им. В.Д. Середавина» в период с 2011 по 2018 гг. проходили лечение 176 пациентов с множественными и флотирующими переломами ребер и сочетанными внутригрудными повреждениями. Остеосинтез ребер выполнен у 111 пациентов, торакоскопия – у 120, торакотомия –у 3 пациентов. Ранее начало методов физиотерапии и реабилитации в условиях отделения реанимации было применено у 92 пациентов (52%). Комплекс реабилитационных мероприятий включал в себя массаж, ингаляции, электрофорез, миоритм, лечебную физкультуру. Отмечено снижение частоты пневмонии с 11% до 4% ($p<0,05$), уменьшение длительности ИВЛ с 7,1±3,3 до 5,3±2,8 суток ($p>0,05$), снижение частоты хирургических осложнений с 13% до 7% ($p>0,05$).

Выводы: раннее применение методов восстановительного лечения уменьшает частоту развития внутрибольничной пневмонии у пациентов с закрытой травмой груди. Основными сдерживающими факторами являются отсутствие координированных программ лечения, сложности в логистике применения методов реабилитации в условиях реанимационных отделений, малый реабилитационный потенциал у пациентов с тяжелой травмой груди в остром периоде травмы.

САРКОИДОЗ

123.
КТ-ПАТТЕРНЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Ермилов О.В. – 1, 2, Никонорова Л.Б.– 2,
Бочарова М.А. – 2, Морозова Л.В.– 1, 2, Бочаров В.А.– 1

Организация: 1 – НИУ БелГУ, 2 – ОГБУЗ БОКБ Св. Иоасафа

Цель и задачи: изучить КТ картину у пациентов с верифицированным диагнозом СОД, провести сравнительный анализ полученных результатов с литературными данными.

Материалы и методы: проведен анализ данных КТ 52 пациентов с верифицированным диагнозом СОД (Toshiba Aquillion, 64 детектора).

Результаты и их обсуждение: диагноз СОД в подавляющем большинстве верифицирован с помощью ВАТС, у 1 женщины – трансбронхиально.

Клинико-рентгенологические стадии распределились следующим образом:

1 стадия (ВГЛУ): 4 (7.7%) человека – 3 (5.8%) женщины, 1 (1.9%) мужчина

2 стадия (ВГЛУ и легкие): 33 (63.5%) человека –20 (38.5%) женщин, 13 (25%) мужчин

3 стадия (легкие): 2 (3.8%) человека – 1 (1.9%) женщина, 1 (1.9%) мужчина

4 стадия (внелегочные проявления) 13 (25%) человек – 7 (13.5%) женщин, 6 (11.5%) мужчин

Среди внелегочных проявлений отмечались саркоидный увеит (1), поражение экстраторакальных лимфатических узлов (6), кожи (4), мышечной ткани (1), периферической нервной системы (1).

В подавляющем большинстве ВРКТ-картина СОД представлена узелковыми и узловыми изменениями легочной ткани, а также ЛАП. Реже отмечаются различные линейные уплотнения: внутридольковых перегородок, линейные, субплевральные, по ходу бронхо-сосудистых пучков, «матовое стекло», участки консолидации, уплотнение стенок бронхов и тракционные бронхоэктазы. Грубые фиброзные изменения в виде кистозной трансформации, нарушения легочной архитектоники в общей массе встречаются редко, однако при IV стадии СОД присутствуют в 100% случаев.

Заключение: таким образом, наши данные находят свое отражение в имеющихся публикациях и соотносятся с устоявшимися представлениями о распространенности тех или иных КТ-паттернов при СОД.

124.
АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Гудим А.Л. – 1, Постникова Л.Б. –1, Костров В.А. – 1, Бычкова Е.В. – 1, Болдина М.В. – 2, Сиднев А.С. – 3

Организация: ГБУЗ НО «ГКБ № 38», Н. Новгород – 1, ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России – 2, ГБУЗ НО «ГКБ № 5», Н. Новгород – 3

Цель: изучить физическую работоспособность (ФР) и оценить факторы, ограничивающие ФР у пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД) по данным кардиопульмонального нагрузочного тестирования (КПНТ).

Материалы и методы: обследовано 80 больных с СОД 37,6±10,2 лет (мужчины – 43, женщины – 37). 12,5% пациентов имели 1 стадию СОД, 82,5% и 5% – 2 и 3 стадию. Гистологически СОД подтвержден в 75%. Предтестовую спирометрию и КПНТ (рамп-протокол) проводили с помощью системы Quark «COSMED» (Италия). Пациентов разделили на 1 группу (n=33) – со снижением ФР (потребление кислорода на пике нагрузки (VO2 peak) ≤84% и 2 группу (n=47) – VO2 peak>84%.

Результаты: параметры спирометрии в 1 и 2 группах не имели значимых различий. У больных со сниженной ФР относительно 2 группы по данным КПНТ отмечено увеличение вентиляционно-перфузионного отношения (0,25±0,04 vs 0,22±0,03; p=0,002), вентиляционного эквивалента по CO2 (30,7±5,08 vs 27±2,97; p<0,001), хронотропно-метаболического индекса (1,24±0,2 vs 1±0,12; p<0,001), снижение кислородного пульса (11,3±4,4 vs 13,6±3,8; p=0,015), VO2 на уровне анаэробного порога (42±8 vs 52±8; p<0,001) и систолического АД (177±19 vs 167±20; p=0,031). Комплексный анализ параметров КПНТ установил в качестве причин снижения ФР гемодинамические (n=16) и респираторные ограничения (n=9), детренированность (n=7) и ожирение (n=1).

Заключение: КПНТ позволило выявить снижение ФР у 41,3% пациентов с СОД. Ведущие механизмы снижения ФР – гемодинамические и респираторные нарушениями, реже – детренированность и ожирение.

125.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Гудим А.Л. – 1, Постникова Л.Б. – 1, Бычкова Е.В. – 1, Болдина М.В. – 2.

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

Цель: изучить диагностические возможности эхокардиографии (ЭхоКГ) в оценке толерантности к физической нагрузке (ТФН) у пациентов с саркоидозом органов дыхания (СОД)

Материалы и методы: обследовано 80 пациентов с СОД 37,6±10,2 лет (мужчины–43, женщины–37). Рентгенологически в 12,5% случаев установлена 1 стадия СОД, в 82,5% и 5% – 2 и 3 стадии. Гистологически саркоидоз подтвержден у 75% больных. Всем пациентам проводили ЭхоКГ (SonoScape SSI-5500) по стандартному протоколу. Уровень ТФН определяли с помощью кардиопульмонального нагрузочного тестирования (КПНТ). Всех пациентов разделили на 1 группу (n=33) – снижение

ТФН (VO2 peak ≤84% д.в.) и 2 группу (n=47) – нормальный уровень ТФН (VO2 peak >84% д.в.)

Результаты: по результатам ЭхоКГ у пациентов с СОД отсутствовали изменения клапанного аппарата, локального нарушения сократимости, гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) и дилатации полостей сердца. Сравнительный анализ параметров ЭхоКГ у пациентов с различным уровнем ТФН не выявил статистически значимых различий – размеры левого (1 группа – 34,2±3,6, 2 группа – 34,1±3,5 мм; p=0,867) и правого предсердия (32,8±3,1 и 32,4±3,1 мм; p=0,596), ударный объем ЛЖ (60,2±13,5 и 62,3±13,1 мл; p=0,488), конечный диастолический размер ЛЖ (40,9±7,8 и 39,8±5,6 мм; p=0,484), толщина задней стенки ЛЖ (8,9±1,1 и 8,7±1,3 мм; p=0,75) и межжелудочковой перегородки (8,8±1,3 и 9±1,7 мм; p=0,66), фракция выброса ЛЖ (64,8±7,5 и 63,3±6 %; p=0,307), E/A (1,3±0,4 и 1,3±0,3; p=0,71).

Заключение: в представленном исследовании параметры ЭхоКГ не имели диагностической значимости в оценке уровня ТФН у пациентов с саркоидозом.

126.
СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ Т-ХЕЛПЕРОВ ПРИ САРКОИДОЗЕ

Автор: Лазарева Н.М. – 1, Кудрявцев И.В. – 1,2, Баранова О.П. – 1, Серебрякова М.К. – 2, Бажанов А.А. – 1, Сесь Т.П. – 1, Илькович М.М. – 1, Тотолян Арег А. – 1,3

Организация: 1 ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия. 2 ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия. 3 ФБУН «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера», Санкт-Петербург, Россия.

Образование гранулем без некроза при саркоидозе происходит вследствие активации различных клеток иммунной системы и продуцируемых ими цитокинов. Это обусловливает развитие как клеточных, так и гуморальных механизмов иммунопатогенеза заболевания. Особенности гуморальных реакций адаптивного иммунитета при саркоидозе связаны с В-лимфоцитами и балансом между субпопуляциями фолликулярных Т-хелперов (Tfh).

Цель исследования: изучить особенности субпопуляционного состава Tfh в периферической крови больных с острым и хроническим дебютом саркоидоза.
Были исследованы образцы крови больных с впервые выявленным хроническим (n=63, ХС), острым (n=19, ОС) дебютом саркоидоза без применения иммуносупрессивной терапии и условно здоровых добровольцев (n=48, УЗД). Анализ содержания клеток проводился методом многоцветной проточной цитометрии. Результаты приведены в виде Me (Q25; Q75), достоверность различий оценивали при помощи критерия Манна-Уитни.
Представлены изменения субпопуляций Tfh среди клеток памяти с фенотипом CD3+CD4+CD45RA–CXCR5+. Уровень CXCR3+CCR6-CCR4– Tfh1 был достоверно снижен в группах ОС и ХС по сравнению с УЗД (14,36% (13,61; 16,93) и 12,87% (10,79; 15,56) против 18,97% (15,96; 23,13), при p=0,004 и p<0,001, соответственно). Относительное содержание CXCR3–CCR6–CCR4+ Tfh2 при ХС было 12,41% (9,53; 15,25), что достоверно выше УЗД (8,19% (6,42; 11,81), p<0,001) и ОС (9,33% (6,52; 11,39), p=0,007). В обеих группах, ОС и ХС, было достоверно выше содержание CXCR3–CCR6+CCR4+ Tfh17 (25,45% (23,38; 28,37) и 27,10% (22,95; 32,58) в сравнении с УЗД (19,99% (16,32;

24,48), при p<0,001. Тогда как больные с ХС характеризовались еще и сниженным числом CXCR3–CCR6+CCR4– Tfh17 при равнении с УЗД (7,58% (5,41; 9,76) и 11,31% (8,29; 14,16), p<0,001).

127.
САРКОИДОЗ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Автор: Абубикиров А.Ф., Зайцева А.С, Мазаева Л.А., Медведев А.В., Шмелев Е.И.

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

Цель исследования: изучение клинических, рентгенологических, функциональных показателей больных саркоидозом лёгких и внутригрудных лимфатических узлов (СЛВГЛУ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 38 больных саркоидозом лёгких и внутригрудных лимфатических узлов, сочетанных с ишемической болезнью сердца (основная группа) и 49 больных СЛВГЛУ без ИБС (группа сравнения). Проанализированы клинические симптомы, данные лучевых и функциональных исследований. Для оценки одышки применялась шкала MMRC; кашель, выделение мокроты – по 4-х бальной шкале. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: у больных саркоидозом легких и ВГЛУ с ИБС отмечена тенденция большей выраженности респираторной симптоматики. При сочетании с ИБС саркоидоз диагностирован раньше, чем у больных без ИБС: 3,6±0,3 и 4,2±0,6 лет. У больных коморбидной патологией клинические проявления основного заболевания проявлялись быстрее, что требует проведения своевременного обследования для ранней диагностики саркоидоза лёгких. В случаях постинфарктного кардиосклероза и развития недостаточности кровообращения (НК) уменьшение ЖЕЛ и ФЖЕЛ обусловлено снижением сократительной способности миокарда вследствие систолической и диастолической дисфункции левого желудочка; снижение МСВ25 – с отеком слизистой оболочки мелких бронхов и нарушением их проходимости. Статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение диффузионной способности легких (DLCO) наблюдалось при ИБС, оно совпадало со сроками кардиального заболевания. Изменение DLCO –ранний функциональный метод диагностики гемодинамических нарушений интерстициальной ткани у больных саркоидозом с ИБС. По результатам КТ ОГК у больных обеих групп с равной частотой наблюдались ретикулярные изменения.

128.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА (ПО МАТЕРИАЛАМ ЛЕГОЧНО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА)

Автор: Мамаева М.Г., Демко И.В., Гордеева Н.В., Сумцова Т.В., Новикова А.А.

Организация: ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России; КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Проведен анализ 479 карт больных саркоидозом легочно-аллергологического центра Краевой клинической больницы г. Красноярска. Из них 344 женщины с ме-

дианой возраста 58 [47; 64] и 135 мужчин с медианой возраста 43 [33; 54] лет. Длительность заболевания составила 4,0 [3,0; 7,0] года. Морфологическая верификация диагноза проведена в 472 случаях (98,5%). В 220 случаях (46,6%) диагноз установлен с помощью видеоторакоскопии, в 108 случаях (22,%) – ФБС с ЧБЛ, в 111 случаях (23,5%) с помощью медиастиноскопии, в 24 случаях (5%) при биопсии периферического лимфоузла, в 7 случаях (1,5%) при биопсии кожного лоскута и в 2 случаях (0,5%) биопсии других органов. У 82 больных (17%) была установлена медиастинальная форма, у 319 пациентов (66,6%) легочно-медиастинальная, у 29 больных (6%) легочная форма, у 48 человек (10%) генерализованный саркоидоз и у 1 больного (0,4%) саркоидоз кожи. Лечение было назначено 479 пациентам (100% случаев): 328 больным (68,5%) назначены пентоксифиллин в сочетании с α-токоферола ацетатом; 132 человека (27,6%) получали преднизолон в комбинации с пентоксифиллином и α-токоферола ацетатом; 6 пациентов (1,3%) получали монотерапию α-токоферола ацетатом, 5 пациентов (1%) только преднизолон, 1 пациент(0,2%) получал преднизолон и пентоксифиллин, у 4 пациентов (0,8%) к тройной комбинации преднизолона, пентоксифиллина и α-токоферола ацетата добавлялся азатиоприн, у 2 пациентов (0,4%) к тройной комбинации был добавлен купренил и у 1 пациента (0,2%) – метотрексат.

129.
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ С ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

Автор: Визель И.Ю., Визель А.А., Шакирова Г.Р.

Организация: Казанский Государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность: вовлечение второго органа или системы при саркоидозе принято считать признаком неблагоприятного течения и поводом для активной терапии. В то же время в 70% случаев отмечена спонтанная ремиссия. Целью исследования была оценка состояния больных саркоидозом с вовлечением селезёнки на момент выявления. Материал и методы. Среди 1276 больных саркоидозом (67,5% женщин) локальной базы данных у 208 (61,1% женщин) при выявлении оценили состояние селезенки (стадия 0 – 1%, стадия I – 27,9%, II – 66,3%, III – 4,8%), синдром Лёфгрена – у 13,5%.

Результаты: спленомегалия была у 17,8% больных, а гиперспленизм только у 2 больных (1%). Очаговые тени различной плотности в селезенке были у 11 больных (5,3%). Среди больных со спленомегалией частота синдрома Лёфгрена была 13,5%, а стадии были – I у 29,7%, II у 67,6%, III у 2,7%. Среди больных с очаговыми тенями синдром Лёфгрена был у 18,2%, а стадии были –I у 27,3%, II у 63,6%, III у 9,1%. Частота лихорадки у больных с патологией селезенки была 29,2%, а без нее – 21,9%, наличие слабости – 50% и 43,1%, кашель – 29,2% и 40%, ЖЕЛ менее 80% – 16,7% и 10%, гиперкальциемия 8,3% и 11,9% – соответственно. У 6 больных со стадией II длинник селезёнки был 15 см и более. Снижение ЖЕЛ и гиперкальциемия были у одного из них, лимфопении и моноцитоза не было. В одном случае у больной саркоидозом II стадии длинник селезёнки составлял 173 мм, курс стероидов дал эффект с последующим рецидивом, метотрексат был недостаточно эффективным, потребовалась комбинированная терапия. Заключение. Изменения селезёнки встретились у каждого пятого больного саркоидозом и чаще всего не отягощали течение саркоидоза. Неблагоприятное течение саркоидоза было отмечено в единичных случаях, но не чаще, чем у больных с нормальной селезёнкой.

130.
АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА БОЛЬНЫХ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ И ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Автор: Черников А.Ю., Землянских Л.Г.

Организация: ГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Цель: изучить акцентуацию характера больных с гранулематозным поражением органов дыхания при саркоидозе и туберкулёзе при помощи опросника Шмишека. Материалы и методы: С помощью компьютерной генерации случайных чисел выделены три группы по 404 пациента в каждой: 1 – больные саркоидозом, 2 – больные туберкулёзом, 3 – здоровые добровольцы. Основные критерии включения в 1-2 группы: гистологическая или бактериологическая верификация заболевания; согласие пациента; возраст старше 18 лет. В группе 1 преобладали женщины (60,2%); в группе 2 – мужчины (60,6%); в группе 3 – равное соотношение.

Результаты: в группе 1 наибольшее количество пациентов имели застревающий (20,1±3,0%), педантичный (18,2±2,8%), циклотимный (11,4±2,3%), экзальтированный (11,1±2,2%), эмотивный (10,6±2,3%) типы акцентуации характера; в группе 2 – дистимный (16,5±2,7%), демонстративный (14,8±2,5%), возбудимый (12,9±2,4%), экзальтированный (12,2±2,3%), тревожно-боязливый (10,7±2,2%); в группе 3 – не было достоверных отличий. Максимальная выраженность в баллах ($p<0,05$): 1 –застревающий, педантичный, циклотимный, эмотивный типы; 2 – дистимный, демонстративный, возбудимый, тревожно-боязливый типы. В диапазоне от 15 баллов наибольшее количество пациентов (в процентах к общему количеству пациентов в группе) установлено: 1 –с застревающим (85,3±2,5%), циклотимным (47,0±3,6%), экзальтированным (32,4±3,4%); 2 – с дистимным (50,5±3,6%), возбудимым (32,2±3,3%), демонстративным (26,9±3,2%) типами акцентуации.

Выводы: выявлены следующие психологические черты с учетом представленных акцентуаций характера: 1 – занудливость, формализм, чрезмерная чувствительность, обидчивость, подозрительность, частая смена настроения; 2 – замедленность мышления, конфликтность, эгоизм, самоуверенность, раздражительность.

131.
НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Автор: Зейналова А.А., Моногарова Н.Е., Бубнова И.А.

Организация: Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ранее выявление вентиляционных нарушений у больных саркоидозом очень важно, так как низкие показатели форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), их прогрессирующее течение и нарушения диффузионной способности легких (DLCO2) может рассматриваться как фактор хронического течения заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 206 больных с саркоидозом органов дыхания, среди которых мужчин – 71, женщин –135. Средний возраст – 32,3 ± 4,7 лет. Длительность течения заболевания – 7,3 ± 2,2. Курильщиков было 43,3%. У 74,2% больных диагноз был верифицирован морфологически, из которых 56,8% выполнялась

медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов, 24,8% –торакоскопия с биопсией легкого, 18,4% –открытая биопсия легких. С I стадия заболевания обследовалось 19%, II – 71,3%, III – 8,3%, IV – 1,4%.

Исследование функции внешнего дыхания проводилось всем больным на спирографе Master Scop и бодиплетизмографе фирмы Eger 2012, показало нарушение вентиляционной способности легких у 54,3%, из которых нарушения по обструктивному типу выявлены у 28,1%, по рестриктивному – у 40,1%, по смешанному – у 31,8% .12 пациентам определялась диффузионная способность легких.

Нами получены следующие результаты показателей функции дыхания: Rtot – 244,0 (67-290), FVC 94,3 (66-127), FEVI – 90,4 (50-120), TLC – 110, 9 (88-134), VC – 97,8 (73-126), RV/TVC – 155,7 (77-168), FEV1 – 83,4 (50-118).

Показатели DLCO2 у больных саркоидозом II стадии (n =12) составили 61,4 ±5,1.

Самые низкие показатели функции дыхания отмечались у больных II и III стадией заболевания.

Проведение расширенного функционального обследования дает возможность назначить дополнительно к базисной терапии части больным ингаляторную терапию бронхолитиками и глюкокортикостероидами (будесонид в дозе 800 мкг/сутки).

132.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ САРКОИДОЗЕ

Автор: Визель А.А., Визель И.Ю., Шакирова Г.Р.

Организация: Казанский Государственный медицинский университет Минздрава России

Целью работы: была оценка влияния метотрексата (МТТ) на течение саркоидоза. Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ применения МТТ у 104 больных саркоидозом (возраст 16-69, 44,98± 1,06 года, 68,95 женщин), I стадия – 10,7%, II – 67,9%, III – 9,7%, IV – 7,8%; синдром Лёфгрена у 8,7%, верифицировано 88,3%. 88,5% больных ранее получали системные кортикостероиды. МТТ применялся внутрь в дозе 10-15 мг 1 раз в неделю с приёмом через сутки 5 мг фолиевой кислоты. Оценивали клинические, лабораторные, лучевые и функциональные данные.

Результаты: МТТ привл к достоверному снижению частоты одышки, кашля, слабости, к достоверному увеличению жизненной емкости легких, начиная с 6 месяца его применения (с 3,21±0,11 л до 3,46±0,13, p<0,001), к уменьшению диссеминации и объёма поражённых лимфатических узлов. Параметры гемограммы не менялись. Начиная с 3 месяца достоверно увеличилась активность печёночных трансаминаз. 52,4% больных хорошо перенесли лечение, 21,4% – с незначительными нежелательными явлениями, в 8,7% случаев потребовалось снижение дозы и в 17,5% – лечение было прервано ввиду нежелательных явлений. Нежелательные явления были следующими: 23,3% – жалобы со стороны ЖКТ, 14,6%≈– рост активности печеночных трансаминаз, 3,9% – учащение инфекционных заболеваний, 1,9% – лейко- и/или лимфопения, 1,9% – рост трансаминаз и изменения гемограммы, 1,9% – выраженные слабость и головокружение. Наиболее часто реакции, потребовавшие отмены МТТ, развились в первые 3 месяца. Заключение. МТТ привел к улучшению общего состояния больных саркоидозом у 63,6% пациентов, улучшение лучевой картины –у 81,8%, улучшение или стабилизацию функции дыхания – у 72,7%. Исследование подтвердило эффективность и безопасность применения метотрексата при прогрессирующем течении саркоидоза.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

133.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Автор: Передельская М.Ю., Сахарова Г.М.,
Антонов Н.С., Салагай О.О., Демидов И.В.

Организация: РМАНПО, ЦНИИОИЗ, Министерство здравоохранения РФ, WEBORAMA

Введение: одним из факторов риска развития хронического бронхита (ХБ) является табакокурение. По данным официально статистики ежегодно заболеваемость ХБ увеличивалась 461 тыс. человек. В 2013 г. на всей территории РФ одномоментно вступил в силу федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (ФЗ), который привел к значительному снижению активного и пассивного курения. Актуальным является изучение влияния закона на заболеваемость ХБ.

Материалы и методы: анализ заболеваемости ХБ проводился на основании данных официальной статистики РФ за период с 2009 по 2017 годы, в анализ включены данные по РФ в целом, 8 федеральным округам и 83 регионам. Для анализа влияния закона построены тренды уровня заболеваемости для периодов до введения ФЗ (тренд 1 – 2009–2013 г.) и после введения закона (тренд 2 – 2014–2017 г.). Тренды построены методом линейной регрессии с расчетом коэффициентов k наклона аппрокисмационных прямых. А статистическая значимость оценивалась модифицированным коэффициентом Стьюдента при уровне значимости $p< 0.01$.

Результаты: анализ трендов заболеваемости ХБ выявил статистически значимое изменение показателей: коэффициент k тренда 1 составил 60,5 , что описывает рост заболеваемости в период максимального воздействия фактора риска. Коэффициент k тренда 2 – 43,8 – соответствует снижению заболеваемости. Таким образом, с вероятностью 99% можно говорить об изменении тенденции заболеваемости после 2014г.

Выводы: проведенный анализ свидетельствует о том, что среди населения РФ отмечается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости ХБ после принятия ФЗ. Таким образом, именно комплексность мер антитабачной политики государства оказывает положительное влияние на состояние здоровья граждан.

134. СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, С УЧЕТОМ ФАКТОРА РИСКА КУРЕНИЯ

Автор: Мокин Е.Д.

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

С целью раннего выявления признаков ХОБЛ, с помощью набора функциональных методов, был обследован 81 подросток (52 муж. и 29 жен. пола, возраста 14,8±0,5 лет), которые составили четыре равнозначных по полу и возрасту группы: 1 гр. – здоровые некурящие, 2 гр. – здоровые курящие, 3 гр. – имеющие диагноз бронхита и курящие, 4 гр. – имеющие диагноз бронхита и некурящие. Установлена более высокая частоте ОРВИ в год и респираторная обструкция по электронной аускультации у здоровых и курящих подростков, по сравнению с некурящими. Спирометрические показатели (ОФВ1/ФЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ % от долж., МОС25%), были выше в группе здоровых и некурящих подростков. Показатели электронной аускультации отражали более выраженную обструкцию в группе некурящих подростков с диагнозом бронхита, у которых подтверждал активное респираторное воспаление и повышенный FeNOx. Курили, больше, здоровые подростки, и они же имели более высокие значения Фагерстрём-теста и индекса курения. При этом мотивация к отказу, и продолжения курения, как у курящих здоровых подростков, так и у курящих подростков с диагнозом бронхита, – имели сходные значения. Достоверную чувствительность и специфичность имели такие показатели как ОФВ1, ОФВ1%, МОС25, МОС25%, FeNOex, электронная аускультация. При этом, у курящих подростков, мотивация к отказу от курения отрицательно коррелировала со стажем курения, то есть, больший стаж курения сопровождался меньшей мотивацией к отказу.

135. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И АРХАНГЕЛЬСКА (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА РЕСПЕКТ)

Автор: Андреева Е.А. – 1, Похазникова М.А. – 2, Кузнецова О.Ю. – 2

Организация: ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (Архангельск, Россия) –1, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, (Санкт- Петербург, Россия) – 2

Цель: оценить распространенность курения среди жителей двух городов Северо-Западного региона России.

Методы исследования: дизайн: одномоментное поперечное исследование, рандомизированная выборка 3133 жителей Санкт-Петербурга и Архангельска 35-70 лет. Методы: анкетирование (социально-демографическая характеристика, статус курения и воздействие вторичного табачного дыма).

Результаты: средний возраст респондентов –54,0 ± 9,3 года, доля мужчин составила 31,8%. Распространенность курения зависела от места проживания, уровня образования и пола респондентов. 29,4% респондентов были посто-

янными курильщиками (в Санкт-Петербурге – 30,9%, в Архангельске – 26,4%, p < 0,0001); 18,2% курили в прошлом, 52,2% опрошенных никогда не курили. У лиц с высшим образованием распространенность курения была ниже (42,7% и 50,6%, соответственно, p < 0,0001). Распространенность, а также индекс курения у мужчин были в 2 раза выше, чем у женщин (46% и 21,7%, соответственно, p < 0,05; индекс курения 26,6 и 13,3 пачка/лет, соответственно, p < 0,0001). Интенсивность курения более 20 пачка/лет была отмечена у 41,3% респондентов (58,9% мужчин и 24,2% женщин). Воздействие вторичного табачного дыма: 1/3 опрошенных проживала с курящими родственниками в квартире более 10 лет, 1/5 – работали вместе с курильщиками в одном помещении более 10 лет; при этом женщины чаще подвергались воздействию вторичного дыма в быту, а мужчины – на работе. Курящие респонденты чаще отмечали воздействие вторичного табачного дыма в быту и на работе, а также курение матери во время беременности.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости курения и подверженности воздействию вторичного табачного дыма в исследуемой популяции, и сопоставимы с результатами глобальных и национальных опросов.

136.
ЭСКАЛАЦИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У КУРЯЩИХ

Авторы: Запруднова Е.А. – 1, Смирнов М.В. – 2, Соодаева С.К. – 3, Климанов И.А. – 3, Ли Т.В. – 4, Попова Н.А. – 3, Муракаева Л.Р. – 5, Глухова М.В. – 3, Кубышева Н.И. – 6

1 – Владимирский государственный университет; 2 – ГБУЗВО «Областная клиническая больница» г. Владимир; 3 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, Москва; 4 – ЦКБ РАН, Москва; 5 – ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва; 6 – Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань.

Цель работы: исследование показателей свободнорадикального статуса в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ): уровня суммарной концентрации нитратов и нитритов, малонового диальдегида (МДА) и концентрации железа у молодых курильщиков без диагностированных заболеваний органов дыхания и у курильщиков старшего возраста с ХОБЛ вне обострения.

Методы: в исследовании принимали участие молодые курильщики в возрасте 15 – 23 лет со стажем курения 1 и более лет, курильщики в возрасте 37 – 69 лет, страдающие ХОБЛ (COPDII). Группу контроля составили некурящие добровольцы 20 – 35 лет, не страдающие заболеваниями дыхательной системы.

Результаты: установлено, что у молодых людей курение приводит к снижению концентрации метаболитов NO в КВВ в 4,2 раза по сравнению с контролем (P<0,05). У пациентов с COPDII выявлено увеличение суммарной концентрации нитратов/нитритов в 2.16 раза (P<0,05).

Следствием активации свободнорадикального окисления является усиление перекисного окисления липидов, выявляемое по образованию МДА. У больных COPDII уровень МДА возрастает и превышает уровень контроля в 3,16 раз (P<0,05). У молодых курильщиков наблюдалась тенденция к увеличению концентрации МДА в сравнении с контролем, но достоверных отличий показателя не выявлено. Об активации свободнорадикальных процессов свидетельствует

и обнаруженное повышение уровня Fe2+ в КВВ как у молодых курящих, так и курящих пациентов с COPDII.

Таким образом, у молодых курильщиков наблюдается нарушение свободнорадикального статуса. У курящих пациентов с COPDII выявляется эскалация активации свободнорадикальных процессов сопровождающаяся усилением перекисного окисления липидов, повышением уровня Fe2+ и метаболитов NO в КВВ.

ТУБЕРКУЛЕЗ

137.
ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НОВЫХ И ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗЕНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ (ШЛУ ТБ) ВОЗБУДИТЕЛЯ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (В И С)

Автор: Кадырова А.А., Ахундова И.М., Алиева Г.Р.

Организация: НИИ Легочных Заболеваний Министерства Здравоохранения Азербайджана, Баку, Азербайджан

В последние годы все чаще появляются сообщения о сочетании туберкулеза и поражений печени. Цель: изучение влияния специфической терапии ШЛУ ТБ на функцию печени у больных с сопутствующими вирусными гепатитами (ВГ) В и С. Материалы и методы: За период 06.06.2017 – 13.06.2019 лечение начали 469 (м-346,ж-127) больных ШЛУ ТБ. Среди них 54 ШЛУ-ТБ больных с сопутствующими ВГ В и С. Все больные с ко инфекцией были подключены к лечению (пре-ШЛУ и ШЛУ ТБ) новыми и перепрофилированными противотуберкулезными препаратами, которые могут быть причиной возникновения нежелательных, чаще всего гепатотоксических, реакций (бедаквилин, деламонид, PASK, протионамид, пиразинамид и др). Функция печени оценивалась количественными показателями печеночных ферментов ALT и AST. Мониторинг лечения на предмет раннего выявления и устранения нежелательных реакций проводился строго 1 раз в месяц. Результаты :Согласно мониторингу, у 36 больных с гепатитами В и С отмечались нормальные показатели ALT(0-43 ед/л) и AST(0-33 ед/л). У 13 больных, начавших лечение при нормальных значениях трансаминаз, к 3–4 месяцам ALT повысились до188 ед/л, AST до104 ед/л. Однако, в течении последующих 3–5 месяцев печеночные пробы нормализовались и лечение не было прервано. У 5 ШЛУ ТБ больных с сопутствующим гепатитом С печеночные пробы были повышены до лечения: ALT-до120 ед/л, AST-до104 ед/л, что не помешало назначению противотуберкулезной терапии. В процессе лечения показатели были приведены в норму и терапию продолжили. У 41(76%) больного отмечены негативные ответы по посеву, тогда как у 13 больных посевы еще позитивны. Заключение: Наличие ко-инфекции гепатита В и С не является противопоказанием к назначению специфической терапии больным ШЛУ ТБ, однако необходимо тщательное обследование больного до лечения и ежемесячный мониторинг.

138.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Автор: Горбач Л.А.

Организация: Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Целью исследования: было изучение факторов, влияющих на возникновение туберкулеза у детей и подростков.

Материал и методы исследования: была создана база данных детей и подростков с верифицированным туберкулезом. Анализировались эпидемические, медицинские и социальные факторы, которые влияли на возникновение туберкулеза. Эпидемические факторы включали наличие латентного туберкулеза и/или контакт с пациентом с туберкулезом. Под медицинскими факторами подразумевалось наличие сопутствующей и/или перенесенной патологии и/или иммуносупрессии. Социальные факторы были связаны с миграцией, низким достатком семьи, асоциальным поведением родителей. Исследование проводилось в двух группах: в первую группу были включены 93 ребенка в возрасте 0–14 лет, во вторую – 62 подростка в возрасте 15–18 лет. Обработка данных проводилась с помощью непараметрических статистических критериев и четырехпольных таблиц.

Результаты: медицинские факторы были зарегистрированы у 30,1% детей и у 29,0% подростков. Различие между группами недостоверно: критерий Хи-квадрат – 0,021, p=0,886. Социальные факторы были выявлены у 10,8% детей и у 12,9% подростков. Различие между группами также недостоверно: критерий Хи-квадрат – 0,168, p=0,683. Эпидемические факторы были отмечены у 33,3% детей и у 66,1% подростков. Различие между группами достоверно: критерий Хи-квадрат – 16,085, p<0,001. В группе подростков чаще регистрировались случаи латентного туберкулеза, поскольку с увеличением возраста частота латентного туберкулеза увеличивается.

Выводы: медицинские и социальные факторы, влияющие на возникновение туберкулеза, встречались одинаково часто у детей и подростков. Эпидемические факторы достоверно чаще встречались у подростков, поскольку с увеличением возраста частота латентного туберкулеза увеличивается.

139.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Автор: Горбач Л.А.

Организация: Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Цель исследования: изучение форм и методов выявления туберкулеза, качества вакцинации БЦЖ у детей разных возрастных групп.

Исследование проведено в трех группах детей с верифицированным диагнозом туберкулеза: первая группа – 47 детей (0–7 лет), вторая – 46 детей (8–14 лет), третья – 62 ребенка (15-18 лет). Анализировались формы и методы выявления заболе-

вания, качество вакцинации БЦЖ. Обработка результатов проводилась с помощью критерия Хи-квадрат и произвольных таблиц сопряженности.

Результаты: у 70,2% детей первой группы и у 71,7% детей второй группы были выявлены внелегочные формы заб олевания. Туберкулез органов дыхания отмечался у 29,8% и 28,3% детей этих групп. У 71,0% детей третьей группы был выявлен туберкулез органов дыхания, внелегочные формы – у 29,0% детей. Различие между группами достоверно: критерий Хи-квадрат – 26,375; p<0,001.
Заболевание туберкулезом у 59,6% детей первой группы и у 54,3% детей второй группы было выявлено при обращении. Рентгенологическое обследование обнаружило заболевание у 27,6% и 28,3% детей этих групп. У 58,0% детей третьей группы заболевание было выявлено с помощью рентгенологического обследования. По жалобам заболевание в этой группе было выявлено у 35,5% детей. Иммунодиагностика во всех группах была на последнем месте по частоте –12,8%, 17,4% и 6,5%. Различие между группами достоверно: критерий Хи-квадрат –14,918; p=0,005.
Дефекты вакцинации БЦЖ чаще отмечались у детей первой и второй групп (24,1% и 6,1% детей). У детей третьей группы это встречалось реже – у 1,9% детей. Различие между группами достоверно: критерий Хи-квадрат – 12,669; p=0,014.

Выводы: у детей в возрасте 0-7 и 8-14 лет чаще туберкулез выявлялся при обращении, отмечались внелегочные формы, дефекты вакцинации БЦЖ по сравнению с детьми в возрасте 15–18 лет.

140.
ТЕМПЫ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ И РОССИИ

Автор: Горбач Л.А.

Организация: Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Цель исследования: изучение среднегодовых темпов снижения показателей заболеваемости туберкулезом взрослого, подросткового и детского населения Республики Беларусь и Российской Федерации за период 2010–2018 годы.

Методы исследования: с использованием формулы Палтышева И.П. были вычислены среднегодовые темпы снижения показателей заболеваемости.

Результаты: среднегодовой темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом взрослого населения Республики Беларусь составил -8,7%, в Российской Федерации он был ниже: – 6,3%. Темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом подросткового населения был выше в Российской Федерации (-7,6%) по сравнению с Республикой Беларусь (-5,0%). Темп снижения показателя заболеваемости туберкулезом детского населения был выше в Республике Беларусь (-12,2%) по сравнению с Российской Федерацией (-7,6%). Сопоставлены темпы снижения показателей заболеваемости туберкулезом населения внутри каждой страны. В Российской Федерации темпы снижения показателей заболеваемости туберкулезом взрослого, подросткового и детского населения различались незначительно, до 1,3% (минимальное значение –6,3%, максимальное -7,6%). В Республике Беларусь самый низкий темп снижения показателя заболеваемости отмечался среди подросткового населения, а самый высокий – среди детского населения. При этом темпы снижения имели значительный диапазон колебаний – до 7,2% (минимальное значение –5,0%, максимальное –12,2%).

Выводы: среднегодовые темпы снижения показателей заболеваемости туберкулезом взрослого и детского населения были выше в Республике Беларусь, а подросткового населения – в Российской Федерации. При этом темпы снижения показателей заболеваемости туберкулезом населения колебались незначительно в Российской Федерации и значительно в Республике Беларусь.

141.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МУТАЦИЙ ГЕНОВ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ИЗОНИАЗИДУ И РИФАМПИЦИНУ НА ТЕРРИТОРИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016–2018 ГГ.

Автор: Голованова М.Н. – 1, Челнокова О.Г. – 1, Ефремов И.А. – 1, Николаев А.Г. – 1, Головачева У.Е. – 2

Организация: 1 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ярославль. 2 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Ярославская областная клиническая туберкулезная больница», г. Ярославль

Цель: изучить спектр мутаций, приводящих к устойчивости к изониазиду (H) и рифампицину (R), по данным 2016-2018 гг. и с помощью IT-технологий оценить их распространение на территории Ярославской области.

Материалы и методы: использована авторская компьютерная «Программа учета и мониторинга очагов туберкулеза» (Свидетельство 2016618813 от 08.08.2016г. Роспатент. И.А. Ефремов и соавт.). В базу данных внесены сведения о спектре мутаций, ответственных за устойчивость к H (katG, inhA) и R (rpoB), у штаммов микобактерий (МБТ), выделенных из мокроты методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени от 546 пациентов. Изучено картографическое отображение этих данных в программе.

Результаты: мутации с идентификацией нуклеотидных последовательностей выявлены в 173 (31,7%) ДНК МБТ, мутации без идентификации – еще в 47 (8,6%) ДНК МБТ. Среди изолированных мутаций к H (n=52) преобладали мутации генов изолятов katG-315 (77%), в группе изолированных мутаций к R (n=27) –мутации генов изолятов rpoB-531 (62,9%), в группе сочетания мутаций к H, R (n=94) –katG-315, rpoB-531 (67%). На уровне микрорайонов не выявлено территориальных закономерностей появления лекарственной устойчивости МБТ (ЛУ МБТ), за исключением семейных очагов и тесных социальных связей.

Заключение: полученные данные служат предиктором высокого уровня резистентности МБТ и неблагоприятной эпидемиологической ситуации на территории. Благодаря IT-технологиям с онлайн визуализацией данных на карте, появляется возможность оперативно использовать информацию о спектре ЛУ МБТ и своевременно назначать эффективное лечение у больных при отсутствии бактериовыделения и контактных лиц.

142.
ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВАЦИИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА НЕОПТЕРИН И RANTES У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Автор: Баранов А.А., Таххан Абдулраззак, Челнокова О.Г.

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ярославль
2 – ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая туберкулезная больница», г. Ярославль

Изучение изменений иммунного статуса у больных туберкулезом позволит обоснованно использовать патогенетическую терапию с целью повышения эффективности лечения.

Цель работы: изучить показатели активации клеточного иммунитета неоптерина и RANTES у больных туберкулезом легких в зависимости от клинико-рентгенологических и лабораторных особенностей.

Материалы и методы: у 52 больных туберкулезом легких ВИЧ – отрицательных определяли концентрации RANTES и неоптерина в сыворотке крови иммуноферментным методом в начале лечения в сравнении с 30 здоровыми донорами. Определяли количество CD4+, CD8+, CD20+, CD25+, HLA DR+ лимфоцитов.

Результаты: установлено увеличение RANTES 79115,12±22431,09 пг/мл и 62915,00±18665,18 пг/мл,и неоптерина 22,3±21,7 нмоль/л и 8,52±1,19 нмоль/л у больных туберкулезом по сравнению с донорами ($p<0,0001$). Отмечена положительная корреляционная зависимость между уровнем RANTES и площадью инфильтрации ($r=0,35$, $p<0,05$), а также размерами деструкции легких ($r=0,39$, $p<0,01$). Подобная взаимосвязь прослежена и для неоптерина, как с площадью инфильтрации ($r=0,51$, $p<0,001$), так и деструкции ($r=0,39$, $p<0,01$). Концентрация RANTES положительно коррелировала с СОЭ ($r=0,37$, $p<0,05$). Для СРБ подобной зависимости не обнаружено ($r=0,17$, $p>0,05$). Концентрация неоптерина коррелировала со значениями СОЭ ($r=0,48$, $p<0,001$) и СРБ ($r=0,58$, $p<0,001$). Не отмечено значимых взаимосвязей числа CD4+, CD8+, CD20+, CD25+ и HLA DR+ лимфоцитов с площадью инфильтрации и деструкции в легких.

Заключение: у больных деструктивными формами туберкулеза легких выявлены выраженные нарушения активации клеточного иммунитета, что подтверждает необходимость применения в лечении иммунотерапии.

143.
ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ АЛЛЕРГОФЕРОНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО РЕКОМБИНАНТНОГО

Автор: Дубровская И.И. – 1, Зенкова Л.А. – 2, Небесная Е.Ю. – 3, Бахшиева Л.И. – 3, Мордык А.В. – 3, Иванова О.Г. – 3, Багишева Н.В. – 3, Моисеева М.В. – 3

Организация: 1– БУЗОО «Больница скорой медицинской помощи № 2», Омск, 2 – БУЗОО «Городская клиническая больница № 11», Омск, 3 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск

Цель: оценить роль реакции Манту и Диаскинтеста в дифференциальной диагностике туберкулеза и пневмоний.

Материалы и методы: проанализировано 50 медицинских карт (форма 003/у) пульмонологического отделения Городской клинической больницы №11 и Больницы скорой медицинской помощи №2 г. Омска. Из них 32 мужчины и 18 женщин, средний возраст –52 ± 2,7 года, средний койко-день 19,8 ± 1,3 дня.

Результаты: диагноз при поступлении: пневмония –46 человек, экссудативный плеврит – 2, ХОБЛ, обострение – 2. За время госпитализации установлен клинический диагноз: пневмония у 45 человек; экссудативный плеврит – 2; ХОБЛ, обострение – 3. Сопутствующая патология: новообразование легкого –7; ранее выявленный туберкулез – 2; гепатит С – 3; гепатит В – 1 ; ХОБЛ – 10 (20%), ВИЧ-инфекция – 10 (20%), из них АРТ получает 1 человек.

Всем пациентам проведена р. Манту и Д-тест. Анализ мокроты на КУМ –27 пациентам, трехкратно, результаты отрицательный у всех. ПЦР мокроты на ДНК МБТ –2 пациентам, результат отрицательный. Промывные воды бронхов на ДНК МБТ методом ПЦР 4-м пациентам, положительный результат -1.

Реакция Манту положительная у 17, Диаскинтест – у 6 пациентов.

Переведено в КПТД 5 больных.

Выводы: у 34% пациентов выявлена положительная р.Манту, у 12% –положительный Диаскинтест. Одновременно положительные р.Манту и Диаскинтест – у 12%. 5-ти пациентам фтизиатром рекомендован перевод в ПТД. 11 пациентам, у которых имела место положительная р. Манту и отрицательный Диаскинтест, рекомендована амбулаторная консультация фтизиатра. В большинстве своем это пациенты с ХОБЛ и ВИЧ-инфекцией.

Реакция Манту и Диаскинтест являются значимыми для проведения дифференциальной диагностики между туберкулезом, пневмонией и обострением ХОБЛ в общелечебной сети, особенно у пациентов с сопутствующей патологией.

144.
ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ: СОВРЕМЕННЫЕ МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Автор: Яворский К.М. – 1, 2, Московчук А.Ф. – 1, Болотникова В.А. – 1, Корлотяну А.А. – 1, Брумару А.А. – 1, Шинкаренко И.В. – 2

Организация: ОМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк» – 1, Государственный Университет Медицины и Фармации «Николае Тестемицану» – 2, г. Кишинев, Республика Молдова

Многоаспектность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТЛ) и наносимый ими экономический ущерб определяют необходимость интенсификации системного анализа этой проблемы.

Цель: на основе интеграционного подхода оценить бремя эпидситуации по ХОБЛ и ФКТЛ в 2015-2018 гг.

Материал и методы: ретроспективный анализ статистических данных и сведений о больных с автономной и коморбидной патологией.

Результаты: значительная часть (88,5%) больных ХОБЛ и ФКТЛ – это сложный и нередко схожий в медицинском и социальном аспектах контингент с низким качеством жизни, высоким уровнем инвалидизации и смертности. В этом важную роль часто играют одинаковые детерминанты, факторы риска и клинико-морфологические проявления. На фоне стабильного снижения заболеваемости ФКТЛ с 0,59 до 0,56 на 100 тыс. населения, доля пациентов с тяжелым течением и летальным

исходом была высокой и составляла 57,3%. Относительно данных по ХОБЛ необходимо отметить следующее. Число больных ХОБЛ, являющихся группой риска по туберкулезу, остается большим. Так, в частности, в Правобережном регионе страны, несмотря на снижение показателей распространенности с 144,8 в 2015 г. до 134,8 в 2018 г. на 10 тыс. взрослого населения, сохраняется сложная ситуация. Высокая эпидемиологическая значимость ХОБЛ проявлялась и в показателях смертности: 2015 г. – 23,2; 2018 г. – 21,3 на 100 тыс. взрослого населения.

Выводы: смещение акцентов в эпидемиологии болезней легких и тенденциях потерь респираторного здоровья учитывается в политике и программах отечественного здравоохранения. Но контроль и менеджмент их бремени требуют инноваций во взаимодействии и укреплении связей между разными службами.

145.
КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СТАЦИОНАРЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Автор: Бабаева И.Ю., Яцукова А.В.

Организация: Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Диссеминированный туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией (ДТЛ+ВИЧ), по-прежнему остается серьезной проблемой.

Цель: изучить контингент пациентов с ДТЛ+ВИЧ, в условиях стационара противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы: проведен анализ 42 амбулаторных карт больных ДТЛ+ВИЧ, которые находились на лечении в ГБУЗ КПТД МЗ Краснодарского края в отделении для больных туберкулезом (ТБ) органов дыхания № 2 в 2017-2018 гг.

Результаты исследования: средний возраст больных 39,17 лет: 85,7% мужчин и 14,3% женщин. Структура социальной принадлежности; 85,7% – не имели работы, из них 30,56% – инвалиды. Социальный статус – 38,1% человек находились ранее в местах лишения свободы (все мужчины). Вредные привычки имели: курение – 76,19%; злоупотребление алкоголем – 57,14%; наркотиков – 38,1%. Контакт по ТБ установлен у 19,05%. По первичности выявления заболеваний: ВИЧ/ТБ – 61,9%; ВИЧ=ТБ – 23,81%; ТБ/ВИЧ – 14,29%. По стадиям ВИЧ-инфекции: 4А – 14,29%, 4Б – 30,95%, 4В – 45,24%, неуточненная стадия – 9,52%. При диссеминированном ТБ легких при ВИЧ: 35,71% –в фазе инфильтрации и распада, 64,29% – в фазе инфильтрации. У 73,81% больных в мокроте определялись МБТ, у 26,19% – МБТ в мокроте не были выявлены. У 69,05% больных имели хронический гепатит С. 66,67% больных получали лечение по IV режиму химиотерапии, 7,14% – по III режиму, 26,19% – по I режиму, что свидетельствует о наличии множественной лекарственной устойчивости.

Выводы: течение ТБ у пациентов с ВИЧ-инфекцией и прогноз зависят от клинической формы ТБ, что должно быть учтено при выработке тактики лечения больного.

146.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Автор: Бабаева И.Ю., Василевская Н.Е., Яцукова А.В.

Организация: Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Туберкулез мочевыделительных органов (ТВ МВО) – одно из распространенных заболеваний среди урологической патологии: у 20,0% больных туберкулезом легких (ТБ) развивается экстрапульмональное проявление в мочеполовой системе.

Цель исследования: совершенствование клинической диагностики ТВ МВО.

Материалы и методы: проанализирован архивный материал 75 амбулаторных карт пациентов с ТВ МВО ГБУЗ «Клинического противотуберкулезного диспансера» МЗ Краснодарского края с 1998–2014 гг.

Результаты и обсуждение: по полу: мужчины –57,33%, 42,67% –женщины, в основном –работоспособного возраста; 62,7% –городские жители; 84,0% –имели среднее образование, 41,3% – лица без работы. В 100,0% ТВ МВО сочетался с ТВ поражением легких: диссеминированный ТБ легких (59,8%), инфильтративный ТБ (33,1%). У 70,6% ТБ процесс был локализован только в почках: жалобы на боль в поясничной области (56,6%); не предъявляли жалоб (41,51%); имели дизурические явления (1,89%). Лица, имеющие ТБ, поражающий почки и мочеточники составляли 16,0%: боль в поясничной области (50,0%); дизурические явления (41,67%), не имели жалоб (50,0%). 13,3% человек, имели ТБ с локализацией в почках и мочевом пузыре: отсутствие жалоб (60,0%); дизурические явления (40,0%). Сопутствующих заболеваний встречаются у 78,6% пациентов: хронический калькулезный пиелонефрит, сахарный диабет II типа, ВИЧ-инфекция, данные состояния являются факторами риска для развития ТВ МВО.

Выводы: ТВ МВО сочетается с ТВ поражением легких. Проблемой диагностики ТВ МВО является отсутствие клинических симптомов заболевания, что должно сохранять фтизиоурологическую настороженность врачей.

147.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Автор: Корецкая Н.М., Элярт В.Ф., Шогжал И.С., Белоусова Ю.Н.

Организация: МСЧ-24 ФСИН России

Цель: изучить частоту, структуру и спектр первичной лекарственной устойчивости (ПЛУ) микобактерий (МБТ) у больных туберкулезом легких (ТЛ), выявленным в пенитенциарных учреждениях.

Материал исследования: картограммы 79 больных ТЛ, лечившихся стационарно в Туберкулезной больнице №1 МСЧ-24 ФСИН России в 2018г.

Все больные впервые выявлены, бактериовыделение установлено посевом мокроты на питательную среду Левенштейна-Йенсена. Исследования лекарственной чувствительности проведено стандартным методом абсолютных концентраций.

Установлено наличие ПЛУ МБТ у 70,9% бактериовыделителей, из них у 48,1% она была множественной (МЛУ), у 8,9% – широкой (ШЛУ); лишь у 8,9% имелась поли-,

а у 5,1% – монорезистентность. В 21,5% МЛУ МБТ сочеталась с резистентностью к противотуберкулезным препаратам (ПТП) I ряда, у 25,3% – к сочетанию ПТП I и II рядов. Наиболее высока резистентность к ПТП I ряда: стрептомицин – 65,8%, изониазид – 64,6%, рифампицин – 60,8%, этамбутол – 26,6%; ниже ПЛУ МБТ к ПТП II ряда: канамицин – 12,7%, капреомицин – 10,1%, этионамид – 5,1%, ПАСК – 2,5% при высокой ПЛУ к офлоксацину – 27,8%.

Таким образом, частота ПЛУ МБТ у больных ТЛ в пенитенциарных учреждениях очень высока, с преобладанием МЛУ и ШЛУ. В спектре ПЛУ МБТ более чем у ½ больных наблюдается резистентность к ПТП I ряда. Неблагоприятный прогностический признак – наличие ПЛУ МБТ к фторхинолонам у каждого 4-го бактериовыделителя. Полученные данные свидетельствуют о необходимости достижения максимально высоких и быстрых показателей прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных ТЛ во время их нахождения в пенитенциарных учреждениях, что позволит не допустить распространения лекарственно-устойчивых штаммов МБТ среди населения региона.

148.
ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ОТ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Автор: Ташпулатова Ф.К. – 1., Абдусаломова М.И. – 1, Рахимов Д.Б. – 2

Организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт – 1, Республиканский специализированный научно практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз-22

Цель: изучить частоту и характер побочных реакций (ПР) от химиотерапии туберкулеза у больных детей туберкулезом (ТБ).

Материал и методы: комплексно обследовано 181 детей с ТБ в возрасте от 1 до 15 лет, находившиеся на лечении в отделении детского туберкулеза центра фтизиатрии и пульмонологии с 2018 по 2019 годы. Мальчиков было 41%, девочек 59%. Преобладали дети в возрасте о 7 до 13 лет (50%). Среди клинических форм туберкулеза наиболее часто встречался ТБ внутригрудных лимфатических узлов (51%). У 86% пациентов ТБ выявлен был впервые. Больные получали химиотерапию согласно стандартам ВОЗ с учетом чувствительности МБТ к химиопрепаратам.

Результаты: в процессе лечение у 13% больных установлено развития ПР на химиопрепараты. Кожно аллергический синдром реакции (КАС) отмечены у 20,8%, поражение печени и ЖКТ у 33 %, артральгии 12,5% больных, лактоацидоз у 16,6% детей. ПР у 78,5% больных детей были средней тяжести

Если КАС наблюдался в первый месяц лечения, то токсические поражение печени, ЖКТ и сочетанные синдромы отмечены в более поздние сроки лечения (2-3 месяцы). КАС проявлялся в виде зуда, сыпи, эозинофилии. Симптомы поражение со стороны печени и ЖКТ сопровождался диспепсией, болями в области желудка и печени, изменениями биохимических показателей печени. Артральгия, связанная с приемом химиопрепаратов клинически протекал в виде болей и дискомфорта в области крупных суставов. Нейротоксические реакции проявлялись головной болью, головокружением, шаткостью походки и онемением.

Вывод: у больных детей туберкулезом частота ПР составляет всего 13%. Однако, преобладают ПР средней тяжести(78%), по характеру преобладают синдром поражение печени и ЖКТ, кожно аллергические реакции, артральгии.

149.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Автор: Ташпулатова Ф.К., Раззаков С.А., Медведева Н.В.

Организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение особенностей клинического течения туберкулеза (ТБ) на фоне табакокурения.

Материал и методы: Обследование 120 больных туберкулезом легких(ТБ).Больные распределены на две группы: I группа – 70 больных, курящие, II группа – 50 больных, не курящие.

Результаты: установлено, что среди больных ТБ в обеих группах преобладали лица мужского пола 71,42±5,4% и 70±6,5% соответственно. Анализ возрастного состава показал, что среди курящих больных (I гр) чаще встречались лица от 21–30 лет (28,5±5,4%), а во II группе преобладали пациенты от 41до 50 лет (44±7,1%). Ранее леченные больные составила в I группе 42,85±6,9%, а во II группе 40 ± 6,9%. Среди клинических форм туберкулеза у больных курящих наиболее часто встречались деструктивные формы ТБ фиброзно-кавернозный туберкулез (40±5,8%) и кавернозный ТБ (25,7±5,2%) тоже время у больных во II группе, преобладал инфильтративный ТБ(40±7,0%). Установлено, что у больных, курильщиков достоверно часто встречается тотальное поражение легкого 40± 5,8%, тогда как в контрольной группе (10± 4,2%,p≤0,05). У больных курящих, симптомы интоксикации и респираторные проявления были в 2 раза более выраженными (50±6,0%), по сравнению с II группой(24,0±4,6%). Выявлена разница в частоте бактериовыделение у больных в обеих группах: 42,85%± 5,9% и 28%±6,4% соответственно. Частота больных с МЛУ ТБ составила в I группе 31,4 ±5,5%), в то же время во второй группе больных -4±3,3%.

Вывод: для больных туберкулезом легких на фоне табакокурения характерно преобладания деструктивных Форм ТБ. Выраженными симптомами интоксикации и респираторных проявлений, большим обьемом легочного поражения, частым развитием устойчивостью к химиопрепаратам.

150.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ СКРИНИНГА ПОДРОСТКОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Автор: Барышникова Л.А., Воекова Н.А., Кабаева М.Н.

Организация: ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер имени Н.В. Постникова»

Цель: изучение влияния технологии скрининга подростков на туберкулезную инфекцию на заболеваемость туберкулезом лиц молодого возраста.

Материалы и методы: с 2013 года на территории Самарской области внедрена новая технология скрининга подросткового населения (15-17 лет) на туберкулезную инфекцию при помощи кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным вместо традиционной пробы Манту с аллергеном туберкулезным очищенным. Ретроспективно статистическим методом изучены показатели заболеваемости туберкулезом различных возрастных групп населения Самарской области с 2013 по 2017 годы (на 100 тысяч населения соответствующего возраста).

Результаты: показатель заболеваемости туберкулезом всего населения в 2013 году составил 95,6, в 2017 году – 66,1, показатель снизился на 30,8%. Заболеваемость подростков туберкулезом соответственно составила 31,8 и 11,4, показатель снизился на 64,1%. Заболеваемость туберкулезом лиц в возрасте 18-19 лет составила 59,1 и 28,2, снижение произошло на 52,2%. Заболеваемость туберкулезом лиц в возрасте 20-29 лет и 30-39 лет в 2013 году составила соответственно 117,8 и 214,9, в 2017 году – 72,9 и 164,8, показатель снизился на 38,1% и 23,3%.

Заключение: в Самарской области снижается показатель заболеваемости туберкулезом. На фоне перехода на новую технологию скрининга подростков на туберкулезную инфекцию наблюдается выраженное снижение показателя заболеваемости туберкулезом лиц молодого возраста (18-19 лет) в сравнении с общим показателем и заболеваемостью лиц старше 30 лет. Новая технология скрининга позволяет формировать группы наиболее высокого риска заболевания туберкулезом среди подростков для наблюдения врачом-фтизиатром,что способствует предупреждению новых случаев заболевания среди взрослого населения – лиц молодого возраста.

151.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Автор: Данцев В.В., Харитонов М.А., Иванов В.В.

Организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить эффективность использования туберкулезного рекомбинантного аллергена (диаскинтест) при обследовании взрослых контактных лиц в очаге туберкулезной инфекции.

Материал и методы: в коллективе из 103 человек при обращении за медицинской помощью был выявлен больной диссеминированным туберкулезом легких с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. Нами обследованы 100 человек из числа контактных лиц в возрасте от 18 до 22 лет. Методы обследования включали флюорографию органов грудной полости, пробы Манту 2 ТЕ (ПМ) и диаскинтест (ДСТ), пробы выполнялись одновременно на разных руках. Лицам с гиперергической реакцией (ГЭР) на ДСТ дополнительно выполнялась компьютерная томография органов грудной полости (КТ ОГП).

Результаты: флюорографическое обследование у всех 100 контактных лиц патологии органов грудной полости не выявило. Реакция на ПМ у 80 человек (80%) оказалась положительной. Из них в 37,5% она была выраженной, в 1,3% – ГЭР. Реакция на пробу с ДСТ у 38% больных была положительной. Из них умеренно выраженные реакции составили 10,5%, выраженные – 10,5%, ГЭР – 78,9%. При сравнении результатов ПМ и ДСТ отмечено, что положительная реакция достоверно чаще имела место при ПМ –80 %, против ДСТ –38 % ($p = 0,002$). Однако достоверно чаще фиксировалась ГЭР на пробу с ДСТ –30% против 1% при выполнении ПМ ($p < 0,001$). В целом выраженная положительная и ГЭР на ПМ имела место у 31% лиц, на пробу с ДСТ – у 34%, но полного пересечения данных групп не отмечалось. Лицам с ГЭР на пробу с ДСТ (30 человек) выполняли КТ ОГП, из них у 9 человек (30%) были выявлены очаговые изменения в легких, что послужило основанием для госпитализации. Вывод: использование ДСТ в очаге туберкулезной инфекции позволяет выявить лиц, нуждающихся в углубленном КТ обследовании.

152.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Юсупалиева М.М., Гришин М.Н.,Чудинова Д.С., Каримов Ж.А.

Организация: Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВОКФУ Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, г. Симферополь.

Обследование проводили в Крымском республиканском клиническом центре фтизиатрии и пульмонологии. Симферопольский противотуберкулезный диспансер.

Целью научной работы: исследование функции внешнего дыхания,методом бодиплетизмографии и спирографии (СПГ) у 18 больных активным туберкулёзом органов дыхания в т.ч. у 12 больных с первичным инфильтративным и очаговым туберкулёзом,и у 6 больных с вторичными деструктивными формами туберкулеза. Возраст от 37 до 60 лет. В период проведения функциональных исследований,больные находились на 6-8 месяце лечения туберкулеза , абацилированные ,на 2 и 3 режиме химиопрофилактики. Данные СПГ выявили у 10 из них умеренное снижение следующих показателей:ОФВ1; ФЖЕЛ; ОФВ1/ФЖЕЛ;MEF 75; MEF 50; ПОС,легкие обструктивные нарушения.

Показатели бодиплетизмографии: у этой группы больных выявило снижение TLC (ОЕЛ) 76%; RV (ООЛ) 47%; TGV (ФОЕ): 79%. Reff общее: 33%; Reff-in: 46% Reff-ex: 14%; TLCO: 81%; KCO: 95%.

Заключение: выявлены легкие обструктивные и выраженные рестриктивные нарушения легочной вентиляции (ОЕЛ снижена до 76% от должного), бронхиальное сопротивление не увеличено. Диффузионная способность легких не нарушена. У 9 больных СПГ выявило значительное уменьшение ОФВ1; ФЖЕЛ; ОФВ/ФЖЕЛ и ПОС, умеренное уменьшение. MEF 75; MEF 50. Выраженные обструктивные изменения. Данные бодиплетизмографии: TLC (ОЕЛ) 51%; RV (ООЛ) 76%; TGV (ФОЕ): 6! %.Reff общее: 6,9%; TLCO: 75%; KCO: 80%. Отмечается снижение диффузионной способности, увеличение бронхиального сопротивления, выраженные рестриктивные изменения в сочетании с бронхиальной обструкцией.

Вывод: применение метода бодиплетизмографии позволило выявить снижение показателей ОЕЛ; ООЛ; ФОЕ; и рестриктивные нарушения, что необходимо для прогноза остаточных явлений туберкулёза,не определяемые методом СПГ.

153.
ОКАЗАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Автор: Писаренко К.С., Писаренко С.В.

Организация: Международный независимый университет Молдовы, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: изучить особенности правового обеспечения оказания противотуберкулезной медицинской помощи детям в Республике Молдова.

Материалы и методы: проанализирована практика оказания противотуберкулезной медицинской помощи детям, а также нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок оказания такой помощи в Республике Молдова.

Результаты: анализ практики оказания противотуберкулезной медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, а также нормативно-правовых актов, обеспечивающих регулирование борьбы с туберкулезом у детей в Республике Молдова [(ст. 36 и ст. 50 (1) Конституции РМ; ст. 57 Гражданского процессуального кодекса; ст. 47 Закона РМ № 411 от 28.03.1995 Об охране здоровья; ст. 13 Закона РМ №263 от 27.10.2005 О правах и ответственности пациента; ст. 13 Закона РМ №153 от 04.07.2008 О контроле и профилактике туберкулеза; Приказ Министерства здравоохранения труда и социальной защиты №783 от 11.10.2017 О применении Национальной программы по контролю туберкулеза на 2016-2020 годы; Национальный клинический протокол «Туберкулез у детей» (2017)], указывает на особенности, не учтенные в национальном законодательстве, но отраженные в международных документах. Так, возрастающий с взрослением ребенка уровень его дееспособности требует возрастной дифференциации в принятии решений (затрагивающих права и интересы ребенка, его законного представителя и медицинского работника) и их отражения в национальных нормативно-правовых актах.

Выводы: в Республике Молдова существует нормативно-правовая база, обеспечивающая регулирование борьбы с туберкулезом у детей. Приведение в надлежащих случаях в соответствие национальных правовых актов с международными позволит улучшить правовой механизм реализации прав детей, больных или подверженных риску заражения туберкулезом.

154.
РАССЛЕДОВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ КОНТАКТОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА: ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Автор: Писаренко К.С., Писаренко С.В.

Организация: Международный независимый университет Молдовы, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: изучить особенности правового обеспечения эпидемиологического расследования туберкулезных контактов (ЭРК) в Республике Молдова (РМ).

Материалы и методы: проанализирована практика, а также нормативно-правовые акты, обеспечивающие порядок ЭРК в РМ.

Результаты: отслеживание лиц, которые могли подвергаться воздействию и рискуют заболеть туберкулезом, и проведение в отношении них эпидемиологических расследований является важным здравоохранительным мероприятием. Основные положения ЭРК в РМ соответствуют международным рекомендациям и содержатся в национальных нормативно-правовых актах [Закон РМ № 411 от 28.03.1995 Об охране здоровья; Закон РМ №153 от 04.07.2008 О контроле и профилактике туберкулеза, Приказ Министерства здравоохранения №428 от 02.06.2015 О контроле туберкулеза на уровне первичной медицинской помощи; Приказ Министерства здравоохранения труда и социальной защиты №783 от 11.10.2017 О применении Национальной программы по контролю туберкулеза на 2016-2020 годы); Национальные клинические протоколы «Туберкулез у взрослых» (2017) и «Туберкулез у детей» (2017)]. Установлено, что нормативная правовая терминология, используемая в указанных актах, нуждается в унификации, а отдельные правовые акты (Закон О контроле и профилактике туберкулеза и др.) –во внесении изменений и дополнений. Национальные нормативные акты не регламентируют порядок ЭРК в некоторых особых ситуациях (туберкулезный контакт на авиационном и морском транспорте, др.).

Выводы: в Республике Молдова существует нормативно-правовая база, в целом обеспечивающая порядок ЭРК. Приведение в надлежащих случаях в соответствие национальных правовых актов с международными и создание национального протокола по ЭРК позволит улучшить правовое обеспечение этого раздела борьбы с туберкулезом в республике.

155.
ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ МЕТОДОМ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОГО ПНЕВМОЛИЗА С ПЛОМБИРОВКОЙ

Автор: Гаджиева П.Г., Ениленис И.И., Кесаев О.Ш., Курбанова Н.Б.

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

Несмотря на все успехи отечественной фтизиатрии проблема лечения распространенного деструктивного туберкулеза легких остается актуальной. Хирургические методы позволяют значительно увеличить эффективность лечения у этой тяжелой категории больных, но радикальное резекционное вмешательство удается выполнить не у всех, тогда приходится прибегать к коллапсохирургии. Однако, торакопластику не производят у пациентов с низкими функциями дыхания, а малотравматичный экстраплевральный пневмолиз без пломбировки полости дает лишь кратковременный эффект, а многочисленные методы пломбировки (поролон, силиконовый протез молочной железы, шарики из метилметакрилата, парафин, стерильное вазелиновое масло, коллаген и многое другое) имеют тяжелые осложнения: инфицирование вокруг алломатериала, пролежень лёгкого, прорыв в бронх, кровотечения, экссудат > 500 мл.

Цель: Повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких за счет разработки современных показаний и техники экстраплеврального пневмолиза с использованием пломбировочного материала.

Материалы и методы: В период с 2004-2015 гг. было выполнено 25 операций экстраплеврального пневмолиза с различной комбинацией пломбировок. Были оперированы 16 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 49 лет. 14 пациента страдали фиброзно-кавернозным туберкулезом, 10-кавернозным туберкулезом и 1 – туберкулема с распадом.

Непосредственная эффективность (прекращение бактериовыделения, закрытие полостей распада) составила у 23 пациентов (92%), летальности не было.

Заключение: Рассмотренный нами метод относится к эффективным мало инвазивным методам, позволяющим достичь длительной ремиссии при распространенном деструктивном туберкулезе легких, а также у больных с единственным легким.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

156. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Автор: Леонтьева Н.М. – 1, 2, Демко И.В. – 1, 2, Собко Е.А. – 1, 2, Ищенко О.П. – 1, 2, Соловьева И.А. – 1, 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск 660022, Российская Федерация, 2 – Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Красноярск 660022, Российская Федерация

Введение: диагноз бронхиальной астмы (БА) является клиническим и устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных пациента. Наряду с этим для надежного подтверждения бронхообструктивного синдрома необходимы инструментальные методы обследования, позволяющие оценить функцию легких по количественным параметрам. В последнее время для выявления ранних нарушений вентиляционной функции легких все шире используются тесты осциллляторной механики.

Цель данного исследования: заключалась в анализе взаимосвязей параметров функциональных методов диагностики респираторной системы, в том числе импульсной осциллометрии (ИОМ) со степенью тяжести обструктивных нарушений.

Материалы и методы: в основную группу исследования включено 78 пациентов с диагнозом БА аллергического генеза, среднетяжелого течения. Медиана возраста составила 30 [24;38] лет. В контрольную группу было включено 40 здоровых пациентов. При проведении исследования были использованы современные методы функциональной диагностики: бодиплетизмография (БПГ), спирография (СПГ), ИОМ.

Результаты: установлено, что показатели ИОМ находятся в значимой корреляционной зависимости с основными параметрами СПГ и БПГ. У 58(74%) обследуемых были повышены параметры частотной зависимости Delta (Rrs5-Rrs20), и Delta (Rrs%Rrs20) у 56(72%) пациентов. Так же стоит отметить, что у большинства 57(73%) больных в данной группе отмечалось увеличение параметра AX, при этом у 31(40%) обследу-

емого значения Rrs5 и deltaXrs5 не превышали нормальных, что рассматривалось как ранний функциональный признак обструктивных нарушений периферических дыхательных путей.

Заключение: в сравнении с классической СПГ метод ИОМ позволяет выявить более ранние признаки нарушения функции респираторной системы, свидетельствующие о наличии обструктивных изменений.

157.
ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Автор: Тетенева А.В., Сердюков Н.А., Бодрова Т.Н., Тетенев К.Ф., Колесник Н.Ю.

Организация: ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет, Министерства здравоохранения РФ

Введение: в Томской области призывники с НП на протяжении многих лет составляют в среднем до 50% экспертных случаев в группе болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, получивших освобождение от призыва на военную службу по результатам медицинского освидетельствования. Несмотря на высокую частоту и выраженность нарушений трофологического статуса у лиц призывного возраста, НП остается синдромом с невыясненной причиной развития и не установленным алгоритмом диагностики. Тем более эта ситуация актуальна когда НП протекает на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы исследования: у 60 юношей призывного возраста с недифференцированной ДСТ в сочетании с НП и у 30 здоровых лиц аналогичного пола и возраста было выполнено исследование функций внешнего дыхания, бронхиального сопротивления, легочных объемов и емкостей при помощи диагностического комплекса MikroLAB (Lassamed, Великобритания).

Результаты: показатели функции внешнего дыхания у лиц призывного возраста с недифференцированной ДСТ на фоне НП снижены по сравнению с пациентами аналогичного возраста контрольной группы. У 76% юношей призывного возраста с недифференцированной ДСТ на фоне НП по результатам бодиплетизмографии обнаруживается повышение ОО, ФОЕ и ОО/ОЕЛ. В 69.5% случаев ОО превышал 120%, достигая у части пациентов 200%. Выявленные изменения свидетельствуют о наличии у них легочной гиперинфляции на фоне нормальных значений бронхиального сопротивления, связанной со слабостью дыхательной мускулатуры и снижением эластичности легких вследствие ДСТ.

Заключение: при медицинском освидетельствовании граждан призывного возраста с НП и ДСТ, целесообразно рассмотреть вопрос о проведении бодиплетизмографии для верификации легочной гиперинфляции и определения степени ее тяжести.

158.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ И БРОНХОФОНОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРИПАМИ В ЛЕГКИХ И С ВЕЗИКУЛЯРНЫМ ДЫХАНИЕМ

Автор: Магомедова К.А., Гусейнов А.А.

Организация: ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Акустический анализ дыхательных звуков – бронхофонография (БФГ) является новым методом неинвазивной диагностики заболеваний органов дыхания. Простота выполнения, безопасность и возможность получения объективных количественных параметров дыхания делают перспективным его широкое применение в диагностике заболеваний легких.

Цель исследования: сравнение акустических параметров дыхания, определяемых с помощью БФГ у лиц с везикулярным дыханием и хрипами, выслушиваемыми при традиционной аускультации.

Материал и методы: с помощью оригинального отечественного бронхофонографического диагностического автоматизированного прибора «ПАТТЕРН-01» проведена запись дыхательных звуков 150 пациентам (117 с везикулярным дыханием и 33 с хрипами). Было проанализировано 900 бронхофонограмм спокойного и форсированного дыхания. Исследовались показатели акустического эквивалента работы дыхания (АРД) в различных частотных диапазонах, выраженные в нДж: АРД1 –общий (1,2 – 12,6 кГц); АРД2 – высокочастотный (5,0 – 12,6 кГц); АРД3 – среднечастотный диапазоны (1,2 – 5,0 кГц) и коэффициентов К1, К2, К3, отражающих те же параметры в соответствующих частотных спектрах в относительных единицах. Для сравнения проводили спирометрию этим же пациентам.

Результаты: если по основным показателям спирометрии (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1) не выявлено достоверных отличий между группами ($p>0,05$) , то по всем показателям АРД и К3 форсированного дыхания выявлены статистически значимые ($p<0,05$) различия.

Выводы: применение БФГ позволит получать количественные характеристики дыхания, которые могут быть использованы в качестве дополнительных маркеров в диагностике легочных заболеваний и придать субъективному методу – традиционной аускультации, большую объективность.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

159.
К ВОПРОСУ О СРОКАХ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ АСПИРАЦИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

Автор: Введенский В.П.

Организация: ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9»

Цель работы: исследовать влияние трахеостомии, выполненной для оптимизации проведения инвазивной вентиляции легких, на течение патоморфологических изменений слизистой трахеобронхиального дерева (ТБД) аспирационного генеза.

Материалы и методы: материалом для решения поставленной задачи послужили результаты лечения 276 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной аспирационным повреждением ТБД.

Результаты: после трахеостомии, выполненной на фоне патоморфологических изменений ТБД аспирационного генеза, отмечена однонаправленность отрицательной динамики воспаления во всех наблюдениях (n=103 – 100%). При очаговом катаральном эндобронхите выявлено появление новых участков воспаления с трансформацией локального эндобронхита в диффузный. При геморрагических изменениях констатировано увеличение количества геморрагий и площади поражения ТБД. При эрозивно-язвенном эндобронхите – увеличение количества эрозий. При фибринозном эндобронхите отмечено увеличению площади очагов фибринозного воспаления.

После наложения трахеостомы на фоне визуально неизменной слизистой ТБД, но при положительных результатах хромобронхоскопии (n=63) рецидив воспаления имел место в 49,21% наблюдений. При отрицательных результатах хромоскопии (n=110) – в 19,09% ($p<0,001$).

Выводы: наложение трахеостомы на фоне катарального, геморрагического, эрозивно-язвенного или фибринозного эндобронхита во всех наблюдениях вызывало прогрессирование воспаления. Поэтому наличие признаков аспирационного повреждения ТБД или положительных результатов хромобронхоскопии на фоне визуально неизмененной слизистой диктовало необходимость проведения направленной терапии аспирационного повреждения ТБД с последующим отсроченным выполнением трахеостомии с учетом весьма широких пределов переносимости интубации трахеи.

160.
ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ КАВЕРНОТОМИЯ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Автор: Орлова И.В., Лаптев А.Н.

Организация: РНПЦ Пульмонологии и фтизиатрии; Белорусская медицинская академия последипломного образования

Цель: изучить эффективность внутриплевральной кавернотомии при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.

Материал и методы: у 46 пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, у которых операции резекционного типа применить было невозможно в связи с большим объемом поражения, мы применили интраплевральную кавернотомию с удалением наружной стенки каверны и ушиванием на протяжении бронхов, дренирующих внутрилегочную полость. Все были мужчины в возрасте от 22 до 58 лет. После вскрытия каверны на внутренней стенке полости становятся видимыми устья дренирующих бронхов. Лигатуру, перекрывающую бронх, накладывали непосредственно вокруг стенки бронха, на глубине 0,4-0,5 см. от внутренней стенки полости. Бронх ушивается из 4 точек, симметрично намеченных на расстоянии 0,5 см вокруг устья бронха атравматическим утопающим швом. Внутренняя, фиброзная стенка полости остается не поврежденной, прочной и после операции выполняет роль висцеральной плевры.

Результаты: выздоровление отмечено у 45 (97,8%) пациента. Умер 1(2,2%) пациент на 6 день после операции вследствие тромбоэмболии левой венечной артерии сердца.

Выводы: интраплевральная кавернотомия с иссечением наружных стенок полости и ушиванием дренирующих бронхов позволяет устранить деструктивный процесс в легких при фиброзно-кавернозном туберкулезе в случаях, когда невозможно применение операций резекционного типа.

161.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ

Автор: Северова Л.П., Щербакова Г.В., Короев В.В., Самтаков П.А.

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

Микобактериоз становится важной проблемой здравоохранения в связи с ростом заболеваемости и необходимостью постоянного совершенствования алгоритмов диагностики и лечения. По данным мировой литературы суммарное количество пациентов, охваченных в 9 научно-исследовательских работах составило 563. Из данного количества пациентов у 74 (13,1%) были осложнения, рецидивы – у 29 (5,2%). 13 пациентов (2,3%) умерло. На базе нашей кафедры было проведено хирургическое лечение 41 больному с установленным до или после операции микобактериозом или сочетанием микобактериоза и туберкулеза с 2011 по 2017 года. Среди клинических форм заболевания преобладали кавернозные(полостные) формы – у 17 человек. При ведении этих больных соблюдались принципы лечения, аналогичные для больных туберкулезом, так как патогенез этих заболеваний крайне схож. Чаще всего выполнялись лобэк-

томии и комбинированные резекции. Интраоперационной и ранней послеоперационной летальности, а также тяжелых послеоперационных осложнений не наблюдалось. Полная эффективность на момент выписки была 97,5%, у 40 пациентов было достигнуто абацилирование в сочетании с клинико-рентгенологическими улучшениями. Из 41 больных у 34 (82%) удалось проследить 5-и летние отдаленные

Результаты: умерли 2 (4,8%) пациента, у обоих причиной смерти было не основное заболевание. У остальных пациентов не наблюдалось рецидивов за эти пять лет. Наш опыт согласуется с данными мировой литературы. Поэтому можно говорить о рациональности и безопасности проведения хирургического лечения больным, имеющим показания к нему.

ХОБЛ

162.
ОСТЕОСАРКОПЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Автор: Сулейманова А.К., Баранова И.А.

Организация: Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU)

Резюме: остеопороз и скелетно-мышечная дисфункция являются распространенными сопутствующими патологиями при ХОБЛ. Термин «остеосаркопения» появился относительно недавно и включает в себя сочетание качественных и количественных изменений минеральной плотности кости (МПК) и периферической скелетной мускулатуры. Целью исследования являлась оценка распространенности остеосаркопении у больных ХОБЛ и определение взаимосвязей между характеристиками остеосаркопении и клиническими, функциональными параметрами ХОБЛ.

Методы: одномоментное исследование включало 117 пациентов со стабильной ХОБЛ (93 мужчин и 24 женщин, средний возраст 67, 33 ± 8,07 лет). Пациенты оценивались в соответствии с критериями GOLD 2019 г. Саркопения определялась у всех лиц согласно алгоритму европейской рабочей группы по саркопении у пожилых людей 2018г. (EWGSOP2). МПК и мышечная масса анализировались при помощи двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Остеосаркопения диагностировалась при условии сочетания снижения МПК (остеопения или остеопороз) и саркопении. У всех пациентов определяли уровень витамина D крови.

Результаты: по данным проведенного исследования остеосаркопения выявлена у 41,9% больных ХОБЛ (49 пациентов). Установлены следующие значимые корреляции. Функциональные показатели периферических скелетных мышц, данные МПК были взаимосвязаны между собой, а также с параметрами ФВД; тяжестью симптомов; длительностью ХОБЛ; индексом курения; количеством обострений заболевания в год; ИМТ; уровнем витамина D крови.

Выводы: Остеосаркопения является распространенной коморбидной патологией при ХОБЛ и встречается у 41,9% больных. Показатели МПК взаимосвязаны с данными периферической скелетной мускулатуры. Остеосаркопения ассоциировалась с клиническими и функциональными параметрами ХОБЛ.

163.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Автор: Недомолкин С.В. – 1, Великая О.В. – 1,
Недомолкина С.А. – 1, Сулейманова Л.С. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ,
2 – БУЗ ВО ВГКБ СМП №8

В промышленно развитых странах мира отмечается увеличение частоты встречаемости дефицита витамина D (ВД) среди населения. Большая часть территории Российской Федерации находится в широтах с малым количеством солнечных дней в году, что также может приводить к развитию дефицита витамина D. Профилактика недостаточности витамина D хорошо разработана и применяется у детей, но у взрослого населения – отсутствует. Низкий уровень ВД в сыворотке крови способствует нарушению функции легких, росту воспалительных и инфекционных заболеваний.

Цель исследования: определить частоту встречаемости дефицита витамина D у больных с обострением ХОБЛ.

Материалы и методы: под наблюдением находились 20 пациентов в возрасте 49-68 лет с ХОБЛ со средней степенью тяжести бронхообструкции, поступивших в фазу обострения для стационарного лечения. Всем больным при поступлении определяли уровень витамина D в сыворотке крови. Витамин D > 30 нг/мл считался адекватным уровнем витамина D, от 20 до 30 нг/мл – недостаточность, в то время как витамин D <10 нг/мл рассматривался как выраженный дефицит.

Результаты исследования: У двух пациентов (10,0%) был адекватный уровень витамина D. Выраженный дефицит витамина D был обнаружен у 14 больных (70,0%), а недостаточность – у 4 больных (20,0%). Средний уровень витамина D у пациентов с ХОБЛ в период обострения составил 17,06 ± 8,4 нг/мл. Заместительную терапию до поступления в стационар никто из больных не получал.

Заключение: Недостаточность витамина D наблюдалась у 90,0% пациентов с обострением ХОБЛ III ст. Необходимо проводить скрининг на дефицит витамина D у больных ХОБЛ и заместительную терапию.

164.
ЗНАЧЕНИЕ ТРЕНИРОВКИ ИНСПИРАТОРНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Овсянников Е.С., Будневский А.В., Перцев А.В.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Целью исследования : оценить эффективность тренировки инспираторных мышц в легочной реабилитации пациентов с ХОБЛ и ожирением.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 60 больных ХОБЛ и ожирением, из них 40 мужчин и 20 женщин (средний возраст 55,1±3,7 лет), сходных по спирометрическим параметрам – значительное ограничение воздушного потока (ОФВ1 менее 50% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70% от должного). Тренировка

инспираторной мускулатуры (ТИМ) проводились с помощью дыхательного тренажера POWERbreathe K5 (POWERbreathe, Великобритания). Пациенты были разделены на две группы: основная группа – 30 пациентов, которым проводилась ТИМ в течение 8 недель, и группа контроля из 30 пациентов, которым проводилась имитация ТИМ с использованием того же дыхательного тренажера и программы тренировок.

Результаты: по оцениваемым спирометрическим параметрам наблюдались достоверные различия между группами через 8 недель от начала ТИМ. В основной группе ОФВ1 увеличился в среднем с 44,1±3,6 % от должного до 51,2±3,8 % от должного (p=0,02), а ФЖЕЛ – с 64,5±5,2 до 69,3±4,1 % от должного (p=0,01). В группе контроля достоверных изменений указанных параметров не прослеживалось. По выраженности одышки по опроснику mMRC в начале исследования различий между группами не было. Различия были получены в конце исследования. Наблюдалось уменьшение баллов по mMRC в основной группе – 4,4±0,5 до и 3,2±0,2 через 8 недель (p=0,01), в то время как в группе контроля достоверной динамики не наблюдалось – 4,2±0,4 до и 4,0±0,8 через 8 недель (p=0,12). В основной группе по данным статистического анализа наблюдалась тесная корреляционная связь динамики изменений на протяжении периода наблюдения между ОФВ1 и выраженностью одышки по шкале mMRC (r = -0,65, p<0,01).

165.
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Авторы: Кудрявцева Э.З. – 1, Никитина Л.Ю. – 2,
Соодаева С.К. – 3, Петровская Ю.А. – 4

Организации: 1 – Городской пульмонологический центр, г. Казань,
2 – ООО «Клиника Екатерининская», 3– ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, г. Москва, 4 – БУ ВО ХМГМА, г. Ханты-Мансийск

Цель исследования: оценить влияние показателей качества фармакотерапии на характер обострений при различных фенотипах хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Результаты: обследовано 118 мужчин и 22 женщины, госпитализированных по поводу обострения ХОБЛ в возрасте 63,5±9,8 лет. Из них: 17,4% –с бронхитическим, 20,4% – с эмфизематозным, 30,7% – со смешанным фенотипами заболевания. У 30,7% пациентов зарегистрирован синдром перекреста (сочетание бронхиальной астмы (БА) и ХОБЛ). Отмечено избыточное назначение кортикостероидов в качестве базисной терапии ХОБЛ, предшествующей обострению. Так 84,3% пациентов использовали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в фиксированной комбинации с длительно действующими b2-агонистами (ДДБА.) При получении данной комбинации в 52,5% случаев обострению предшествовала респираторная инфекция. У пациентов, не применявших ИГКС+ДДБА, респираторные инфекции являлись причиной обострения в 27,3% случаев. Не получали базисной терапии до поступления в стационар 11,4%всех обследованных.

Количество ошибок при использовании ингаляционных устройств в терапии ХОБЛ составило 1,02±0,85, при этом у 46,4% зафиксирована 1 ошибка, в 20% случаев – 2, у 4,3% респондентов – 3, у 0,7% – 4 ошибки. Пациенты, имевшие ошибки в использовании ингаляторов, характеризовались достоверно большими показателями по результатам опросника ГоспиталяСвятого Георгия: симптомы (81,5±10,4 vs 76,0±13,0; p=0,02), активность (78,0±16,6 vs 66,7±17,4; p<0,01), влияние (46,5±12,6 vs

38,8±12,2; p<0,01), итог (61,3±13,0 vs 54,1±11,9; p<0,01), а также меньшим пройденным расстоянием в тесте с 6-минутной нагрузкой (235,5±84,8 vs 272,5±89,0; p<0,05), в сравнении с респондентами, корректно применявшими устройства. Наибольший удельный вес ошибок отмечен у респондентов с эмфизематозным фенотипом заболевания (76,7%) и при сочетании ХОБЛ –БА (79,1%).

Заключение: проведенный анализ выявил избыточное назначение ингаляционных кортикостероидов в качестве базисной терапии ХОБЛ, что ассоциировано с повышением обострений заболевания, связанных с респираторной инфекцией. Более 70% пациентов с ХОБЛ имеют погрешности в использовании ингаляционных препаратов и, как следствие, повышение интенсивности субъективно переносимых симптомов в период обострения заболевания. Полученные результаты диктуют необходимость пересмотра амбулаторной стратегии ведения пациентов с ХОБЛ.

166.
ТУССОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Овсянников Е.С., Будневский А.В., Перцев А.В., Резова Н.В.

Организация: Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель: оценить влияние тревожности/депрессии на субъективное восприятие выраженности и интенсивности кашля у больных ХОБЛ и ожирением.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 50 пациентов с ХОБЛ и ожирением, из них 35 мужчин (средний возраст 58±4 года), 15 женщин (средний возраст 61,2±3,1 года). Все пациенты заполняли опросник HADs, субъективно оценивали выраженность кашля по визуально-аналоговым шкалам (ВАШ). Также в течение 24 часов проводилось объективное мониторирование кашля с использованием разработанного на кафедре факультетской терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко устройства мониторирования кашля (патент № RU 172 813 U1).

Результаты исследования: согласно результатам тестирования по шкале HADs все пациенты были разделены на две группы: 1 – без наличия депрессии и тревоги (n=29) и 2 – где была выявлена субклиническая/клиническая депрессия и/или тревожность (n=21). В группе 1 среднее значение ВАШ соответствовало 61,2±13,3 мм, среднее количество кашлевых толчков составило 776,8±125,5 кашлей/сут. В группе 2 среднее значение ВАШ составило 84,1±7,6 мм, среднее количество кашлевых толчков –890,7±149,4 кашлей/сут. При сравнении субъективной и объективной оценок выраженности кашля в группе 1, было выявлено, что показатели ВАШ положительно коррелировали с фактическим количеством кашля (коэффициент корреляции r=0,41), в то время как в группе 2 наблюдалась обратная корреляция значений ВАШ и количества кашля в сутки (коэффициент корреляции r=-0,18).

Выводы: рекомендуется оценивать психологический статус пациентов с ХОБЛ и ожирением и использовать устройство для мониторирования кашля для получения фактической информации о выраженности симптома.

167.
ДИАГНОСТИКА ХОБЛ У КУРИЛЬЩИКОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Автор: Вершинина М.В., Хоменя А.А., Фороносова О.А.

Организация: ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России

Выявление вентиляционных нарушений в виде снижения ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% у лиц с длительным воздействием аэрополлютантов является единственным объективным диагностическим критерием ХОБЛ. В реальной клинической практике спирометрия проводится только при активном обращении пациента. Учитывая характерное для ХОБЛ длительное бессимптомное течение заболевания, диагностика «по обращаемости» малоэффективна для своевременной верификации заболевания.

Для оценки целесообразности скрининга ХОБЛ у курящих пациентов молодого возраста обследовано 270 курильщиков в возрасте от 30 до 40 лет, не имеющих заболеваний органов дыхания в анамнезе. Всем пациентам проводилась оценка одышки по шкале mMRC, а также спирометрия и проба с сальбутамолом 400 мкг в строгом соответствии с критериями ERS/ATS. При снижении ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% пациенты дважды в течение года приглашались на повторное исследование для подтверждения стабильности выявленных изменений.

В исследование включено 196 мужчин и 74 женщины, стаж курения составил 16,7±0,2 лет, индекс курения 10,2±0,4 пачка-лет. Большинство исследуемых (65,2%) отрицали наличие одышки при оценке по шкале mMRC, остальные пациенты оценили выраженность одышки не более чем в в 1 балл. ХОБЛ GOLD 1 со снижением ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% при ОФВ1 >80% от д.в. была выявлена у 22 пациентов (8,1%). Диагноз ХОБЛ GOLD II со снижением ОФВ1 < 80% от д.в. установлен у 5 пациентов (1,9%). При анализе демографических данных, анамнеза курения и оценки одышки не было выявлено значимых различий между пациентами обеих групп.

Выводы: ежегодное спирометрическое обследование курильщиков в возрасте от 30 до 40 лет позволило бы диагностировать доклинические стадии ХОБЛ примерно у 10% обследованных лиц, что представляется весьма перспективным для своевременного назначения адекватной терапии.

168.
СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ, МАГНИЯ И ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Авторы: Постникова Л.Б. – 1, Кубышева Н.И. – 2, Соодаева С.К. – 3, Климанов И.А. – 3, Ли Т.В. – 4, Муракаева Л.Р. – 5, Попова Н.А. – 3, Глухова М.В. – 3, Петровская Ю.А. – 6

Организации: 1 – ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород; 2 – Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань; 3ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, Москва; 4 – ЦКБ РАН, Москва; 5 – ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва; 6 – У ВО ХМГМА, г. Ханты-Мансийск

Цель: изучить содержание кальция, магния, железа в сыворотке крови и слюне у пациентов с ХОБЛ во время обострения.

Методы: уровни кальция, магния, железа в слюне и сыворотке были изучены у 97 пациентов с ХОБЛ средней (COLDII) и тяжелой степени тяжести течения (GOLDIII) во время обострения и у 28 здоровых не курящих добровольцев (контрольная груп-

па). Активность гемато-слюнного барьера (ГСБ) определяли по значению коэффициента распределения (КР – соотношение вещества между кровью и слюной).

Результаты: уровни кальция, магния и железа в сыворотке крови у пациентов с ХОБЛ не отличались от контрольной группы. Снижение концентрации магния было обнаружено в слюне у пациентов GOLDII (в 2,2 раза) и GOLDIII (в 2,7 раза) по сравнению с контролем ($p<0,05$). Концентрация общего железа в слюне значительно увеличилась при GOLDII (в 2 раза) и GOLDIII (в 1,6 раза) по сравнению с контролем. Содержание кальция в слюне и сыворотке крови не отличалось от контрольных значений. Установлена положительная корреляция между содержанием магния в слюне и ОФВ1 при GOLDII ($r = + 0,39$, $p <0,05$) и GOLDIII ($r = + 0,46$, $p <0,05$). Кроме того, была выявлена положительная корреляция между уровнем циркулирующего магния и ОФВ1 при GOLDIII ($r = + 0,42$, $p <0,05$). Была обнаружена отрицательная связь между концентрацией железа в слюне и ОФВ1 при GOLDII ($r = – 0,46$, $p <0,05$). Положительная корреляция была установлена между содержанием железа в крови и ОФВ1 у пациентов с GOLDIII ($r = + 0,39$, $p <0,05$). КР для магния прогрессивно возрастал с тяжестью заболевания на 210,4% при GOLDII и на 253,4% при GOLDIIII. Было отмечено снижение КР для катионов железа при умеренной ХОБЛ на 49,8% и на 36,9% у пациентов GOLDIII.

Заключение: изменения активности ГСБ для магния и железа у пациентов с ХОБЛ способствуют нарушению адаптационных процессов и установлению уровня гомеостаза, который может быть одним из звеньев в патогенезе хронического воспаления и бронхообструкции.

169.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХОБЛ И ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА

Авторы: Батын С.З. – 1, Аргунова А.Н. – 2, Прокопьев Е.С. – 3, Михайлова Т.А. – 2, Яковлева Р.Н. – 4, Черняк А.В. – 5, Неклюдова Г.В. – 5, Софронова Т.А. – 6, Чучалин А.Г. – 1

Организации: 1 – Кафедра ГТ ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2 – Кафедра «Госпитальная терапия, профессиональные болезни и клиническая фармакология» МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, 3 – МЗ РС(Я), 4 – ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутск»,5 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, 6 – ГБУ РС(Я) «Мирнинская центральная районная больница».

Цель: определить распространенность ХОБЛ среди населения г. Якутска.

Методы: в рамках программы GARD в РФ проведено анкетирование 12000 жителей г. Якутска с использованием вопросника BOЗ-GARD (м-36%, ж-64%, 75% составили лица трудоспособного возраста, 53% на момент анкетирования имели постоянную работу). Исследование ФВД с проведением БДТ (400 мкг вентолина) проводилось у лиц с респираторными симптомами и с факторами риска респираторных заболеваний.

Результаты: по данным анкетного скрининга активные курильщики составили 39% (м – 57,4%, ж – 27,8%), наибольшая распространенность табакокурения наблюдается среди лиц в возрасте от 30 до 39 лет (42%), экс-курильщики – 10%, наличие профвредностей у 14,6 % лиц, в анамнезе у 37,3% -использование открытого огня в приготовлении пищи. Распространенность хронического кашля, продолжающегося более 3 месяцев, составила 36,7% у женщин, у 28,9% мужчин, одышка (ж – 41,7%, м – 19,3%), выделение мокроты (ж – 23,8%, м – 24,1%), при этом отмечается увеличение частоты респираторных жалоб с возрастом респондентов и длительно-

стью проживания в условиях Крайнего Севера. Распространенность хронической обструктивной болезни легких составила 20,8 % среди населения города Якутска (21,6% мужчин и 5,4% женщин). Углубленное клинико-функциональное обследование населения с респираторными симптомами позволило диагностировать впервые выявленную ХОБЛ у 20% лиц.

Заключение: высокая распространенность ХОБЛ у населения г. Якутска объясняется воздействием целого комплекса факторов на бронхолегочную систему: климатогеографические условия (низкие температуры), табакокурение, условия быта и профессиональные аэрополлютанты. При этом отмечается зависимость частоты и выраженности респираторных симптомов от длительности проживания в условиях Крайнего Севера.

170.
ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ КАТИОННЫЙ БЕЛОК КАК ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ БИОМАРКЕР ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ

Автор: Карнаушкина М.А., Федосенко С.В., Данилов Р.С., Петров В.А.

Организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Цель исследования: изучение взаимосвязи между частотой обострений ХОБЛ, пневмоний, характером изменений вентиляционной способности легких и уровнем эозинофильного катионного белка (ECP) в плазме крови у пациентов с ХОБЛ, как биомаркёра активности эозинофильного воспаления.

Материалы и методы: на первом этапе исследования проанализированы данные 161 историй болезни пациентов с ХОБЛ. На 1 визите им было проведено клинико-инструментальное обследование. Для 64 пациентов было выполнено расширенное клинико-функциональное обследование вентиляционной способности легких и проведена КТ ОГК.

Результаты: при проведении сравнительного анализа у пациентов с ХОБЛ (с повышенным и с нормальным уровнем эозинофилов в крови(≥300 кл/мкл) и мокроте (≥3%)) значимых различий не выявлено (p>0,05). При сравнительном анализе клинико-функциональных показателей пациентов ХОБЛ с разным уровнем ECP установлено, что пациенты с повышенным содержанием ECP характеризовались достоверно (<0,05) более тяжелым течением заболевания: частота обострений (3[2;3.8]), ОФВ1 % (67[56;77]), индекс по шкале BODE (3[2,5;3,5]) и баллы по шкале одышки MRC (3[2,5;3,5]). У 50% пациентов с повышенным уровнем ECP и у 22% – с нормальным его уровнем, в течение года ставился диагноз пневмония. Однако, пациентам с повышенным уровнем ECP реже проводились курсы АБ-терапии (1[0;1]). Сходные данные получены при проведении сравнительного анализа в группах пациентов с ХОБЛ, стратифицированных по повышению уровня эозинофилов в крови более 100 кл/мкл и количеству обострений/госпитализаций в течение года.

Выводы: более достоверными маркерами участия эозинофилов в воспалительном процессе у пациентов с ХОБЛ является повышение ECP или повышение эозинофилов > 100 кл/мл в сочетании с частотой обострений/госпитализаций.

171.
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Автор: Кулик Е.Г., Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Известно, что развитие кардиоваскулярных осложнений у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) отягощает течение заболевания и часто является причиной смертности, поэтому актуальным является изучение риска их появления на фоне противовоспалительной терапии.

Цель исследования: изучить риск развития эпизодов ишемии миокарда левого желудочка (ИМ ЛЖ) у больных ХОБЛ «с частыми обострениями» на фоне разных схем лечения.

Материалы и методы: обследовано 69 больных ХОБЛ «с частыми обострениями», преимущественно мужчины (96,4%) в возрасте 61,4±1,6 лет. Диагноз ХОБЛ выставлен согласно положениям GOLD (2017 г.). Критерием не включения являлось наличие документированной ишемической болезни сердца. До начала лечения группа больных была разделена на 2 подгруппы: в 1-ю (n=31) включены пациенты, которые дополнительно принимали рофлумиласт по 0,5 мг 1 раз в день утром ежедневно в течение 12 месяцев, во 2-ю (n=38) – больные, которые получали только регулярную бронхолитическую терапию.

Результаты исследования: в ходе одногодичного наблюдения у 12 человек по данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру были зарегистрированы эпизоды ИМ ЛЖ (17,6%), из них было 3 (7,9%) пациента 1-й подгруппы и 9 (29%) больных 2-й подгруппы (хи2=3,94, p<0,05). При этом относительный риск появления эпизодов ИМ ЛЖ при применении рофлумиласта составил 0,27[0,08-0,92]. Вероятность появления эпизодов ИМ ЛЖ у больных ХОБЛ высокого риска составляет 8%, в то время как вероятность появления эпизодов ИМ на фоне применения базисной терапии составляет 29%. Шансы появления эпизодов ИМ ЛЖ в 1-й подгруппе составляют 9%, во 2-й подгруппе- 41%.Таким образом, применение рофлумиласта у больных ХОБЛ «с частыми обострениями» приводит к снижению риска развития эпизодов ИМ, в сравнении со стандартной терапией.

172.
СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Бакина А.А., Павленко В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание с широким коморбидным фоном. В настоящее время идет накопление данных о влиянии ХОБЛ на функцию почек, что определяет актуальность исследования.

Цель: оценить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных ХОБЛ различных категорий заболевания по схеме ABCD.

Материал и методы исследования: в исследование включены 50 курящих лиц с ХОБЛ тяжелого течения вне обострения, преимущественно мужчин (84%). Средний возраст обследованных-58,12(2,2) лет, длительность течения ХОБЛ-12(4,1) лет,

индекс курильщика-30,1(10,2) пачка/лет. Диагноз выставлялся по рекомендациям GOLD,2017. Больные разделены на 3 группы: 1 группа (n=15)-лица категории B, 2 группа (n=18)-категории C, 3 группа (n=17)-категории D. СКФ рассчитывали по уровню сывороточного креатинина по формулам CKD–EPI в модификации 2011г. При обработке материала использовался t-критерий Стьюдента в программе Statistica 10 (различия статистически значимы при p<0,05).

Результаты: при проведении исследования выявлено снижение значения СКФ у лиц с ХОБЛ в общей группе (78,61 (17,94) мл/мин./1,73м2). У 16,0% от общего числа всех пациентов с ХОБЛ выявлены признаки хронической почечной недостаточности (СКФ составляла менее 60 мл/мин./1,73м2). Выявлены достоверные различия между значениями СКФ между группами 1 и 2, 1 и 3, минимальная СКФ (68,14 (18,78) мл/мин./1,73м2) наблюдалась в 3 группе.

Выводы: отмечено снижение СКФ в общей группе больных ХОБЛ, а у 16,0% имелись нарушения СКФ, позволяющие выставить диагноз хронической почечной недостаточности, при этом выраженность почечной дисфункции увеличивается с ростом категории заболевания. Выявленные отклонения указывает на необходимость разработки персональных рекомендаций с учетом оценки почечной функции при ведении лиц с ХОБЛ.

173.
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С НАРУШЕНИЕМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ

Автор: Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России

Цель исследования: оценить артериальную ригидность (АР) у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с нарушением и без нарушения минеральной плотности кости (МПК).

Материал и методы: объектом исследования были 100 курящих мужчин больных ХОБЛ в возрасте от 45 до 65 лет средней и тяжелой степени тяжести, которые по возрасту, индексу курильщика были разделены на 2-е группы: 1-я группа (n=34) – пациенты без нарушением МПК, 2-я (n=66) – лица с нарушением МПК.
МПК определяли методом двойной рентгеновской абсорбциометрии в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) на денситометре «LUNAR 8743» фирмы GE Medical Systems Lunar (США). Жесткость сосудистой стенки определяли с помощью автоматического аппарата «VaSeraVS-1000» (Япония). Статистический анализ осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты: установлено, что у пациентов 2-й группы основные параметры жесткости сосудистой стенки были существенно выше, чем у пациентов 1-й группы. При этом наиболее высокими, были уровни сосудистых индексов, которые отражают истинную жесткость артерий, вне зависимости от давления и отраженной волны. Так значение PWV-аорта было выше на 22,5% (p<0,05), R-CAVI на 36,9% (p<0,005), L-CAVI на 39,7% (p<0,005). Средний возраст сосудов в 2-й группе превышал биологический на 11,6% (67,38±1,22 лет).

Корреляционный анализ определил наличие обратной связи между наименьшим Т-критерием МПК ПОБК с PWV-аорта (r= -0,29; p<0,05 и -0,31; p<0,05), R-CAVI (r= -0,40; p<0,01 и -0,46; p<0,001) во 2-й группе.

Таким образом, результаты настоящего исследования позволяют говорить о том, что снижение МПК у мужчин с ХОБЛ сопряжено с повышением сосудистой жесткости, что необходимо учитывать при лечении.

174.
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С НАРУШЕНИЕМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ

Автор: Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России

Цель исследования: оценить жесткость сосудистой стенки у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материал и методы: объектом исследования были 100 курящих мужчин в возрасте от 45 до 65 лет больных ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести вне обострения, которые в зависимости от состояния МПКТ были разделены на 3 группы: 1-я группа (n=34)–пациенты с нормальной МПКТ, 2-я группа (n=30) с остеопенией, 3-я группа (n=36) с остеопорозом. Длительность заболевания составила –15,9±4,5 лет, индекс курильщика (ИК) –25,9±3,4 лет. По возрасту, ИК, длительности ХОБЛ группы были равноценны.

МПКТ определяли методом двойной рентгеновской абсорбциометрии в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) на денситометре «LUNAR 8743» фирмы GE Medical Systems Lunar. Жесткость сосудистой стенки определяли с помощью автоматического аппарата «VaSeraVS-1000».

Статистический анализ осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты: установлено, что у пациентов 2-й группы относительно 1-й группы имелась отчетливая тенденция к увеличению значения PWV-аорта и индексов сосудистой жесткости, но статистически эти показатели не достоверны. У больных 3-й группы изучаемые параметры сосудистой жетскости были достоверно выше, чем в 1-й группе. Так среднее значение PWV-аорта было выше на 10,8% (p<0,05), R-CAVI на 13,8% (p<0,05), L-CAVI на 13,2% (p<0,05). Между 2-й и 3-й группами существенных различий между этими показателями не выявлено, хотя они и были выше.

Таким образом, по нашим данным у мужчин с ХОБЛ с нарушением МПКТ артериальная жесткость сосудистой стенки увеличивается, что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений в данной группе пациентов.

175.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Автор: Игнатова Г.Л., Антонов В.Н., Тихонова Е.В.

Организация: ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Цель: Оценить частоту и виды аритмий у пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС

Материалы и методы исследования: Обследовано на базе ОКБ№3 г. Челябинска 72 мужчины с ХОБЛ (III и IV ст. тяж.-68%). Сформированы группы (гр): 1 гр. – 35 человек (ХОБЛ), средний возраст 66,4 лет и 2 гр. – 37 человек (ХОБЛ и ИБС-стабильная стенокардия 2 и 3 ф.кл.), средний возраст 68,1 лет. Пациенты (П) были сравнимы по клиническим и демографическим показателям. Всем П провели холтер-ЭКГ для анализа нарушений ритма. Подсчитали кол-во экстрасистол (ЭС) всего и процент больных, у которых эти ЭС были выявлены.

Результаты: У всех П выявлены как желудочковые (ЖЭС), так и предсердные (ПЭС) ЭС. У больных 2 гр встречались ЖЭС в 81% (4921 ЭС), у больных 1 гр. - ЖЭС наблюдались в 74% (3485 ЭС). Одиночные ЖЭС у П 2 гр. выявлены в 81% (4851 ЭС), у П 1 гр. - в 74% (3203 ЭС). Парные и групповые ЖЭС встречались одинаково у больных 1 и 2 гр. 25%/29% и 5%/3%, соответственно. ПЭС у П обеих гр выявлены в 91%, но кол-во ЭС у П 2 гр. больше 41456 ЭС, у П 1 гр. – 12822 ЭС. Одиночные ПЭС у П обеих гр. встречались в 91%, по кол-ву – в 1 гр. меньше – 11826 ЭС, во 2 гр. - 30736 ЭС. Парные и групповые ПЭС чаще наблюдались у П 1 гр., но кол-во ЭС у П 2 гр. было больше: парные 82% – 489 ЭС/54%-3495 ЭС, групповые 45%–400 ЭС/35%–3477 ЭС. Эпизоды бигеминии, тригеминии встречались у П обеих гр. Кол-во ЭС во 2 гр. больше. Бигеминия ЖЭС 1 гр. – 8, 2 гр. – 10 , ПЭС 1 гр. – 11, 2 гр. – 1868 ЭС. Тригеминия ЖЭС 1 гр. - 7, 2 гр. – 8, ПЭС 1 гр. – 5, 2 гр. – 1206 ЭС. Эпизоды квадригеминии ПЭС наблюдались у П 2 гр.

Заключение: У П в обеих гр встречаются как ЖЭС, так и ПЭС. У больных ХОБЛ и ИБС увеличивается количество ЭС одиночных, групповых, эпизодов бигеминий, тригеминий, квадригеминий. Причина этого требует дальнейшего продолжения исследования.

176.
ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-4 РОФЛУМИЛАСТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Автор: Игнатова Г.Л., Блинова Е.В.

Организация: Южно-Уральский государственный медицинский университет

Цель: оценить влияние длительного применения селективного ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласта) на показатели системного воспаления у пациентов с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: в исследование были включены 59 пациентов с ХОБЛ III (37,3%) и IV ст (62,7%) в сочетании с метаболическим синдромом (средний возраст

64,8±5,69 года). Обследование включало в себя оценку выраженности клинических симптомов (CAT-тест), спирометрию, тест толерантности к физическим нагрузкам, исследование лабораторных показателей. Все пациенты в течение 2 лет принимали рофлумиласт в дозе 500 мг в сутки в дополнение к двойной бронхолитической терапии. Все пациенты имели центральное ожирение, исходно объем талии = 114,58±11,97 см и ИМТ= 31,1±4,03 кг/м2. У всех пациентов было нарушение углеводного обмена – сахарный диабет 2 типа у 31 (52,5%) и нарушение толерантности к глюкозе у 28 (47,5%) и нарушение липидного обмена.

Результаты: На фоне длительного приема рофлумиласта в дополнение к стандартной терапии ХОБЛ отмечалось значительное снижение общего количества обострений (3,27±0,84 vs 1,34±0,71, p<0,05, ДИ 0,60-1,04), уменьшение выраженности клинических симптомов ХОБЛ (CAT тест 28,4±3,87 vs 22,9±3,39, p<0,05, ДИ 3,13-4,74), повышение толерантности к физическим нагрузкам (6MWD 249,8±64,25 vs 278,64±69,39 м, p<0,05, ДИ 54,39 – 84,8). Терапия рофлумиластом сопровождалась достоверным улучшением постбронходилатационного ОФВ1 (36,96±9,1 vs 42,49±9,56%, p<0,05, ДИ 7,69-11,68). На фоне терапии рофлумиластом отмечалось улучшение показателей углеводного обмена (глюкоза крови 8,12±2,16 vs 6,10±1,3 ммоль/л, p<0,05) и липидного профиля (общий холестерин 6,21±0,55 vs 5,43±0,77 ммоль/л, p<0,05).

177.
НАЗНАЧЕНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ И ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ

Автор: Костина Н.Э., Королькова О.М.

Организация: БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1, ФГБУ ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Цель: анализ структуры назначения базисной бронхолитической терапии хронической обструктивной болезни легких в реальной клинической практике до и после специализированных обучающих мероприятий.

Материалы и методы: Проведен анализ 320 АК и ИБ пациентов с ХОБЛ II – IV ст. (группы B –D) в 2017, 2018 гг. Результаты: В 2017 г. короткодействующие бета-2 агонисты составили 76% от всех назначений. Коротко действующие комбинированые бронхолитики – 23%. Процент назначения длительно действующих М-холинолитиков составил 19%. Процент назначения комбинированных ДДБЛ составил не более одного процента. При повторном анализе, спустя 1 год после проведения специализированных мероприятий (спирометрический мастер класс, мастер класс по ингаляционным устройствам и молекулам, совместная (врач/пациент) школа ХОБЛ), выявлена относительно положительная тенденция в сторону увеличения процента назначения длительно действующих М-холинолитиков, но комбинированные ДДБЛ выросли в доле назначений всего до 6%. Заключение. Выявлен крайне недостаточный процент назначения длительно действующих бронхолитиков и их комбинаций в базисной терапии ХОБЛ в МО Воронежской области. В результате проведенной образовательно-организационной работы с терапевтами и ВОП значительно увеличился процент назначения длительно действующих М-холинолитиков, но доля комбинированнных ДДБЛ увеличилась несущественно. Причины обозначены терапевтами как: непонимание смысла назначения двойной комбинации бронхолитиков при предшествующей неэффективности монотерапии, стоимость препарата и пр.) Существует потребность в расширении доказательной базы и углубление отдельных блоков обучающих программ.

178.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ГЛИКОПИРРОНИЙ / ИНДАКАТЕРОЛ В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ ГЛИКОПИРРОНИЕМ БРОМИДОМ

Автор: Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Гришаев С.Л., Ефимов С.В., Турдиалиева С.А.

Организация: Военно-медицинская академия, кафедра военно-морской терапии. г. Санкт-Петербург

С появлением фиксированных комбинаций бронхолитических препаратов возникает потребность сравнения их эффективности с монокомпонентами для выбора оптимальной терапии ХОБЛ.

Цель работы: оценить функциональную эффективность гликопиррония/индакатерола (Гл/инд) в сравнении с гликопирронием бромидом (Гп) в процессе лечения. Материалы и методы: обследовано 146 больных стабильной ХОБЛ (GOLD II-IV ст.; категорий B,C,D) до лечения и на 28 день терапии. У 80 больных, принимавших Гп/инд 50/110мкг, спирометрия оценивалась через 30 и 60мин после препарата. У 66 больных на Гп спирометрия проводилась через 60мин после ингаляции 50мкг Гп.

Результаты: исходная степень максимальной двойной бронходилатации через 30 и 60мин после Гп/инд была значимой (для ОФВ1 $p<0,01$), превышала таковую на Гп и сохранялась к 28 дню терапии. Число «ответчиков» с обратимой бронхиальной обструкцией в группах также увеличилось и составило 59 и 79% соответственно. После курса лечения Гп/инд отмечено повышение ФЖЕЛ(2,89±0,72л и 3,35±0,75л, $p=0,04$) и ОФВ1(1,70±0,57л и 2,01±0,59л, $p=0,001$). Различие в приросте (Δ)ОФВ1 на Гп/инд составило 0,24±0,20л и 0,12±0,07л на Гп, что превышало минимальный клинически значимый уровень различий в 50мл. Выявлена прямая умеренная зависимость ΔОФВ1 после курса лечения Гп/инд от ΔОФВ1 после 1-ой дозы препарата (коэффициент корреляции Спирмена=0,64, $p=0,01$).

Выводы: показана эффективность терапии ХОБЛ Гп/инд в сравнении с монотерапией Гп. Бронходилатация через 60мин после 1-ой дозы Гп/инд превышала таковую на Гп и устойчиво сохранялась к 28 дню лечения. Выявлена прямая умеренная зависимость ΔОФВ1 после курса лечения Гп/инд от ΔОФВ1 после 1-ой дозы препарата, что может рассматриваться как дополнительный индивидуальный критерий при отборе пациентов для назначения Гп/инд в терапии ХОБЛ.

179.
ФАКТОРЫ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ

Автор: Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: оценить влияние на показатели системного воспаления, инсулинорезистентности и тромбогенного риска, во взаимосвязи с клиническими исходами, метода длительной неинвазивной вентиляции легких в режиме спонтанного дыхания с положительным давлением в дыхательных путях (CPAP – терапии) в периоде реабилитации после обострения у больных с сочетанием хронической обструктивной

болезни легких и синдрома обструктивного апноэ сна (ХОБЛ-СОАС), не нуждающихся в длительной кислородотерапии.

Материалы и методы: в открытом проспективном сравнительном шестинедельном исследовании проведен анализ эффектов длительной CPAP-терапии в комплексном лечении у 65 больных с сочетанием ХОБЛ-СОАС. В основную группу включены 26 человек, у которых применялась длительная CPAP-терапия, в группу сравнения вошли 39 человек, у которых не проводилась неинвазивная вентиляция легких.

Результаты: клиническая эффективность CPAP – терапии подтверждалась улучшением качества жизни больных по вопроснику SF-36, уменьшением степени дневной сонливости по шкале Epworth (Johns, 1991). CPAP – терапия ассоциировалась с более выраженным уменьшением системного воспаления, в качестве показателей активности которого в сыворотке крови определялись С-реактивный белок, интерлейкин 8, фактор некроза опухоли α, С-пептид. В то же время, отмечалось более значительное снижение сывороточного содержания эндотелина 1, фактора роста эндотелия сосудов и гомоцистеина.

Заключение: применение CPAP-терапии у больных с сочетанием ХОБЛ-СОАС, не нуждающихся в длительной кислородотерапии, в периоде реабилитации после обострения связано с уменьшением системного воспаления, инсулинорезистентности, дисфункции эндотелия сосудов и гипергомоцистеинемии в сравнении с пациентами, не получающими длительную неинвазивную вентиляцию легких.

180.
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С.

Организация: ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель: повысить клиническую эффективность терапии больных хронической обструктивной болезнью легких с ожирением за счет разработки и внедрения комплексной системы реабилитации пациентов, включающей обучение, использование общих физических тренировок и применение компьютерной системы тренировки дыхательной мускулатуры.

Материалы и методы: Работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследование было включено 84 человека с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести с ожирением (44 мужчин, 40 женщин; средний возраст – 48,37±0,32 лет). Было сформировано 2 группы, сопоставимые по ряду социально-демографических показателей. 1-ая группа – 44 человек, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии ХОБЛ был проведен курс легочной реабилитации (ЛР); 2-ая группа – 40 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «(Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты: Через 12 месяцев у больных ХОБЛ с ожирением, которым на фоне стандартной медикаментозной терапии заболевания был проведен курс ЛР выявлена достоверная положительная динамика клинических и лабораторно-инструментальных показателей: снижение числа обострений и госпитализаций в 2,3 и 2,7 раз

соответственно, достоверная положительная динамика степени выраженности клинических симптомов.

Выводы: Курс легочной реабилитации необходимо включать в схемы ведения пациентов с ХОБЛ и ожирением для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и улучшения качества жизни пациентов в общей врачебной практике.

181.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С.

Организация: ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения ХОБЛ у больных с ожирением, проанализировать степень влияния ожирения на течение ХОБЛ в целом для разработки комплексной программы легочной реабилитации.

Материалы и методы: работа выполнена при выполнении НИР в рамках гранта Президента РФ для поддержки ведущих научных школ РФ (НШ 4994.2018.7). В исследование включено 78 больных с диагнозом ХОБЛ II – III стадии и ожирением (42 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 45 до 70 лет, средний возраст 56,34±0,51 года. В зависимости от варианта медикаментозной терапии пациенты были распределены на 2 группы. 1 группа: 44 больным с ХОБЛ II – III стадии и ожирением в возрасте от 46 до 72 лет, средний возраст 55,12±0,43 года, проводили вакцинацию против гриппа на фоне традиционной терапии основного заболевания. 2 группу составили 34 больных ХОБЛ II–III стадии и ожирением в возрасте от 54 до 65 лет, средний возраст 58,67±0,24 года, получавших традиционную терапию ХОБЛ и отказавшихся от вакцинации.

Результаты и обсуждение: через 12 месяцев после вакцинации с использованием компьютерной программы «Система мониторинга пациентов с хронической обструктивной болезнью легких» оценили частоту обострений основного заболевания, количество госпитализаций, частоту ОРВИ, амбулаторных визитов и госпитализаций. Через 12 мес. в группе больных, получавших вакцину, достоверно снизилось количество амбулаторных визитов, вызовов СМП, обострений и госпитализаций по поводу ХОБЛ.

Выводы: для анализа особенностей клинического течения и эффективности терапии заболевания у больных ХОБЛ с ожирением рекомендуется использование компьютерной системы мониторинга ХОБЛ, позволяющей оптимизировать тактику медикаментозной терапии и оценивать эффективность профилактических мероприятий при данном заболевании.

182.
ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Автор: Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Организация: ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Цель: изучить влияние сахарного диабета (СД) 2 типа на изменения артериальной ригидности у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: в комплексное исследование включено 94 пациента в возрасте от 38 до 69 лет с коморбидным течением СД 2 типа и среднетяжелой стадией ХОБЛ. 1-ю группу составили 28 пациентов с изолированным течением СД 2 типа, 2-ю группу – 34 больных ХОБЛ в сочетании с СД 2 типа и гипертонической болезнью, 3-ю группу – 32 пациента с СД 2 типа и ХОБЛ. Региональную жесткость артерий оценивали с помощью объёмной сфигмографии путем определения скорости распространения пульсовой волны и каротидно-феморальной скорости распространения пульсовой волны (PWV). Изучали сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) справа (R) и слева (L). Определяли C-AI и R-AI –индексы прироста (аугментации).

Результаты: при проведении исследования во 2-й группе выявлено наиболее значимое повышение показателей сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (L-CAVI, R-CAVI) соответственно на 23,7% и 22,6% по сравнению с пациентами 1-й группы. Показатели сердечно-лодыжечного сосудистого индекса при проведении корреляционного анализа во 2-й группе были достоверно связаны с показателями эндотелина-1, в 3-й группе – с сосудистым эндотелиальным фактором роста. Повышение жесткости аорты у больных с коморбидной патологией закономерно приводило к незначительному уменьшению времени возврата отраженной волны. При изучении корреляционных взаимоотношений нами выявлены отрицательные взаимосвязи во 2-й и 3-й группах между PWV аорты и показателем, характеризующим величину отражённой волны – C-AI (соответственно, $r = 0,92$; $p<0,01$ и $r = 0,88$; $p<0,05$).

183.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Автор: Малыхин Ф.Т. – 1, Апагуни А.А. – 1, Джатдоева М.Х. – 1, Абдурахманова И.М. – 1, Форсикова Н.Г. – 2

Организация: 1 – ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2 – ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя

Цель исследования: изучить уровень информированности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) о своем заболевании и методах его лечения.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 99 пациентов пульмонологического отделения городского стационара с диагнозом ХОБЛ, в возрасте до 60 лет (27 чел., 1 группа) и 60 лет и старше (72 чел., 2 группа).

Результаты: большинство пациентов 1 группы (57,1%) и 2 группы (52,9%) ответило, что давность заболевания не превышает 10 лет. Частота обращений в поликлинику по поводу обострения ХОБЛ 1 раз в год и реже составила 85,7% в 1 группе и 64,6% во 2-й. Пациенты 1 группы попадали в больницу максимально 1 раз в год (85,8% против 64,8% во 2-й). На станцию «скорой помощи» по поводу обострения ХОБЛ большинство пациентов обращались «Очень редко» как в 1 группе (85,7 %), так и во 2-й (64,7%). Большая часть больных предпочла рекомендации врача по приобретению лекарственных средств (в 1 группе 71,4%, а во 2-й – даже 82,4 %). Большинство пациентов пользуются лекарственными средствами в виде аэрозолей: 1 группы – 71,4%, а 2 группы – 52,9%. Пациенты обеих возрастных групп чаще применяют лекарственные средства как базисные, так и для устранения удушья (1 группа – 33,4%, 2-я – 57%). Около половины больных не знакомы с обучением в «Школе больного ХОБЛ» (1 группы – 42,9%, 2 группы – 53%). Показатель частоты отказа курения среди пациентов является очень важным (1 группа – 45,5%, 2 группа – 29,1%). Большинство пациентов отметили улучшение своего состояния после проводимого лечения (у пациентов 1 группы – 51,1%, а у 2-й –70,6%).

Заключение: проведенное анкетирование больных ХОБЛ позволило определить у них недостаточный уровень знаний о заболевании и способах его лечения.

184.
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ВИТАМИНОМ Д НА ДИНАМИКУ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Автор: Болотова Е.В. – 1, Трембач В.В. – 1,2, Дудникова А.В. – 3

Организация: 1 – Кубанский государственный медицинский университет (КубГМУ), 2 – ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2», 3 – Клиника Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: оценить влияние поддержания уровня витамина Д>34,3 нг/мл в течение 12 месяцев у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) 1-2 стадии на динамику депрессивных расстройств.

Материалы и методы: в исследование включено 135 пациентов с ХОБЛ (GOLD 2-4) в сочетании с ХБП 1-2 стадии, средний возраст 70,2±2,8 лет, средний стаж болезни 9,1±3,4 лет. Пациенты были разделены на 4 подгруппы в соответствии со значениями ОФВ1 и уровнем витамина Д. Симптомы депрессии оценивали с помощью гериатрической шкалы депрессии (Geriatric Depression Scale) на этапе включения и через 12 месяцев. Пациенты основной группы получали препарат нативного витамина Д по схеме, обеспечивающей поддержание значения данного показателя >34,3 нг/мл в течение 12 месяцев.

Результаты: на этапе включения в исследование нормальный психоэмоциональный статус имели 28,1% (38) пациентов, легкую депрессию выявили у 37,8% (51) пациента, умеренная депрессия диагностирована у 19,3% (26) пациентов, тяжелая депрессия у 14,8% (20) пациентов. Через 12 месяцев выявлено статистически значимое снижение частоты умеренной депрессии (19,3% vs 10,4%, $\chi 2=4,226$, $p=0,040$) и уве-

личение доли пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом (28,1% vs 34,9%, χ2=12,261, p=0,001).

Выводы: поддержание уровня витамина Д > 34,3 нг/мл у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ХБП 1-2 стадии в течение 12 месяцев в составе комбинированной терапии статистически значимо снижает частоту умеренно выраженных депрессивных расстройств и увеличивает частоту встречаемости пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом.

185.
ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ II – III СТАДИЕЙ

Автор: Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Субхангулова Д.Р.

Организация: ФГБОУ ВО « Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: оценить состояние эндотелиальной дисфункции (ЭД) в зависимости от степени легочно-сердечной гемодинамики у больных с ХОБЛ II-III стадией.

Материалы и методы: исследование проведено на базе терапевтического отделения Клиники БГМУ. Всего в исследовании приняло участие 52 пациента (40 мужчин, 12 женщин) с ХОБЛ II – III стадией. Средний возраст пациентов 61,2±3,6 года. Пациентам было проведено комплексное клинико-рентгенологическое исследование с исследованием ОАК, ФВД, ЭХО-КГ, Компьютерной томографии легких. Оценку эндотелиальной дисфункции осуществляли через определение эндотелина и ангиотензин-превращающего фермента(АПФ) в сыворотке крови больных методом ИФА.

Результаты и обсуждение: по данным литературы, эндотелиальная дисфункция возникает на самых ранних стадиях формирования ХОБЛ, когда еще отсутствуют существенные изменения показателей вентиляционной функции, но развиваются нарушения функций интактного эндотелия (адгезивная, метаболическая, антикоагулянтная). У пациентов с ХОБЛ II – III стадией отмечено достоверное (p≤0,05) повышение эндотелина, что свидетельствует о неблагоприятном варианте изменений, происходящих в сосудистой стенке легочной артерии по мере прогрессирования патологического процесса. При ХОБЛ II стадии отмечено снижение АПФ. При повышении АД в легочной артерии по данным (ЭХО-КГ) у пациентов с ХОБЛ III стадией, наблюдалась тенденция увеличения АПФ в 2 раза, что подтверждает более выраженные нарушения ЭД при тяжелой стадии ХОБЛ.

186.
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Автор: Ишмухаметова А.Н., Явгильдина А.М., Субхангулова Д.Р.

Организация: ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель исследования: изучение функционального статуса и клинических симптомов у пациентов с тяжелой ХОБЛ (III – IV) при развитии фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: обследованы пациенты терапевтического отделения Клиники БГМУ с ХОБЛ II I– IV стадией (n=22), у которых зарегистрирована тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Группа сравнения: пациенты с ХОБЛ III – IV стадии без фибрилляции предсердий (n=12). У всех пациентов проведено клиническое обследование: ОАК, ЭКГ, ФВД, суточное мониторирование ЭКГ, ЭХО-КГ. Оценивались клинические индексы: массы тела, тест CAT, уровень одышки по mMRC, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ).

Результаты и обсуждение: По данным литературы, установлено, что снижение ОФВ1- независимый фактор риска ФП как в общей популяции, так и у больных с ХОБЛ. В 10% случаев ХОБЛ сопровождается ФП. Среди 22 пациентов с ХОБЛ III – IV стадией в терапевтическом отделении Клиники БГМУ 5 пациентов имели пароксизмальную форму ФП и 17- постоянную форму аритмии. Средний возраст 64,5±3,4 года. Средний балл по шкале CHA2DS2VAS = 2 балла, что свидетельствует о высоком риске тромбоэмболических осложнений. Показатели ОФВ1 были значительно ниже у пациентов с ХОБЛ и ФП ≤42%±2,3%, средняя ЧСС 110±5,4. Отмечено повышение mMRC ≥ 2 и CAT ≥21±1,2 баллов. ТШХ у пациентов с тяжелой ХОБЛ при ФП составил 302,5± 10,2, что ниже чем у пациентов группы сравнения.

Вывод: У пациентов с ФП и тяжелой ХОБЛ на фоне увеличения количества обострений снижаются показатели клинико-функционального статуса, что ухудшает качество жизни пациентов и повышает риск смерти от тромбоэмболических осложнений.

187.
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Автор: Полетаева Н.Б., Стрелова Д.А., Соболева А.Ф., Дутлякова А.Д.

Организация: ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Актуальность: приверженность к лечению у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) – один из факторов эффективности терапии и прогноза у данной категории лиц.

Цель: изучить приверженность к лечению у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы: исследовано 20 пациентов мужского пола с ХОБЛ 1- 4 стадии, средний возраст – 54 (53; 55) года. Всеми участниками был заполнен Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению.

Результаты: Количественное значение общей оценки приверженности к лечению у пациентов с ХОБЛ составило 50,7 (48,4; 64,5) баллов. Анализ уровней приверженности показал, что у лиц с ХОБЛ с одинаковой частотой (50%) встречается средняя и низкая комплаентность, при этом высоких уровней общей оценки приверженности к терапии не было выявлено ни у одного из участников.

Значение показателя «приверженность к лекарственной терапии» составило 53,1 (46,7; 71,6) баллов. Высокий уровень комплаентности по данному параметру встречался лишь в 5% случаев (1 человек), средний – 55% (11 человек), низкий – 40% (8 человек).

Показатель «приверженность к медицинскому сопровождению» составил 55,6 (42,7; 61,3) баллов. Высокая приверженность наблюдалась у 15% исследуемых (3 человека), средняя – 40% (8 человек), низкая – 45% (9 человек).

«Приверженность к модификации образа жизни» составила 47,9 (46,4; 51,1) баллов. Пациентов с высоким уровнем показателя выявлено не было, частота среднего уровня комплаентности составила 35% (7 человек), низкого – 65% (13 человек).

Выводы: Пациенты с ХОБЛ характеризуются средним и низким уровнями приверженности к лечению. Значительная роль в низкой комплаентности к терапии принадлежит отсутствию приверженности больных ХОБЛ к модификации образа жизни.

188.
РИСКИ И ПРОГНОЗ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Автор: Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.

Организация: РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить значимость фенотипических и клинико-лабораторных детерминант в прогнозе развития гиперкоагуляционных состояний.

Материал и методы: у 69 больных ХОБЛ III-IV изучены и сопоставлены параметры коагуляции с клинико-лабораторным статусом пациента. Методом наибольшего правдоподобия рассчитаны коэффициенты риска (КР) к протромбогенным нарушениям.

Результаты: у больных ХОБЛ установлены факторы повышения активности системы коагуляции, которые зависят от тяжести функционального класса заболевания. По оценке «весовой значимости» фенотипических детерминант и клинико-лабораторных параметров у больных ХОБЛ выделены детерминанты высокого прогностического риска развития гиперкоагуляционных состояний: женский пол (КР повышение риска в 1,42 раза), возраст старше 60 лет (КР–1,74), курение с индексом более 50 пачка/лет (КР–3,13), индекс массы тела более 25 (КР–3,0), наличие сопутствующих заболеваний – ГБ (КР–2,22) и ИБС (КР–1,44), клиническая IV степень (КР–1,9), бронхитический тип (КР–1,42), адаптационная реакция стресса(КР–12,2), симпатический тип регуляции ВНС (КР–1,8), положительный С-реактивный белок (КР–1,29), наличие ССВО (КР–2,6), гемоглобин более 130 г/л (КР–1,3), эритроциты более 5*106 в 1 мкл (КР–5), гематокрит более 45% (КР–2,23), СОЭ менее 5 мм/час (КР–2,9) и фибриноген более 7,1г/л (КР–4,8). Прогнозы подтверждены гемостазиологическим обследованием. У лиц с максимальным риском отмечается 100% повышение показателей фибриногена (7,1±1,8 г/л), РФМК (8,9±1,3мг/100мл), Д-димера (156,9±20,8нг/мл) и фактора Виллибранда (145,9±25,4%), подчеркивающих крайне высокую настроенность к гиперкоагуляции с резким повышением показателей в 80–90% случаев.

Заключение: высокие риски определяют дифференцированный отбор пациентов к углубленному исследованию гемостазиограммы и терапии

189.
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ХОБЛ И ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЭКСПРЕССИОННЫЙ ПРОФИЛЬ КОМПЛЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ ЦИТОКИНЫ, ХЕМОКИНЫ И ДРУГИЕ КЛЮЧЕВЫЕ МОЛЕКУЛЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ

Авторы: Корытина Г.Ф. – 1, 2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Ахмадишина Л.З. – 1, Кочетова О.В. – 1, 2, 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, 2 – Башкирский государственный медицинский университет, кафедра биологии, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Уфа.

Во многих исследованиях было показано, что транскриптом клеток крови можно рассматривать как источник информации для оценки риска заболевания, контроля эффективности терапии, поиска новых маркеров фенотипической гетерогенности. Проведен сравнительный анализ профиля экспрессии 84 генов, кодирующих цитокины, хемокины и другие ключевые молекулы воспалительного ответа в мононуклеарах периферической крови пациентов с различными фенотипами ХОБЛ (с частыми (N=10 и редкими обострениями N=10) и контрольной группе (N=10). Использовали набор RT2 Profiler PCR Arrays «Human Cytokines & Chemokines PCR Array» (Qiagen).

Значимые изменения экспрессии ($P<0.05$) в общей группе больных ХОБЛ были установлены для генов C5, CCL17, CCL18, CCL19, CD40LG, FASLG, IL24, IL4, LTB, MIF, TNFRSF11B, XCL1. Профиль экспрессии у больных ХОБЛ характеризуется снижением уровня от 2 до 4,5 раз по сравнению со здоровыми индивидами. В группе ХОБЛ с частыми обострениями установлено значимое снижение уровня экспрессии генов C5 (FCh)=-3.15, P=0.017), CCL18 (FCh=-2.92, P=0.029), CCL19 (FCh= -3.07, P=0.038), CXCL9 (FCh= -3.14, P=0.034), PPBP (FCh=-12.21, P=0.024), XCL1 (FCh=-5.23, P=0.001), IL24 (FCh= -4.06, P=0.023) и IL4 (FCh=-3.23, P=0.02), MIF (FCh= -3.24, P=0.016). В группе больных с редкими обострениями изменения экспрессии выявлены только для генов: XCL1 (FCh=-5.55, P=0.0096) и FASLG (TNFSF6) (FCh= -2.98, P=0.0044).

Заключение: выявленные изменения могут служить чувствительным маркером неблагоприятного течения ХОБЛ и предметом для дальнейших исследования молекулярных основ патогенеза ХОБЛ.

190.
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: АНАЛИЗ КОМПЛЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ГЕНОВ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ

Автор: Корытина Г.Ф. – 1, 2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Ахмадишина Л.З. – 1, Кочетова О.В. – 1, 2, Загидуллин Ш.З. – 2, Викторова Т.В. – 2

Организация: 1 – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Федерального государственного бюджетного научного учреждения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, Уфа, 2 – Башкирский государственный медицинский университет, кафедра биологии, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Уфа.

Курение является основным фактором риска развития заболевания ХОБЛ. Существуют убедительные доказательства вклада генетических факторов в формирование никотиновой зависимости.

Целью настоящего исследования: является выявление ассоциации полиморфных локусов генов нейротрансмиттеров с развитием ХОБЛ, анализ их вклада в вариабельность показателей, характеризующих прогрессирование заболевания, уровень никотиновой зависимости и индекс курения.

Методы: в группе больных ХОБЛ (N=601) и контроля (N=617), методом ПЦР в реальном времени проведен анализ 17 полиморфных локусов функционально взаимосвязанных генов нейротрансмиттеров: рецептора гамма-аминомасляной кислоты B GABBR2, нейтрофического фактора BDNF, серотониновых HTR4, HTR2A, дофаминовых DRD2, глутаматных GRIK5, GRIN1, GRIK3, GRIA1, GRIN2B, холинергических никотиновых CHRNA5, CHRNA3, CHRNB4 рецепторов.

Результаты: статистически значимая ассоциация с развитием ХОБЛ была установлена для генов: GRIK5, GRIN1, GRIK3, GRIA1, GRIN2B, HTR2A, CHRNA5, CHRNA3. Ассоциации для генов GRIK5, GRIK3, GRIN2B, CHRNA5, CHRNA3, HTR2A, HTR4 были значимы только группе курильщиков. У некурящих индивидов ассоциация с развитием ХОБЛ подтверждена для генов GRIN1, GRIA1, BDNF. Выявлена взаимосвязь локусов генов GRIK5, GRIK3, GRIA1, HTR2A с количественными показателями –индексом курения, уровня никотиновой зависимости – HTR2A, GRIN2B и GRIK3 и генов CHRNA5, CHRNA3, DRD2, GRIN2B, GRIA1 – показателями функции внешнего дыхания. Гены GRIN2B, CHRNA3 и HTR2A ассоциировали с развитием ХОБЛ в группе с высоким уровнем никотиновой зависимости (по шкале Фагерстрема). На основании мультилокусного анализа, проведенного в программе APSampler, установлены высокоинформативные сочетания генотипов и аллелей, ассоциированные с ХОБЛ.

191.
ВОЗМОЖНОСТЬ ОТМЕНЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ БРОНХОЛИТИКОВ РАЗНЫХ КЛАССОВ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Автор: Заикина Е.В.

Организация: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Цель исследования: оценить возможность отмены ИГКС у пациентов с ХОБЛ тяжёлого течения.

Материалы и методы: проведена оценка клинического состояния, показателей функции внешнего дыхания и количества обострений на фоне терапии фиксированными комбинациями ДДАХ/ДДБА при отмене ИГКС у 25 пациентов (15 мужчин и 10 женщин, средний возраст 62,3+/- 0,5 лет) с ХОБЛ тяжелого течения. Все пациенты получали комбинированную терапию: 8 человек ДДАХ/ДДБА/ИГКС, 17 человек фиксированную комбинацию ИГКС/ДДБА. 10 пациентов являются активными курильщиками, 15 –бывшими курильщиками.

Результаты: при анализе 3 лет предшествующих исследованию пациенты в среднем имели 3,8 обострений в течение года, при этом в 80% случаев обострения требовали назначению СКГС или антибиотиков, госпитализация – 5 случаев. Всем пациентам доза ИГКС снижалась постепенно в течение 3 месяцев. Далее пациенты были переведены на терапию фиксированными комбинациями ДДАХ/ДДБА: 15 пациентов тиотропий/оладотерол 2,5/2,5 мг, 10 пациентов – умеклидиний/вилантерол. Клинически при отмене ИГКС ухудшения состояния не было отмечено ни у одного пациента. По показателям спирографии ухудшение было отмечено у 2 пациентов: через 10 месяцев ОФВ1 снизился на 100 мл в сравнении с показателями на фоне терапии ИГКС. У остальных пациентов показатели ФВД были стабильными. Среднее количество обострений у пациентов после отмены ИГКС было 2,8 в течение года наблюдения, в 65% случаев обострения требовали назначения СГКС/антибиотиков. В 3 случаях обострения требовали госпитализации.

Выводы: в большинстве случаев у пациентов с ХОБЛ тяжелого течения возможна отмена ИГКС без ухудшения клинического состояния, снижения показателей ФВД и увеличения среднего количества обострений.

192.
ХОБЛ: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Хамитов Р.Ф. – 1, Зиннатуллина А.Р. – 1, Кудрявцева Э.З. – 2

Организация: Казанский государственный медицинский университет – 1, Городская клиническая больница №16 УЗ г. Казани – 2.

Цель: верификация факторов риска летальных исходов у госпитализированных пациентов с ХОБЛ. Материал и методы: медицинские карты стационарных больных 33 пациентов с обострением ХОБЛ, умерших в течение 6 месяцев: 9% женщин и 91% мужчин в возрасте от 40 до 86 лет (в среднем, 65 лет).

Результаты: жалобы на одышку предъявляли 94% пациентов, но объективизации одышки по шкале MRC, оценки тяжести симптомов по CAT и частоты предыдущих

обострений ни у кого не было. Пациенты имели тяжелые обструктивные нарушения, в большей части установленные на амбулаторном этапе, в связи с тем, что по тяжести состояния адекватное проведение вентиляционных исследований в стационаре было практически невозможно. Общее состояние было расценено как тяжелое в 45% и крайне-тяжелое – в 18%. Летальный исход наступил в ОРИТ в 85%, но были сразу госпитализированы туда лишь 57%. В 30% состояние при госпитализации неадекватно было расценено как нетяжелое. В 78% была выявлена значимая сопутствующая кардиоваскулярная патология. 42% больных имели избыточный вес (вопреки расхожему мнению). В 36% случаев течение ХОБЛ осложнилось пневмонией. Рентгенография органов грудной клетки в первые сутки была выполнена лишь в 48,5%. Амбулаторное лечение перед госпитализацией получали только 6%. В стационаре при ведении обострения ХОБЛ не получали ГКС 12%, бронхолитики – 45%, кислородотерапию – 21% больных. Режимы АБТ были адекватными лишь в 39%. Заключение. Необходимо шире внедрять в клиническую практику объективизацию тяжести симптомов, в первую очередь, одышки с целью последующей оптимизации терапии. Большое значение для летального исхода имеют также неадекватность первичной оценки тяжести состояния пациента, наличие значимого сердечно-сосудистого коморбида и осложнений пневмониями, выявленные дефекты терапии.

193.
ВОЗМОЖНОСТИ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ

Автор: Копылов А.Н. – 1, Хамитов Р.Ф. – 1, Байрамова В.П. – 2, Васильева Т.Ю. – 2, Сабитова Г.Х. – 2

Организация: Казанский государственный медицинский университет – 1, НУЗ «Отделенческая Клиническая Больница ст. Казань ОАО «РЖД» – 2.

Цель: изучить возможности мукорегулятора эрдостеин в комплексной терапии больных с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в стационарных условиях. Материал и методы: В условиях терапевтического стационара было обследовано 60 пациентов в возрасте от 39 до 76 лет (45 мужчин, курящих 82%, и 15 женщин, курящих 40%), госпитализированных с обострением среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ. На фоне терапии бронхолитиками и по показаниям антибиотиками 35 пациентам назначался эрдостеин 900 мг/сут (основная группа). 25 пациентов, сопоставимых по возрасту, полу и тяжести заболевания с основной группой, составили группу контроля. У всех пациентов изучались характер кашля, отхождение мокроты, динамика инфекционного процесса и переносимость препарата.

Результаты: к моменту выписки из стационара в основной группе отмечался выраженный клинический эффект уже на 2-3 сутки от начала терапии, выражавшийся в лучшем отхождении мокроты, уменьшении одышки и улучшении общего состояния. Наибольший клинический эффект наблюдался у курящих пациентов со среднетяжелой ХОБЛ, не имевших значимого коморбидного фона. В контрольной группе отхождения мокроты было затруднено на протяжении всего периода госпитализации.

Заключение: клиническая эффективность эрдостеина по сравнению с группой контроля к моменту выписки наиболее отчетливо проявлялась в уменьшении интенсивности кашля, лучшем отхождении мокроты, заметном купировании симптомов обострения, в первую очередь, у курящих пациентов без выраженного соматиче-

ского коморбида. Нежелательных лекарственных реакций не наблюдалась. Амбулаторное наблюдение за пациентами, получавшими эрдостеин, позволит оценить возможное влияние препарата на последующие обострения ХОБЛ.

194.
ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ВЫБОР ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Автор: Салахова И.Н., Визель И.Ю., Шмелев Е.И.

Организация: Казанский Государственный медицинский университет, Центральный НИИ Туберкулеза

Цель: выявить особенности методов лечения и факторы, влияющие на эффективность терапии.

Методы исследования: пациенты обследованы лично, проведено клиническое обследование, опрос и регистрация спирограммы. Комплаентность оценивалась при помощи опросника Т.В.Фофановой.

Результаты: обследовано 240 пациентов с ХОБЛ, 99,2% составили мужчины. Среднее число обострений, потребовавших изменения терапии, за последний год 2,22±0,14. Средний балл опросника CAT составил 19,68±0,47. Сочетание бронхолитика короткого действия, ИГКС и ДДБА оказалась самой назначаемой комбинацией препаратов (28,7%). Наиболее эффективными и удобными средствами контроля над заболеванием, с точки зрения пациентов, названы бронхолитики короткого действия (36,6%). Из средств доставки чаще других пациенты предпочитали ДАИ (37,9%), их получали 32% пациентов и 34,6% получали комбинацию ДАИ+ДПИ. Только 30% пациентов с ХОБЛ были привержены к терапии. При оценке факторов, влияющих на приверженность были найдены следующие зависимости: пациенты с выраженными клиническими симптомами чаще привержены к терапии, чем пациенты, набравшие менее 10 баллов по шкале CAT ($P<0,001$); пациенты с частыми обострениями (2 и более) так же более привержены с терапии ($P<0,05$); при наличии выраженных обструктивных нарушений (ОФВ1>50%) уровень комплаентности выше ($P<0,05$). Кроме того, пациенты, обученные технике ингаляции в большей степени привержены к терапии, чем пациенты, которых не обучали ($P<0,05$).

Заключение: уровень приверженности пациентов остается на очень низком уровне, не смотря на совершенствование методов лечения и соответствие назначаемой терапии современным стандартам. На уровень комплаентности оказывает влияние выраженность клинических симптомов, частота обострений, выраженность обструкции и обучение технике ингаляции.

195.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА В ТЕХНОЛОГИИ РЕСПИМАТ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Бессонова Л.О. – 1, 2, Верлан Н.В. – 1, Кочкина Е.О. – 1, Стеценко Л.К. – 2, Киреева В.В. – 3, Будковская Л.И. – 3

Организация: ГОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» – 1, ОГБУЗ «Клинический госпиталь ветеранов войн г.Иркутск» – 2, ФГБУЗ Больница ИНЦ СО РАН – 3

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения тиотропия бромида (Спирива-респимат) у больных в пожилом возрасте при длительном использовании.

Материалы и методы: проанализировано 27 случаев терапии коморбидных больных ХОБЛ III ст. т. (16 мужчин, в возрасте 77,7±6.3 лет, и 11 женщины – 79,7±2,4 лет).

Базисная терапия проводилась с использованием тиотропия бромида Спирива-респимат в дозе 5 мкг однократно в сутки. Клиническая эффективность оценивалась по динамике жалоб, аускультативной картины, дыхательной недостаточности, ПФМ-мониторингу и данным спирометрии в динамике, шкалы MRC и CAT-теста. Критериями безопасности препарата приняты изменения параметров ЭКГ и ХМЭКГ в динамике. Субъективная оценка приверженности к использованию средства доставки проводилась методом опроса и проверки освоения использования лекарственной формы. Оценивалась динамика количества и тяжести течения обострений.

Результаты: достигнута стабилизация бронхообструктивного синдрома в 100% случаев по всем субъективным и объективным критериям. У больных ХОБЛ III ст.т. в сочетании с ИБС на фоне проводимой терапии значимых изменений по данным ЭКГ и ХМ ЭКГ выявлено не было. Сложности в освоении дыхательных маневров в первые 3 дня испытала 1 больная с нарушением слуха. У 21 пациента отмечено значительное уменьшение степени тяжести течения обострений, у 8 человек количество обострений, потребовавших госпитализации снизилось до 1 в год. В 4 случаях нерегулярного применения ЛС изменения течения ХОБЛ не зарегистрировано.

Выводы: применение тиотропия бромида «респимат» у коморбидных больных ХОБЛ в старшей возрастной категории является доступным, эффективным и безопасным методом длительной базисной терапии, способствующей сокращению количества обострений в год.

196.
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ОБЪЕКТИВИЗАЦИЕЙ ПО ШКАЛЕ SYNTAX SCORE У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Автор: Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Рассадникова К.Р., 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%; трехсосудистое 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

197.
ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ТЕЧЕНИЕ ХОБЛ

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

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 50 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±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+2 ppm; COHb – 2,23+0,32%. У этой группы пациентов зафиксированы высокие значения CAT-теста, отражающие текущий уровень управления ХОБЛ – 19±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.

198.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ ПЕРИНДОПРИЛА

Автор: Писаренко С.В., Мартынюк К.И.

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

Цель: изучить эффективность влияния ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) периндоприла на уровень давления в легочной артерии и параметры внешнего дыхания с учетом I/D полиморфизма гена АПФ у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследован 31 больной (II=10 чел., ID=11 чел., DD=10 чел.) ХОБЛ умеренной и тяжелой степени тяжести согласно классификации GOLD. Средний возраст больных составил 50,5±4,4 года, давность заболевания –14,2±7,4 года. Для изучения параметров внешнего дыхания использовали спирометрию, для оценки центральной гемодинамики – эхокардиографию с допплерографией (исходно и после 5 недель лечения ингибитором АПФ периндоприлом в средней суточной дозе 2,9±1,5 мг). В группу контроля вошли больные ХОБЛ, схожие по исходным переменным, получавшие лечение согласно практическим рекомендациям GOLD (в отсутствии периндоприла).

Результаты: анализ полученных данных не выявил ухудшения клинического течения ХОБЛ. Более того, отмечено достоверное улучшение бронхиальной проходимости (увеличение максимальной форсированной экспираторной жизненной емкости легких и объемной скорости воздушного потока) наряду с существенным улучшением центральной гемодинамики (снижение исходно повышенного уровня систолического и среднего давления в легочной артерии и др.) разной степени выраженности у больных-носителей различных вариантов I/D полиморфизма гена АПФ: II>ID>DD.

Выводы: применение ингибитора с высоким сродством к АПФ периндоприла у больных ХОБЛ характеризуется эффективностью. Наряду с существенным улучшением функции внешнего дыхания, периндоприл в разной мере, но достоверно уменьшает систолическое и среднее давление в легочной артерии у больных-носителей различных вариантов I/D полиморфизма гена АПФ (II>ID>DD).

199.
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕГКИХ И ФИЗИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Автор: Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Скалецкая В.В., Московчук А.Ф., Симионика Ю.Д., Кондрацки Д.П., Колун Т.И.

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

Цель: изучить влияние ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) периндоприла на эндотелиальную дисфункцию (ЭД), функциональные параметры легких и толерантность к физической нагрузке (ТФН) в зависимости от I/D полиморфизма гена АПФ у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: обследован 31 больной (II=10 чел., ID=11 чел., DD=10 чел.) ХОБЛ умеренной и тяжелой степени тяжести согласно классификации GOLD. Средний возраст больных составил 50,5±4,4 года, давность заболевания – 14,2±7,4 года. Для определения ЭД использовали дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, для исследования газообменной функции легких –измерение диффузионной способности легких по CO, для оценки ТФН – велоэргометрию (исходно и после 5 недель лечения иАПФ периндоприлом в средней суточной дозе 2,9±1,5 мг). В группу контроля вошли больные ХОБЛ, схожие по исходным переменным, получавшие лечение согласно практическим рекомендациям GOLD (в отсутствии периндоприла).

Результаты: анализ полученных данных не выявил ухудшения клинического течения ХОБЛ. Более того, отмечено существенное улучшение эндотелиальной функции, функциональных параметров легких (в виде улучшения диффузионной способности легких, а также уменьшение общего бронхиального сопротивления и повышение толерантности к физической нагрузке) разной степени выраженности у носителей различных вариантов I/D полиморфизма гена АПФ: II>ID>DD.

Выводы: применение ингибитора с высоким сродством к АПФ периндоприла у больных ХОБЛ отличается эффективностью. Наряду с существенным улучшением эндотелиальной функции и диффузионной способности легких, периндоприл в разной мере, но достоверно уменьшает общее бронхиальное сопротивление и повышает толерантность к физической нагрузке у больных-носителей разных вариантов I/D полиморфизма гена (II>ID>DD).

200.
ХОБЛ КАК КОМПОНЕНТА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ

Автор: Писаренко Н.К. – 1, Кондрацки Д.П. – 2, Писаренко С.В. – 2

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

Цель: дать сравнительную оценку смертности (С) от неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ХОБЛ в разных странах, включая Республику Молдову (РМ).

Материалы и методы: анализ данных официальной статистики (www.statistica.md, www.who.int) и научных публикаций, отобранных с помощью поисковых систем

из баз данных медицинской информации (Google Scholar, PubMed, HighWire Press, PubMed Central).

Результаты: ежегодно во всем мире от НИЗ умирает 41 млн. человек, что составляет 71% всех смертей. В структуре С от НИЗ наибольший вес приходится на сердечно-сосудистые заболевания, затем на онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет. В структуре НИЗ до 10% занимают хронические респираторные заболевания, в первую очередь ХОБЛ. Подсчитано, что ХОБЛ будет занимать 5-е место в мире по бремени болезней и станет третьей по значимости причиной смерти к 2020 году. По данным ВОЗ во всем мире в 2016 году от этого заболевания умерли 3,2 млн. человек, что на 11,9% больше, чем в 1990 г. Более 90% случаев смерти от ХОБЛ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. В Республике Молдова в последнее десятилетие уровень С от ХОБЛ понизился с 33,6 в 2007 году до 19,3 в 2017 году. По общему коэффициенту С от ХОБЛ Республика Молдова занимает 18-е место. Вместе с тем, анализ стандартизированных показателей С по возрасту показал, что Республика Молдова занимает 8-е место (23,3 на 100000 человек) после Турции, Кыргызстана, Дании, Великобритании, Ирландии, Венгрии и Норвегии после С от ХОБЛ и 2-е (43,7) после Кыргызстана по С от ХОБЛ.

Выводы: в настоящее время неинфекционные заболевания и ХОБЛ как их компонента, остаются актуальной проблемой в мире и в Республике Молдова. Показатель смертности от ХОБЛ в республике превышает таковой практически во всех европейских странах.

201.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ПРИЧИНА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Автор: Кондрацки Д.П., Мартынюк К.И., Писаренко С.В.

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

Цель: изучить связь ХОБЛ с нетрудоспособностью, порядком установления временной нетрудоспособности (ВН) и ее ориентировочными сроками.

Материалы и методы: анализ научных публикаций, отобранных с помощью поисковых систем из баз данных медицинской информации (Google Scholar, PubMed, HighWire Press).

Результаты: ХОБЛ на сегодня является ведущей причиной нетрудоспособности по всему миру, что ведет к значительному, все возрастающему экономическому и социальному ущербу. Более 80% прямых медицинских расходов при ХОБЛ приходится на стационарную помощь больным. Основными симптомами ХОБЛ являются хронические и прогрессирующие одышка, кашель и продукция мокроты. По клиническим признакам выделяют фазу стабильного течения и фазу обострения ХОБЛ. Обострения ускоряют падение ОФВ1, снижают качество жизни, нарушают трудоспособность, повышают смертность. Нетрудоспособность конкретного пациента и ее сроки устанавливаются врачом на основании медицинского и социального критериев трудоспособности. Под ВН при ХОБЛ следует понимать обратимое изменение в состоянии здоровья, обусловленное обострением болезни, когда главным образом из-за одышки работник временно теряет способность выполнять работу и свои служебные обязанности. В ряде стран на основе анализа клинико-статистических данных разработаны ориентировочные сроки ВН при ХОБЛ, зависящие от тяжести заболевания, осложнений, обратимости клинико-функциональных из-

менений и др. В Республике Молдова оптимальные сроки ВН регулируются рядом нормативно-правовых актов, в частности клиническими протоколами и стандартами диагностики и лечения.

Выводы: ХОБЛ на сегодня является ведущей причиной нетрудоспособности по всему миру. Порядок установления и сроки временной нетрудоспособности регулируются рядом национальных нормативно-правовых актов.

202.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТИПОВ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ХОБЛ. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Автор: Овчаренко С.И. – 1, Волель Б.А. – 2, Галецкайте Я.К. – 1, Плужников И.В. – 3, Симонов А.Н. – 3, Хрущев С.О. – 4

Организация: 1 – Кафедра факультетской терапии № 1, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), 2 – Кафедра психиатрии и психосоматики, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет), 3 – Научный центр психического здоровья, 4 – Кафедра психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

Важную роль в определении прогноза ХОБЛ и подхода к ведению пациентов играют типы реагирования на заболевание. Установление типа реагирования у конкретного пациента – трудоемкий процесс, требующий совместной работы врачей-интернистов, психиатров и психологов, что не всегда осуществимо в повседневных условиях.

Цель: создать модель для определения и прогнозирования типа реагирования на заболевание.

Методы: в исследование включено 138 пациентов ХОБЛ (мужчины, n=104; средний возраст 65±9,4 лет). Все пациенты обследованы пульмонологом, психиатром (клинико-психопатологический метод) и психологом. Все пациенты заполнили опросники: mMRC, CAT, шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и для оценки тревоги (HARS), опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ). Статистический анализ проводился методом порядковой логистической регрессии.

Результаты: реагирование на заболевание представлено четырьмя типами: 1 – гипонозогнозия (n=68; 49,3%), 2 –гармоничный тип (n=15; 10,8%), 3 – тревога о болезни (n=35; 25,4%), 4 – депрессия(n=20; 14,5%). Была обнаружена взаимосвязь между типами реагирования на заболевание и рядом клинических и психологических показателей, которую можно описать с помощью следующей математической модели: Тип реагирования = 1/(1 + exp(- αc + Si)), где S= 0,07 Возраст +1,40 Наличие попыток отказа от курения –2,13 Применение исключительно короткодействующих бронходилататоров +0,24 SatO2 -0,26 HARS +0,71 HDRS – 0,19 Руминация [ОКРЭ] –0,20 Позитивное мышление [ОКРЭ] -0,30 Обвинение других [ОКРЭ].

Заключение: создано уравнение, которое позволяет медицинским работникам, независимо от специальности, устанавливать или прогнозировать тип реагирования на заболевание при ХОБЛ, намечать направления коррекции поведения и оптимизировать взаимодействие с конкретными больными.

ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

203.
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Автор: Шамшева Е.В. – 1, Бородкина С.П. – 1, Мордык Д.И. – 1, Муканова А.К. – 2, Зубенко О.В. – 2, Мордык А.В. – 2 , Багишева Н.В. – 2, Иванова О.Г. – 2, Моисева М.В. – 2

Организация: 1 – ФКУ ГБ МСЭ по Омской области Минтруда России, Омск, 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России Омск, Россия

Цель: оценить динамику показателя инвалидности по туберкулезу в Омской области за период 2013–2017 гг.

Материал и методы: исследование простое, ретроспективное, по материалам отчетов по клинико-экспертной работе ФКУ ГБ МСЭ по Омской области.

Результаты: Всего в 2013 г впервые признано инвалидами в связи с заболеваниями органов дыхания и туберкулезом в Омской области 382 человека, в 2017 г – 455, с приростом за 5 лет на 19,1 %. Их доля от общего числа лиц, признанных инвалидами от всех болезней органов дыхания, была минимальной в 2014 году –34,1%, максимальной в 2013 году – 51,8 %, в 2015 и 2016 годах 48,7 и 47,1 %. Чаще причиной утраты трудоспособности являлся туберкулез органов дыхания, максимум в 2014 году – 95,2 %, со снижением к 2017 г. до 74,1% (за 5 лет на 21,1 %), уступая место внелегочному туберкулезу. Среди впервые признанных инвалидами высока доля лиц трудоспособного возраста, без особой тенденции к снижению (2013 г.– 98,4%, 2017 г. – 97,8%).

Показатель инвалидности по туберкулезу при расчете на 100 тысяч за 5 лет несколько снизились, но при снижении заболеваемости вообще, процент от общего числа, состоявших на учете в ПТД растет. В 2013 г. – 32,5 случаев на 100 тысяч населения, 17,1% от всех состоявших на учете в ПТД, в 2017 г. – 30,4 случая на 100 тысяч, 22,3% от всех состоявших на учете в ПТД.

Заключение: несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом в Омской области с 2013 по 2017, показатели первичного выхода на инвалидность по причине туберкулеза всех локализаций и туберкулеза легких в частности снижаются незначительно, что может быть связано с ростом числа больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, с МЛУ и ШЛУ возбудителями, а также ростом лиц с другими коморбидными состояниями, которые способствуют инвалидизации пациентов.

204.
СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАЗГРАНИЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОШИБКИ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Автор: Писаренко К.С., Писаренко С.В.

Организация: Международный независимый университет Молдовы, г. Кишинев, Республика Молдова

Цель: изучить роль стандартов (С) оказания пульмонологической помощи в разграничении медицинской ошибки (МО) от преступления.

Материалы и методы: анализ научных публикаций, судебной практики и нормативно-правовых актов Республики Молдова.

Результаты: в процессе оказания медицинской помощи (МП) больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность (ЮО) за качество и последствия своих действий, включая МО. Применение в пульмонологии (П) высокоэффективных и в то же время «агрессивных» диагностических методик (торакоцентез, катетеризация вен и артерий, биопсия периферических узлов, трансторакальная и чрезбронхиальная биопсия) и «опасных» медикаментов повышают уровень риска МО до высокого. МО признается деятельность или сознательное бездействие поставщика медицинских услуг, приведшее к смерти или причинению ущерба здоровью пациента по неосторожности (Н), халатности (Х) или в связи с отсутствием профессионализма. Нарушение по Н или Х врачом или иным медицинским работником правил или методов оказания МП, повлекшее причинение тяжкого телесного повреждения или иного тяжкого вреда здоровью, или смерть пациента влекут уголовную ответственность. В этой связи юридически наиболее ответственным моментом является разграничение МО от преступления. Определяющую роль при этом играет установление фактических действий медицинского персонала в ходе оказания МП, соответствия этих действий установленным С, а также выяснение объективных условий, которые могли повлиять на результаты лечения.

Выводы: пульмонологии может быть отнесена к специальностям с высоким уровнем риска медицинской ошибки. В этой связи соблюдение стандартов оказания медицинской помощи и влияние объективных условий на результаты лечения исключают юридическую ответственность медицинского персонала.

ЭНДОСКОПИЯ

205.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕОБСТРУКЦИИ ПОРАЖЕННЫХ БРОНХОВ ПОСЛЕ ГЕМОАСПИРАЦИИ С ГЕМООБТУРАЦИЕЙ

Автор: Введенский В.П.

Организация: ГАУЗ ЯО «Клиническая больница №9»

Цель исследования: определить частоту встречаемости реобструкции пораженных бронхов после проведенной эндоскопической коррекции гемоаспирации с гемообтурацией.

Материалы и методы: материалом для решения поставленной задачи послужили результаты лечения 62 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной гемоаспирацией с гемообтурацией. Реканализацию пораженных бронхов выполняли «до чистой воды и до чистой стенки». Для этого пациентам первой группы (n=32) поводили фиброоптический трахебронхиальный лаваж с элементами бронхоальвеолярного лаважа из расчета не более 5 мл санирующего раствора на каждый сегментарный бронх. Во второй группе (n=30) осуществляли визуально контролируемую высокочастотную вентиляцию легких (f=300 циклов/мин, I:E=3:1, Рраб.=1,5 атм, однократная экспозиция на каждый «заинтересованный» бронх – не более 1 мин). Во всех случаях применяли фибробронхоскопы с диаметром рабочего канала не менее 2 мм.

Результаты: в первой группе реобструкция имела место у 9 (28,13%) пострадавших, во второй – у 2 (6,67%) ($p<0,05$). При этом у всех пациентов констатирована обструкция различной степени выраженности бронхов второй и третьей генераций в сочетании с обтурацией бронхов четвертого порядка. Ни в одном из наблюдений дебют повторного поступления гемоаспирата из мелких бронхов, констатируемый эндоскопически, не сопровождался отрицательной динамикой клинических, лабораторных и рентгенологических признаков легочной дисфункции.

Выводы: эндоскопические признаки реобструкции достоверно реже выявлялись после использования визуально контролируемой высокочастотной вентиляции легких в режиме экспульсии, нежели фиброоптического трахеобронхиального лаважа, что свидетельствовало о преимуществах ее применения для удалении гемоаспирата.

206.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОАСПИРАЦИИ

Автор: Введенский В.П.

Организация: ГАУЗ ЯО «Клиническая больница №9»

Цель исследования: определить частоту встречаемости гемоаспирации и характер изменений в трахеобронхиальном дереве (ТБД) по результатам бронхоскопического мониторинга.

Материалом для решения поставленной задачи послужили результаты обследования и лечения 154 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной гемоаспирацией.

Результаты и обсуждение: по результатам бронхоскопического мониторинга аспирация крови со сгустками констатирована у 154 пациентов (29,22% от общего количества пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, осложненной аспирацией в нижние дыхательные пути). Локализация гемоаспирата в правых отделах ТБД выявлена в 51 (33,12%) наблюдении, в левых – в 38 (24,68%), билатерально – в 65 (42,21%). У 128 (83,12%) больных гемоаспирация сопровождалась бронхообструкцией, у 26 (16,88%) – бронхообтурацией. У 92 (59,74%) пострадавших констатирована картина продолжающегося или состоявшегося кровотечения из бронхов, аэрирующих участки легких, в которых рентгенологически выявлены признаки травматического пульмонита, осложненного бронхиальным геморрагическим синдромом.

Эндоскопическая семиотика повреждения ТБД после гемоаспирации соответствовала картине одно- или двухстороннего диффузно-очагового катарального эндобронхита 2 степени. Частота его встречаемости после проведения фиброоптического лаважа она составила 82,76%. После визуально контролируемой высокочастотной вентиляции легких в инвертированном режиме – 48,15% ($p<0,01$).

Выводы: только с учетом данных эндооскопического мониторинга возможна достоверная диагностика гемоаспирации и выраженности нарушений бронхиальной проходимости, истинных или ложных легочных кровотечений. Эндоскопическая семиотика гемоаспирации позволяет детально подходить к выбору метода реканализации пораженных бронхов.

207.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКОБАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ, САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, Родимова О.А. – 3, Рыжкова С.А. – 4, Хураськина Т.П. – 5

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ, 3 – ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника №9 Октябрьского района», 4 – ЗАО «Медицинская компания ИДК», 5 – Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Самарской области».

Цель: оценить частоту выявления туберкулеза легких при сочетании: инфильтративный процесс в легких – сахарный диабет II-го типа – язвенная болезнь.

Методы исследования: изучены результаты исследования жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ) 92 пациентов (100,00%), госпитализированных в Самарскую городскую больницу №4 с диагнозом «Внебольничная пневмония» и имеющих сопутствующие сахарный диабет II типа и язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам выполнялась бронхоскопия при поступлении с последующей бактериоскопией осадка ЖБАЛ по методу Циля-Нильсена.

Результаты: туберкулёзное поражение легких, как причина инфильтрации лёгочной ткани, выявлена у 35 пациентов (38,04%). У 29 пациентов (31,52%) были выделены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) по результатам бактериоскопии ЖБАЛ при первичной бронхоскопии и у 6 пациентов (6,52%) КУМ были выявлены при повторной бронхоскопии, проводимой в связи с упорным течением инфильтративного процесса в лёгких.

Заключение: сочетание сахарного диабета II-го типа и язвенной болезни, является тем клиническим фоном, при котором вероятность туберкулёзной этиологии инфильтративного процесса в лёгких весьма высока.

208.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 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: оценить частоту и этиологическую привязанность геморрагических эндобронхиальных проявлений

Методы исследования: проанализирована этиологическая принадлежность и частота встречаемости геморрагических эндобронхиальных проявлений (ГЭП) по данным 5214 первичных бронхоскопий (100,00%), проведённых пациентам пульмонологического профиля по общепринятым показаниям за 2014–2018 г.г. Под ГЭП понимались не только зафиксированные эпизоды продолжающегося лёгочного кровотечения, но и геморрагическое прокрашивание бронхиального секрета, петехиальные кровоизлияния слизистой, кровоизлияния из ограниченных разрывов слизистой оболочки.

Результаты: проявления ГЭП обнаружены у 374 пациентов (7,17%). Этиологическая привязка ГЭП оказалась следующей: Центральный рак легкого – 6 эпизодов (0,12%), туберкулёз лёгких (лабораторно верифицированный) – 2 случая (0,04%), хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – 123 (2,36%), бронхиальная астма – 10 (0,19%), бронхиальная астма в сочетании с ХОБЛ – 30 (0,58%), внебольничная пневмония на фоне ХОБЛ – 144 (2,76%), внебольничная пневмония – 57 (1,09%), бронхоэктатическая болезнь – 2 (0,04%).

Заключение: ГЭП не являются атрибутом исключительно опухолевого или туберкулезного поражения лёгких как это считалось ранее, а могут сопутствовать любой лёгочной патологии.

209.
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ СЕРДЦА

Автор: Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Ручейкин Н.Ю., Цеймах М.Е., Карквин В.М., Дорохина С.А., Аверкина А.А., Устинов Д.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, ректор, д.м.н., профессор, И.П. Салдан, КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул, главный врач, к.м.н., В.А. Бомбизо

Введение: проникающая травма сердца – важная диагностическая и тактическая проблема в практике хирургов.

Материалы и методы: в данном исследовании были проанализированы данные о 268 больных с ранениями сердца, в числе которых было 234 мужчины и 34 женщины в возрасте от 18 до 69 лет, оперированных в клинике с 1990 по 2016 гг.

Результаты: при проведении целенаправленного обследования ранение сердца удалось выявить своевременно у 256 пациентов (96,6%), подавляющая часть (228 больных, 88%) были оперированы в первые 10–20 минут после поступления в стационар. В большинстве случаев диагноз ставился на основании клинических данных. У пациентов с сомнительными клиническими симптомами и удовлетворительным самочувствием уточнение диагноза проводилось при помощи ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенографии, в некоторых случаях потребовалось проведение видеоторакоскопии. При проникающем (сквозном) ранении сердца в большинстве случаев наблюдался комплекс симптомов из достоверных признаков, на основании которых диагностика этого вида повреждения чаще всего не представляла больших трудностей. При диагностике непроникающего ранения важное значение приобретали вероятные признаки с учетом всех клинических симптомов и результатов дополнительного обследования. В сомнительных случаях для дифференциальной диагностики проникающего и непроникающего ранений сердца следует применять видеоторакоскопию.

Выводы: 1. ранение сердца – одно из диагностически и тактически сложных повреждений, часто приводящее к развитию тяжелого состояния больного и сопровождающееся высокими показателями летальности. Эффективная диагностика ранений сердца часто представляет собой серьезную проблему. 2. Видеоторакоскопия – наиболее эффективный метод диагностики, который позволяет в сомнительных случаях установить характер ранения сердца.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

210.
УРОВЕНЬ И ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО РЕГИОНА РОССИИ

Автор: Колосов В.П., Манаков Л.Г., Перельман Ю.М.

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

Цель: анализ результатов комплексной оценки заболеваемости хроническими респираторными заболеваниями (ХРЗ) и их региональных особенностей во взаимосвязи с факторами риска и динамики на территории Дальневосточного федерального округа (ДФО).

Материал и методы исследования: использованы методы структурного, сравнительного и корреляционного анализа, базы данных Министерства здравоохранения РФ и результаты эпидемиологических исследований, проведенных с использованием методов социологического и клинико-функционального скрининга.

Результаты: анализ распространения респираторных заболеваний в системе государственного статистического мониторинга свидетельствуют о сопряженности с природно-климатическими и социально-экономическими факторами внешней среды, определяющих уровень и параметры их различий. Установлено, что диапазон показателей между минимальными и максимальными значениями показателей заболеваемости в различных субъектах ДФО достигает в 5,5 раза. Уровень заболеваемости взрослого населения на территории региона увеличился за период 2005-2017 годы на 31,2%, в большей степени за счет бронхиальной астмы (на 45,6%) и в меньшей – за счет ХОБЛ (на 20,6%), что свидетельствует о повышении качества диагностики заболеваний в условиях реальной клинической практики. Симптомы ХРЗ выявлены у 33,6% жителей Амурской области. При этом в популяции взрослого населения жалобы на кашель отмечают 30,3±1,6%, выделение мокроты – 22,0±1,4%, одышку – 34,5±1,6% респондентов.

Заключение: эпидемиологическая оценка хронических респираторных заболеваний и факторов их риска свидетельствует о высоком уровне распространения, что требует комплексного подхода к решению проблем респираторного здоровья населения в рамках реализации региональных программ мониторинга и профилактики БОД.

211.
СМЕРТНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ И ИНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Автор: Писаренко Н.К. – 1, Кондрацки Д.П. – 2, Писаренко С.В. – 2

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

Цель: изучить актуальную смертность от неинфекционных заболеваний в Республике Молдова.

Материалы и методы: анализ данных официальной статистики (www.statistica.md, www.who.int) и научных публикаций, отобранных с помощью поисковых систем из баз данных медицинской информации (Google Scholar, PubMed, HighWire Press, PubMed Central).

Результаты: среди 47000 смертей, зарегистрированных в Республике Молдова в 2016 году, 42200 или 90% были вызваны неинфекционными заболеваниями. Среди умерших женщины несколько преобладали над мужчинами (соответственно, 21600 и 20600 человек). Вместе с тем, в группе от 30 до 70 лет риск преждевременной смерти у мужчин был вдвое выше, чем у женщин (соответственно, 34% и 17%). В структуре смертности от неинфекционных заболеваний наибольшая доля приходилась на сердечно-сосудистые заболевания, от которых умерло 24898 человек. За ними следовали раковые заболевания (6330 случаев), хронические респираторные заболевания (844 случая), сахарный диабет (422 случая) и другие заболевания (9706 случаев). Таким образом, на первые четыре группы заболеваний приходилось ¾ всех случаев смерти от неинфекционных заболеваний. Анализ динамики преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в Республике Молдова в 2000-2016 годах, обнаруживает линейные тренды к ее снижению. При сохранении тенденции к снижению показателей к 2025 году прогнозируется сближение их величин с глобальными целями.

Выводы: хронические респираторные, сердечно-сосудистые, раковые и иные неинфекционные заболевания представляют серьезную медико-социальную проблему в Республике Молдова – стране с ограниченными ресурсами. Снижение смертности, улучшение качества жизни больных неинфекционными заболеваниями требуют осуществления комплекса мер в медицинской, социальной и экономической областях.

212.
ЭТИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Автор: Трунцова Е.С., Шахгереева Л.Д., Несирханов В.Л.-Э., Касаткина Н.В., Епанчина Н.М.

Организация: ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) у детей более чем в 2,5-4 раза превышают показатели заболеваемости взрослых и являются актуальной проблемой педиатрии. Острый бронхит у детей раннего возраста, часто сопровождается обструктивным синдромом. В силу особенностей строения органов дыхания у детей

раннего возраста, воспалительный процесс протекает сложнее, чем у взрослых, около половины заболеваний принимают затяжное или рецидивирующее течение. Целью исследования было выявление этиологических особенностей течения ОРИ и обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Проанализированы 125 историй болезни стационарных больных раннего возраста от одного месяца до трех лет жизни. Выявлено, что у детей раннего возраста в структуре ОРИ осенне-зимнего сезона достоверно преобладают метапневмовирусная инфекция – 35,5%, риновирусная – 18,6% и аденовирусная инфекции – 13,6% ($\chi 2=5,71$; $p<0,05$). Среди госпитализированных детей раннего возраста, обструктивный бронхит в 2 раза чаще встречается у лиц мужского пола, находящихся на искусственном вскармливании ($p<0,05$). Обструктивный бронхит у детей раннего возраста в 26,1% случаев вызывается вирусно-микробными ассоциациями. Метапневмовирус превалирует как моноинфекция, а также может образовывать микст –ассоциации с золотистым стафилококком, цитомегаловирусом и микоплазмой пневмонии, последняя играет значительную роль в тяжести течения обструктивного бронхита и вызывает необходимость скорой госпитализации ребенка.

РАЗНОЕ

213.
ЛИМФОЦИТЫ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ (БОС) ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЯХ КИШЕЧНИКА

Автор: Алиева Г.Р., Гаджиева Р.С., Мустафаев И.А., Алхасова А.В.

Организация: НИИ Легочных заболеваний МЗ Азербайджанской Республики

Цель исследования: изучение количества лимфоцитов периферической крови у пациентов с БОС при сопутствующих паразитарных инвазиях кишечника.

Материалы и методы исследования: обследованы 133 пациента с БОС и сопутствующими кишечными паразитозами: 38 – с одним видом гельминтоза (Enterobius vermicularis, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Trichostrongulus sp, Strongyloides stercoralis, Taenia saginata), 31 – с одним видом протозооза (Giardia intestinalis, Blastocystis hominis, Entamoeba coli, Endolimax nana), 33 – с одновременным инвазированием 2 или 3 разных видов паразитов, 31 – пациенты без паразитозов (контрольная группа). Данные представлены в виде Mean/Standard Deviation с указанием минимальных и максимальных значений.

Результаты: при изучении количества лимфоцитов лимфопения отмечалась у 5,4% и лимфоцитоз у 39,8% больных с БОС, пораженных кишечными паразитами (3,6% и 46,4% соответственно в контрольной группе). Среди инвазированных пациентов лимфопения не отмечалась при инфицировании простейшими. Больные с лимфоцитозом чаще встречались при гельминтозах, несколько реже при сочетанном паразитировании. Средние статистические значения содержания лимфоцитов при гельминтозах (36,80/14,06%, min14 – max67) и протозоозах (36,67/10,24%, min19 – max56) оказались практически одинаковыми и были совсем незначительно выше, чем при сочетанном паразитировании (34,75/10,65%, min10 – max56) и при отсутствии паразитозов (34,96/11,48%, min13 – max68). Однако достоверные различия при подсчетах не определились ($p>0,05$).

Заключение: сопутствующее инвазирование кишечными паразитами у больных с БОС не вызывает выраженных отклонений содержания лимфоцитов в периферической крови.

214.
СТРУКТУРА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

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

Организация: ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки», ГУ ЛНР Луганская республиканская клиническая больница

Цель: изучить структуру респираторной патологии у военнослужащих, выявить факторы риска развития болезней органов дыхания.

Материалы и методы: проанализировано 586 историй болезней военнослужащих пациентов контрактной службы более 1,5 лет в возрасте от 18 до 71 года (средний возраст составлял 37,8 лет) в период с 2014 по 2018 годы. с респираторной патологией, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении. Были проведены рутинные лабораторно-инструментальные методы исследования, по показаниям – спирометрия, фибробронхоскопия, эхокардиоскопия. Все пациенты получали лечение, соответствующее клиническим рекомендациям медицинской помощи.

Результаты: среди обследованных больных выявлены: острый бронхит – 265 чел. (45,2%), внегоспитальная пневмония – 155 чел. (26,4%), хронический бронхит – 98 чел. (16,8%), острый бронхит с синдромом гиперреактивности бронхов – 10 чел. (1,7%), бронхиальная астма – 26 чел. (4,4%), ХОБЛ – 18 чел. (3,1%), другие (абсцесс легкого, плеврит) – 14 чел (2,4%).

Изучена частота развития респираторной патологии в различные периоды года: острым бронхитом чаще болели в зимние месяцы; хроническим бронхитом в стадии обострения – в осенне-весенний период; ХОБЛ – ноябрь, декабрь, март; внегоспитальной пневмонией – январь, февраль, март; бронхиальной астмой – в весенне-летнее время. Другие заболевания отмечены были в зимний период года.

Следует отметить, что количество больных с острой патологией имело тенденцию сначала к увеличению в 2015-2016 годы, что связано с длительным пребыванием солдат на лечение в медроте, где оказывалось лечение не в полном объеме, затем постепенно снижалась. Также на момент 2017 года 97% военнослужащих были вакцинированы против гриппа.

Выводы: Таким образом, следует отметить, что острые заболевания составляли 444 случая – 75,8%, а хрон

215.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ В ПРОГНОЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Автор: Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.

Организация: РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить уровень формирования биологической резистентности к бета-лактамным антибиотикам в прогнозе эффективности антибактериальной терапии.

Материал и методы: уровень бета-лактамазной активности (БЛА) биологических жидкостей у 52 больных с обострением респираторной инфекции оценивали по тест-системе «БиоЛактам» (Беларусь).

Результаты: средний уровень БЛА сыворотки крови здоровых составил 55,4%, а бронхиального секрета – 31,5%. Отмечено, что у лиц с температурой тела более 38 БЛА сыворотки крови была достоверно выше, составляя 70,3%. У пациентов с глубокими проявлениями метаболического ацидоза уровень БЛА крови составил 8,4%, а при явлениях респираторного некомпенсированного алкалоза достигала-75,7%. Анализ уровня БЛА крови у пациентов у с длительностью антибактериальной терапией бета-лактамами первой линии более 45 дней и сменой их более 4 раз в год показал, что у 68% данных пациентов уровень БЛА крови зачастую был высоким до 68,1%. Детализация уровня БЛА крови позволила сформировать группы риска ожидаемой неэффективности к бета-лактамным антибиотикам первой линии (пенициллины, цефалоспорины I – III поколения): пациенты с высокой лихорадкой, с метаболическими проявлениями алкалоза, с длительным, неэффективным приемом антибиотиков и их частой сменой. Установленный уровень БЛА мокроты более 40% и крови более 68,5% требует отмены бета-лактамных препаратов первой линии и назначения антибиотиков резерва, в частности, ингибиторозащищенных бета-лактамов, карбапенемов либо препаратов из других фармакологических групп.

Заключение: оценка уровня БЛА в биологических секретах позволит до 30% сократить необоснованное использование бета-лактамных антибиотиков и внести вклад в преодоление рисков формирования атибиотикорезистентности.

216.
ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Автор: Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н., Абдуллаева В.А., Гафнер Н.В.

Организация: РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить практику использования антибиотиков (А) при терапии обострений респираторной патологии.

Материал и методы: анализ 360 медицинских карт амбулаторного приема и историй болезни по оценке назначений А в соответствии со стандартами.

Результаты: анализ показал, что пациентам с респираторной патологией назначаются А класса бета-лактамные в 54,5% случаях, фторхинолоны – в 51,4% и макролиды – в 18,4%. Лидирующие позиции часто назначаемых препаратов заняли левофлоксацин (42,5%), цефтриаксон (32,0%), азитромицин (15,7%). При амбулаторном лечении пациентов с внебольничной пневмонией и обострением хронического бронхита удельный вес назначения ингибитор-защищенных пенициллинов (ИЗП) составляет до 12,5%, цефалоспоринов I (ЦФ1) – до 4,8%, цефалоспоринов III (ЦФ3) – 9,5–25%, фторхинолонов III (ФХ3) – 37,5–64,3%, фторхинолоны IV (ФХ4) – до 25%, макролидов (М) – до 28,8%. В условиях стационара удельных вес назначения АМП данной когорте пациентов составлял: ИЗП до 1,6%, ЦФ3-32,1-65,3%, ЦФ4–3,6-12,4%, ФХ3-35,7-69,4%, ФХ4-0,8-20,5%, макролиды–5,3-9,1%. До достижения клинического эффекта изменения режима терапии регистрированы в 13,6% случаях и характеризовались добавлением амоксициллин/клавуланата в 5,8% случаях, цефперазон/сульбактам – в 5,8%, цефтриаксон-в 11,5%, ципрофлоксацин – в 11,5%, азитромицин – в 19,2%, метронидазол – в 13,5% и левофлоксацин – в 36,5%. Наиболее часто из «стартовой» терапии отменялся цефтриаксон (38,1%), цефазолин(16,7%), азитромицин (16,7%), левофлоксацин (11,9%). Отмечено совпадение назначения предшествующего и «нового» А в курсах терапии цефазолин (20,4%), цефтриаксон (33,9%),

азитромицин (82,1%), левофлоксацин (90,3%). В первые 3 дня при 100% клинической неэффективности смена А отмечена лишь в 21,1%, 4–5 сутки при 90,5% неэффективности –в 40,4%.

217. МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ

Автор: Ниязова Ф.Н., Мухсинов Ф.М., Абдуллаева В.А., Аралов Н.Р., Ливерко И.В.

Организация: РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить мнения и взгляды пациентов по отношению к антимикробным препаратам (АМП) и провести ситуационный анализ практик их использования.

Материал и методы: опрос 148 пациентов, приписанных к медицинским учреждениям, и обратившимся по причинам обострения респираторного заболевания.

Результаты: 68,5% пациентов с респираторной патологией в течение года получали курсы АМП и 27,6% – более 2-х раз в течение года. В 57,2% случаев прием АМП не обсуждался с врачом. В 76,2% случаях АМП принимаются при первых симптомах простуды. 60,3% лиц проявляют уверенность, что «простуда, грипп, боль в горле» не пройдут без приема АМП. 68,3% – в первые дни начинают прием АМП при высокой температуре, 49,3% и 69,8% лиц без температуры, но при кашле до 3-х и более 10 дней, соответственно. 73% уверены, что АМП предотвращают тяжелые болезни или осложнения простуды. Пациенты подвержены настрою и ожиданию. На вопрос «Какого лечения Вы ожидаете от врача, если у Вас насморк, боль в горле и температура тела ниже 38,5?» однозначно дают ответ «антибиотик» (34,9%), «обезболивающее» (4,8%), «жаропонижающее» (1,6%). 55,6% прекращают прием АМП при первом исчезновении симптомов простуды и 42,9% не привержены рекомендациям врача по длительности приема АМП. 44,1% пациентов убеждены, что инъекции АМП эффективнее таблеток и в 42,9% случаев недовольны назначениями АМП в таблетках.

Заключение: пациент – это основное звено в механизме преодоления формирования антибиотикорезистентности и меры образовательно-информационной пропаганды должны стать пациент-ориентированными.

218. ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Автор: Кулагин Е.А., Волкова А.Г., Смирнова А.Г., Рабик Ю.Д., Трофимов В.И., Афанасьев Б.В.

Организация: 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

Цель: изучить частоту и прогностическое значение предтрансплантационных нарушений функции внешнего дыхания (ФВД) для исходов аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) у взрослых пациентов.

Материалы и методы: обследованы 355 больных (медиана возраста 33 года, 18-66), получавших алло-ТГСК по поводу различных заболеваний крови (лейкозы, лимфомы, первичный миелофиброз, апластическая анемия и др.). Анализировались факторы компрометации легких до алло-ТГСК (курение, обструктивные заболевания легких, инфекции, лекарственная токсичность, лучевая терапия на область средостения и др.). Градация степени нарушений ФВД по данным ОФВ1 и диффузионной способности легких для оксида углерода (DLco) проводилась согласно критериям ТГСК-специфичного индекса коморбидности (HCT-CI). Прогностическое значение нарушений ФВД было протестировано при анализе кумулятивной частоты безрецидивной летальности и общей выживаемости после алло-ТГСК.

Результаты: снижение уровня ОФВ1 от должного имело место у 90 (25 %) больных, включая 14%, 9% и 2% легкой, средней и тяжелой степени соответственно. Метод Dinakara обеспечивал более сбалансированную коррекцию DLco на уровень гемоглобина по сравнению с методом Cotes. Нарушения DLco выявлены у 69 % пациентов, включая 29%, 28% и 12% легкой, средней и тяжелой степени соответственно. Тяжелая дыхательная недостаточность с потребностью в ИВЛ в течение 100 дней после алло-ТГСК развивалась в 3 раза чаще у больных с тяжелыми предтрансплантационными нарушениями ФВД (22.1% против 7.2% при отсутствии нарушений ФВД). Степень легочной коморбидности была независимым фактором риска безрецидивной летальности (отношение рисков 1.39, ДИ 95%, 1.03-1.89, p=0.033) и ассоциировалась со снижением общей выживаемости (71.9%, 61.9%, 54.3% и 39.0 через 5 лет).

219.
ПРОНИКАЮЩАЯ ТРАВМА СЕРДЦА: АБСОЛЮТНЫЕ И ВЕРОЯТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Автор: Цеймах Е.А., Бомбизо В.А., Булдаков П.Н., Ручейкин Н.Ю., Цеймах И.Я., Каркавин В.М., Дорохина С.А., Аверкина А.А., Устинов Д.Н.

Организация: ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, ректор, д.м.н., профессор, И.П. Салдан, КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Барнаул, главный врач, к.м.н., В.А. Бомбизо

Введение: сложности в диагностике патологии и неуклонно высокая летальность обуславливают актуальность обсуждения данной темы.

Материалы и методы: в представленном исследовании были проанализированы данные о 268 больных с ранениями сердца, в числе которых было 234 мужчины и 34 женщины в возрасте от 18 до 69 лет, оперированных в клинике с 1990 по 2016 гг. При поступлении пациентов оценивались имеющиеся клинические симптомы, показатели гемодинамики, результаты дополнительных методов обследований: ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое обследование, КТ, видеоторакоскопия.

Результаты: диагностика травмы сердца основывалась на объективной оценке клинических симптомов и перечня показателей результатов дополнительных обследований. Ввиду множества возможных сочетаний симптомов мы подразделили их на достоверные и вероятные. К достоверным признакам мы отнесли: наличие раны грудной клетки, особенно в области анатомической проекции сердца, с наружным или внутренним кровотечением; выраженную гипотонию или отсутствие АД; синдром тампонады сердца; наличие признаков ишемии или повреждения миокарда по данным ЭКГ; признаки гемоперикарда по данным рентгенографии или ЭхоКГ. К вероятным признакам отнесли: видимую рану в области анатомической

проекции сердца без выраженного кровотечения или тампонады перикарда в сочетании с гипотонией и приглушенностью тонов сердца, синусовую тахикардию по результатам ЭКГ, ослабление пульсации сердечной тени по рентгеноскопии, отсутствие гемоперикарда по результатам ЭхоКГ.

Выводы: в случае проникающей или сквозной травмы сердца в подавляющем количестве случаев выявляется симптомокомплекс достоверных клинических и инструментальных признаков. Распознать непроникающее ранение можно при помощи вероятных симптомов.

220.
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ДОРОЖНОЙ КАРТЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Автор: Есетова Г.У., Зарубекова Н.З., Сайланова Д.К., Серикбаева А.К, Кабдылдаева К.К.

Организация: НАО НМУ, кафедра пульмонологии

Цель: изучить состояние пульмонологической помощи населению РК за I полугодие 2019 г.

Материалы и методы: получены и изучены статистические данные регионов РК по обеспеченности пульмонологами, профильными койками и материально-техническими средствами. Полученные данные были сопоставлены с официальной статистикой.

Результаты: в 2019г. общее число пульмонологов – 207, что составляет 45% обеспеченности пульмонологами. Из них 158 (76,4%) взрослых и 49 (23,6%) детских пульмонологов. Наибольшая численность пульмонологов отмечается в г. Нур-Султан (22 специалиста) и в г.Алматы (15), по регионам острый дефицит пульмонологов, особенно в Атырауской и Мангыстауской областях по 2 пульмонолога – 0,1% обеспеченности пульмонологами. Специализированные стационары имеются в г. Нур-Султан (158 коек), Усть-Каменогорск (80 коек) и г. Алматы (40 коек), в Карагандинской области (30 коек). В г. Тараз до 2018 г. был специализированный стационар на 64 коек, в 2019 годы в ходе реорганизации 52 специализированные койки вошли в состав терапевтического отделения. Анализ результатов материально технического оснащения поликлиник и стационаров показывает существенную разницу между официальными данными и данные с регионов. Возможно, это связано с тем, что многие регионы имеют достаточное количество оборудования, но устаревших либо в не рабочем состояние.

Выводы: для улучшения оказания пульмонологической помощи населению РК необходимо в кратчайшие сроки решить вопрос кадрового обеспечения регионов и корректное улучшение материально-технической базы с целью повышения качества диагностики и лечения пациентов с бронхолегочной патологией.

221.
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЧЕТКОЙ ЛОГИКИ

Автор: Зулкарнеев Р.Х. – 1, Юсупова Н.И. – 2, Насыров Р.В. – 2, Шахмаметова Г.Р. – 2, Загидуллин Ш.З. – 1, Бикташев Т.Р. – 1

Организация: 1 – Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, 2 – Уфимский авиационно-технический университет, г. Уфа

Алгоритмы работы пульмонолога определяют клинические рекомендации (КЛ). Однако даже в качественных КЛ безусловно признается их «нечеткость». В Федеральных КЛ по диагностике и лечению бронхиальной астмы (2016) предусмотрено 4, а с дополнительными градациями – 8 уровней силы КЛ. К этому прилагается дополнительная 4-уровневая система оценки. Использование их для логического вывода КЛ конкретному больному БА представляет нетривиальную задачу.

Цель: разработка системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) в пульмонологии на основе современных КЛ с учетом их нечеткости.

Для решения этой проблемы применяются методы «нечеткой» логики(НЛ). Наиболее подходящей для формализации КЛ представляется лингвистическая модель. СППВР на основе НЛ включает в себя подсистемы: 1)фаззификатор, преобразующий входные данные о конкретном пациенте в нечеткий формат. На данной стадии точные значения входных параметров пациента преобразуются в значения лингвистических переменных посредством так называемых функций принадлежности. Возможно использование особых функций, отражающих особенности биологических систем – логарифмических, логистических. Для точного представления лингвистической переменной достаточно 3-7 уровней, что вполне совпадает с уровнями «силы» КЛ; 2) нечеткая база знаний, содержащая информацию в виде продукционных лингвистических правил типа «ЕСЛИ–ТО», определенных на основе КЛ: 3) машина нечеткого логического вывода, которая на основе правил базы знаний формирует КЛ в нечеткой форме; 4) дефаззификатор, преобразующий выходные КЛ из нечеткого в привычный для человека четкий формат для представления врачу-пульмонологу. СППВР выдаёт врачу возможные варианты КЛ для конкретного пациента в порядке предпочтения, из которых тот выбирает наиболее подходящий.

222.
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ У ДЕТЕЙ: ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Автор: Лукашевич М.Г.

Организация: ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Проблема обструктивного ларингита (ОЛ) у детей актуальна и хорошо изучена, однако отсутствует определение «рецидивирующий обструктивный ларингит» (РОЛ), неоднозначны профилактика повторных эпизодов и прогноз. Цель исследования: изучение вариантов течения РОЛ, определение вероятности формирования у этих пациентов бронхиальной астмы (БА) и разработка индивидуальных профилактических мероприятий. На протяжении 10 лет наблюдали 112 детей в возрасте от 2 до 7 (4,2±0,9) лет, имевших в анамнезе от 4 до 16 (7,2±2,3) эпизодов ОЛ в анамнезе. Обследование включало соматотипирование по методике Дорохова Р.Н., оценку

вегетативного статуса, мукоцилиарного клиренса, исследование калликриин-кининовой системы, иммунологическое обследование, в том числе определение уровня общего IgE. Вирусологическое обследование включало ПЦР-диагностику мазка с задней стенки глотки и крови, ИФА (определение специфических противовирусных антител классов IgM и IgG). Выявлено три наиболее часто встречающихся варианта РОЛ: атопический (с высокой частотой формирования БА у 30% детей), на фоне хронической вирусной инфекции (преимущественно ВЭБ и вирус герпеса VI типа в стадии реактивации) и на фоне нарушений вегетативной реактивности и дезадаптивных нарушений в калликреин-кининовой системе (частота формирования БА 2,7%). Для каждого из вариантов определены сомато-висцеральные ассоциации, разработаны стратификационная карта определения вероятности БА у детей с РОЛ, создана трехмерная модель прогнозирования БА с использованием функции полинома второй степени, основанная на показателях соматотипа и исходного вегетативного статуса. Предложены персонифицированные программы реабилитации, включающие бактериальные лизаты, противовирусные, противовоспалительные препараты, вегетокорректоры.

223.
ОСТРЫЙ БРОНХИТ: ЭТИОЛОГИЯ, С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК

Автор: Будорагин И.Е., Лиходий В.И., Зайцев А.А.

Организация: ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» МО РФ

Цель: изучить этиологию острого бронхита, возможности определения С-реактивного белка в решении вопроса о необходимости антимикробной терапии

Материалы и методы: проанализированы 87 историй болезни пациентов с острым бронхитом. Для определения этиологии острого бронхита в 56 случаях был проведен забор биологического материала из ротоглотки и/или мокрота для вирусологического исследования (ОТ-ПЦР). Средний возраст больных с диагнозом ОБ составил 22,5 ± 5,7 года, из них 84 – мужчины, 3 женщины. Чаще всего больные предъявляли жалобы на повышение температуры тела – 100%, продуктивный кашель – 100%, общую слабость и недомогание – 89,7% (78), дискомфорт в грудной клетке – 73,5% (64), одышку при физической нагрузке – 26,4% (23). У всех пациентов определялись аускультативные признаки заболевания –жесткое дыхание или сухие свистящие/жужжащие хрипы.

Результаты: количество лейкоцитов при обращении за медицинской помощью (до начала лечения) в среднем составляло 7,2 ± 3,4 (×109/л). Средний уровень С-реактивного белка (СРБ) –12,3 ± 8,2 мг/л. По результатам ПЦР-диагностики в 50 случаях (89,3%) была обнаружена РНК и ДНК различных респираторных вирусов. В 35 случаях определялась моноинфекция (аденовирус – 40%, вирусы гриппа А и В – 10%, парагрипп- 6%.), в 15 случаях (30%) определялись РНК и ДНК двух вирусов (РСВ и риновирус, РСВ и вирус гриппа А, РСВ и метапневмовирус и пр.).

Таким образом, хорошим инструментом «разграничения» вирусной и бактериальной инфекции является количественное определение С-реактивного белка. По полученным данным средний уровень С-реактивного белка у пациентов с ОБ при обращении за медицинской помощью составил 12,3 ± 8,2 мг/л, что свидетельствует в пользу вирусной этиологии заболевания. Исследование СРБ в амбулаторной практике позволит сократить частоту необоснованного назначения антибиотиков.

224.
ВЛИЯНИЕ ВДЫХАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

Автор: Милютина М.Ю., Макарова Е.В., Мартынов С.В.

Организация: ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, ФБУН «ННИИ гигиены и профпатологии» Роспотребнадзора

Цель исследования: оценить показатели жесткости сосудов у лиц, работающих в условиях вдыхания промышленного аэрозоля. Материалы и методы: обследовано 88 мужчин, занятых на металлургическом производстве. Обследованные разделены на две группы. Основная группа: 55 мужчин, работающих в условиях вдыхания промышленного аэрозоля, группа сравнения: 32 мужчины, не имеющих вредных производственных факторов. Группы сопоставимы по возрасту, стажу работы. Исследование жесткости сосудов проводилось на аппарате VaSera VS-1500. Оценивался сердечно-лодыжечный сосудистый индекс справа и слева (R-CAVI и L-CAVI). Лабораторно оценивался уровень фактора некроза опухоли-а (TNF-a) и С-реактивного белка (СРБ). Результаты и обсуждение. Средние значения показателей объемной сфигмографии находились в пределах нормы у обеих групп. Однако, у лиц, занятых в условиях вдыхания промышленного аэрозоля, изучаемые параметры были достоверно выше. Так, значение R-CAVI составило 7,2±0,67 в 1 группе и 6,5±0,7 во 2 группе, p=0,02; L-CAVI – 6,8±1,0 в 1 группе и 6,5±0,78 во 2 группе, p=0,006. Выявлено, что повышение жесткости сосудистой стенки достоверно чаще встречалось у лиц, работающих в контакте с аэрополлютантами (p=0,01). Так, в первой группе CAVI превышал норму у каждого четвертого работника (25 %), во второй группе –у каждого десятого (11,4%). Повышение жесткости сосудистой стенки ассоциируется с показателями системного воспаления. Получены достоверные положительные корреляционные связи между R-CAVI и TNF-a (r=0,61, p=0,009), а также тесная прямая корреляционная связь R-CAVI с уровнем СРБ (r=0,54, p=0,02).

Выводы: индекс CAVI выше у работников, подверженных воздействию промышленного аэрозоля, что может свидетельствовать о воздействии его частиц на жесткость сосудистой стенки.

225.
МАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Автор: Реброва С.А., Емельянов А.В., Сергеева Г.Р., Корнеенков А.А., Партави М.С.

Организация: ФГБУ СПб «НИИ уха, горла, носа и речи», СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Актуальность: хроническое воспаление дыхательных путей играет важную роль в развитии и прогрессировании бронхиальной астмы (БА) и аллергического ринита (АР). Оценка его биомаркеров важна для выделения фенотипа этих заболеваний, прогнозирования их течения и эффективности лечения.

Цель: оценить возможность использования эозинофилов периферической крови в качестве маркера воспаления дыхательных путей при БА и АР.

Материалы и методы: в когортное одномоментное исследование включено 92 больных БА и АР и 14 практических здоровых людей. В группу АР включено 58 пациентов (мужчины 51,7%), средний возраст 33,1 год. В группу АР и БА включено 34 пациента

(мужчины 41,2%), средний возраст 35,4 года и 14 практических здоровых людей (50% мужчин), средний возраст 33,4 года. У всех пациентов проводилась спирометрия, определены уровни FeNO, nNO, эозинофилов периферической крови. Пороговые значения эозинофилов были вычислены с помощью ROC-анализа. За референсный тест были приняты уровни FeNO для нижних дыхательных путей и nNO для верхних дыхательных путей.

Результаты: показатель AUC теста, характеризующего эозинофильное воспаление нижних дыхательных путей, используя эозинофилы периферической крови составил 62%(p <0,035 – качество модели удовлетворительное, чувствительность 73,6%, специфичность 53,7%). Диагностический порог эозинофилов периферической крови для выявления эозинофильного воспаления нижних дыхательных путей составил 150 кл /мкл. Клиническая информативность эозинофилов периферической крови для оценки эозинофильного воспаления верхних дыхательных путей оказалась низкой (AUC 0,604, p <0,083).

Выводы: уровень эозинофилов 150 кл/ мкл и более может является критерием эозинофильного воспаления нижних дыхательных путей у больных нетяжелой БА.

226.
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Автор: Ильин М.В., Брусин С.И., Филатова Ю.С.

Организация: ФГБОУВО «Ярославский государственный медицинский университет»

Главной задачей лечения больных ХОБЛ является предупреждение риска прогрессирования заболевания. Как показывает практика наблюдения, знания врачей терапевтов в этой отрасли не являются удовлетворительными.

Цель исследования: анализ знаний врачей терапевтов по проблеме ХОБЛ.

Методы: были проанкетированы врачи-терапевты в количестве 51 человек. В анкете помимо тестирования знаний по диагностике и лечению ХОБЛ были предложены вопросы, определяющие, процент направления на консультацию пульмонологу и некоторые другие.

Результаты: общий уровень знания о ХОБЛ оказался неудовлетворительным и составил 41,39±12,37%. Знания по конкретным разделам значительно отличались. Так самый низкий уровень наблюдался в разделе «группы больных ABCD» (22%). Это говорит о незнании или неумении врачами пользоваться шкалами CAT, mMRC, неумении адекватно оценивать выраженность симптомов и частоту обострений. Таким же низким уровнем знаний обладают врачи при диагностике классификационных категорий в конкретных клинических задачах (30%). Несмотря на хороший уровень знания групп препаратов, среди терапевтов отмечается недостаточные знания по составу комбинированных препаратов, стартовой терапии и адекватной смены терапии.

Одним из вопросов анкеты был: «Корректируете ли Вы терапию ХОБЛ самостоятельно?». На основании ответов врачей разделили на 2 группы, тех, кто не меняет терапию у пациентов с ХОБЛ (43%) и тех, кто меняет терапию самостоятельно без направления на консультацию к пульмонологу (57%). Принципиальных отличий в уровне знаний, кроме высокого уровня знаний патогенеза среди врачей, корректирующих терапию (p=0,046) обнаружено не было.

Выводы: обнаружены трудности в понимании и применении в реальной клинической практике знаний о группах больных ABCD, что приводит к подбору неадекватной терапии.

227.
РОЛЬ ПЕРОКСИРЕДОКСИНА 6 В ЗАЩИТЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ

Авторы: Гордеева А.Е. – 1, Новоселов В.И. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2

Организации: 1 – Институт биофизики клетки РАН, г.Пущино;
2 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, г.Москва

Гиперпродукция АФК – основной поражающий фактор в патогенезе ишемически-реперфузионного поражения внутренних органов. Отмечено, что восстановление кровотока в ишемизированном кишечнике является началом всех морфопатологических изменений как в кишечнике, так и в организме в целом. Для нормализации баланса окислительно-восстановительного гомеостаза благоприятно использовать экзогенные ферменты-антиоксиданты семейства пероксиредоксинов. Рекомбинантный пероксиредоксин 6 способен нейтрализовать широкий спектр перекисных субстратов (как органической, так и неорганической природы). Протекторный эффект от использования пероксиредоксин 6 при ишемии–реперфузии тонкого кишечника заключается в общем снижении степени поражения архитектуры кишечной ткани, увеличение процента непораженных эпителиальных клеток кишечника. Отмечается нормализации уровня перфузии кишечной ткани кровью на фоне минимизации поражения сосудов микроциркуляторного русла. Для мезентеральных сосудов отмечается нормализация миогенного тонуса, NO-гомеостаза и сохранение эндотелиоцитов. В условиях применения Prx6 происходит снижение уровня экспрессии генов, ответственных за апоптотическую гибель клеток и повышение уровня экспрессии генов, ответственных за сохранение регенеративных резервов тканей, что выражается в итоге в сохранении структуры как кишечной, так и сосудистой ткани. Снижение поражения происходит на фоне нормализации экспрессии генов для ферментов – антиоксидантов, что является критерием снижения гиперпродукции активных форм кислорода. Таким образом, пероксиредоксин 6 выступает агентом, который регулирует антиоксидантные резервы организма, снижает поражение кишечной и сосудистой ткани и способствует сохранению перфузии кишечной ткани кровью.

228.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Автор: Баимбетов Ф.Л., Фархутдинов Р.Р.

Организация: Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель исследования: исследовать возможности хемилюминесценции (ХЛ) биологических жидкостей с целью оценки влияния различных методов лечения на динамику процессов свободнорадикального окисления (СРО) в биологических жидкостях. Исследовали люминолзависимое свечение, возникающее при генерации активных форм кислорода фагоцитирующими клетками, и хемилюминесценции, развивающейся в присутствии ионов двухвалентного железа, отражающей степень перекис-

ного окисления железа. Обследованы более 200 больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями легких –острой пневмонией, бронхиальной астмой хронической обструктивной болезнью легких в динамике течения заболевания и при применении различных способов лечения. Определялось распределение каждого показателя относительно нормального ожидаемого распределения с целью выявления однородности группы и определения средних показателей. Здоровые люди оказалась однородной группой как по величине светосуммы хемилюминесценции плазмы крови, так и по другим показателям ХЛ, что дало возможность рассчитать средние значения. При заболеваниях легких у больных показатели хемилюминесценции биологического материала имели выраженные отличия даже внутри нозологически однотипных больных. В частности, на примере светосуммы железо-индуцированной ХЛ плазмы крови были выявлены как повышенные, так и пониженные значения интенсивности свечения.В первой группе больных отмечалось повышение температуры тела, в анализах крови регистрировался лейкоцитоз более 8,0х109 г/л. При исследовании спонтанной и стимулированной люминолзависимой ХЛ крови (ЛЗХЛ), бронхоальвеолярного лаважа отмечалось достоверное повышение показателей. В этой группе больных выявлена прямая корреляционная зависимость между показателями активности воспалительного процесса (температурная реакция, лейкоцитоз периферической крови) и интенсивностью ЛЗХЛ ($r1 = 0,90$, $r2 = 0,57$).

Во второй группе больных при исследовании ХЛ плазмы и цельной крови отмечалось достоверное снижение большинства показателей ХЛ. В этой группе больных отмечалось угнетение кислородзависимого метаболизма и снижение функциональной активности нейтрофилов крови и альвеолярных макрофагов.

Курсовое применение плазмафереза снижало высокие значения хемилюминесценции и повышало низкие. Было замечено, что в результате проведенного лечения с учетом показателей хемилюминесценции биологического материала клиническое состояние больных улучшилось, не наблюдалось осложнений в форме перехода в затяжное течение, уменьшались сроки пребывания больных в стационаре. Хемилюминесцентные методы исследования могут помочь выбрать тактику лечения и служить средством контроля в ходе проводимого лечения.

ТЕЗИСЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

229.
PULMONARY COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH INFLUENZA A(H1N1) DURING THE SEASON OF THE YEARS 2018-2019

Автор: Sciuca S.– 1, Selevestru R. – 1, Chiperi T. – 1, Cotoman A. – 2, Velicico V. – 2, Apostol M. – 3

Организация: 1 – StateMedical and Pharmaceutical University – Chisinau (Moldova), 2 – Mother and Child Institute – Chisinau (Moldova), 3 – Agentia Nationala pentru Sanatate Publica – Chisinau (Moldova)

Aim: The evaluation of pulmonary complications in children with influenza A(H1N1) during the season of the years 2018–2019.

Methods: The cohort analytical study includes 33 children with SARI and under suspicion with influenza, hospitalized in the Pulmonology Clinic of MCI during the period 2018–2019. For detection of serotypes of influenza (ARN virus type AH1,H3,B) was used the rRT-PCR method. At 17 children (51,5%:95CI,33,5-69,2) has been confirmed only influenza virus AH1N1 (the basic lot), and at 16 children (48,5%:95CI,30,8-66,5) negativ test for influenza. Children's age with influenza varied 0,6-12,4years (2,8±0,8 years), and in the control lot 0,3-17,1 years (5,6±1,5 years), $p>0,05$. The children with influenza AH1N1 81,3%:95CI,54,4-96 of cases were pre-school-age, and in the control lot-50%:95CI,24,7-75,3 of cases; $\chi 2=3,9$, $p<0,05$.

Results: Al all examined children ware detected respiratory complications. Bilateral pneumonia at children with influenza was in 58,8%:95CI, 32,9-81,6 of cases vs at 7 children, and unilateral pneumonia in 41,2%:95CI,18,4-67,1 of cases ($p>0,05$). Pleuropulmonary complications evolved in pneumomediastinum at 3%:95CI,0,1-15,8, atelectasis at 11,8%:95CI,1,5-36,4 of children wiht influenza and only in 6,3%:95CI, 0,2-30,2 ($p>0,05$) in control lot. Toxiinfection complications were prevailed at children with influenza (76,5%:95CI,50,1-93,2) vs (62,5%:95CI,35,4-84,8; $p>0,05$). Among the rick factors may be mention the prematurity – in the basic lot 17,6%:95CI,3,8-43,4 vs 18,8%:95CI,4-45,6($p>0,05$).One child with influenza AH1N1 died because of bronchopulmonary dysplasia.

230.
BRONCHOPULMONARY DISPLAZIA IN CHILDREN: ANALYTICAL COHORT STUDY

Автор: Cotoman A., Ceahlau M., Selevestru R., Sciuca S.

Организация: State Medical and Pharmaceutical University – Chisinau (Moldova)

Aim: The aim of the research was to evaluate preterm infants born with bronchopulmonary dysplasia (BPD) based on gender, birth weight and gestation.

Methods: All 51 children were part of a cohort study. The children had a positive history of premature birth and oxygen treatment for respiratory distress syndrome. 15 preterm infants who did not have BPD made up the control group (29.4%: 95% CI 17.5-43.8) while 36 children (70.6%: 95% CI 56.2-82.5) – the basic lot.

Results: Bronchopulmonary dysplasia is a chronic pulmonary disorder that occurs in premature infants with the lungs undergoing oxygen therapy. The condition, which is manifested by pulmonary affection with the development of emphysema, fibrosis, bronchial obstruction and various radiological changes in the first months. In the base group there are more boys – 56.6%: 95% CI, 38.1-72.1 and 44.4%: 95% CI, 27.9-61.9 girls. In the control group there are more girls –53.3%: 95% CI, 26.6-78.7 and 46.7%: 95% CI, 21.3-73.4 boys. Mean age at birth was 27.8±0.58 weeks in the BPD group and 29.38 ± 1.10 in children in the control group ($F=1.93$, $p>0.05$). Mean weight at birth – 1,245 ± 85.8 g in the basic lot and equal to 1,435 ± 163.9 g in the children in the control group ($F=1.41$, $p>0.05$).

Conclusion: Depending on gender, birth weight and gestation, no significant differences between batches were noted.

231.
BRONCHIECTASIS IN LUNG INFECTIONS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Автор: Balanetchi L., Selevestru R., Adam I., Sciuca S.

Организация: State Medical and Pharmaceutical University – Chisinau (Moldova)

Aim: Study of the impact of chronic lung infection to the development of bronchiectasis in cystic fibrosis (CF) patients.

Methods: The research was conducted on a sample of 72 patients with CF. For estimated bronchiectasis was done by HRCT lung imaging examination.

Results: The frequency of bronchiectasis in the CF patient group was 57,1%. HRCT imaging evaluation of bronchial changes showed a multiform bronchial tree deformation: in 80% cases were viewed type-bolt bronchiectasis, sacciforme bronchiectasis – 70% cases, and tubular-varicose bronchiectasis – in 40% of patients. In 2/3 cases of CF patients was present two or more forms of bronchial dilations. Bronchial changes in CF patients are due to pulmonary infection, with muco-purulent sputum. Thus, in patients with bronchiectasis was established bronchial colonization with Ps.aeruginosa in 25%, S.aureus – 20%, mixed infection with Ps.aeruginosa and S.aureus – 47,5% and other pathogens in 7,5%. Expanding bronchial changes areas assess in CT score of bronchiectasis, which found 1/3 of patients a bilateral location. In the group of non-Ps. aeruginosa CF patient bronchial strains identified only in 1/3 cases and CT score values was modest.

Conclusion: Chronic lung infection with Ps.aeruginosa and S.aureus in CF patients is responsible for structural lesions of the bronchial tree, frequently with formation of sacciforme bronchiectasis, affecting large segments of the lungs.

232.
THE SEVERITY OF RESPIRATORY DISORDERS OF THE PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHOPULMONARY DISEASES

Автор: Casapciuc I., Selevestru R., Scaletchi V.,
Adam I., Balanetchi L., Sciuca S.

Организация: State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu», Institute of Ftiziopneumology Chiril Draganiuc", Chisinau (Republic of Moldova), Emergency Hospital for Children, Cluj-Napoca (Romania)

Aim: evaluation of the respiratory function of the patients with cystic fibrosis (CF) and other bronchopulmonary diseases.

Methods: 28 children with chronic bronchopulmonary disorders were evaluated: 17 children with CF (41.2%:95%CI, 18.4-67.1 boys, 58.8%:95%CI, 32.9-81.6 girls) and control group – 11 children with chronic diseases (non-CF bronchiectasis, pulmonary hemosiderosis, MacLeod syndrome); 45.5%:95%CI,16.7-76.6 boys, 54.5%:95%CI,23.4-83.9 girls. Diagnosis confirmed from CT, bodyplethysmographie (BPG), spirometry.

Results: Evaluation of the pulmonary ventilation function revealed restrictive disorders in CF patients – FVC 73,12±,6%(control group 65,8±5,8%,p>0,05), IT 91,8±3.3% (90.8±7.2%–control group. Obstructive disorders are characteristic for all patients with chronic pulmonary disease, confirmed by low FEV1 67.7±7.7% in CF and 61.13±8.1%,p>0.05 on children in the control group. BPG detect a sever pulmonary hyperinflation with increased pulmonary residual volume in both groups–277.4±20.9% on CF children and 301.67±45,5% (p>0.05)–control group. Total bronchial resistance is increased to 297.4±68.7% on CF patients and 361.1±91.8% (p>0.05) on children with other chronic pulmonary disease. Total lung capacity is increased in both groups: TLC 126.2±5.7% on children with FC and 115.7±8.9%,p>0.05 – control group. The diffusion capacity is reduced in patients in the study: DLCO 64.1±7.6% on CF children and 52.9±6.0%,p>0.05 in the control group.

Conclusions: Patients with chronic pulmonary disease have severe impairments in restrictive and obstructive pulmonary ventilation function with hyperinflation, bronchial obstruction, excessive bronchial resistance and reduced DLCO in all children.

233.
THE BURDEN OF INFECTIONS IN PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES AND CYSTIC FIBROSIS PATIENTS

Автор: Tomacinschi C., Selevestru R., Balanetchi L., Ceban A., Sciuca S.

Организация: State University of Medicine and Pharmacy «Nicolae Testemițanu», Mother And Child Institute, Chisinau, Republic of Moldova

The primary cause of morbidity in primary immune deficiencies are common respiratory infections. A wide range of pathogens are involved in these processes depending on the immune defect. The treatment requires precision, being targeted against the pathogen involved, in combination with substitution treatment, which is an essential element in the management of the disease that determines the prognosis.

Aim: The assessing the spectrum of infections in primary immunodeficiency compared to cystic fibrosis

Method: Were evaluated 16 children, 8 of them with cystic fibrosis and 8 with primary immunodeficiency. To determine the microorganisms involved in the etiology were used: bacteriological examination of sputum and pharyngeal secretions, examination of pharyngeal smear.

Results: Gram negative, gram-positive microorganisms and fungi were detected in both patient groups. In children with primary immunodeficiency was detected Candida albicans (3 children) in 37,5%: 95%CI, 8,5-75,5 cases, in CF patients also in 37,5%: 95%CI, 8,5-75,5 cases (p>0,05). Infection with Pseudomonas aeruginosa was found in 12,5%:95%CI, 0,3-52,7 cases with PID and 75%:95%CI, 34,9-96,8 cases with CF (p<0,05). In 4 children with PID (50%:95%CI, 15,7-84,3) and 6 children with CF (75%:95%CI, 34,9-96,8) St. aureus was detected in pharyngeal secretions (p>0,05). Str. Pyogenes in PID (5 children) was detected in 62,5%:95%CI, 24,5 – 91,5 cases and in 37,5%:95%CI, 8,5 – 75,5 CF patients (p>0,05). Just in PID patients was found H, influenzae (12,5%).

Conclusion: The spectrum of infectious agents in PID is varied, but P. aeruginosa infection in the study group is significantly less common compared to cystic fibrosis.

234.
THE ENDOSCOPIC CHARACTERISTIC IN THE ASPIRATION OF ORGANIC FOREIGN BODIES IN THE CHILDREN'S BRONCHIAL TREE

Автор: Rascov V. – 1, Selevestru R. – 2, Margineanu A., Visnevschi-Rusnac L., Sciuca S. – 2

Организация: 1 – Endoscopy Department, Mather and Child Institute – Chisinau (Moldova), 2 – Pulmonology Clinic, Department of Pediatrics, State Medical and Pharmaceutical University – Chisinau (Moldova)

Aim: The evaluation of endoscopic particularities of children's bronchial tree in the case of the aspiration of organic foreign bodies.

Methods: The cohort analytical study includes 173 children with foreign body aspiration, who underwent a bronchoscopy in the Endoscopy Department for over a 7year (2012-2018). The bronchoscopy executed with pediatric rigid bronchoscope (Karl Sorz 3,5–6,0 mm), flexible bronchoscope BF3C160, BF1TQ170 (Olympus 3,8,-6,0 mm).

Results: Most of children in this study (85,5%:95CI,78,3-91) needed to repeat the bronchoscopy: in 76,3%:95CI, 68,1 – 83,3 of cases 2 bronchoscopies were executed, in 9,2%:95CI,4,8-15,5 – 3 and in 1 case – 4 bronchoscopies to solution the consequences of the persistence of foreign bodies in the bronchial tree. In 14,5%:95CI,9-21,7 of cases with bronchial foreign bodies was sufficient 1 bronchoscopy. Foreign bodies, wich were extracted out of the bronchial tree in 87,9%:95CI,81,1-92,9 were predominantly of organic origin: 43,9%:95CI, 35,3-52,8 – seeds (sunflower, watermelon, corn); 22,7%:95CI,15,9-30,8 – nuts; 21,2%:95CI,14,6-29,2 – meat, apples; 12,1%:95CI,7,1-18,9 – bone fragments. The endoscopic characteristic in the first bronchoscopy diagnosed a catarrhal endobronchitis in 14%:95CI, 7,7-22,7 each, catarrhal-purulent – 45,2%:95CI,34,8-55,8, purulent – 11,8%:95CI,6,1-20,2, local granulations –10,8%:95CI,5,3-18,9, vulnerability of bronchial mucosa with the blood in 16,1%:95CI,9,3-25,2 of cases.

Conclusions: Foreign organic bodies in children's bronchial tree cause endobronchial inflammation, predominantly of purulent nature, sometimes local inflammation with bleeding and granulation formations in case of persistence of foreign body.

СПОНСИРУЕМЫЕ ТЕЗИСЫ

235.
ИССЛЕДОВАНИЕ IMPACT: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Авторы: Авдеев С.Н. – 1, Титова О.Н. – 2, Илькович Ю.М. – 3, Миронов А.В. – 4, Исмала А.С. – 5, Элфишави Т. – 6, Теихман Л. – 6, Озеи-Нтем С. – 6, Тарик Л. – 6

Организация: Кафедра пульмонологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия – 1, НИИ пульмонологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия – 2, Глаксосмитляйн, Санкт-Петербург, Россия – 3, Глаксосмиткляйн, Москва, Россия – 4, Глаксосмиткляйн, Пенсильвания, США – 5, Глаксосмиткляйн, Дубай, ОАЭ – 6.

Введение: опубликованное ранее исследование IMPACT продемонстрировало значимое снижение количества обострений и улучшение функции легких при ежедневном однократном применении тройной комбинации флутиказона фуроата/умеклидиния/вилантерола (ФФ/УМЕК/ВИ) 100/62,5/25 мкг по сравнению с однократным ежедневным приемом ФФ/ВИ 100/25 мкг а также УМЕК/ВИ 62,5/25 мкг у пациентов с выраженными симптомами ХОБЛ и анамнезом одного и более обострения в предшествующие 12 месяцев (Lipson DA, N Engl J. Med. 2018). В данной работе представлена характеристика российской популяции участников исследования IMPACT в сравнении с популяцией всех рандомизированных пациентов (ITT).

Методы: в субанализе обобщены демографические данные, история обострений, функция легких (ОФВ1), данные о влиянии ХОБЛ на состояние здоровья (по CAT тесту) и качество жизни (по респираторному опроснику госпиталя Святого Георгия (SGRQ)).

Результаты: по сравнению с популяцией ITT, российские пациенты представлены преимущественно лицами мужского пола, доля активных курильщиков среди которых значительно выше (35% и 52% соответственно). В предыдущие 12 месяцев меньше российских пациентов сообщали о ≥1 умеренном обострении, но при этом в анамнезе у российской популяции чаще регистрировались тяжелые обострения (57% против 26% в ITT). В начале исследования среди российских пациентов отмечались более высокие средние показатели ОФВ1, однако более низкое качество жизни по шкале опросника SGRQ. На 52 неделе в когорте российских пациентов отмечено более выраженное улучшение качества жизни по опроснику SGRQ по сравнению с общей популяцией (см. таблицу). В связи с тем, что российская выборка является малочисленной, полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью.

Заключение: несмотря на различия, наблюдавшиеся в начале исследования между российскими пациентами с ХОБЛ и общей популяцией ITT, результаты на 52 неделе согласуются с общими выводами исследования IMPACT.

		Russian Population				ITT population			
		FF/UMEC/VI (N = 134)	FF/VI (N = 129)	UMEC/VI (N = 62)	Total (N = 325)	FF/UMEC/VI (N = 4151)	FF/VI (N = 4134)	UMEC/VI (N = 2070)	Total (N = 10,355)
Characteristics									
Age -years	Mean ± SD	63.8±6.8	63.6±8.0	63.3±6.1	63.6±7.2	65.3±8.2	65.3±8.3	65.2±8.3	65.3±8.3
Gender n (%)	Male	122 (91)	118 (91)	55 (89)	295 (91)	2766 (67)	2748 (66)	1356 (66)	6870 (66)
	Female	12 (9)	11 (9)	7 (11)	30 (9)	1385 (33)	1386 (34)	714 (34)	3485 (34)
Smokers n (%)	Current	76 (57)	63 (49)	29 (47)	168 (52)	1436 (35)	1423 (34)	728 (35)	3587 (35)
	Former	58 (43)	66 (51)	33 (53)	157 (48)	2715 (65)	2711 (66)	1342 (65)	6768 (65)
Subjects with ≥1 moderate COPD exacerbation in the previous year n (%)		70 (52)	65 (51)	25 (40)	160 (49)	3385 (82)	3342 (81)	1692 (82)	8419 (81)
Subjects with ≥1 severe COPD exacerbation in the previous year n (%)		74 (55)	74 (57)	37 (60)	185 (57)	1087 (26)	1069 (26)	515 (25)	2671 (26)
Outcomes									
		FF/UMEC/VI (N = 134)	FF/VI (N = 129)	UMEC/VI (N = 62)		FF/UMEC/VI (N=4151)	FF/VI (N=4134)	UMEC/VI (N=2070)	
Mean post-bronchodilator FEV1 at baseline ± SD - ml		1451 ± 490.0	1361 ± 505.7	1369 ± 524.9		1275 ± 488.1	1272 ± 486.4	1268 ± 481.2	
Mean SGRQ total score at baseline ± SD		56.4 ± 16.0	58.8 ± 15.7	57.7 ± 15.9		50.8 ± 16.8	50.7 ± 17.0	50.2 ± 16.7	
Mean CAT score at baseline ± SD		21.5 ± 5.5	22.2 ± 6.3	21.7 ± 5.5		20.1 ± 6.1	20.1 ± 6.1	20.2 ± 6.2	
Mean change from baseline in Trough FEV1 at week 52 ± SD - ml		207 ± 296.1	53 ± 308.2	-9 ± 258.9		102 ± 266.1	8 ± 257.1	53 ± 251.6	
Mean change from baseline in SGRQ total score at week 52 ± SD		-7.8 ± 15.1	-5.8 ± 16.6	-7.6 ± 12.2		-5.7 ± 14.3	-4.0 ± 14.6	-4.1 ± 14.5	
Mean change from baseline in CAT score at week 52 ± SD		-2.9 ± 6.7	-1.7 ± 7.0	-1.4 ± 6.9		-2.1 ± 6.6	-1.7 ± 6.6	-1.7 ± 6.7	

Note: CAT= COPD Assessment Test; SGRQ = St. George's Respiratory Questionnaire; SD = Standard Deviation

Финансирование: исследование IMPACT спонсировано компанией Глаксосмиткляйн; Номер исследования IMPACT в базе ClinicalTrials.gov –NCT02164513. Данный субанализ также спонсирован Глаксосмиткляйн. (исследование HO-18-19836).

Конфликт интересов: АСИ является сотрудником и держателем акций компании Глаксосмиткляйн; АСИ также является внештатным профессором в университете Мак-Мастер, Канада. СНА, ОНТ: конфликт интересов отсутствует. ЮМИ, АВМ, ТЭ, ЛТ, СО-Н, ЛТ являются сотрудниками Глаксосмиткляйн.

ТЕЗИСЫ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СЛУЧАЯМ

1. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ, НЕТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Автор: Костина Н.Э., Шипилова И.А., Первеева И.М.

Организация: БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница» №1

Легочный альвеолярный протеиноз представляет собой накопление сурфактанта в альвеолах и проявляется неспецифическим набором респираторных жалоб. Заболевание относится к редким – все существующие представления о нем основаны, главным образом, на описании отдельных случаев. По литературным данным, в РФ проходит около 3-х лет с момента выявления до момента установления диагноза, вследствие несвоевременного применения методов гистологической верификации.

Больной Л., 40 лет поступил в пульмонологическое отделение ВОКБ №1 с диагнозом «Интерстициальная пневмония», с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при минимальной нагрузке, сухой кашель, которые беспокоят и прогрессируют около 2х месяцев после вирусной инфекции. В амбулаторных условиях назначалась терапия СГКС, состояние с ухудшением. При поступлении сатурация- 83% , на респираторной поддержке O_2 3 л/мин -95% . РКТ грудной клетки с болюсным контрастированием: на фоне диффузного уплотнения легочной паренхимы по типу матового стекла – утолщение внутридольковых перегородок с формированием паттерна «булыжной мостовой». ОАК- гемоглобин – 181 г/л, СРБ – 234 Ед/мл, общий белок – 83 г/л, ВИЧ (-), ANCA, ANA-профили (-), ПЦР ЦМВ- ДНК (-), ИФА Pneumocystis jirovecii (-). ЭХО-КГ- давление в ЛА (систолич) 20-23 мм Hg. Незначительная дилатация правых отделов. Под общей анестезией пациенту на ИВЛ проведен лечебно-диагностический двухэтапный бронхо-альвеолярный лаваж. В просвете бронхов скудное количество прозрачной слизистой мокроты с белесыми тяжистыми глыбками. При анализе лаважной жидкости получена положительная ШИК-реакция. Проведенная через 24 часа РКТ грудной клетки продемонстрировала выраженную положительную динамику в виде уменьшения размеров и интенсивности зон матового стекла. Сатурация -92% без O_2 поддержки.

2.
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Автор: Нашатырева М.С.

Организация: ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

В августе 2014г 65-летняя женщина отметила внезапную резкую потерю слуха. Через несколько дней появились головные боли, лихорадка до 38^0С, затем появился сухой кашель, конъюктивит, корочки в носу. 25.09.14 г. госпитализирована в ЛОР отделение. Диагностированы двусторонний гаймороэтмоидит, фронтит, отит. Проведена биопсия, обнаружены гранулемы, характерные для гранулематоза Вегенера. ANCA10,5 (норма < 1,0), СОЭ 68 мм/ч, креатинин 580 мкмоль/л. МСКТ ОГГ – мягкотканые образования в обоих легких, мах размер 2,87 х 1,27 см, однородные. Медиастинальные лимфоузлы до 2,34см. Также выявлен некротизирующий эписклерит правого глаза. Проводилась терапия циклофосфаном 200 мг 3 раза в неделю в/м 2 месяца в сочетании с преднизолоном 40 мг per os. С 2015 г. назначен азатиоприн 100мг/с в сочетании с преднизолоном 20 мг/сутки. На фоне лечения положительная динамика в виде удовлетворительного состояния, отсутствия лабораторной активности, нормализации функции почек. Однако при динамическом наблюдении выявлено увеличение количества и размеров гранулем по данным МСКТ. С декабря 2017 г. курсы пульс-терапия циклофосфаном 600 мг + метилпреднизолоном 250 мг в/в. Появились жалобы на кашель со слизистой мокротой, одышку, субфебрильную лихорадку, выраженную слабость. Лабораторно СОЭ 43 мм/ч, Нв 110 г/л, СРБ 80,9 мг/л, ANCA 4,8. Несколько раз в год инфекционные обострения отита, синусита, требующие проведения антибактериальной терапии. С 18 апреля 2018 г. отметила усиление одышки, появление кровохарканья, лихорадку, падение АД до 90/60 мм рт ст. В экстренном порядке была госпитализирована в ОРИТ. По МСКТ ГК множественные гранулемы обоих легких с участками деструкции, с наличием в стенках полостей зияющих сосудов. Через несколько часов наступила смерь от массивного легочного кровотечения.

3.
ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗ: КЛАССИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И АНАМНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Автор: Колпаков М.В., Шульженко Л.В., Штрауб В.В.

Организация: ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» МЗ КК

Пациентка Г., 23 года, с жалобами на одышку, частые пневмотораксы. Из анамнеза известно, что в 2016 г. гинекологом по месту жительства диагностирована миома матки малых размеров. В 2017 г. – нефрэктомия по поводу ангиомиолипомы (г. Екатеринбург). В послеоперационном периоде развился левосторонний спонтанный пневмоторакс, после дренирования плевральной полости пневмоторакс регрессировал. В августе 2018 г. спонтанный левосторонний пневмоторакс, выполнено повторное дренирование левой плевральной полости с положительной динамикой. С января 2018 г. проживает в Краснодарском крае. В конце января 2019 г. в связи с болевым синдромом госпитализирована в стационар, диагностирован левосторонний пневмоторакс. Выполнено дренирование левой плевральной полости с положительной динамикой пневмоторакса. Направлена на консультацию к пуль-

монологу (пациентка не явилась). В апреле 2019 г. рецидив болевого синдрома, по КТ ОГК: левосторонний пневмоторакс. Госпитализирована в ТХО №1 – дренирована плевральная полость. Учитывая анамнез заподозрен ЛАМ. Выполнена ВАТС слева, атипичная резекция (S4,S5) слева с целью морфологической верификации. Микроскопическое описание: морфологическая картина и данные иммуногистохимического исследования соответствуют лимфоангиолейомиоматозу.
В представленном клиническом случае продемонстрирована необходимость правильной интерпретации симптомов, важность тщательного анализа клинико-анамнестических данных и инструментальных методов обследования больных, входящих в группу риска по ЛАМ, а также роль дополнительного диагностического поиска.

4.
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ С ПОМОШЬЮ VV-ЭКМО И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ЛЕЙКОЗА

Автор: Колпаков М.В., Шульженко Л.В.

Организация: ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.В. Очаповского МЗ КК. г. Краснодар

Пациентка Р., 68 лет поступила с диагнозом внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония тяжелое течение, ОДН III, несмотря на ИВЛ явления ДН сохранялись, начато проведение вено-венозной ЭКМО. В ОАК: лейкопения до 1,06×109, тромбоцитопения до 73×109, анемия (Hb 62 г/л), в моче выявлен легионеллезный уринальный антиген, мазок на H1N1 отрицателен. Начата терапия моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки, меропенем 1000 мг 3 раза в сутки. Учитывая выраженную лейкопению и тромбоцитопению выполнена стернальная пункция. Обнаружен волосатоклеточный лейкоз 2 кл. группа. На фоне проводимого ввЭКМО добавлен вемурафениб 240 мг 2 раза в сутки. Из ТБД выделялись панрезистентные A.baumanii, K.pneumoniae, P.aeroginosa. 11-кратно осуществлялась смена АБ терапии. На 57-е сутки пациентка переведена на самостоятельное дыхание, по КТ ОГК полный регресс инфильтративных изменений. В ОАК: L 5,89×109, Hb 127 г/л, plt 340×109, SpO2 95% на воздухе, переведена бортом ФМБА в НИИ гематологии.

5.
ДИГЕСТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ СВИЩ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Автор: Бенян А.С.

Организация: Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина

Введение. Одним из наиболее грозных хирургических осложнений бариатрической хирургии является несостоятельность механических швов пищевода и желудка после резекции. В большинстве случаев патологический процесс локализован в брюшной полости, однако в ряде случаев возможно вовлечение органов грудной клетки. Описание клинического случая. Пациентка Ф., 24 лет, поступила в отделение торакальной хирургии с клиникой острого абсцесса нижней доли левого легкого и системной воспалительной реакции. В анамнезе – около 1 месяца назад выполнена операция лапароскопия, мини-гастрошунтирование по поводу морбидного ожирения . В раннем послеоперационном периоде у пациентки была выявлена несостоятельность механического шва в области пищеводно-желудочного перехода,

по поводу чего выполнена повторная операция лапароскопия, ушивание несостоятельности. В последующем у пациентки персистировала лихорадочная реакция, была диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония с исходом в абсцесс без секвестрации. Диагностическая программа в торакальном отделении включала в себя компьютерную томографию груди и живота, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Было выявлено пищеводно-легочное сообщение между пищеводно-желудочным переходом и паренхимой нижней доли левого легкого с полостью деструкции, занимающей все базальные сегменты. После предоперационной подготовки, включающей антибактериальную и бронхолитическую терапию, санационные фибробронхоскопии, нутритивную поддержку было выполнено симультанное оперативное вмешательство. Первым этапом была выполнена лапаротомия, выделение свища, ушивание, фундопликация. Вторым этапом выполнена торакотомия слева, нижняя лобэктомия. Послеоперационный период протекал без респираторных и дигестивных осложнений. Выписана с выздоровлением.

6.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА БЕЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Автор: Янович Ю.А. – 1, Рачина С.А. – 1, Тартаковский И.С. – 2, Лесных Т.Э. – 3

Организация: 1 – ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия; 2 – ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи», 3 – Городская клиническая больница имени В.В. Виноградова

Цель: представить описание легионеллезной внебольничной пневмонии (ВП) у пациента без эпидемиологических факторов риска.

Пациент М., 84 лет, без вредных привычек, с анамнезом гипертонической болезни, раком предстательной железы (комбинированное лечение в 2012 г.), госпитализирован с жалобами на кашель, кровохарканье, одышку. Заболел остро, за 5 дней до госпитализации отмечалась лихорадка до 39°С, непродуктивный кашель, общее недомогание. Амбулаторно при рентгенографии органов грудной полости (ОГП) выявлена двусторонняя пневмония, принимал цефуроксим 250 мг 3 р/д 3 дня без эффекта.

При осмотре: в сознании, температура тела 37,3оС (аксиллярная). При аускультации легких над проекцией нижней доли правого легкого и над всей поверхностью левого – влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 23 в мин, АД 110/70 мм рт.ст., SaO2 94% (на воздухе). В общем анализе крови лейкоцитоз 18,7х10^9/л, лимфопения 0,2 х10^9/л, в биохимическом – креатинин 189 мкмоль/л, мочевина 19,1 ммоль/л, СРБ 372,4 мг/л. На КТ ОГП – интенсивное гомогенное затемнение в нижних долях обоих легких. Эпидемиологический анамнез без особенностей (за пределы региона в ближайшие 2 месяца не выезжал, в гостинице не проживал, контакта с источниками водных аэрозолей не было). Экспресс-тест выявил наличие антигена Legionella (L.) pneumophila в моче, легионеллезная этиология ВП подтвердилась при культуральном исследовании трахеального аспирата.

Резюме: L. pneumophila – актуальный возбудитель ВП у госпитализированных больных, может вызывать заболевание у лиц без характерного эпидемиологического анамнеза. Неэффективная терапия бета-лактамными антибиотиками в

сочетании с индивидуальными факторами риска (пол, возраст, иммуносупрессия и др.) должны являться показаниями к проведению специфических микробиологических тестов.

7.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ (ВЕГЕНЕРА) С ИЗОЛИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Автор: Обухова О.В., Хлынова О.В.

Организация: Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, ГБУЗ «Пермская краевая клиническая больница», Россия

Пациентка И., 44 лет, поступила в пульмонологическое отделение Пермской краевой клинической больницы с жалобами на кашель, одышку, фебрильную лихорадку, артралгии локтевых, коленных суставов, кровохарканье. Легочный анамнез прослеживался в течение 4 предыдущих месяцев: рецидивирующая фебрильная лихорадка, кашель. Пациентка дважды получала лечение по поводу внебольничной пневмонии, т.к. при рентгенографии органов грудной клетки обнаруживались двусторонние очаги и фокусы инфильтрации в 1, 4 и 5 сегментах. Каждый раз достигалось клиническое улучшение: нормализация температуры, уменьшение кашля, но сохранялся синдром интоксикации. В ходе госпитализации выявлен лабораторный воспалительный синдром; при компьютерной томографии органов грудной полости – двусторонняя крупноочаговая диссеминация, инфильтраты легких с полостями деструкции 5 мм. При комплексном обследовании отвергнут туберкулез лёгких. В крови выявлен перинуклеарный тип антител к цитоплазме нейтрофилов (р-АНЦА) в титре 1:320. Ввиду отсутствия кожных проявлений, поражения почек и язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей пациентке была выполнена видеоторакоскопическая биопсия лёгкого. При гистологическом исследовании лёгочного резектата выявлены морфологические признаки начальной стадии ГПА. На фоне иммуносупрессивной терапии (циклофосфамид, преднизолон) наблюдалась клиническая, лабораторная и рентгенологическая положительная динамика. При динамическом наблюдении с 2016 по 2019 г. стабильная рентгенологическая картина в лёгких. Случай иллюстрирует проявления ГПА в виде изолированного поражения лёгких в дебюте заболевания. Диагностика ГПА была затруднена в связи с отсутствием характерного поражения ЛОР-органов и выявления р-АНЦА, не обладающих высокой диагностической специфичностью при ГПА.

8.
СОЧЕТАНИЕ САРКОИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ IGG

Автор: Цветкова О.А., Воронкова О.О., Абдуллаева Г.Б.

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

Пациент, 60 лет, в 2010г рентгенологически при плановом обследовании с отсутствием каких-либо клинических жалоб выявлен саркоидоз легких. При физикальном осмотре патологии по органам не выявлено. Аускультативно над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. На МСКТ ОГК: в легких перибронховаскулярно очаги до 6 мм. В S 6, 10 правого легкого множественные участки фиброза, тракцион-

ные бронхоэктазы, лимфаденопатия средостения максимально до 20 мм. Показатели ФВД без каких-либо изменений. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ – патологии нет. В клиническом и биохимических анализах крови – без патологии, однако, при электрофорезе белков сыворотки выявлен М-градиент (13 %) в зоне гамма-глобулинов (21,5%). УЗИ органов брюшной полости изменения размеров селезенки и лимфоузлов не выявило. По данным биопсия л/у средостения подтвержден диагноз саркоидоза. Иммунохимическое исследование крови и мочи подтвердили наличие изолированной секреции иммуноглобулина G (без белка Бенс-Джонса), реактивная гаммапатия. Окончательный диагноз: саркоидоз с поражением лимфоузлов средостения, легких (2 ст.), хронического течения, умеренной активности. Моноклональная гаммапатия. Начата терапия токоферолом и пентоксифиллином. В течение последующих 2-х лет данные МСКТ ОГК без отрицательной динамики, сохраняется секреция М-градиента без нарастания. Прогрессирование заболевания по данным МСКТ с 2013г без лабораторной активности и нарастания уровня гаммапатии. Начата терапия ГКС с эффектом (уменьшение количества очагов и л/у средостения). В 68 лет развились пароксизмы фибрилляции предсердий и ЖЭС, плохо контролируемые антиаритмической терапией, что, кроме развития ИБС, заставило исключать прогрессирование саркоидоза. На МРТ сердца – накопление контрастного вещества в МЖП и субэндокардиально в стенке ПЖ. Доза ГКС увеличена.

9.
СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОССА У ПОДРОСТКА

Автор: Старевская С.В., Мельник С.И., Сергеев К.В.

Организация: ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ

Пациент Б., 16 лет, проживающий в Дагестане, поступил в стационар для исключения специфического процесса в легких в связи с выявленными при МСКТ очаговыми изменениями в легких, сохраняющимися на протяжении двух лет, с положительной динамикой на СГКС, с жалобами на эпизоды подъема температуры без катаральных явлений, слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, симптомом дыхательного дискомфорта (чаще одышка экспираторного характера), хронический насморк. В анамнезе крапивница, боли в животе, миалгии после умеренной физической нагрузки. Симптомы заболевания беспокоят мальчика с 14 лет, наблюдается аллергологом по месту жительства с диагнозом Бронхиальная астма атопическая (бытовая и пыльцевая сенсибилизация) и физического усилия, персистирующая, средне-тяжелого течения, частично контролируемая, сопутствующий аллергический ринит персистирующий. Наследственность отягощена по атопии: риноконьюктивит на шерсть кошки. Туб.анамнез: у прабабушки tbc легких, прямого контакта с ребенком не было, у родственников специфической патологии не выявлено. Пациент обследован фтизиатром T-spot, диаскинтест: диагноз tbc инфицирован с прошлых лет. Несмотря на проводимую адекватную комбинированную терапию БА, контроля за течением заболевания добиться не удавалось, постоянно отмечались крепитирующие/рассеянные сухие гудящие хрипы в легких, частота и тяжесть обострений с течением времени нарастали и сопровождались инфильтративными изменениями на рентгенограммах легких. В крови обнаружены перинуклеарные ANCA и эозинофилия (10%), при МСКТ придаточных пазух носа – синусит, полипоз. По критериям Американской ассоциации ревматологов (приступы БА, эозинофилия крови, легочные инфильтраты, аллергический ринит, синусит, полипоз, pANCA) выставлен диагноз Синдром Черджа-Стросса.

10.
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ В РАМКАХ АНТИСИНТЕТАЗНОГО СИНДРОМА

Автор: Капустина В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н.В., Бабырэ В.В.
Организация: ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ России

В университетскую клиническую больницу госпитализирован мужчина 59 лет с анамнезом инфекционно-аллергической контролируемой бронхиальной астмы, у которого в течение 5 лет прогрессирует одышка, похудание (10 кг за 2 года), слабость в мышцах нижних и верхних конечностях (сложности с обслуживанием, вставанием со стула, кровати). В течение 2 лет сохраняются интерстициальные изменения легких в виде матовых стекол и утолщения интерстиция, преимущественно субплеврально в верхних и нижних долях, природа которых неясна. Ex juvantibus амбулаторно был назначен метилпреднизолон 12 мг/сут, при попытках отмены которого неоднократно возникала лихорадка. При поступлении: умеренно выраженные рестриктивные изменения (ФЖЕЛ 65%, ОЕЛ 68%, ВГО 77%), тяжелое снижение диффузионной способности легких (DLCO 37%). При ходьбе десатурация (падение SpO2 с 98% до 88%). В анализах крови: лейкоцитоз (18 тыс), тромбоцитоз (536 тыс), повышение общей КФК до 15 норм, альфа-2 и гамма-глобулинов до 1,5 норм. Впервые обнаружены резко-положительные антинуклеарные антитела Анти-Jo-1. В ходе обследования выявлены признаки системного поражения соединительной ткани: поражение сосудов в виде синдрома Рейно (подтвержден видеокапилляроскопией), поражение кожи (рука «механика», синдром Готтрона), поражение поперечно-полосатой мускулатуры (миозит подтвержден игольчатой электромиографией). Онкопоиск новообразований не выявил. Интерстициальное поражение легких было расценено в рамках дерматополимиозита подострого течения с антисинтетазным синдромом, поражением кожи и поперечно-полосатой мускулатуры. Доза метиилпреднизолона увеличена до 40 мг/сут. Клинически отмечена положительная динамика. Запланировано контрольное обследование.

11.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЧАСТИЧНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ И ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ У ПАЦИЕНТА С ДЕКСТРАКАРДИЕЙ

Автор: Ермилов О.В., Никонорова Л.Б., Бочарова М.А., Морозова Л.В., Бочаров В.А.
Организация: Белгородский государственный национальный исследовательский университет

В нашу клинику поступил пациент З., 25 лет с кровохарканьем, у которого в возрасте 3-х лет была выявлена декстрокардия. Заболел остро: во время тренировки, связанной с подъемом тяжести (занимается тяжелой атлетикой), появилось кровохарканье и боли в правой половине грудной клетки. В связи с подозрением на ТЭЛА проведена ангиопульмонография.
На серии сканов: определяется декстрокардия, правое легкое уменьшено в размерах. Отмечается аплазия средней доли правого легкого и, вероятно, нижней доли. Просвет (заднего) бронха заднебазальных отделов правого легкого и его отрезков безвоздушный за счет скопления патологического субстрата. В заднебазальных отделах правого легкого уплотнение паренхимы в виде разрозненных участков «матового стекла» и консолидации, укладывающихся в кровоизлияние. Кровоснабжение правого легкого ветвью из легочного ствола диаметром до 11 мм и из

брюшной аорты, артериальная ветвь диаметром 6 мм отходит от аорты на 3 мм выше устья чревного ствола. Венозный отток в правое предсердие и в нижнюю полую вену выше уровня впадения печеночных вен.
Таким образом, среди причин кровохарканья выступают врожденные аномалии сосудов, такие как ЧАДЛВ в НПВ. Конкретный клинический случай отличало длительное отсутствие каких-либо клинических проявлений.

12.
СЛУЧАЙ ЛИМФОСАРКОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПИЩЕВОД, ТРАХЕЮ И ГЛАВНЫЕ БРОНХИ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель: описание интересного клинического случая.

Методы исследования: проанализированы данные эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и бронхоскопии у пациента с ВИЧ-инфекцией на фоне отсутствия приёма антиретровирусной терапии. ЭГДС была проведена в связи с жалобами на дискомфорт, возникающий после проглатывания пищи. Показанием к бронхоскопии явились рентгенологические признаки расширения и деформации корней лёгких.

Результаты: при проведении ЭГДС отмечено сужение пищевода в средней трети за счёт сужения извне; перистальтика в месте сужения была резко ослаблена. В области сужения слизистая пищевода была не изменена, как по данным визуального осмотра, так и по результатам биопсии. При проведении бронхоскопии отмечались: опухолевые разрастания в нижней трети трахеи, незначительно сужающие просвет, расширение и деформация киля бифуркации трахеи, проминирование медиальных стенок главных бронхов в просвет и отдельные очаги опухолевой ткани в области медиальных стенок главных бронхов, разделённых участками неизменённой слизистой. Заподозрена лимфосаркома, растущая из средостения. Исследование биопсийного материала подтвердило это предположение.

Заключение: сочетанное поражение пищевода, трахеи и главных бронхов позволило заподозрить опухолевый процесс в средостении. Исходное предположение о лимфосаркоме базировалось на наличии у пациента ВИЧ-инфекции.

13.
СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНОМАЛИИ ВЕТВЛЕНИЯ БРОНХОВ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2, Биктагиров Ю.И. – 2, Лаврентьева Н.Е. – 2, Хураськина Т.П. – 3

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4»,
2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
3 – Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД России по Самарской области».

Цель: описание редкого клинического случая.

Методы исследования: описана эндобронхиальная картина, включая выявленные аномалии ветвления бронхов у пациента с бронхиальной астмой.

Результаты: у пациента с бронхиальной астмой выполнена бронхоскопия в связи с массивной обструкцией нижних дыхательных путей бронхиальным секретом на фоне неэффективной собственной (в том числе и медикаментозно стимулированной) экспекторации. В ходе проведения бронхоскопии, подтвердившей факт секреторной обструкции, была обнаружена комбинированная аномалия ветвления бронхов: добавочный бронх нижней доли правого легкого в области базальной пирамиды, добавочный правый кардиальный бронх и дистопия устья язычкового бронха на латеральную стенку левого промежуточного бронха.

Заключение: выявленная комбинированная аномалия трахеобронхиального дерева протекала бессимптомно и является находкой.

14.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВИЯ СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА В7 У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Автор: Штейнер М.Л. – 1, 2, Жестков А.В. – 2,
Биктагиров Ю.И. – 2, Лаврентьева Н.Е. – 2

Организация: 1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель: описание редкого клинического случая.

Методы исследования: оценена эндобронхиальная картина у пациента с бронхиальной астмой. Бронхоскопия выполнялась для уточнения причины бронхообструктивного синдрома (анамнез заболевания не позволял исключить паразитарную колонизацию трахеобронхиального дерева).

Результаты: в процессе бронхоскопического осмотра отмечен диффузный распространённый эндобронхит II-й степени интенсивности воспаления по Лемуану. На обычном месте не был обнаружен сегментарный бронх В7 нижней доли правого лёгкого. Детальный осмотр сегментарных бронхиальных бассейнов обоих лёгких позволил исключить дистопию сегментарного бронха В7. Это позволило сделать вывод о его врожденном отсутствии.

Заключение: выявленная анатомическая аномалия являлась находкой и не оказывала влияния на клинику и течение заболевания.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Авторы тезисов XXIX Национального конгресса по болезням органов дыхания

А

Абдуганиева Э.А. 154
Абдуллаева В.А. 177, 178
Абдуллаева Г.Б. 197
Абдурахманова И.М. 150
Абдусаломова М.И. 123
Абишев М.Т. 5
Абрамова С.М. 42
Абрамовских О.С. 38
Абубикиров А.Ф. 107
Авдеев С.Н. 191
Аверкина А.А. 171, 179
Автамонова Ю.Р. 21
Азнабаева Ю.Г. 155, 156
Алехин А.И. 35
Алиева Г.Р. 115
Алиев А.М. 87, 88
Алхасова А.В. 175
Аляви А.Л. 22
Амирова Э.Ф. 89, 92
Андреева Е.А. 74, 112
Андреева С.В. 85
Анохина В.С. 6
Антипова И.И. 99
Антонов В.Н. 145
Антонов Н.С. 36, 111
Апагуни А.А. 150
Аралов Н.Р. 178
Аргунова А.Н. 140
Аристов А.А. 40
Асадуллина Г.В. 7, 11, 81
Афанасьев Б.В. 178
Ахмадишина Л.З. 155, 156
Ахматова Н.К. 47
Ахмедов Ш.М. 79
Ахундова И.М. 115

Б

Бабаева И.Ю. 121, 122
Бабушкина Г.В. 11, 81
Бабырэ В.В. 199
Багдасарян А.Г. 88
Багишева Н.В. 119, 166
Бажанов А.А. 106
Баженова Ю.Л. 43, 44
Базарова С.А. 22, 23
Базилевич А.Ю. 33
Баймаканова Г.Е. 71
Баимбетов Ф.Л. 185
Байрамова В.П. 158
Бакина А.А. 142
Балицкая А.С. 19
Балобанова А.С. 40
Баранов А.А. 119
Баранова И.А. 135
Баранова О.П. 106
Бардов В.С. 33
Барламов П.Н. 85
Барышникова Л.А. 124
Батын С.З. 140
Бахирев А.М. 8, 24, 83
Бахшиева Л.И. 119
Бачурина М.А. 82
Бебех А.Н. 72
Белоусова Ю.Н. 122
Беляева С.Н. 27
Бендиков Е.В. 88
Бенян А.С. 103, 195
Бессонова Л.О. 160
Биктагиров Ю.И. 169, 170, 200, 201
Бикташев Т.Р. 94, 95, 181
Бинецкая Е.А. 75
Благовидов Д.А. 61
Блинова Е.В. 145
Бодрова Т.Н. 130
Болдина М.В. 28, 105
Болотникова В.А. 120
Болотова Е.В. 151
Бомбизо В.А. 171, 179
Бондаренко А.В. 12
Бородкина С.П. 166
Бочарова М.А. 104, 199
Бочаров В.А. 104, 199
Бриткова Т.А 40, 59, 85
Бриткова Т.А. 40, 59
Брумару А.А. 120
Брусин С.И. 184
Бубнова И.А. 109

Будковская Л.И. 160
Будневский А.В. 136, 138, 148, 149
Будорагин И.Е. 182
Булдаков П.Н. 171, 179
Бутюгина И.Н. 71
Бухтияров Э.В. 42
Бушуева Т.Г. 21
Бхар М.Ф. 25
Бычкова Е.В. 105

В

Вавилова В.П. 45
Вавилов А.М. 45
Василевская Н.Е. 122
Васильева Т.Ю. 158
Ватанская И.Ю. 176
Вафина А.Р. 30
Введенский В.П. 132, 168, 169
Великая О.В. 136
Верлан Н.В. 160
Вершинина М.В. 139
Визель А.А. 108, 110
Визель И.Ю. 30, 108, 110, 159
Викторова Т.В. 155, 156
Власенко Н.Ю. 58
Воекова Н.А. 124
Войцеховский В.В. 33
Волель Б.А. 165
Воликова С.М. 16
Волкова А.Г. 178
Волков А.В. 84
Волошин Н.И. 90
Воронкова О.О. 197
Вяткина Н.О. 8

Г

Габзалилова С.Р. 11, 22
Гаджиева П.Г. 128
Гаджиева Р.С. 175
Галецкайте Я.К. 165
Галинурова Э.Р. 11, 22
Гаспарян А.А. 26
Гатиятуллин Р.Ф. 41
Гафнер Н.В. 79, 154, 176, 177
Гевондян Н.М. 35
Гизатуллина Э.Д. 65, 68
Глотов С.И. 25
Глухова М.В. 113, 139
Годяев М.Я. 56
Голованова М.Н. 118
Головатый А.В. 102
Головачева У.Е. 118
Голубцова О.И. 69
Горбач Л.А. 116, 117
Горбунова Л.В. 58
Горбунов В.В. 8
Гордеева А.Е. 185
Гордеева Н.В. 107
Горелов А.И. 72
Горинова Ю.В. 69
Горячева С.А. 93
Градусова М.Ю. 81
Григорьева Е.В. 95
Гришаев С.Л. 147
Гришина И.Ф. 19
Гришин М.М. 102
Гришин М.Н. 126
Губаева А.М. 81
Гудим А.Л. 28, 105
Гумерова Ф.Б. 24
Гусев Е.И. 56
Гусейнов А.А. 131

Д

Данилов Р.С. 141
Данцев В.В. 125
Демидов И.В. 36, 111
Демко И.В. 63, 107, 129
Демура О.В 33
Джамбекова Г.С. 22
Джатдоева М.Х. 150
Добров А.В. 62
Добрых В.А. 87, 88
Дорожинская Е.В. 99
Дорохина С.А. 171, 179
Дрокина О.В. 70
Дубиневич В.В 75
Дубровская И.И. 119
Дударев В.М. 40
Дудникова А.В. 151
Дудченко Л.Ш. 26, 27
Дутлякова А.Д. 153
Дьяков Д.А. 91
Дьяченко О.А. 87

Е

Евглевский А.А. 86
Емельянов А.В. 35, 183
Еникеева Г.Р. 7
Ениленис И.И. 128
Епанчина Н.М. 59, 173
Ермилов О.В. 104, 199
Есетова Г.У. 180
Ефимов С.В. 147
Ефремов И.А. 118

Ж

Жестков А.В. 46, 169, 170, 200, 201

Жорина Ю.В. 38
Жукова Н.В. 82

З

Загидуллин Ш.З. 41, 94, 95, 155, 156, 181
Заикина Е.В. 29, 157
Зайцев А.А 73, 96, 97, 182
Зайцева А.А. 91
Зайцева А.С 107
Зайцева О.В. 40
Запруднова Е.А. 113
Зарипова Т.Н. 99
Зарманбетова О.Т. 9, 10, 13, 15
Зарубекова Н.З. 180
Зейналова А.А. 109
Землянских Л.Г. 109
Земсков М.Д. 35
Зенкова Л.А. 119
Зиннатуллина А.Р. 157
Злобина Г.Ю. 55
Знахуренко А.А. 35
Зубенко О.В. 166
Зулкарнеев Р.Х. 94, 95, 181
Зябко М.Н. 75

И

Иванова М.А. 77
Иванова О.Г. 119, 166
Иванова П.Ф. 59
Иванов А.Ф. 37
Иванов В.В. 90, 125
Игнатова Г.Л. 38, 102, 145
Ильин М.В. 184
Илькович М.М. 106
Илькович Ю.М. 191
Илюхин К.С. 83
Индутный А.В. 58
Ипатова П.Н. 88
Исмала А.С. 191
Ицкова Е.А. 82
Ишмухаметова А.Н. 152
Ищенко О.П. 129

К

Кабаева М.Н. 124
Кабдылдаева К.К. 180
Кадырова А.А. 115
Калинин И.В. 16
Капанадзе Л.Б. 26
Капустина В.А. 199
Каранкевич А.А. 75
Каримов Ж.А. 102, 126
Каркавин В.М. 179
Карквин В.М. 171
Карнаушкина М.А. 141
Кароли Н.А. 9, 10, 13, 15
Карпенко М.А. 42
Карунас А.С. 41
Касаткина Н.В. 59, 173
Катибникова Е.И. 75
Кесаев О.Ш. 128
Ким Т.Г. 56
Киреева В.В. 160
Киреева Г.М. 89, 92, 94, 95
Киршина И.А. 58
Киткин Д.Н. 73
Клестер Е.Б. 19
Клестер К.В 19
Климанов И.А. 113, 139, 185
Князева К.М. 16
Коваленко И.В. 75
Когут Т.А. 13
Козубенко Г.Ю. 70
Колесник Н.Ю. 130
Колесникова Е.Т. 59
Коломеец А.М. 88
Колосов В.П. 172
Колпаков М.В. 86, 194, 195
Колсанов А.В. 46
Колун Т.И. 163
Кондрацки Д.П. 163, 164, 173
Копылов А.Н. 158
Корецкая Н.М. 16, 122
Коринева Л.С. 42
Корлотяну А.А. 120
Корнеенков А.А. 183
Коровкин В.С. 75
Короев В.В. 133
Королькова О.М. 146
Корымасов Е.А. 170
Корытина Г.Ф. 155, 156
Костина Н.Э. 64, 67, 146, 193
Костинов М.П. 46, 47, 61
Кострова И.В. 6, 93
Костров В.А. 105
Костюкова Е.А. 82
Косякова Н.И. 39
Котова И.С. 14
Кочетова О.В. 155, 156
Кочкина Е.О. 160
Красовская О.О. 6
Красовский С.А. 69, 71
Красулина О.А. 42
Кривощёков Е.П. 170
Круду П.А. 90
Крючкова О.Н. 82
Кублик Е.С. 63

Кубышева Н.И. 113, 139
Кудрявцева Э.З. 137, 157
Кудрявцев И.В. 106
Кузнецова О.Ю. 112
Кулагин Е.А. 178
Кулик Е.Г. 142
Курбанова Н.Б 128
Курмашева Е.И. 58
Курьев С.В. 90
Кучеренко Н.Г. 72

Л

Лаврентьева К.А. 21
Лаврентьева Н.Е. 200, 201
Лазарева Н.М. 106
Лазаренко Л.Л. 33
Лазуткина Е.Л. 33
Лазуткин Н.Н. 33
Лаптева Е.А. 75
Лаптева И.М. 75
Лаптев А.Н. 75, 133
Латыпова Н.А. 5
Леонтьева Н.М. 129
Лепешкин А.П. 62
Лесных Т.Э. 196
Лешенкова Е.В. 35
Лещенко И.В. 19
Ливерко И.В. 79, 154, 176, 177, 178
Лизенко М.В. 8, 24
Линцов А.Е. 31, 32
Листопадова М.В. 77
Ли Т.В. 113, 139
Лиходий В.И. 73, 182
Локшина Э.Э. 40
Лукашевич М.Г. 181
Лукьянов С.А. 8, 55
Лутай Ю.А. 82

М

Магзумова Г.Е. 5
Магомедова К.А. 131
Мазаева Л.А. 107
Мазур В.В. 82
Мазур Е.С. 82
Макаревич А.М. 97
Макарова Е.В. 183
Малханова Д.А. 37
Малыхин Ф.Т. 150
Малярчиков А.В. 8, 55
Мамаева М.Г. 107
Мамровская Т.П. 87, 88
Манаков Л.Г. 80, 172
Мартихина Н.А. 85
Мартынов М.Ю. 56
Мартынов С.В. 183
Мартынюк К.И. 162, 163, 164
Махова О.Ю. 17
Медведев А.В. 107
Медведева Н.В. 124
Мельникова И.М. 60
Мельник С.И. 198
Меньшиков А.А. 12
Мизерницкий Ю.Л. 60
Милютина М.Ю. 98, 183
Мингаирова А.Г 58
Минеева Е.С. 63
Минькович О.П. 70
Миронов А.В. 191
Мирхайдаров А.М. 7, 11, 22, 89, 92
Михайлова И.А. 19
Михайлова Т.А. 140
Михельсон В.М. 31, 32
Мишина А.В. 49, 50, 51, 52, 53, 54
Мишин В.Ю. 49, 50, 51, 52, 53, 54
Мозжухина Л.И. 13
Моисева М.В. 166
Моисеева М.В. 119
Мокин Е.Д. 112
Моногарова Н.Е. 78, 109
Мордык А.В. 119, 166
Мордык Д.И. 166
Морозова Л.В. 104, 199
Морозова Н.В. 199
Морозов М.А. 88
Московчук А.Ф. 90, 120, 163
Мостовой Л.В. 73
Муканова А.К. 166
Муракаева Л.Р. 113, 139
Мурзина Р.Р. 41
Мусин С.Т. 70
Мустафаев И.А. 175
Муталова Э.Г. 11
Мухаматова Ю.О. 100, 101
Мухсинов Ф.М. 79, 176, 177, 178

Н

Назарова Н.В. 21
Назирова М.Х. 23
Нарушевич Ю.Ю. 75
Нарышкина С.В. 142, 150
Насыров Р.В. 181
Нашатырева М.С. 65, 194
Небесная Е.Ю. 119
Недомолкина С.А. 136
Недомолкин С.В. 136
Неклюдова Г.В. 140
Ненашева Н.М. 36

Несирханов В.Л.-Э. 173
Никитина Л.Ю. 137
Николаев А.Г. 118
Никонорова Л.Б. 104, 199
Ниязова Ф.Н. 79, 177, 178
Новикова А.А. 107
Новиков Д.Г. 58
Новоселов В.И. 185
Новоселов С.Ю. 56

О

Обухова О.В. 197
Овсянников Е.С. 136, 138, 148, 149
Овсянников Н.В. 70
Овчаренко С.И. 165, 199
Овчинников Ю.В. 73
Озеи-Нтем С. 191
Оленицкая Е.С. 176
Орлова И.В. 133

П

Павленко В.И. 142, 143, 144
Павлинова Е.Б. 58
Павличенко Е.В. 8
Паламарчук Е.А. 88
Пальман А.Д. 73
Панин А.А. 56
Панова А.В. 88
Панова Е.Ю. 21
Партави М.С. 183
Первеева И.М. 193
Передельская М.Ю. 36, 111
Перельман Ю.М. 172
Перцев А.В. 136, 138, 148, 149
Петрачкова Е.В. 55
Петров А.М. 16
Петров В.А. 141
Петровская Ю.А. 137, 139
Пирогова М.Е. 27
Писаренко К.С. 126, 127, 167
Писаренко Н.К. 163, 173
Писаренко С.В. 126, 127, 162, 163, 164, 167, 173
Плескач Н.М. 31, 32
Плужников И.В. 165
Победенная Г.П. 14, 28
Позднякова А.С. 75
Полетаева Н.Б. 153
Поливанов Г.Э. 71
Полтавская М.Г. 73
Полянская Е.В. 80
Пономарева И.Б. 25
Попова Н.А. 113, 139
Попов В.В. 74
Постникова Л.Б. 28, 105, 139
Похазникова М.А. 112
Прибылова Н.Н. 17, 34, 160, 161
Прибылов В.С. 160
Прибылов С.А. 17, 34, 160, 161
Приходько О.Б. 6, 93
Прокопишина Л.В. 90
Прокопьев Е.С. 140
Протасов А.Д. 46, 47
Прохоренко И.Р. 39
Пустохина О.Е. 64

Р

Рабик Ю.Д. 178
Рабинович Р.М. 82
Раззаков С.А. 124
Рамазанова У.Т. 5
Рассадникова К.Р. 160
Ратманов М.А. 103
Рахимова Д.А. 23
Рахимов Д.Б. 123
Рачина С.А. 196
Ребров А.П. 9, 10, 13, 15
Реброва С.А. 183
Резова Н.В. 138
Решетникова В.П. 46
Родимова О.А. 169
Родионова В.М. 77
Романов В.В. 49, 50, 51, 52, 53, 54
Романовская Е.В. 70
Романцова Е.Б. 93
Романюха Р.В. 87
Ротару-Лунгу К.А. 90
Ручейкин Н.Ю. 171, 179
Рыбалкин А.Э. 71
Рыжкова С.А. 169
Рыжков Р.В. 62

С

Савельева О.Н. 41
Савченко О.А. 58
Сайланова Д.К. 180
Салагай О.О. 111
Салахова И.Н. 159
Салова А.Л. 13
Самтаков П.А. 133
Сафиуллина А.И. 85
Сахарова Г.М. 36, 111
Северова Л.П. 133
Семендяева А.В. 78
Сергеева Г.Р. 35, 183
Сергеев К.В. 198
Сердюков Н.А. 130
Серебрякова М.К. 106
Серикбаева А.К 180

Серова Н.С. 26
Сесь Т.П. 106
Сиднев А.С. 105
Сидоренко С.В. 90
Сидоров Ю.А. 96
Симионика Ю.Д. 163
Симонов А.Н. 165
Симонова О.И. 61, 69
Скалецкая В.В. 163
Слижов П.А. 31, 32
Смирнова А.Г. 178
Смирнова В.В. 42
Смирнова М.С. 66
Смирнов М.В. 113
Снитко С.Ю. 40
Собкин А.Л. 49, 50, 51, 52, 53, 54
Собко Е.А. 63, 129
Соболева А.Ф. 153
Солиев А.К. 31
Соловьева И.А. 129
Соодаева С.К. 113, 137, 139, 185
Сорокина К.В. 73
Софронова Т.А. 140
Спивак И.М. 31, 32
Старевская С.В. 198
Стежкина Е.В. 42
Степаненко Т.И. 176
Стеценко Л.К. 160
Столяров С.И. 62
Стрекозова И.П. 176
Стрелова Д.А. 153
Субхангулова Д.Р. 152
Сулейманова А.К. 135
Сулейманова Л.С. 136
Сумцова Т.В. 107

Т

Таджиходжаева Ю.Х. 23
Танаева Н.И. 46
Танченко О.А. 150
Тарик Л. 191
Тартаковский И.С. 196
Татевосов В.Р. 47
Таххан Абдулраззак 119
Ташпулатова Ф.К. 123, 124
Теихман Л. 191
Тен Т.К. 87, 88
Тетенева А.В. 130
Тетенев К.Ф. 130
Типикин В.А. 21
Титова О.Н. 191
Тихонова Е.В. 145
Токарева И.В. 85
Томша А.Н. 90
Тотолян Арег А. 106
Трембач В.В. 151
Третьяков А.В. 56
Трофименко И.Н. 65
Трофимова И.Б. 35
Трофимов В.И. 31, 32, 178
Трунцова Е.С. 59, 173
Трушина Е.Ю. 21
Турдиалиева С.А. 147
Турна Э.Ю. 82

У

Уварова И.В. 87, 88
Уваровит И.В. 87
Удальцова Е.В. 60
Умарова И.А. 72
Урясьев О.М. 25
Услонцев Б.М. 31
Устинов Д.Н. 171, 179
Устьянцева Н.П. 24

Ф

Фархутдинов Р.Р. 92, 185
Фархутдинов У.Р. 89, 92, 94, 95
Федорова Ю.Ю. 41
Федосенко С.В. 141
Федотов В.Д. 98
Филатова Ю.С. 184
Филимонова Т.А. 42
Филиппова М.И. 93
Фороносова О.А. 139
Форсикова Н.Г. 150

Х

Хамитов Р.Ф. 157, 158
Харевич О.Н. 75
Харитонов М.А. 90, 125
Хвостикова А.Е. 64
Хлынова О.В. 197
Хоменко Е.В. 8
Хоменя А.А. 139
Хохрина А.И. 74
Хромова Е.А. 47
Хрущев С.О. 165
Хужин Н.А. 100, 101, 102
Хураськина Т.П. 169, 200
Хуснутдинова Э.К. 41

Ц

Цветкова О.А. 197
Цеймах Е.А. 12, 171, 179
Цеймах И.Я. 18, 147, 179
Цеймах М.Е. 171

Цирковская Е.Р. 78

Ч

Челнокова О.Г. 13, 118, 119
Черапкин А.А. 56
Черкаева А.Х. 45
Черкашин Д.В. 147
Черников А.Ю. 109
Чернова А.С. 67
Черняк А.В. 140
Черняк Б.А. 65
Чичкова Н.В. 26
Чубарова С.В. 63
Чудинова Д.С. 126
Чучалин А.Г. 56, 140

Ш

Шабанов Е.А. 34, 160, 161
Шакирова Г.Р. 65, 68, 108, 110
Шамшева Е.В. 166
Шаповалов К.Г. 55
Шарова Н.В. 147
Шахгереева Л.Д. 59, 173
Шахмаметова Г.Р. 181
Шаяхметова А.С. 11, 22
Шинкаренко И.В. 90, 120
Шипилова И.А. 193
Широбокова С.Ю. 94, 95
Шмелев Е.И. 30, 107, 159
Шмитько А.Д. 61
Шогенова Л.В. 56
Шогжал И.С. 16, 122
Шойхет Я.Н. 18, 147
Шпак И.И. 95
Штейнер М.Л. 46, 169, 170, 200, 201
Штрауб В.В. 194
Шульга А.В. 87
Шульженко Л.В. 86, 194, 195

Щ

Щегорцова Ю.Ю. 143, 144
Щербакова Г.В. 133

Э

Эйдемиллер Н.С. 63
Элфишави Т. 191
Эльжбур М.С. 75
Элярт В.Ф. 122
Эргешов А.Э. 49, 50, 51, 52, 53, 54
Эткина Э.И. 41

Ю

Юдкина Н.Н. 84
Юрчук К.С. 55
Юсупалиева М.М. 102, 126
Юсупова Н.И. 181

Я

Явгильдина А.М. 152
Яворский К.М. 120
Яковлева М.В. 17
Яковлева Р.Н. 140
Янович Ю.А. 196
Ярцева С.В. 28
Яцукова А.В. 121, 122

A

Adam I. 188, 189
Apostol M. 187
Алиева Г.Р. 175

B

Balanetchi L. 188, 189

C

Casapciuc I. 189
Ceahlau M. 188
Ceban A. 189
Chiperi T. 187
Cotoman A. 187, 188

M

Margineanu A. 190

R

Rascov V. 190

S

Scaletchi V. 189
Sciuca S. 187, 188, 189, 190
Selevestru R. 187, 188, 189, 190

T

Tomacinschi C. 189

V

Velicico V. 187
Visnevschi-Rusnac L. 190

СОДЕРЖАНИЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ
Латыпова Н.А., Рамазанова У.Т., Абишев М.Т., Магзумова Г.Е. 5

2.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Приходько О.Б., Кострова И.В., Анохина В.С., Красовская О.О. 6

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

3.
ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА, СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА
Мирхайдаров А.М., Еникеева Г.Р., Асадуллина Г.В. 7

4.
ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДИЛХОЛИНА В ЛИПОПРОТЕИНАХ НИЗКОЙ (ЛПНП) И ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП) ПРИ ИБС И ИБС+ХОБЛ
Бахирев А.М., Лизенко М.В 8

5.
ГРИПП A/H1N1/09 В 2009 И 2019 ГОДАХ: БРЕМЯ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Лукьянов С.А., Хоменко Е.В., Вяткина Н.О., Павличенко Е.В., Малярчиков А.В., Горбунов В.В. 8

6.
СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ОРГАНА-МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ФОКУС НА АРТЕРИАЛЬНУЮ РИГИДНОСТЬ
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П. 9

7.
ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П. 10

8.
ПАРАМЕТРЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П. 10

9.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Асадуллина Г.В., Муталова Э.Г., Бабушкина Г.В., Мирхайдаров А.М., Шаяхметова А.С., Габзалилова С.Р., Галинурова Э.Р. 11

10.
ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
Меньшиков А.А., Цеймах Е. А, Бондаренко А.В. 12

11.
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА
Салова А.Л., Мозжухина Л.И., Когут Т.А., Челнокова О.Г.. 13

12.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОНИТОРИНГОВОЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П. 13

13.
СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
Котова И.С., Победенная Г.П. 14

14.
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХБРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Кароли Н.А., Зарманбетова О.Т., Ребров А.П. 15

15.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Корецкая Н.М., Шогжал И.С., Воликова С.М.. 16

16.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
Корецкая Н.М., Петров А.М., Калинин И.В., Князева К.М., Шогжал И.С. 16

17.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Прибылова Н.Н., Яковлева М.В., Прибылов С.А., Махова О.Ю. 17

18.
РОЛЬ МЕХАНИЗМОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СОСТОЯНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ТРОМБОЗАМ И ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
И.Я. Цеймах, Я.Н. Шойхет 18

19.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Михайлова И.А., Лещенко И.В., Гришина И.Ф.. 19

20.
ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ
Клестер Е.Б., Клестер К.В., Балицкая А.С. 19

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

21.
МАРКЕРЫ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Трушина Е.Ю., Типикин В.А. , Назарова Н.В., Автамонова Ю.Р., Бушуева Т.Г., Панова Е.Ю., Лаврентьева К.А.. 21

22.
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ
У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Аляви А.Л., Базарова С.А., Джамбекова Г. С. 22

23.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Мирхайдаров А.М., Габзалилова С.Р., Шаяхметова А.С., Галинурова Э.Р. 22

24.
ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ КРОВИ И ЦИТОЛОГИИ МОКРОТЫ У БОЛЬНЫХ
С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Базарова С.А., Рахимова Д.А., Таджиходжаева Ю.Х., Назирова М.Х. 23

25.
СИСТЕМНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ (ГКК) ТЕРАПИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЕ (БА) И УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ ФОСФАТИДИЛХОЛИНА (ФХ)
В ЛИПОПРОТЕИНАХ НИЗКОЙ (ЛПНП) И ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ (ЛПВП)
Лизенко М.В., Бахирев А.М 24

26.
ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
Устьянцева Н.П., Гумерова Ф.Б. 24

27. ФЕНОТИП СОЧЕТАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
И ДИСФУНКЦИИ ВОКАЛЬНЫХ ХОРД
Пономарева И.Б., Бхар М.Ф., Глотов С.И., Урясьев О.М. 25

28.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Гаспарян А.А., Чичкова Н.В., Серова Н.С., Капанадзе Л.Б. 26

29.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
ПОСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Дудченко Л.Ш. 26

30.
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ В ПЕРИОД ПЫЛЕНИЯ АМБРОЗИИ ПОЛЫННОЛИСТНОЙ
(AMBROSIA ARTEMISIIFOLIA L.) НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА
С.Н. Беляева, М.Е. Пирогова, Л.Ш. Дудченко 27

31.
НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ ОСТАЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ.
Болдина М.В., Постникова Л.Б., Гудим А.Л. 28

32.
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ
НЕЙТРОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Победенная Г.П., Ярцева С.В. 28

33.
ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Заикина Е. В. 29

34.
ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:
НАЗНАЧЕНИЯ, ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ
Вафина А.Р., Визель И.Ю., Шмелев Е.И. 30

35.
АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА
В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Авторы: Линцов А.Е., Солиев А.К., Трофимов В.И., Услонцев Б.М., Плескач Н.М., Слижов П.А., Спивак И.М., Михельсон В.М. . . . 31

36.
АНАЛИЗ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В КЛЕТКАХ
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ
ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ
Авторы: Линцов А.Е., Трофимов В.И., Плескач Н.М., Слижов П.А., Услонцев Б.М., Спивак И.М., Михельсон В.М. . . . 32

37. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМАЛИЗУМАБА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ
ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Бардов В.С. Лазуткин Н.Н. . . . 33

38.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ
С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ТИПОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Войцеховский В.В., Лазуткина Е.Л., Лазаренко Л.Л., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Бардов В.С. Лазуткин Н.Н. . . . 33

39.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ
НА ПОКАЗАТЕЛИ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А. . . . 34

40.
СУПРЕССИЯ ПРОТЕКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА
НА СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Земсков М.Д., Гевондян Н.М., Алехин А.И,. Трофимова И.Б. . . . 35

41.
БИОМАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ
ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В.. . . . 35

42.
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ В РФ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО
ПОКОЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
Передельская М.Ю., Ненашева Н.М., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Демидов И.В.. . . . 36

43.
ТЯЖЕЛАЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМАЯ АСТМА:
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ В ГОРОДЕ ИРКУТСК
Малханова Д.А., Иванов А. Ф. . . . 37

44.
ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ВЗРОСЛЫХ С АТОПИЧЕСКОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ РЕМИССИИ
Жорина Ю.В., Игнатова Г.Л., Абрамовских О.С. . . . 38

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

45.
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У КУРЯЩИХ
ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОБОСНОВАНИЕ
ТЕРАПИИ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИМИ БРОНХОЛИТИКАМИ
Косякова Н.И., Прохоренко И.Р. . . . 39

46.
ИЗМЕНЧИВОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Снитко С.Ю., Локшина Э.Э., Зайцева О.В. 40

47.
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
Бриткова Т.А., Дударев В.М., Балобанова А.С., Аристов А. А.. 40

48.
АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ АРГИНАЗ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ БЕТА-2-АГОНИСТОВ, С РАЗВИТИЕМ И ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Савельева О. Н., Карунас А. С., Федорова Ю. Ю., Мурзина Р. Р., Гатиятуллин Р.Ф., Эткина Э. И., Загидуллин Ш.З., Хуснутдинова Э. К., ... 41

49.
ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ
Бухтияров Э.В., Карпенко М.А., Коринева Л.С. 42

50.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА РЕСПИМАТ У ДЕТЕЙ С ПЛОХО КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Стежкина Е.В., Смирнова В.В., Филимонова Т.А., Красулина О.А. Абрамова С.М.. 42

51.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Баженова Ю.Л.. 43

52. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Баженова Ю.Л.. 44

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

53.
ЗНАЧЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ «ПКВ13» В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ
Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х. 45

54.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
А.В. Жестков, А.В. Колсанов, А.Д. Протасов, М.П. Костинов, М.Л. Штейнер, В.П. Решетникова, Н.И. Танаева 46

55.
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКЦИНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ
В.Р. Татевосов, М.П. Костинов, А.Д. Протасов 47

56.
ИММУНОАДЪЮВАНТНАЯ ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА: СЕНСАЦИЯ ИЛИ ПАРАДОКС?
Хромова Е.А., Костинов М.П., Ахматова Н.К.. 47

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

57.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И МИКОБАКТЕРИОЗ У БОЛЬНЫХ
НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 49

58.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ
У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 50

59.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ
У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 50

60.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ
У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 51

61
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И КАНДИДОЗ У БОЛЬНЫХ
НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 52

62.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 53

63.
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Эргешов А.Э., Романов В.В., Собкин А.Л. 54

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

64.
ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ
ПНЕВМОНИЯМИ ПРИ ГРИППЕ A/H1N1/09
Лукьянов С.А., Малярчиков А.В., Юрчук К.С., Петрачкова Е.В., Злобина Г.Ю., Шаповалов К.Г. . . 55

65.
ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ T-HEO2 КАК РАБОЧЕГО ГАЗА
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНГАЛЯЦИИ АНТИБИОТИКА ПРИ ПОМОЩИ
НЕБУЛАЙЗЕРА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ
Шогенова Л. В., Годяев М.Я., Третьяков А.В., Черапкин А.А.,
Новоселов С.Ю., Панин А.А., Чучалин А.Г. 56

66.
ВЛИЯНИЕ T-HEO2 НА СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ
Ким Т. Г., Чучалин А. Г., Гусев Е. И., Мартынов М. Ю., Шогенова Л. В., Панин А.А. 56

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

67.
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА МАНГАНИНСУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ (MNSOD C47T) КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ТРЕХ ЛЕТ
Е.Б. Павлинова, И.А. Киршина, Е.И. Курмашева, Н.Ю. Власенко, А.Г. Мингаирова, О.А. Савченко, А.В. Индутный, Д.Г. Новиков, Л.В. Горбунова. 58

68.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОРИ У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2018-2019 ГГ.
Бриткова Т.А., Иванова П.Ф., Колесникова Е.Т. 59

69.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Трунцова Е.С., Шахгереева Л.Д., Касаткина Н.В., Епанчина Н.М. 59

70.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ КАШЛЕМ
Удальцова Е.В., Мельникова И.М., Мизерницкий Ю.Л. 60

71.
СИНЕГНОЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Благовидов Д. А., Костинов М. П., Симонова О. И., Шмитько А. Д. 61

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛЕВРЫ

72.
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВЫПОТНЫХ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Столяров С.И., Добров А.В., Лепешкин А.П., Рыжков Р.В. 62

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

73.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
И.В. Демко, Е.А. Собко, С.В. Чубарова, Е.С. Минеева, Е.С. Кублик, Н.С. Эйдемиллер. 63

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

74.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГЕРМАНСКИ-ПУДЛАКА
Костина Н.Э., Хвостикова А.Е., Пустохина О.Е. 64

75.
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА Г. ИРКУТСКА
Нашатырева М.С., Трофименко И.Н., Черняк Б.А. 65

76.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д.. 65

77.
ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ
(ДАННЫЕ ГОРОДСКОГО ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)
Смирнова М.С. 66

78.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ИИП В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ: ФОРМИРОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА
К КОНТРОЛЮ ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ И СМЕРТНОСТЬЮ
Костина Н.Э., Чернова А.С. 67

79.
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА
ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д.. 68

МУКОВИСЦИДОЗ

80.
ФЕКАЛЬНАЯ ЭЛАСТАЗА: ВСЕГДА ЛИ НАДЕЖНО?
Ю.В. Горинова, С.А. Красовский, О.И. Голубцова, О.И. Симонова 69

81.
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В БУЗОО «КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» МЗ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
С.Т. Мусин, Г.Ю. Козубенко, Е.В. Романовская, О.П. Минькович,
Н.В. Овсянников, О.В. Дрокина 70

82.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
С.А.Красовский, Г.Э.Поливанов, А.Э.Рыбалкин, И.Н.Бутюгина, Баймаканова Г.Е.. 71

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

83.
ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА И ДНЕВНАЯ
ГИПОВЕНТИЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Горелов А.И., Кучеренко Н.Г., Умарова И.А., Бебех А.Н.. 72

84.
АЦЕТАЗОЛАМИД В ЛЕЧЕНИИ ДЫХАНИЯ ЧЕЙНА-СТОКСА
Сорокина К.В., Пальман А.Д., Полтавская М.Г. 73

85.
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРАПОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ
Мостовой Л.В., Овчинников Ю.В., Зайцев А.А., Лиходий В.И., Киткин Д.Н.. 73

86.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ
ВО СНЕ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКА.
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА ARKHSLEEP
Хохрина А. И., Андреева Е. А.,Попов В. В.. 74

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

87.
ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО
АНАЛИЗА АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ФЕНОМЕНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лаптева Е.А., Коваленко И.В., Лаптев А.Н., Позднякова А.С., Катибникова Е.И., Коровкин В.С., Эльжбур М.С., Лаптева И.М., Харевич О.Н., Бинецкая Е.А., Зябко М.Н., Каранкевич А.А., Нарушевич Ю.Ю., Дубиневич В.В. 75

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

88.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ
ЛФК И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНАЖЕРОВ
В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

Листопадова М.В., Родионова В.М., Иванова М.А. 77

89.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
И ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

Моногарова Н. Е., Моногарова Н.Е, Цирковская Е.Р., Семендяева А.В. 78

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

90.
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ:
МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКИ ВРАЧЕЙ

Ниязова Ф.Н., Гафнер Н.В., Мухсинов Ф.М., Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В. 79

91.
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ПУЛЬМОНОЛОГИИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Манаков Л.Г., Полянская Е.В. 80

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

92.
РЕЗУЛЬТАТЫ 3-Х МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ,
ПЕРЕНЕСШИМИ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Бабушкина Г.В., Градусова М.Ю., Асадуллина Г.В., Губаева А.М. 81

93.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИЛДЕНАФИЛА В ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ИНФАРКТ МИОКАРДА

Костюкова Е.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А. 82

94.
ИНДЕКС ОБСТРУКЦИИ
И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА ВЫСОКОГО,
ПРОМЕЖУТОЧНОГО И НИЗКОГО РИСКА

М.А. Бачурина, Е.С. Мазур, В.В. Мазур В.В., Р.М. Рабинович. 82

95.
ПАЦИЕНТЫ С ТЭЛА:
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
У КОНТИНГЕНТА БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Бахирев А.М., Илюхин К.С. 83

96.
СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – УНИКАЛЬНЫЙ ФЕНОТИП БОЛЕЗНИ
Юдкина Н.Н., Волков А.В.. 84

ПНЕВМОНИЯ

97.
ПРОКАЛЬЦИТОНИН КАК МАРКЕР ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ И ЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ
Барламов П. Н., Токарева И. В.. 85

98.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Бриткова Т.А, Андреева С.В., Мартихина Н.А., Сафиуллина А,И. 85

99.
ДИНАМИКА РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ХРОМАТИНА ЯДЕР НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Колпаков М.В., Евглевский А.А., Шульженко Л.В.. 86

100.
СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ (СВВП) У МОЛОДЫХ МУЖЧИН
Авторы: Добрых В.А., Алиев А.М., Мамровская Т.П., Уваровит И.В.. Тен Т.К., Шульга А.В. 87

101.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОСЕГМЕНТАРНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ (МВП) РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН
Добрых В.А., Алиев А.М., Мамровская Т.П., Уварова И.В., Тен Т.К., Дьяченко О.А., Шульга А.В., Романюха Р.В.. 87

102.
СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП) У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЖИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ РФ
Добрых В.А., Алиев А.М., Морозов М.А., Бендиков Е.В., Мамровская Т.П., Уварова И.В., Тен Т.К., Коломеец А.М.. , Ипатова П.Н., Багдасарян А.Г., Панова А.В., Паламарчук Е.А. 88

103.
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Амирова Э.Ф.,З, Фархутдинов У.Р., Мирхайдаров А.М., Киреева Г.М. 89

104.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПНЕВМОНИЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА
Московчук А.Ф., Круду П.А., Шинкаренко И.В., Томша А.Н., Курьев С.В., Прокопишина Л.В., Ротару-Лунгу К.А.. 90

105.
СОВРЕМЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
М.А. Харитонов, С.В. Сидоренко, Н.И. Волошин, В.В. Иванов. 90

106.
АКТИВНОСТЬ ЭЛАСТАЗО- И ТРИПСИНОПОДОБНЫХ ВЕЩЕСТВ, СОДЕРЖАНИЕ БИТИРОЗИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2
Зайцева А.А., Дьяков Д.А. . . . 91

107.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР
Мирхайдаров А.М. . . . 92

108.
ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф.,2, Фархутдинов У.Р., Фархутдинов Р.Р., Киреева Г.М.. . . 92

109.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Горячева С.А., Филиппова М.И.. . . 93

110.
ПРОБА С ПОСТОККЛЮЗИОННОЙ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Бикташев Т. Р., Зулкарнеев Р. Х., Загидуллин Ш., Фархутдинов У.Р, Киреева Г.М., Широбокова С.Ю.. . . 94

111.
ВОЗМОЖНОСТИ РМИАС ПРОМЕД ДЛЯ АНАЛИЗА ТЕЧЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Бикташев Т. Р., Зулкарнеев Р. Х., Загидуллин Ш., Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М., Широбокова С.Ю.. . . 95

112.
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Григорьева Е.В., Шпак И.И. . . . 95

113.
СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Зайцев А.А., Сидоров Ю.А. . . . 96

114.
КОРОТКИЕ КУРСЫ ТЕРАПИИ ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ В ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Зайцев А.А., Макаревич А.М. . . . 97

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

115.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ
Федотов В.Д., Милютина М.Ю.. . . 98

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

116.
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ПОСТУПАЮЩИХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НА «КУРОРТ БЕЛОКУРИХА»
Зарипова Т.Н., Дорожинская Е.В., Антипова И.И. 99

117.
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»
Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.. 100

118.
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.. 100

119.
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»
Мухаматова Ю.О., Хужин Н.А.. 101

120.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В САНАТОРИИ «ЯНГАН-ТАУ»
Хужин Н.А., Акбашев А.Р., Игнатова Г.Л. 102

121.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХОБЛ
Юсупалиева М.М., Гришин М.М., Головатый А.В. Каримов Ж.А. 102

122.
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ: НЕРЕАЛИЗОВАННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И СДЕРЖИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ
Ратманов М.А., Бенян А.С. 103

САРКОИДОЗ

123.
КТ-ПАТТЕРНЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
О.В. Ермилов, Л.Б. Никонорова, М.А. Бочарова, Л.В. Морозова, В.А. Бочаров 104

124.
АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Гудим А.Л., Постникова Л.Б., Костров В.А., Бычкова Е.В., Болдина М.В., Сиднев А.С. 105

125.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Гудим А.Л., Постникова Л.Б., Бычкова Е.В., Болдина М.В.. 105

126.
СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СОСТАВ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ Т-ХЕЛПЕРОВ ПРИ САРКОИДОЗЕ
Лазарева Н.М., Кудрявцев И.В., Баранова О.П., Серебрякова М.К., Бажанов А.А., Сесь Т.П., Илькович М.М., Тотолян Арег А. 106

127.
САРКОИДОЗ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА:
КЛИНИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

А. Ф. Абубикиров, А.С Зайцева, ЛА. Мазаева, А. В. Медведев, Е. И. Шмелев. 107

128.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
САРКОИДОЗА (ПО МАТЕРИАЛАМ ЛЕГОЧНО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО
ЦЕНТРА КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА)

М.Г. Мамаева, И.В. Демко, Н.В. Гордеева, Т.В. Сумцова, А.А. Новикова.. 107

129.
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ
С ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

И.Ю. Визель, А.А. Визель, Г.Р. Шакирова 108

130.
АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА БОЛЬНЫХ С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ
И ТУБЕРКУЛЕЗЕ

А.Ю. Черников, Л.Г. Землянских. 109

131.
НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ
ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Зейналова А.А., Моногарова Н.Е., Бубнова И.А.. 109

132.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ САРКОИДОЗЕ

А.А. Визель, И.Ю. Визель, Г.Р. Шакирова 110

ТАБАКОКУРЕНИЕ

133.
ИЗМЕНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ
ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Передельская М. Ю., Сахарова Г. М., Антонов Н. С., Салагай О. О., Демидов И. В. 111

134.
СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ДЛЯ
ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, С УЧЕТОМ ФАКТОРА РИСКА КУРЕНИЯ

Мокин Е.Д.. 112

135. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ
ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И АРХАНГЕЛЬСКА
(ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА РЕСПЕКТ)

Андреева Е.А., Похазникова М.А., Кузнецова О.Ю.. 112

136.
ЭСКАЛАЦИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО
ОКИСЛЕНИЯ У КУРЯЩИХ

Запруднова Е.А., Смирнов М.В., Соодаева С.К., Климанов И.А.,
Ли Т.В., Попова Н.А., Муракаева Л.Р., Глухова М.В., Кубышева Н.И.. 113

ТУБЕРКУЛЕЗ

137.
ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НОВЫХ И ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗЕНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ (ШЛУ ТБ) ВОЗБУДИТЕЛЯ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (В И С)
Кадырова А.А., Ахундова И.М., Алиева Г.Р. . . . 115

138.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Горбач Л.А. . . . 116

139.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
Горбач Л.А. . . . 116

140.
ТЕМПЫ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ И РОССИИ
Горбач Л.А. . . . 117

141.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МУТАЦИЙ ГЕНОВ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ИЗОНИАЗИДУ И РИФАМПИЦИНУ НА ТЕРРИТОРИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016–2018 ГГ.
Голованова М.Н., Челнокова О.Г., Ефремов И.А., Николаев А.Г., Головачева У.Е. . . . 118

142.
ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВАЦИИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА НЕОПТЕРИН И RANTES У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Баранов А.А., Таххан Абдулраззак, Челнокова О.Г. . . . 119

143.
ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ АЛЛЕРГОФЕРОНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО РЕКОМБИНАНТНОГО
Дубровская И.И., Зенкова Л.А., Небесная Е.Ю.3, Бахшиева Л.И., Мордык А.В., Иванова О.Г., Багишева Н.В., Моисеева М.В. . . . 119

144.
ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ: СОВРЕМЕННЫЕ МАСШТАБЫ ПРОБЛЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА
Яворский К.М., 2, Московчук А.Ф., Болотникова В.А., Корлотяну А.А., Брумару А.А., Шинкаренко И.В. . . . 120

145.
КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СТАЦИОНАРЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА
Бабаева И.Ю., Яцукова А.В. . . . 121

146.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Бабаева И.Ю., Василевская Н. Е., Яцукова А.В. . . . 122

147.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
Корецкая Н.М., Элярт В.Ф., Шогжал И.С., Белоусова Ю.Н. . . . 122

148.
ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ
ОТ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ
Ташпулатова Ф.К., Абдусаломова М.И., Рахимов Д.Б.. 123

149.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ
Ташпулатова Ф.К., Раззаков С.А., Медведева Н.В. 124

150.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ СКРИНИНГА
ПОДРОСТКОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ИНФЕКЦИЮ
Барышникова Л.А., Воекова Н.А., Кабаева М.Н. 124

151.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ
В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ
Данцев В.В., Харитонов М.А., Иванов В.В. 125

152.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Юсупалиева М.М., Гришин М. Н.,Чудинова Д. С., Каримов Ж. А.. 126

153.
ОКАЗАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА. ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
Писаренко К.С., Писаренко С.В. 126

154.
РАССЛЕДОВАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ КОНТАКТОВ
В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА: ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
Писаренко К.С., Писаренко С.В. 127

155.
ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
МЕТОДОМ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНОГО ПНЕВМОЛИЗА С ПЛОМБИРОВКОЙ
Гаджиева П. Г., Ениленис И. И., Кесаев О. Ш., Курбанова Нурай Бахадир кызы 128

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

156.
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ
НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ
С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Н.М. Леонтьева, И.В. Демко, Е.А. Собко, О.П. Ищенко, Соловьева И.А.. 129

157.
ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА
А.В.Тетенева, Н.А. Сердюков, Т.Н. Бодрова, К.Ф.Тетенев, Н.Ю. Колесник. 130

158.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ
И БРОНХОФОНОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРИПАМИ
В ЛЕГКИХ И С ВЕЗИКУЛЯРНЫМ ДЫХАНИЕМ
Магомедова К.А., Гусейнов А.А.. 131

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

159. К ВОПРОСУ О СРОКАХ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ АСПИРАЦИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА
В.П. Введенский . . . 132

160. ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ КАВЕРНОТОМИЯ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ
Орлова И.В.; Лаптев А.Н. . . . 133

161. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ
Северова Л. П., Щербакова Г. В., Короев В. В., Самтаков П. А. . . . 133

ХОБЛ

162. ОСТЕОСАРКОПЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
А. К. Сулейманова, И. А. Баранова . . . 135

163. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ
Недомолкин С.В., Великая О.В. , Недомолкина С.А., Сулейманова Л.С. . . . 136

164. ЗНАЧЕНИЕ ТРЕНИРОВКИ ИНСПИРАТОРНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ
Овсянников Е.С., Будневский А.В., Перцев А.В. . . . 136

165. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ
Авторы: Кудрявцева Э.З., Никитина Л.Ю., Соодаева С.К., Петровская Ю.А. . . . 137

166. ТУССОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ
Овсянников Е.С., Будневский А.В., Перцев А.В., Резова Н.В. . . . 138

167. ДИАГНОСТИКА ХОБЛ У КУРИЛЬЩИКОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Вершинина М.В., Хоменя А.А., Фороносова О.А. . . . 139

168. СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ, МАГНИЯ И ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Авторы: Постникова Л.Б., Кубышева Н.И., Соодаева С.К., Климанов И.А., Ли Т.В., Муракаева Л.Р., Попова Н.А., Глухова М.В., Петровская Ю.А. . . . 139

169. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХОБЛ И ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХОБЛ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА
Батын С.З., Аргунова А.Н., Прокопьев Е.С., Михайлова Т.А., Яковлева Р.Н., Черняк А.В., Неклюдова Г.В., Софронова Т.А., Чучалин А.Г. . . . 140

170. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ КАТИОННЫЙ БЕЛОК КАК ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ БИОМАРКЕР ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ
Карнаушкина М.А., Федосенко С.В., Данилов Р.С., Петров В.А. . . . 141

171.
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Е.Г. Кулик, В.И. Павленко, С.В. Нарышкина. 142

172.
СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Бакина А.А., Павленко В.И. 142

173.
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С НАРУШЕНИЕМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ
Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И. 143

174.
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С НАРУШЕНИЕМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ
Щегорцова Ю.Ю., Павленко В.И. 144

175.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС
Игнатова Г.Л., Антонов В.Н., Тихонова Е.В. 145

176.
ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-4 РОФЛУМИЛАСТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Игнатова Г.Л., Блинова Е.В. 145

177.
НАЗНАЧЕНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ И ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ
Костина Н.Э., Королькова О.М. 146

178.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ГЛИКОПИРРОНИЙ / ИНДАКАТЕРОЛ В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ ГЛИКОПИРРОНИЕМ БРОМИДОМ
Черкашин Д.В., Шарова Н. В., Гришаев С. Л., Ефимов С.В., Турдиалиева С.А. 147

179.
ФАКТОРЫ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ
Цеймах И.Я., Шойхет Я.Н. 147

180.
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ
Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С. 148

181.
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЖИРЕНИЕМ
Перцев А.В., Будневский А.В., Овсянников Е.С. 149

182.
ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА
Танченко О.А., Нарышкина С.В. 150

183.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ
Малыхин Ф.Т., Апагуни А.А., Джатдоева М.Х., Абдурахманова И.М., Форсикова Н.Г. 150

184.
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ВИТАМИНОМ Д НА ДИНАМИКУ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Болотова Е. В., Трембач В. В., Дудникова А. В. 151

185.
ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ II – III СТАДИЕЙ
А.Н. Ишмухаметова, А.М. Явгильдина, Д.Р. Субхангулова 152

186.
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ
А.Н. Ишмухаметова, А.М. Явгильдина, Д.Р. Субхангулова 152

187.
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Полетаева Н.Б., Стрелова Д.А., Соболева А.Ф., Дутлякова А.Д. 153

188.
РИСКИ И ПРОГНОЗ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В. 154

189.
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ХОБЛ И ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЭКСПРЕССИОННЫЙ ПРОФИЛЬ КОМПЛЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ ЦИТОКИНЫ, ХЕМОКИНЫ И ДРУГИЕ КЛЮЧЕВЫЕ МОЛЕКУЛЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ
Г. Ф. Корытина, Ю.Г. Азнабаева, Л.З. Ахмадишина, О.В. Кочетова, Ш.З. Загидуллин, Т. В. Викторова. 155

190.
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: АНАЛИЗ КОМПЛЕКСА ФУНКЦИОНАЛЬНО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ ГЕНОВ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ
Г. Ф. Корытина, Ю.Г. Азнабаева, Л.З. Ахмадишина, О.В. Кочетова, Ш.З. Загидуллин, Т. В. Викторова. 156

191.
ВОЗМОЖНОСТЬ ОТМЕНЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ БРОНХОЛИТИКОВ РАЗНЫХ КЛАССОВ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Заикина Е. В. 157

192.
ХОБЛ: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ
Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р., Кудрявцева Э.З. 157

193.
ВОЗМОЖНОСТИ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ
Копылов А.Н., Хамитов Р.Ф., Байрамова В.П., Васильева Т.Ю., Сабитова Г.Х. . . . 158

194.
ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ВЫБОР ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО
Салахова И.Н., Визель И.Ю., Шмелев Е.И. . . . 159

195.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА В ТЕХНОЛОГИИ РЕСПИМАТ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Бессонова Л.О., Верлан Н.В., Кочкина Е.О., Стеценко Л.К., Киреева В.В., Будковская Л.И. . . . 160

196.
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ОБЪЕКТИВИЗАЦИЕЙ ПО ШКАЛЕ SYNTAX SCORE У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ
Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Рассадникова К.Р., Прибылов В.С. . . . 160

197.
ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ТЕЧЕНИЕ ХОБЛ
Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А. . . . 161

198.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ПОМОЩЬЮ ПЕРИНДОПРИЛА
Писаренко С.В., Мартынюк К.И. . . . 162

199.
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕГКИХ И ФИЗИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Скалецкая В.В., Московчук А.Ф., Симионика Ю.Д., Кондрацки Д.П., Колун Т.И. . . . 163

200.
ХОБЛ КАК КОМПОНЕНТА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ
Писаренко Н.К., Кондрацки Д.П., Писаренко С.В. . . . 163

201.
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ПРИЧИНА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
Кондрацки Д.П., Мартынюк К.И., Писаренко С.В. . . . 164

202.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТИПОВ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ХОБЛ. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ
Овчаренко С.И., Волель Б.А., Галецкайте Я.К., Плужников И.В., Симонов А.Н., Хрущев С.О. . . . 165

ЭКСПЕРТИЗА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

203.
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Шамшева Е.В., Бородкина С.П., Мордык Д.И., Муканова А.К., Зубенко О.В., Мордык А.В. , Багишева Н.В., Иванова О.Г., Моисева М.В. . . . 166

204.
СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В РАЗГРАНИЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОШИБКИ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЯ
Писаренко К.С., Писаренко С.В. 167

ЭНДОСКОПИЯ

205.
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕОБСТРУКЦИИ ПОРАЖЕННЫХ
БРОНХОВ ПОСЛЕ ГЕМОАСПИРАЦИИ С ГЕМООБТУРАЦИЕЙ
В.П. Введенский 168

206.
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОАСПИРАЦИИ
В.П. Введенский 169

207.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКОБАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЖИДКОСТИ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА У ПАЦИЕНТОВ
С СОЧЕТАНИЕМ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ,
САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
*Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И., Родимова О.А., Рыжкова С.А.,
Хураськина Т.П.* 169

208.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
В БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П. 170

209.
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ СЕРДЦА
*Е.А. Цеймах, В.А. Бомбизо, П.Н. Булдаков, Н.Ю. Ручейкин,
М.Е. Цеймах, В.М. Карквин, С.А. Дорохина, А.А. Аверкина, Д.Н. Устинов.* 171

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

210.
УРОВЕНЬ И ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО РЕГИОНА РОССИИ
Колосов В.П., Манаков Л.Г., Перельман Ю.М. 172

211.
СМЕРТНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ РЕСПИРАТОРНЫХ И ИНЫХ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА
Писаренко Н.К., Кондрацки Д.П., Писаренко С.В. 173

212.
ЭТИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ОБСТРУКТИВНЫХ
БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ
*Трунцова Е.С., Шахгереева Л.Д., Несирханов В.Л.-Э.,
Касаткина Н.В., Епанчина Н.М.* 173

РАЗНОЕ

213.
ЛИМФОЦИТЫ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ
(БОС) ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЯХ КИШЕЧНИКА
Алиева Г. Р., Гаджиева Р. С., Мустафаев И. А., Алхасова А. В. 175

214.
СТРУКТУРА РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Степаненко Т.И., Стрекозова И.П. 176

215.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ В ПРОГНОЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В. 176

216.
ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ
Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н., Абдуллаева В.А., Гафнер Н.В. 177

217. МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ
Ниязова Ф.Н., Мухсинов Ф.М., Абдуллаева В.А., Аралов Н.Р., Ливерко И.В. 178

218.
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК
Кулагин Е.А., Волкова А.Г., Смирнова А.Г., Рабик Ю.Д., Трофимов В.И., Афанасьев Б.В. 178

219.
ПРОНИКАЮЩАЯ ТРАВМА СЕРДЦА: АБСОЛЮТНЫЕ И ВЕРОЯТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
Е.А. Цеймах, В.А. Бомбизо, П.Н. Булдаков, Н.Ю. Ручейкин, М.Е. Цеймах, В.М. Каркавин, С.А. Дорохина, А.А. Аверкина, Д.Н. Устинов 179

220.
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ДОРОЖНОЙ КАРТЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
Г.У. Есетова, Н.З. Зарубекова, Д.К.Сайланова, А.К.Серикбаева, К.К.Кабдылдаева. 180

221.
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЧЕТКОЙ ЛОГИКИ
Зулкарнеев Р. Х., Юсупова Н.И., Насыров Р.В., Шахмаметова Г.Р., Загидуллин Ш.З., Бикташев Т. Р. 181

222.
РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ У ДЕТЕЙ: ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ
Лукашевич М.Г. 181

223.
ОСТРЫЙ БРОНХИТ: ЭТИОЛОГИЯ, С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК
Будорагин И.Е., Лиходий В.И., Зайцев А.А. 182

224.
ВЛИЯНИЕ ВДЫХАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО АЭРОЗОЛЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ
Милютина М.Ю., Макарова Е.В., Мартынов С.В. 183

225.
МАРКЕРЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ
Реброва С.А., Емельянов А.В., Сергеева Г.Р., Корнеенков А.А., Партави М.С. 183

226.
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА
Ильин М.В., Брусин С.И., Филатова Ю.С. 184

227.
РОЛЬ ПЕРОКСИРЕДОКСИНА 6 В ЗАЩИТЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ
Гордеева А.Е., Новоселов В.И., Соодаева С.К., Климанов И.А. 185

228.
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Баимбетов Ф.Л., Фархутдинов Р.Р. 185

ТЕЗИСЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

229.
PULMONARY COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH INFLUENZA A(H1N1) DURING THE SEASON OF THE YEARS 2018-2019
S. Sciuca, R. Selevestru, T. Chiperi, A. Cotoman, V. Velicico, M. Apostol 187

230.
BRONCHOPULMONARY DISPLAZIA IN CHILDREN: ANALYTICAL COHORT STUDY
A. Cotoman, M. Ceahlau, R. Selevestru, S. Sciuca 188

231.
BRONCHIECTASIS IN LUNG INFECTIONS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS
L. Balanetchi, R. Selevestru, I. Adam, S. Sciuca 188

232.
THE SEVERITY OF RESPIRATORY DISORDERS OF THE PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHOPULMONARY DISEASES
Casapciuc Igor, Selevestru Rodica, Scaletchi Valentina, Adam Ianos, Balanetchi Ludmila, Sciuca Svetlana 189

233.
THE BURDEN OF INFECTIONS IN PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES AND CYSTIC FIBROSIS PATIENTS
C.Tomacinschi, R.Selevestru, L.Balanetchi, A.Ceban, S.Sciuca 189

234.
THE ENDOSCOPIC CHARACTERISTIC IN THE ASPIRATION OF ORGANIC FOREIGN BODIES IN THE CHILDREN'S BRONCHIAL TREE
Victor Rascov, Rodica Selevestru, Ana Margineanu, Liliana Visnevschi-Rusnac, Svetlana Sciuca 190

СПОНСИРУЕМЫЕ ТЕЗИСЫ

235.
ИССЛЕДОВАНИЕ IMPACT: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
С.Н. Авдеев, О.Н. Титова, Ю.М. Илькович, А.В. Миронов, А.С. Исмала, Т. Элфишави, Л. Теихман, С. Озеи-Нтем, Л. Тарик. 191

ТЕЗИСЫ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СЛУЧАЯМ

1.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ, НЕТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ
Костина Н.Э., Шипилова И.А., Первеева И.М. 193

2.
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ
Нашатырева М.С. 194

3.
ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗ: КЛАССИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И АНАМНЕЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
М.В. Колпаков, Л.В. Шульженко, В.В. Штрауб 194

4.
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ С ПОМОШЬЮ VV-ЭКМО И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ЛЕЙКОЗА
Колпаков М.В., Шульженко Л.В. 195

5.
ДИГЕСТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЙ СВИЩ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Бенян А.С. 195

6.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА БЕЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
Ю.А. Янович, С.А. Рачина, И.С. Тартаковский, Т.Э. Лесных. 196

7.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ (ВЕГЕНЕРА) С ИЗОЛИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
О.В. Обухова, О.В. Хлынова. 197

8.
СОЧЕТАНИЕ САРКОИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ IGG
О.А. Цветкова, О.О. Воронкова , Г.Б. Абдуллаева 198

9.
СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОССА У ПОДРОСТКА
Старевская С.В., Мельник С.И., Сергеев К.В. 198

10.
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ В РАМКАХ АНТИСИНТЕТАЗНОГО СИНДРОМА
Капустина В.А., Овчаренко С.И., Морозова Н.В., Бабырэ В.В. 199

11.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЧАСТИЧНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ И ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ У ПАЦИЕНТА С ДЕКСТРАКАРДИЕЙ
О.В. Ермилов, Л.Б. Никонорова, М.А. Бочарова , Л.В. Морозова, В.А. Бочаров 199

12.
СЛУЧАЙ ЛИМФОСАРКОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПИЩЕВОД, ТРАХЕЮ И ГЛАВНЫЕ БРОНХИ
Штейнер М.Л., ... 200

13.
СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНОМАЛИИ ВЕТВЛЕНИЯ БРОНХОВ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И., Лаврентьева Н.Е., Хураськина Т.П. 200

14.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВИЯ СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА В7 У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Штейнер М.Л., Жестков А.В., Биктагиров Ю.И., Лаврентьева Н.Е. 201