Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения
города Москвы
Научно-исследовательский
институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента ДЗМ
ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
Европейское респираторное общество

26–29
октября
2021 г., Москва

XXXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ISBN 978-5-901450-20-8
9 785901 450208

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения
города Москвы
Научно-исследовательский
институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента ДЗМ
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
Европейское респираторное общество

XXXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

INDEX

Указатель авторов 122

Содержание 126

г. Москва, 2021

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

С23

С23 **Сборник трудов конгресса.** XXXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания; Под. ред. акад. А.Г. Чучалина – М. : ДизайнПресс, 2021. – 144 с.

ISBN 978-5-901450-20-8

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

XXXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания

26 – 29 октября 2021 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 12.10.2021. Тир. 300 экз.

ISBN 978-5-901450-20-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

5 БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

6 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

19 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

23 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

28 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

29 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

30 ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

31 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

37 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

40 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

42 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

45 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

46 МУКОВИСЦИДОЗ

48 НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

50 ОНКОЛОГИЯ

51 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

54 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

55 ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

57 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

58 ПНЕВМОНИЯ

65 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

71 РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

72 САРКОИДОЗ

76 ТУБЕРКУЛЕЗ

85 ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

87 ХОБЛ

103 ЭНДОСКОПИЯ

107 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

112 РАЗНОЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А., Анохина В.С.

Цель исследования: проанализировать клинико-функциональные особенности течения тяжелой бронхиальной астмы (БА) у 42 пациенток в гестационном периоде. Группа сравнения – 50 беременных без аллергических заболеваний. Материалы и методы. Использованы клинико-анамнестические данные, исследование вентиляционной функции легких. Результаты. У 19 (45,2%) больных была аллергическая форма БА, у 7 (16,7%) – неаллергическая, у 16 (38,1%) – смешанная. ОРВИ во время беременности наблюдались у 38 (90,5%) пациенток, чаще во II и III триместрах. Среди внелегочных аллергических заболеваний наблюдались чаще аллергический ринит – у 34 (81%) больных, крапивница – у 8 (19%), атопический дерматит – у 3 (7,1%). Обострение БА на протяжении одного триместра беременности было у 15 (35,7%) больных. Обострения заболевания прослеживались в течение двух триместров: в I и III – у 6 (14,3%) беременных, во II и III – у 16 (38,1%), в 7 (16,7%) случаях было неконтролируемое течение БА на протяжении всей беременности. У 4 (9,5%) развился астматический статус при сроке гестации 35 7 недель. В целом, течение БА у 12 (28,5%) в гестационном периоде осталось без существенной динамики, у 30 (71,4%) – утяжеление симптомов. Отмечена высокая частота гестационных осложнений у больных БА, превышающая показатели группы сравнения в 2-3 раза (ранний токсикоз, угроза прерывания, гестоз, хроническая внутриутробная гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды, кесарево сечение) ($p<0,01$). Средняя масса тела новорожденных от матерей с БА составила 2863±150 г, в группе сравнения 530±110 г ($p<0,05$). В структуре патологии новорожденных ведущие места занимали: церебральная ишемия, внутриутробное инфицирование, нарушение периода адаптации, синдром дыхательных расстройств ($p<0,05$).

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.
АСТМА ПОЖИЛЫХ И COVID-19: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Позднякова А.А., Авдеев С.Н., Гайнитдинова В.В.

Пожилой возраст, ожирение, сердечно – сосудистые заболевания и диабет являются факторами неблагоприятного прогноза для больных COVID-19. Однако не совсем ясно, является ли бронхиальная астма (БА) фактором риска развития и тяжести COVID-19.

Цель исследования: изучить течение инфекции SARS-CoV-2 у пожилых пациентов с бронхиальной астмой, влияние астмы и сопутствующих заболеваний на исходы, связанные с COVID-19 и определение предикторов госпитальной летальности. В исследование включены пожилые пациенты [ВОЗ, 2020] (>60 лет, n=69, 69,5 (64-79,8) лет; мужчин 32, женщин 37) с БА, госпитализированные по поводу COVID-19. БА у пожилых пациентов с COVID-19 чаще всего имела средне-тяжелое течение, неатопический фенотип, высокую коморбидность. У всех 69 (100%) пациентов отмечалась потеря контроля симптомов БА. Тяжелая форма COVID-19 зафиксирована в 28,3% случаев. Кислородотерапия назначалась всем 69 (100%) пациентам. Неинвазивная вентиляция легких использовалась у 6 (8,6%) пациентов, исскуственная вентиляция легких– у 7 (10,1%). Летальность составила 13%. Индекс Чарлсона показал себя статистически значимым предиктором летального исхода у пациентов с БА и COVID-19 (ОР 1,67[1,11-2,53]; p=0,013); значения > 6 баллов статистически значимо ассоциированы с риском летального исхода –AUC 0,81[0,68-0,94].Уровень СРБ на 5-й день после госпитализации ассоциирован с более высоким риском летального исхода у пациентов с БА и COVID-19 – (ОР 1,02[1,01-1,03]; p=0,013). При СРБ ≥ 20 мг/л J=0,63) статистически значимо увеличивается риск летального исхода. Низкий уровень общего белка у пожилых пациентов с БА и COVID-19 еще один статистически значимый предиктор летальности (ОР 0,91[0,84-0,98]; p=0,013), значения ≤ 52 г/л ассоциированы с более высоким риском летального исхода.

3.
БОЛЕЗНЬ КРОНА С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ АЛЬВЕОЛИТОМ

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

Барламов П. Н.

Локальные специфическое гранулематозное поражение легких при болезни Крона (БК) встречается крайне редко.

Цель: Привлечь внимание пульмонологов к возможным лёгочным проявлениям БК. Приводим случай летального исхода и аутопсии у пациентки БК с гранулематозным поражением легкого диагноз, которого вызвал значительные затруднения. У пациентки М., 63 лет были обнаружены следующие синдромы: абдоминальный болевой синдром, диарея с умеренным выделением крови, лихорадка, мальдигестии и мальабсорбции, выраженной потери массы тела, гипопротеинемии с развитием отечного синдрома. При колоноскопии и гистологическом исследовании толстой кишки были обнаружены типичные изменения, характерные для БК. На компьютерной томограмме органов грудной клетки (КТ ОГК) – двухсторонний гидроторакс; признаки полостного образования S9 левого легкого (деструкция? деформированный В9?). Кислотоустойчивые микобактерии туберкулеза и атипические клетки в мокроте не найдены. Диаскин – тест отрицательный. Агрессивная терапия с применением больших доз глюкокортикостероидов и цитостатиков не проводилась в связи с вероятностью активизации вероятного инфекционного процесса в легких. Больная скончалась от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Основной клинический диагноз: Болезнь Крона тонкой и толстой кишки, распространенная форма, острое течение с фульминантным началом, тяжелая атака. Фоновое заболевание: Острый абсцесс S9 левого лёгкого. Гистологическое исследование левого лёгкого (аутопсийный материал): Спавшиеся альвеолы с обильной воспалительной инфильтрацией лимфоидными клетками и единичными эпителиоидными клетками с тенденцией к образованию гранулем без казеозного некроза, без наличия гигантских клеток Пирогова-Лангханса.

4.
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ХОБЛ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

ФГБОУ ВО Алтайский госмедуниверситет МЗ РФ

Клестер К.В., Елыкомов В.А., Клестер Е.Б., Анисимова И.В.

Цель: исследовать структуру и взаимосвязь коморбидных состояний с тяжестью клинических проявлений и исходами ХОБЛ в первичной медицинской сети, в том числе на фоне пандемии COVID-19. Материалы и методы: проведены 3-летние клинические наблюдения с анализом индекса коморбидности по M. Charlson и соавт. (1987) (the Charlson Comorbidity Index, CCI; 1987), индекса CIRS-G, шкалы Бартела у 265 пациентов с ХОБЛ (189 мужчин, средний возраст – 64,6 ±13,1 years). Результаты. Всего у 265 больных выявлено 1164 заболеваний, медиана на одного больного составила 5,1 [4,2; 6,2]. Одно заболевание зарегистрировано лишь у 5,6% больных. У половины пациентов (у 147, 55,5%) зарегистрировано > 3-х заболеваний. Наиболее часто диагностируемые коморбидные заболевания: ишемическая болезнь сердца (88%), СД (32%) чаще диагностированы у мужчин, артериальная гипертензия (71%),

патология органов пищеварения (67%), депрессия (19%) – у женщин. Установлена j-образная зависимость с группой ХОБЛ. У больных, перенесших COVID-19, обнаружено утяжеление группы ХОБЛ (группа D 44% против 11%), увеличение числа и изменение структуры коморбидной патологии (медиана коморбидности 6.7 [5,4; 7,2], ХСН, когнитивные расстройства). Факторами риска тяжелого течения COVID-19 явились: сердечно-сосудистые заболевания, индекс курения > 12 пачек/лет, СД. За время наблюдения умерло 48 (18%) больных, при CCI> 4 баллов, (odds ratio [OR], 4.92; 95% C, 3.89-6.34; p<.001), медиане сопутствующих заболеваний 6,7, перенесённом COVID-19 тяжелого течения.

Вывод: У больных ХОБЛ ассоциированная патология, в том числе перенесенный COVID-19 формирует синдром взаимного отягощения, приводящий к утяжелению течения, увеличению риска летального исхода, что целесообразно учитывать при разработке схемы лечения больных ХОБЛ.

5.
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

1 – МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия 2 – ТКБТ № 3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишин В.Ю.-1,2, Мишина А.В.-1,2, Собкин А.Л.-2, Сергеева Н.В.-2, Осадчая О.А.-2

Цель исследования: изучить влияние COVID-19 на клинико-рентгенологические проявления при коморбидности туберкулеза органов дыхания (ТОД), бактериальной пневмонии (БП) и ВИЧ-инфекции на поздних стадиях. Материалы и методы. Обследовано 22 больных с коморбидностью ТОД, БП и IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 30-55 лет, мужчин было 14, женщин – 8 и у них из мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР выявлен SARS-CoV-2, а при посеве мокроты – M. tuberculosis, S. pneumoniae (у 10 пациентов), H influenzae (у 4) или S. aureus (у 8) (1-я группа). 2-ю группу по методике «случай-контроль» составили 20 идентичных больных, без COVID-19. Результаты. У больных 1-й и 2-й группы ТОД сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло:14,1±0,64 и 19,7±0,54 кл./мкл крови (p>0,05). В 1-й группе у 8 больных был микобактериоз и у 9 – кандидоз легких, у 7 – пневмоцистная, у 6 – герпес- и у 4 – цитомегаловирусная пневмония, а во 2-й: у 8, у 9, у 8, у 8 и у 3 (p>0,05). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными проявлениями и поражением других органов. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и интерстициальными изменениями с консолидацией по типу «матового стекла». Площадь поражения легких была тотальной и практически сопоставимой.

Заключение: больные с и без COVID-19 и коморбидностью ТОД, БП и ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях характеризуется выраженным иммунодефицитом, генерализацией туберкулеза, наличием нескольких оппортунистических болезней легких и необходимы методы молекулярно-генетического исследования для этиологической диагностики и адекватного лечения.

6.
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

1 – МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия 2 – ТКБТ № 3 им. проф. Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишина А.В.-1,2, Мишин В.Ю.-1,2, Собкин А.Л.-2, Сергеева Н.В.-2, Осадчая О.А.-2

Цель исследования: изучить влияние COVID-19 на клинико-рентгенологические проявления при коморбидности туберкулеза органов дыхания (ТОД), герпесвирусной пневмонии (ГВП) и ВИЧ-инфекции на поздних стадиях. Материалы и методы. Обследовано 20 больных с коморбидностью ТОД, ЦМВП и IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 29-55 лет, мужчин было 14, женщин – 6 и у них из мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР выявлен SARS-CoV-2, а также в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже – Mycobacterium tuberculosis и Herpes simplex virus (1-я группа). 2-ю группу по методике «случай-контроль» составили 19 идентичных больных, без COVID-19.

Результаты: у больных 1-й и 2-й группы ТОД сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 18,9±0,56 и 19,1±0,51 кл./мкл крови ($p>0,05$). В 1-й группе у 5 больных был микобактериоз и у 7 – кандидоз легких, у 8 – бактериальная, 4 – пневмоцистная и у 4 – цитомегаловирусная пневмония, а во 2-й: у 6, у 9, у 7 и у 3 ($p>0,05$). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными и кожно-слизистыми проявлениями и поражением других органов. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и интерстициальными изменениями с консолидацией по типу «матового стекла». Площадь поражения легких была тотальной и практически сопоставимой.

Заключение: больные с и без COVID-19 и коморбидностью ТОД, ГВП и ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях характеризуется выраженным иммунодефицитом, генерализацией туберкулеза, наличием нескольких оппортунистических болезней легких и необходимы методы молекулярно-генетического исследования для этиологической диагностики и адекватного лечения.

7.
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, КАНДИДОЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

1 – МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия 2 – ТКБТ № 3 им. проф. Г.А.Захарьина, Москва, Россия

Мишин В.Ю.1,2, Мишина А.В.1,2, Собкин А.Л.2, Сергеева Н.В.2, Осадчая О.А.2,

Цель исследования: изучить влияние COVID-19 на клинико-рентгенологические проявления при коморбидности туберкулеза органов дыхания (ТОД), кандидоза легких (КЛ) и ВИЧ-инфекции на поздних стадиях. Материалы и методы. Обследо-

вано 20 больных с коморбидностью ТОД, КЛ и IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 30-56 лет, мужчин было 14, женщин – 6 и у них из мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР выявлен SARS-CoV-2, а также в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже – Mycobacterium tuberculosis и Candida albicans (1-я группа). 2-ю группу по методике «случай-контроль» составили 19 идентичных больных, без COVID-19.

Результаты: у больных 1-й и 2-й группы ТОД сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 17,1±0,64 и 18,7±0,54 кл./мкл крови (p>0,05). В 1-й группе у 8 больных был микобактериоз легких, у 10 – бактериальная, у 9 – герпес- и у 4 – цитомегаловирусная пневмония, а во 2-й: у 9, у 8, у 6 и у 3 (p>0,05). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными проявлениями и поражением других органов, в частности слизистых и кожных покровов. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и интерстициальными изменениями с консолидацией по типу «матового стекла». Площадь поражения легких была тотальной и практически сопоставимой. Заключение. Больные с и без COVID-19 и коморбидностью ТОД, КЛ и ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях характеризуется выраженным иммунодефицитом, генерализацией туберкулеза, наличием нескольких оппортунистических болезней легких и необходимы методы молекулярно-генетического исследования для этиологической диагностики и адекватного лечения.

8.
ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА D НА ДИНАМИКУ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И РАКОМ ГОРТАНИ

1 – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России,
2- ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, 3 – БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Великая О.В. – 1, 2, Недомолкин С.В. – 2,3, Недомолкина С.А. – 2

Цель: оценить влияние поддержания уровня витамина D (ВД) > 30,0 нг/мл в течение 12 месяцев у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и раком гортани (РГ) на цитокины. Материал и методы: в исследование вошли 59 пациентов с ХОБЛ (GOLD 2) и РГ, средний возраст 62,8 ± 3,5 лет. Основная группа 0 больных, которые в комплексном лечении получали витамин D (Колекальциферол) 500 МЕ в сутки. Группа сравнения – 29 пациентов, которые не принимали витамин D. Д-25(OH)D3 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Уровни провоспалительных (ИЛ-8, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов изучались у всех пациентов на этапе включения и через 12 месяцев.

Результаты исследования: выраженная недостаточность ВД и дефицит одинаково часто выявлялись в исследуемых группах: выраженный дефицит – у 70,0 %, недостаточность – у 30,0 %. При включении в исследование цитокиновый статус пациентов ХОБЛ и РГ: ИЛ-4 = 0,99 ± 0,05 пг/мл; ИЛ-8 = 15,89 ± 2,3 пг/мл; ФНО-α = 1,5 ± 0,03 пг/мл; у здоровых – ИЛ-4 = 2,28 ± 0,54 пг/мл; ИЛ-8 = 2,3 ± 0,15 пг/мл; ФНО-α = 0,45 ± 0,03 пг/мл (p<0,05). У больных группы сравнения через 12 месяцев сохранялся дефицит ВД. У пациентов основной группы через 12 месяцев средний уровень ВД составил 45,86 ± 3,35 нг/мл. У пациентов основной группы после применения ви-

тамина D по отношению к группе сравнения отмечалось достоверное увеличение концентрации ИЛ-4 до 1,92 ± 0,04 пг/мл и 1,81 ± 0,03 пг/мл (p = 0,03) и уменьшение значений ИЛ-8 до 6,4 ± 0,37 пг/мл и 7,3 ± 0,25 пг/мл (p = 0,048), ФНО-α – до 0,93 ± 0,04 пг/мл и 1,16 ± 0,07 пг/мл (p < 0,01) соответственно.

Выводы: поддержание уровня витамина D > 30 нг/мл у пациентов с ХОБЛ и РГ в течение 12 месяцев в составе комбинированной терапии достоверно уменьшает дисбаланс в системе цитокинов.

9.
ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ COVID-19

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России

Мухамбетова Г.Н., Воронина Л.П., Полунина О.С., Филлипова М.О.

Цель исследования: оценить влияние сопутствующей патологии на риск прогрессирования вирусной пневмонии COVID-19. Материалы и методы. В исследование включены 45 пациентов. 1-ю группу со-ставили пациенты без сопутствующих заболеваний (15 чел.); 2-ю – пациенты с ХСН IIАст. 3ФК; 3-ю – пациенты с СД 2 типа средней тяжести в фазе субкомпенсации. Пациенты имели коронавирусную инфекцию COVID-19, средне-тяжелой формы, осложненную пневмонией, средне-тяжелым течением с типом КТ 2. В качестве блокатора цитокинового шторма, назначен барицитиниб.

Результаты: в 1-й группе у 12 чел. (80%) не отмечалось прогрессирования заболевания; на 10 день выявлялись все критерии выписки. Состояние 3-х пациентов (20 %) на 10 день не соответствовало критериям выписки; отмечалось прогрессирование ДН. На КТ (9 сут.) наблюдался переход в КТ 3. В группе с ХСН у 9 (60%) не отмечалось прогрессирования заболевания, у 6 (40%) отмечалось нарастание объема поражения легочной ткани (переход в КТ 3) и на 10 день их состояние не соответствовало критериям выписки. Установлено увеличение риска прогрессирования поражения легочной паренхимы в группе с ХСН относительно 1-й группы OR=2,66 [0,65; 3,71]. В группе с СД у 14 (93%) отмечалось прогрессирование заболевания (прогрессирование ДН, увеличение объема поражения легочной ткани (у 10 (66%) переход в КТ 3, у 5 (33 %) в КТ 4). Увеличение риска прогрессирования поражения легочной паренхимы в группе с СД относительно 1-й группы составило OR=56 [2,73; 71,89].

Выводы: СД является сопутствующим состоянием, влияющим на течение вирусной пневмонии COVID-19, приводящим к значимому увеличению риска прогрессирования поражения легочной паренхимы OR=56 [2,73; 71,89]. Влияние ХСН на риск прогрессирования также значимо, хотя и выражено в меньшей степени OR=2,66 [0,65; 3,71].

10.
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ, СОЧЕТАЮЩИЙСЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

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

А. В. Медведев, А. Ф. Абубикиров, ЛА. Мазаева, Н.Н. Макарьянц, Е. И. Шмелёв.

Цель исследования: изучение клинических, рентгенологических, функциональных показателей больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). Материалы и методы. Обследовано 24 больных ГСП, сочетанных с артериальной гипертензией (основная группа), 26 больных ГСП без АГ – группа сравнения. Проанализированы клинические симптомы, данные лучевых и функциональных исследований.

Результаты: интенсивность кашля 0,91 балл, одышки 1,89 балла, выделения мокроты 0,73 балла у больных гиперсенситивным пневмонитом, сочетанным с АГ, выше, чем у пациентов ГСП без этого сочетания. Большая выраженность изменений ФВД отмечена в основной группе: уменьшение ЖЕЛ, ФЖЕЛ обусловлено перивазальной инфильтрацией интерстициальной ткани; снижение диффузионной способности лёгких (DLCO) связано с повышением ригидности сосудистой стенки и уменьшением ее растяжимости. Толерантность к физической нагрузке (6 мин шаговый тест) у больных ГСП и АГ ниже, чем у больных без АГ: соответственно 402,2 метра и 436,3 метров. При КТ ОГК различий выраженности ретикулярного и интерстициального компонента между группами не отмечено. При ЭХОКГ – признаки умеренной легочной гипертензии и дилатации правых отделов наблюдались у больных обеих групп без существенных различий между группами; гипертрофия левого желудочка – только у больных АГ. Риск жизнеугрожающих осложнений -индекс SCORE у больных ГСП с АГ выше 3,63; чем у больных группы сравнения: 1,64.

Выводы: в настоящем исследовании получены данные, свидетельствующие о бóльшей интенсивности респираторной симптоматики, снижении функционального статуса, вентиляционных нарушениях, дилатации полостей сердца, большем риске фатальных осложнений у пациентов с гиперсенситивным пневмонитом, ассоциированных с артериальной гипертензией.

11.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА У ПАЦИЕНТКИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1-Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия; 2-Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия; 3-Городская больница №2 г. Белгорода, Белгород, Россия

О.В. Ермилов-1,2, А.Ю. Третьяков-1, М.А. Бочарова- 2, Л.Б. Никонорова-2, В.А. Бочаров-1, Е.М. Волочаева-3, О.Г. Деева-3, В.В. Солошенко-3

Пациентка Ч., 51 год, поступила с жалобами на одышку при малой физической нагрузке (ходьба до 50 м), сухой кашель, сердцебиение, отеки нижних конечностей, передней брюшно**й** стенки.

Анамнез: страдает бронхиальной астмой, принимает ингаляционные кортикостероиды и бета-2-агонисты. Полгода назад была произведена холецистэктомия по

поводу флегмонозного холецистита. После оперативного вмешательства более месяца сохранялась гипертермия. Обратилась на прием к пульмонологу в связи с выявленными инфильтративными изменениями в нижней доле справа. Был диагностирован наддиафрагмальный абсцесс. 2 месяца проходила лечение в отделении гнойной хирургии. После выписки стала беспокоить и прогрессировать одышка. В течение последних 2-х недель появились явления сердечной недостаточности. При проведении флюорографии выявлена «инфильтрация легочной ткани», в связи с чем была повторно направлена к пульмонологу. При поступлении: обращают на себя внимание отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, вынужденное положение ортопноэ, акроцианоз, участи вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, тахипноэ, тахикардия. По данным ЭХО-КГ: симптоматика хронического констриктивного перикардита (листки перикарда утолщены до 6-7 мм, повышенной эхогенности; артефакты, характерные для кальциноза). Дилатация ПП, ПЖ, НПВ (не коллабирует на вдохе). Высокая легочная гипертензия (80 мм рт. ст.). Дискинезия МЖП . На серии КТ сканов: сердце расширено в поперечнике, листки перикарда тотально обызвествлены (кальцинаты местами достигают толщины 1 см), «застойные явления» в легких, жидкость в плевральных полостях. Сердце обычно расположено, умеренно расширено в поперечнике. Таким образом, в пульмонологической практике приходится проводить диагностический поиск внелегочных причин поражения правых отделов сердца.

12. КООПЕРАТИВНОСТЬ И СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ОГБУЗ Смоленская клиническая больница №1

Пунин А.А., Ваулин С.В., Иванова М.А.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), как и синдром алкогольной зависимости (САЗ), представляют значительную проблему в связи с широким распространением и медико-социальным бременем.

Цель исследования: изучение влияния САЗ на уровень субъективных симптомов ХОБЛ у лиц с разным уровнем кооперативности. Материалы и методы. Обследовано 147 мужчин с диагнозом ХОБЛ в возрасте от 40 до 88 лет. Проведено: спирометрия, определение наличия и стадии алкогольной зависимости, уровня одышки по шкале mMRC, уровня бытового дискомфорта по CAT-тесту, уровня комплаенса по тесту Мориски-Грина, шаговая проба. Среди пациентов с ХОБЛ I и II степени тяжести проанализированы данные мужчин с САЗ I и II стадии, группу контроля составили лица без САЗ и с САЗ I стадии.

Результаты: В исследуемой группе (n=43) отмечена менее выраженная одышка (медианы баллов по mMRC – 1 [0; 1] против 1 [1;2], p=0,001) и ограничения привычной активности (медианы баллов CAT-теста – 8 [3; 9] против 12 [7; 22], p=0,001) по сравнению с контрольной (n=59). Медиана дистанции в шаговой пробе не отличалась (286м против 253м, p>0,05), что не подтверждает более положительную субъективную картину. Результаты свидетельствовали о снижении критики при оценке проявлений ХОБЛ на фоне САЗ II, III стадий. Пациенты с уровнем комплаенса 3-4 балла также демонстрировали меньший уровень одышки (в среднем на 1 балл по mMRC, p=0,022) и бытового дискомфорта (в среднем на 6 баллов по CAT-тесту, p=0,012) на фоне САЗ II, III стадии (n=13, в контрольной группе n=53).

Выводы: у лиц с ХОБЛ I и II степени тяжести и сопутствующим САЗ II и III стадии наблюдалось снижение информативности тестов CAT, mMRC. Тенденция сохранялась при заявленном высоком комплаенсе.

13.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ SARS-COV-2

ФГАОУ ВО «КФУ имени В. И. Вернадского», ФКУЗ «Санаторий «Алупка» МВД России» Медицинская академия им.С.И. Георгиевского, г. Симферополь.

Юсупалиева М.М., Голубев О.Н., Чудинова Д.С., Гришин М.М.

Целью исследования: изучение эффективности методики сочетанного применения прерывистой нормобарической гипокситерапии (НГТ) и магнито-лазеротерапии (МЛТ) в реабилитации больных, перенесших вирусную пневмонию SARS-CoV-2 .В исследовании участвовало 350 больных с объемом поражения легких КТ-1-100 человек , КТ-2-200, КТ-3-50. В первых двух группах отдельно назначались НГТ или МЛТ, в 3-й (основной)-комбинация этих двух методов. Сеансы НГТ проводились на аппарате гипокситерапии «Био-Нова-24». Время одного сеанса 35-55 минут, курс составлял 20 дней. Для МЛТ использовался аппарат лазерный «Милта-Ф-8-01» РД-4, курс из 10 процедур. До и после лечения проводились: ЭКГ, пульсоксиметрия, СПГ, оценка одышки по шкале MRC, проба Штанге и 6-минутный шаговый тест (6-МШТ). Сочетанное использование НГТ и МЛТ оказало больший лечебный эффект, чем отдельное назначение этих методов, статистически значимо уменьшились СОЭ, количество нейтрофилов в крови, биохимические «острофазные» показатели, D-димер был 266 нг/мл -320 нг/мл, и снизился до 239-247 нг/мл у всех больных, (P=0,05)). По данным СПГ на 15,2±1,7% улучшилась бронхиальная проходимость, показатель ОФВ1 (НГТ – на 10,3±2,0%; МЛТ – на 7,1±1,9%). По результатам 6-МШТ двигательные возможности в основной группе, в среднем возросли с 610,5±24 метров (72,3±2,6% от должного) до 650,2±26 метров (84,4±2,5% от должного). Проба Штанге в 3 группе увеличилась на 55±2,5 секунд. Показатели пульсоксиметрии SpO2 повысились на 1-3% у всех групп больных (от исходных 94-96% (p=0,06)). Анализ шкалы одышки MRC в основной группе к концу лечения по бальной оценке показал снижение с 3х баллов до 1го балла (в группе ГГТ и МЛТ– на 2 балла).

Выводы: предложенные методики целесообразно рекомендовать на этапе реабилитации в лечебных учреждениях.

14.
ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АДАПТИРОВАННЫХ К АЭРОБНОЙ НАГРУЗКЕ

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Жабская А.В., Третьяков А.Ю., Ермилов О.В.

Цель исследования: анализ особенностей COVID-19 у больных артериальной гипертонией (АГ), исходно адаптированных к аэробным нагрузкам (АН). Материалы и методы. Лица с бессимптомной формой и больные COVID-19, страдающие АГ (1-я группа, n=23: 12 мужчин, 11 женщин, в возрасте 56,2 [45;67] лет, из них 18 человек с АГ 1-й степени, 5 со 2-й; последние достигают целевых значений АД моно- [3 че-

ловека] или двухкомпонентной [2 человека] программой гипотензивной терапии), регулярно (не менее 12 предшествующих месяцев) практикующих аэробный тренинг (по критериям American Heart Association, 2008). Контроль – 26 пациентов с COVID-19 (12 мужчин, 14 женщин), уравновешенные по критериям тяжести, длительности и практики лечения АГ, демографическим и антропометрическим показателям, без предварительной адаптации к АН. Анализировались данные компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, тест на РНК SARS-CoV-2 в мазках из носо-/ротоглотки, общий анализ крови с анализом лейкограммы и изучение уровня антител G и -M к SARS-CoV-2.

Результаты: число случаев бессимптомного течения COVID-19, ОРВИ-варианта, пневмонии без дыхательной недостаточности (ДН) и пневмонии с ДН в 1-й группе составило соответственно 11 (47,8%), 8 (34,8%), 3 (13,0%) и 1 (0,04%), тогда как в контроле 3 (11,5%, $\chi2=3,20$, $p=0,073$), 1 (0,04%, $\chi2=3,82$, $p=0,051$), 5 (19,2%, $\chi2=0,01$, $p=0,909$) и 17 (65,4%, $\chi2=8,08$, $p=0,004$). При наличии пневмонии, степень КТ I, II фиксировалась в группе практикующих АН у 3 (13,0%), 1 (0,04%), а в контроле – у 4 (15,1%, $\chi2=0,04$, $p=0,834$) и 5 человек (19,2%, $\chi2=0,95$, $p=0,329$), дополнительно здесь имелось 13 случаев с КТ III картиной болезни (50%, $\chi2=7,79$, $p=0,005$).

Заключение: больных АГ, регулярно практикующих аэробный тренинг характеризует преобладание случаев бессимптомного течения и ОРВИ.

15.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И МОЭКСИПРИЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Мартынюк К.И., Писаренко С.В.

Цель: изучить эффективность, побочные действия и осложнения от применения Периндоприла (П) и Моэксиприла (М) у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ). Материал и методы: В 1-ую группу были включены 65 больных ХОЗЛ (средний возраст 45,1±1,6 лет) с сопутствующей АГ, получавших П в дозе 5-10 мг/сут (средняя доза 7,7±2,4 мг) однократно в течение 60 дней. Во 2-ую группу был включен 31 больной гормонозависимой БА (средний возраст 55,0±8,2 лет), получавший М в дозе 7,5 мг/сут однократно в течение 60 дней.

Результаты: после 2 месяцев лечения П отмечено достоверное снижение среднесуточного систолического давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), соответственно на 15,5% и 11,0%. Положительная динамика уровней САД и ДАД отмечена и в группе больных, получавших М (10,2% и 9,5% соответственно). В этой же группе выявлен тренд к снижению уровня мочевой кислоты (с 5,5 до 5,2 мг/дл; $p>0,05$); у 1 больного – с заметным уменьшением болей в суставах и улучшением самочувствия. Отмечен также тренд к росту содержания калия (с 4,3 до 4,5 ммоль/л; $p>0,05$), без существенного изменения уровней креатинина и мочевины крови. В группе больных, получавших П, не выявлено достоверных изменений этих показателей. Установлен лишь некоторый тренд к увеличению содержания креатинина (с 0,051 до 0,065 ммоль/л) и мочевины крови (с 5,0 до 5,7 ммоль/л соответственно; $p>0,05$). У ряда больных, получавших М отмечены головная боль (6,4%) и эритема (3,2%).

Заключение: применение П и М – ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) с большим периодом полувыведения – для терапии сопутствующей АГ у больных ХОЗЛ отличается эффективностью, маловыраженными и редкими побочными эффектами, отсутствием ИАПФ-индуцированного кашля.

16.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

1 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); 2 – ФГБНУ Научный центр психического здоровья

Овчаренко С.И. – 1, Галецкайте Я.К. – 1, Волель Б.А. – 1,
Пушкарев Д.Ф. – 2, Андрющенко А.В. – 2

Наличие сопутствующих психических расстройств вносит существенный вклад в качество жизни, комплаенс и в общий прогноз при таких хронических заболеваниях, как ХОБЛ. Однако имеющиеся данные характеризуются широким разбросом частот (депрессии 6–42%, тревожного расстройства 2–96%), что возможно связано с методологическими ограничениями, в том числе с использованием исключительно психометрических инструментов, отсутствием обследования психиатром.

Цель: изучить распространенность и проявления психических расстройств у пациентов с ХОБЛ. Методы: В многоцентровое исследование включено 122 больных ХОБЛ (мужчины n = 97; средний возраст 66,5 ± 9,82 года), находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в 4 ЛПУ г. Москвы. Все участники были обследованы пульмонологом, психиатром и прошли психометрические тесты (HADS, BDI).

Результаты: Депрессивные расстройства (легкие и умеренные) при клиническом обследовании выявлены у 23,8% пациентов, тогда как психометрические данные показали более высокие оценки (34,4%). Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства установлены в 19,7% случаев. Также регистрировалась высокая частота хронических соматогенных и психоорганических нарушений: астения (47,5%) и мягкая/умеренная когнитивная дисфункция (34,4%). Астения и когнитивная дисфункция чаще встречались у пациентов с более выраженной дыхательной недостаточностью (64,4% с тяжелой ДН), обструкцией воздушного потока (тяжелая, крайне тяжелая 9,1% пациентов) и у пожилых пациентов.

Выводы: при ХОБЛ высоко распространены органические психические расстройства, а также депрессии, частота которых при обследовании психиатром меньше, чем по данным опросников. Это несоответствие может быть связано с наложением симптомов ХОБЛ и регистрируемых с помощью опросников симптомов депрессии.

17.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России 2. ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Башкортостан» Минтруда России

Муханова И. Ф., Сафронова Е.В.

Актуальность: проблема инвалидизации населения особенно важна, поскольку касается многих граждан и включает в себя социально-гигиенические, обще-экономические, нравственные аспекты.

Цель: проанализировать структуру оказания медицинской помощи инвалидам с болезнями органов дыхания (БОД). Материалы и методы: У 137 инвалидов проанализированы данные оказания медицинской помощи из первичных и отчетных медицинских документов.

Результаты: среди обследованных доля мужчин было – 74,21%, доля женщин – 25,8%. Средний возраст обследованных пациентов 61,2 года. 65,2% составляли инвалиды вследствие хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), с бронхиальной астмой (БА)- 24,2%, с бронхоэктатической болезнью легких (БЭБ) лишь 10,6%. С III группой инвалидности было 85,6%, со II – 14,4%. Пациентов с тяжелой I группой инвалидностью среди обследованных не было. Инвалиды вследствие бронхиальной астмы 64 раза были на госпитализации в стационарных условиях (в среднем – 2,0 случая на одного инвалида); инвалиды с ХОБЛ 138 раз были госпитализированы (1,6 случай на одного инвалида). Госпитализаций было в среднем 1,7 случая на одного инвалида. Количество консультаций в среднем на одного инвалида пришлось 3,8 посещения к врачам-специалистам (с БА – 4,4 консультации на инвалида, с ХОБЛ и БЭБ – по 3,6 консультации). В среднем пришлось 5,6 обследований на одного инвалида: с БА и ХОБЛ – по 5,7 , с БЭБ – 5,6 обследований . На одного инвалида пришлось 3,8 посещения к врачам-специалистам (с БА – 4,4 консультации, ХОБЛ и БЭБ – по 3,6 консультации).

Заключение: своевременная «настороженность» в отношении инвалидов с БОД позволит значительно оптимизировать их диагностику, терапию и последующую реабилитацию.

18.
ХАРАКТЕРИСТИКА ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ФИБРОТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

А. В. Медведев, А. Ф. Абубикиров, ЛА. Мазаева, Н.Н. Макарьянц, Е. И. Шмелёв.

Материалы и методы: Обследовано 47 больных фибротическим фенотипом интерстициальных заболеваний легких (фИЗЛ): 8 пациентов идиопатическим легочным фиброзом, у 25-х хроническим вариантом гиперсенситивного пневмонита, 14 – неспецифической интерстициальной пневмонией. Основную группу составили 24-х больных фИЗЛ с ишемической болезнью сердца (ИБС), группу сравнения – 23 больных фИЗЛ без ИБС. Проведен анализ клинических симптомов результатов инструментального и функционального обследования.

Результаты: больные основной группы ощущали усиление одышки раньше – через 3,15 дня, чем пациенты группы сравнения- 7,29 дня ($p < 0,05$). У больных с ИБС наблюдались рестриктивные (снижение ЖЕЛ и ФЖЕЛ), обструктивные (снижение ОФВ1 и МСВ 25) нарушения, значимое уменьшение диффузионной способности легких: (DLCO, $p < 0,05$) большая выраженность интерстициальных изменений при компьютерной томографии. Меньшее расстояние, пройденное за 6 мин, десатурация (снижение SpO2 соответственно на 8,31% и 2,12% $p < 0,001$), большие значения шкал одышки Борга и CRP свидетельствовали о снижении функционального статуса больных фИЗЛ с ИБС. Выявлена корреляционная связь шкалы одышки MRC с уровнем давления в легочной артерии, толщиной стенки левого и правого желудочка, значениями комплекса интима медиа (ТКИМ), с показателями шкалы сер-

дечной недостаточности ШОКС, свидетельствующая о негативном влиянии ИБС на течение интерстициального заболевания.

Заключение: изучение количественных характеристик одышки больных фибротическим фенотипом ИЗЛ с ИБС может быть способом оценки состояния сердечно–сосудистой системы, диагностики сопутствующих кардиальных заболеваний. Это простой, удобный, доступный способ априорного анализа одышки на этапе, предшествующем специализированным инструментальным методам диагностик

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

19.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОК БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ОО «Евгения», ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ», ДНЦ ФПД

Лазуткина Е.Л., Демура О.В., Бардов В.С., Лазуткин Н.Н.

Цель исследования: изучить клеточный состав, окислительно-метаболическую функцию и цитокин-продуцирующую активность клеток бронхоальвеолярной лаважной жидкости больных для уточнения механизмов, определяющих тяжесть клинического течения бронхиальной астмы.

Материал исследования: всего было обследовано 49 больных со смешанной формой БА (аллергической и инфекционно-зависимой). Средний возраст 34,7±3,8 лет. Среди обследованных больных у 28 пациентов была диагностирована среднетяжелая БА (I группа), а у 21 – тяжелая степень тяжести (II группа). Было выполнено исследование клеток бронхоальвеолярной лаважной (БАЛ) жидкости больных БА, полученной в ходе проведения лечебно-диагностической бронхоскопии

Результаты: клетки БАЛ жидкости больных со среднетяжелой степенью тяжести БА активнее продуцировали провоспалительные цитокины, в частности TNF-α, а у пациентов с тяжелой степенью тяжести – IL-4. Кроме того, судя по результатам LPS-индуцированной цитокин-продуцирующей активности, можно констатировать, что клетки БАЛ жидкости больных с тяжелой степенью тяжести БА находятся в состоянии примации на усиление Th2-цитокинового профиля.

Выводы: при тяжелой степени течения БА увеличивается количество нейтрофилов и десквамированных клеток эпителия дыхательных путей, вероятно, за счет активации процессов свободно-радикального окисления, о чем свидетельствует повышение спонтанного хемилюминесцентного ответа клеток БАЛ жидкости.

20.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ И МАРКЕРЫ Т2 ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

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

Мирхайдаров А.М. – 1, Габзалилова С.Р. – 1, Асадуллина Г.В. – 2

Цель: оценить динамику симптомов, функции внешнего дыхания (ФВД) и маркеров Т2 воспаления у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в процессе терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Методы: под наблюдением находились 22 пациента (18 женщин и 2 мужчин) с ТБА в возрасте 25-71 лет (средний возраст – 53,9±0 12,2 лет). Средняя длительность заболевания составила 12,7±8,4 лет. Исходно все больные получали максимальные дозы ингаляционных ГКС. По показаниям были назначены ГИБП: 11 пациентам – омализумаб, 8 – бенрализумаб, 3 пациентам – дупилумаб. Клинические проявления БА, ФВД методом спирометрии и маркеры Т2 воспаления (уровень эозинофилов крови) оценивали в динамике через 6 месяцев лечения ГИБП.

Результаты: до начала терапии ГИБП ежедневные симптомы БА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) отмечали 19 (86,3%) больных, ОФВ1 составил 55,07±19,8%, а средний уровень эозинофилов крови – 425 кл/мкл. На фоне терапии ГИБП клинические проявления заболевания до 1-2 раз в месяц сохранялись у 4 (18,1%) пациентов, до 2-х и более раз в неделю – у 1 (4,5%) пациента, ОФВ1 увеличился до 73,07±15,5%, средний уровень эозинофилов крови снизился до 183 кл/мкл.

Выводы: применение генно-инженерных биологических препаратов при тяжелой бронхиальной астме значительно уменьшает клинические проявления заболевания, улучшает функцию легких, снижает уровень эозинофилов крови.

21.
КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

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

Мирхайдаров А.М. – 1, Шаяхметова А.С. – 1, Асадуллина Г.В. – 2

Цель: оценить уровень контроля симптомов у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в процессе терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Методы: под наблюдением находились 22 пациента (18 женщин и 2 мужчин) с ТБА в возрасте 25-71 лет. Средний возраст составил 53,9±0 12,2 лет, средняя длительность заболевания – 12,7±8,4 лет. На отягощенный аллергологический анамнез указывали 19 (86,3%) больных, из сопутствующих заболеваний полипозный риносинусит выявлялся у 7 (31,8%) больных, атопический дерматит – у 3 (13,6%), хронический, аллергический ринит – у 5 (22,7%) больных ТБА. Все пациенты получали максимальные дозы ингаляционных ГКС. По показаниям были назначены ГИБП: 11 пациентам – омализумаб, 8 – бенрализумаб, 3 пациентам – дупилумаб. Уровень

контроля симптомов астмы оценивали при помощи опросника ACQ-5 исходно и в процессе лечения ГИБП через 6 месяцев.

Результаты: до начала терапии ГИБП ежедневные симптомы ТБА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) отмечали 19 (86,3%) больных, ночные симптомы – 15 (68,1%%) больных, число баллов по шкале ACQ-5 составило в среднем 2,16±0,65, что свидетельствовало о неконтролируемом течении заболевания. У 3 (13,6%) больных симптомы соответствовали критериям частично контролируемой астмы, число баллов ACQ-5 составило 1,18±0,19. На фоне терапии ГИБП контроль над астмой был достигнут у 14 (63,6%) пациентов, число баллов ACQ-5 составило 0,42±0,25, частичный контроль – у 7 (31,8%) пациентов, число баллов ACQ-5 – 1,16±0,23. У 1 (4,54%) пациента сохранялись признаки неконтролируемой ТБА, число баллов ACQ-5 составило более 1,5.

Выводы: применение ГИБП при тяжелой бронхиальной астме значительно уменьшает клинические проявления, позволяет достичь контроля над симптомами заболевания.

22.
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РТ

Вафина А.Р., Визель И.Ю.

Цель исследования: провести анализ частоты усталости у пациентов с бронхиальной астмой в реальной клинической практике. Материалы и методы. Было обследовано 458 больных БА, женщин 312 (68,81%), мужчин 146 (31,9%) в возрасте 18-87 лет. Была проведена оценка одного из факторов качества жизни больных – признака «усталость» согласно международному валидизированному вопроснику FAS. Применялась основная шкала оценки вопросника с градацией есть усталость или нет.

Результаты: наличие усталости было установлено у 381 пациента (83,2%). Мужчины и женщины с равной частотой имели этот признак, но возраст имел сильное влияние на усталость — с наибольшей частотой в пожилом и старческом возрасте. Усталость встречалась у пациентов в стационаре в 4 раза чаще (45,4%), у лиц с избыточной массой тела – 74,3%, у 91,6% лиц с неконтролируемой БА, при тяжёлом течении заболевания, у лиц с 3 и более обострениями в году и одной и более госпитализацией. У пациентов, с усталостью чаще отмечалось снижение функциональных показателей – ФЖЕЛ (54,6%) и ОФВ1 (32,0%). Пациенты с признаками усталости значимо чаще получали БКД, ИГКС/ДДБА, и почти в 6 раз чаще — СГКС (23,4%). Эти подгруппы больных астмой не различались по частоте эозинофилии, по эффективности применявшихся препаратов, по кратности ингаляций, при этом пациенты без усталости чаще использовали препараты по потребности.

Заключение: у пациентов с БА часто отмечается усталость; это важный детерминант качества жизни, но часто игнорируемый симптом. Пациенты с более тяжелым и неконтролируемым течением, отягощенным коморбидным фоном чаще жаловались на усталость. Оценка усталости с помощью вопросника FAS как важного фактора, определяющего качество жизни пациентов, может быть рекомендована к использованию у больных бронхиальной астмой.

23.
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Цель: выявить предикторы ответа на биологическую терапию у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) в условиях реальной клинической практики. Материалы и методы: обследованы 52 амбулаторных пациента (мужчин 42%) с ТБА (5 ступень по GINA2020) от 18 до 72 лет (средний возраст 51 год). У 80% диагностирована атопическая БА, у 31% – гормонозависимая, у 19% – аспириновая, ХОБЛ имелась у 21% больных. В течение года больные получали лечение препаратами против IgE (Омализумаб, 11 чел), против ИЛ-5/рецепторов ИЛ-5: (Меполизумаб, 12 чел/Бенрализумаб, 22 чел), а также против ИЛ-4/ИЛ-13 (Дупилумаб, 21 чел). Клинически значимой разницей (КЗР) считали уменьшение количества обострений ТБА на ≥50%, улучшение контроля астмы ACQ-5 на ≥0,5 балла, повышение ОФВ1 на ≥200мл. Оценка КЗР по обострениям проводилась через 1 год, для ACQ-5 и ОФВ1 – через 3мес, 6мес и 12мес терапии. Предикторы ответа оценивались с помощью корреляций Спирмена.

Результаты: через год лечения у 67% больных ТБА была достигнута КЗР по снижению частоты обострений, у 60%- по контролю БА и у 56%- по приросту ОФВ1. Улучшение контроля через 3мес отмечалось у 53%, улучшение ОФВ1-у 43% пациентов. Предикторами достижения КЗР были более высокий уровень ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, эозинофилов крови и FeNO. Предикторами недостижения КЗР были: постоянный прием СГКС (r=-0,36), наличие ХОБЛ (r=-0,26) и курение (r=-0,26), большее число обострений и госпитализаций за предшествующий год.

Заключение: использование иммунобиологической терапии в течение года приводит к клинически значимому уменьшению количества обострений, улучшению контроля и ОФВ1 у значительной части пациентов. Через 3 мес терапии у большинства больных можно оценить ответ на лечение. Наиболее важными предикторами ответа являются показатели функции легких и маркеры Т2-воспаления

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

24.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х.

Цель исследования: определить характер изменений микроэлементного статуса и установить их взаимосвязь с иммунологическим статусом у детей с бронхиальной астмой (БА). Материалы и методы. Было обследовано 25 детей, больных БА в возрасте от 7 до 14 лет (I), группу сравнения составили 20 детей с ООБ (II). Исследование было проведено в отделении пульмонологии РСНПМЦП МЗРУз. Иммунологические исследования проводились в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа.

Результаты и их обсуждение: по результатам исследования было выявлено повышение IL–4 (26,7±1,4 пг/мл), IL-8 (100,9±7,7 пг/мл), снижением IFNγ (14,3±1,9 пг/мл) у детей I группы. Уровень IL–8 превышал в 5,2 раза, IFNγ в 1,6 раз ниже значений практически здоровых, уровень TNF-α был повышенным в 3,5 раза. При изучении микроэлементного гомеостаза был обнаружен дисбаланс минералов Ca, K, Mg, C1, Se, Zn при БА. Отмечался гипермикроэлементоз Cu (8,9±1,39), Mn (0,35±0,05), Mg (<10±0,1), Se (0,23±0,044) и Ca (528±83,9). У 1/3 детей I группы снижение Zn сочетается с повышением K; у 1/4 — с повышением K и Na; а у 4/5 детей— со снижением Mg, Mn, Fe в волосах. Снижение Ca и Mg в волосах сочетается с эозинофилией.

Выводы: гиперреактивность бронхиального дерева у детей с БА сопровождается полимикроэлементными нарушениями. Отмечается дисбаланс микроэлементов, снижение содержания Ca, Mg, Zn, Mn и повышение — K, Cl, сочетающееся с эозинофилией. Дефицит Mg, Cu, Mn, Ca сопровождается с развитием иммунной недостаточности, снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением продукции интерферона, повышением IL–4, IL–8, TNFα, снижением IFNγ.

25. ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ

Бережанский П.В., Малахов А.Б., Татаурщикова Н.С.

Введение: Бронхиальная астма (БА) представляет серьезную медико-социальную и экономическую проблему. Известно, что формирование хронической патологии начинается на ранних этапах жизни ребенка. А представляет собой многофакторное заболевание, в развитии которого играют роль многие факторы. Дисфункция вегетативной нервной системы имеет важное патогенетическое значение в развитии и поддержании нейрогенного и аллергического воспалений.

Материалы и методы: В условиях стационара было обследовано 26 пациентов с БА (основная группа) и 25 практически здоровых детей в возрасте от 4 до 7 лет (группа сравнения). Всем детям проводилась оценка вариабельности сердечного ритма с использованием аппаратного комплекса «Кардиовизор–6С» (ООО «Медицинские компьютерные системы», Россия).

Результаты: у всех детей с БА выявлено незначительное повышение спектра высокочастотного компонента (HF), отражающего парасимпатическую активность, в то же время отмечено снижение спектра низкочастотного компонента (LF) вариабельности, отражающего уровень активности вазомоторного центра ($p > 0,05$) и напряженности регуляторных систем, что обуславливало изменение соотношения LF/HF у детей с БА (основная группа ,01±0,73, в группе сравнения – 4,03±0,69, $p>0,05$). Определение показателя IS (индекс стресса), который определяет степень доминирования центральных механизмов регуляции над автономными, выявило резкое снижение данного показателя в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 212,5 ± 21,1 и 302,4 ± 23,2, $p<0,05$.

Выводы: у детей с БА прослеживаются реактивная напряженность вегетативных регуляторных механизмов и отмечается повышение степени централизации в управлении сердечным ритмом.

26. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Мирсалихова Н.Х., Каримова М.Х.

Цель исследования: анализ цитокинового статуса и определение особенностей системы гемостаза и кислотно-щелочного состояния при бронхиальной астме (БА) у детей. Методы исследования: Обследовано 25 детей с БА в приступный период в возрасте 7-14 лет (I), группу сравнения составили – 20 больных с БА в период ремиссии (II). Иммунологические исследование включало определение уровня цитокинов IL-1β, IL-8, биохимическое исследование: определение тромбоцитарного гемостаза, активность КЩС.

Результаты исследования: исследование цитокинов показало, что во II группе продукция IL-1β составила 52,4±3,5 пг/мл, у больных I группы показатели IL-1β были повышены и достигали 96,8±5,7 пг/мл. Уровень IL-8 во II группе составили 19,8±1,4

пг/мл. Исследование цитокинов показало, что в I группе уровень IL-1β и IL-8 были повышены по сравнению со II группой (IL-8 у больных в 3,7 раза выше). В I группе отмечался низкий уровень ПТИ (15,48±1,57), а во II не превышал норму. Исследование КЩС показало наличие артериальной гипоксемии. Так, у больных I группы PO2 (55,5±6,16 мм.рт.ст), SO2 (83,9±5,13%), были значительно ниже аналогичных показателей II группы (PO2=82,4±2,9 мм.рт.ст.; SO2= 93,6±4,2%). Вместе с этим показатели pH крови у детей I группы был чуть больше нормы (7,45±0,02), а во II группе был в пределах нормы (7,38±0,04). Также отмечались изменения в электролитном составе крови. Уровень калия в I группе составил (3,09±0,159 ммоль/л), что ниже нормы, а во II (4,43 ± 0,2 ммоль/л). Уровень кальция в I группе был почти в два раза ниже нормы (1,01±0,05 ммоль/л), а во II – 2,1±0,3 ммоль/л.

Выводы: у детей с БА определялись достоверно высокие уровни IL-1β и IL-8, выявлялся низкий уровень ПТИ, легкий метаболический алкалоз, низкий уровень PO2 в крови и снижение концентрации ионов калия и кальция.

27.
ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Эсаханов Ш.Н., Каримова М.Х.

Цель исследования: изучить характер и спектр гиперчувствительности свистящего дыхания у детей раннего возраста. Материалы и методы. Обследовано 40 детей от 1 до 5 лет с персистирующим синдромом свистящего дыхания, получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Для определения гиперчувствительности всем детям проводилось исследование общего IgE.

Результаты и их обсуждение: было обследовано 40 детей, у 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания дыхательных путей (I группа с эпизодическими свистящими хрипами). У 25,0% (14) исследуемых обструкции возникали при других аллергенах (II группа – мультифакторные хрипы). В I группе аллергоанамнез был отягощён у 11,5% детей, во II группе – у 57,1%, у 35,0% детей отмечался повышенный уровень общего IgE. Во II группе уровень общего IgE был выше у 78,5%, а у 21,4% находился у верхней границы. У пациентов II группы сенсибилизация к бытовым аллергенам была у 85,7%, к пищевым – в 50%, к пыльцевым – в 35,7%. Наиболее частыми бытовыми аллергенами являлись: клещ домашней пыли – в 64,28%, шерсть домашних животных – в 42,8%. Из пищевых продуктов чаще наблюдалась сенсибилизация к яйцу (35,7%), коровьему молоку (26,6%), пшеничной муке (14,2%). В I группе сенсибилизация к бытовым аллергенам встречалась в 19,2% случаев, то есть значительно реже, чем во II. Сенсибилизация к пищевым и пыльцевым аллергенам наблюдалась у 53,8 % и 30,76 % детей соответственно.

Выводы: гиперчувствительность является ещё одним фактором, повышающим вероятность возникновения БА. Было установлено, что во II группе сенсибилизация наблюдалась в 3,95 раза чаще, чем в I. Во II группе спектр сенсибилизации у каждого отдельного ребёнка шире, чем в I, за счёт сенсибилизации к бытовым аллергенам.

28.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Махпиева Г.К., Каримова Н.И., Каримова М.Х., Узакова Ш.Б.

Цель исследования: оценить и установить группу риска развития метаболического синдрома (МС) у детей с бронхиальной астмой (БА) и оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий. Материал и методы. Для оценки эффективности установления детей для группы риска, обязательно должен быть чувствительным к динамике исследуемого показателя.

Результаты исследования: в результате проведения анкетирования среди 300 отобранных детей нами было установлено, что высокий риск развития МС отмечается у 140 детей, которым в последующем был установлен МС, тогда как у 90 детей регистрировался умеренный риск, а у 70 детей – минимальный. С высоким риском развития МС на фоне БА, у данной категории детей отмечались высокие показатели ИМТ, диапазон стандартных отклонений соответствовал (+) 2 СО (стандартные отклонения) – (+) 3 СО – ожирение. С умеренным риском развития МС на фоне БА показатели ИМТ соответствовали диапазону стандартных отклонений соответствовал (+) 1 СО – (+) 2 СО – избыточная масса тела, по минимальному риску развития МС при БА, их показатели ИМТ находились в диапазоне 0 – (+) 1 СО – норма.

Выводы: прогностическими предикторами риска развития МС при БА у детей являются: ИМТ, ОТ, показатели АД, ИР, КА и ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-а. Применение опросника и программного обеспечения для прогнозирования риска развития МС на фоне БА позволит: установить группу риска развития МС у детей с БА для динамического наблюдения; оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий; проводить более адекватную коррекцию нарушений, значимо снижающих качество жизни больного ребенка.

29.
РОЛЬ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ S-SELECTIN И ICAM-1 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Российский университет дружбы народов

Русанова А.С., Бережанский П.В., Бережанская Ю.С., Татаурщикова Н.С.

Введение: в основе патогенеза бронхиальной астмы (БА) лежат изменения иммунной системы: накопление активированных эозинофилов, Т-лимфоцитов, тучных клеток в зоне атопического воспаления в слизистой оболочке бронхов. Миграции этих клеток при обострении БА способствует повышенная экспрессия молекул адгезии: L-selectin, ICAM1.

Цель исследования: оценить роль молекул адгезии (L-selectin –sL и ICAM 1) в сыворотке крови пациентов с БА в период обострения, вызванного различными провоцирующими агентами. Материалы и методы. В исследование было включено 29 детей (Гр.1) в возрасте от 4 до 7 л. с клиническим диагнозом БА с пыльцевой сенсибилизацией и 10 здоровых детей I-II группы здоровья (Гр.2). Забор анализов осу-

ществлялся дважды в периоды обострения – в сезон паллинации и обострения, вызванного вирусной инфекцией.

Результаты: выявлено, что в Гр.1 в период обострения БА в сезон паллинации отмечалось повышение sL 1811 ± 266 нг/мл по сравнению с Гр.2 sL был 1164 ± 203 нг/мл, p <0,05. Во время обострения БА на фоне вирусной инфекции уровень sL был значительно выше 2282 ± 394 нг/мл. Уровень ICAM 1 был повышен во всех результатах забора анализов, но в период обострения БА вызванного причинно-значимыми аллергенами растений данный показатель был гораздо выше, чем в группе здоровых детей, соответственно Гр.1 (в период цветения) 98,8 ± 54,2 нг/мл, Гр.1 (в период вирусной инфекции) 366,2 ± 39,7 нг/мл, Гр.2 – 162,3 ± 40,1 нг/мл, p <0,05.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о наличии связи между причинами обострения БА и концентрациями молекул адгезии в сыворотке крови. Плазменный уровень sL, в отличии от ICAM1, имеет более избирательную роль в развитии обострения БА, что может являться перспективным инструментом мониторинга контроля воспаления при БА в педиатрической практике.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

30. ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ МАРКЕРЫ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва, РФ. ФГБНУ «Институт токсикологии Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург, РФ-

С.В. Кажарова, М.П. Костинов, В.В. Гайнитдинова, А.Е. Власенко

Актуальность темы: внебольничная пневмония (ВП) остается одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено высокой заболеваемостью, существенным вкладом в структуру смертности населения и значительными затратами на оказание медицинской помощи. Внебольничную пневмонию относят к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний.

Цель: изучить влияние иммуномодуляторов на маркеры острой фазы воспаления у больных с нетяжелой внебольничной пневмонией (ВП). Материалы и методы. В исследование включены пациенты (n=64) с нетяжелой формой ВП (39,62±9, 82 года, CRB-650,15±0,04 балла). Пациенты разделены на группы: 1-я группа(контроль) получила только стандартную терапию ВП; в двух других группах одновременно со стандартной терапией назначали иммуномодуляторы: во 2-й группе-бактериальный лизат(БЛ), в 3-й группе-азоксимера бромид(АБ). В крови больных определяли концентрации ИЛ-6, ФНО-α, С-реактивного белка(СРБ), лактоферрина в сроки до лечения(1 день), на 13 и 60 дни наблюдения.

Результаты: Исходная концентрация ИЛ-6, ФНО-α, СРБ и лактоферрина у больных пациентов была статистически значимо выше нормы. Установлено значимое снижение уровня ИЛ-6, ФНО-α, СРБ у всех больных на 13 и 60 дни наблюдения по сравнению с 1 днем, максимальное – у пациентов, получавших иммуномодуляторы. Наибольшее снижение концентрации лактоферрина на 60 день наблюдения отмечалось в группе больных, принимавших БЛ. Динамика интенсивности снижения концентрации ИЛ-6, ФНО-α на 13 и 60 дни была также статистически более выражена.

Заключение: включение иммуномодуляторов (БЛ, АБ) в комплексное лечение пациентов с нетяжелой ВП приводит к статистически значимому снижению концентрации биомаркеров острой фазы воспаления на 13 и 60 дни.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

31.
ОСТРЫЙ ИНВАЗИВНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1 – Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия; 2 - Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия; 3 – Городская больница №2 г. Белгорода, Белгород, Россия

О.В. Ермилов – 1,2, А.Ю. Третьяков – 1, М.А. Бочарова – 2, Л.Б. Никонорова – 2, В.А. Бочаров –, Е.М. Волочаева , О.Г. Деева , В.В. Солошенко

Проблема микозов в клинике приобретает все большую актуальность. Их растущий удельный вес связан как с совершенствованием методов диагностики, так и со значительным изменением иммунного статуса пациентов, приводящего к развитию оппортунистических инфекций. Пациент К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную одышку, слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 38°С на протяжении недели. В анамнезе: стаж курения 35 пач/лет, ХОБЛ 20 лет, ВИЧ-инфекция 15 лет, ХВГС 10 лет, 16 лет назад перенес туберкулез легких. При поступлении состояние средней степени тяжести, ортопноэ. Кожные покровы бледные. Дыхание жесткое, масса сухих рассеянных хрипов с обеих сторон. Частота дыхания в покое 25 в 1 мин, SpO2 88%. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 130 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой. В лабораторных показателях – прокальцитонин 2.02 нг/мл. В иммунограмме CD4+ 107 кл/мл (в октябре 2018 года 12 кл/мл). ЭКГ: синусовая тахикардия 100 в мин. ЭхоКГ: ТН-ТТР 2+. СДЛА 43 мм рт ст. СКТ-ОГК: КТ-картина перенесенного туберкулеза легких, цирроза правого легкого, проявлений ХОБЛ, буллезной эмфиземы и инфильтративных изменений верхней доли левого легкого. В связи с выраженными респираторными нарушениями пациент переведен на ИВЛ. На 5 сутки пребывания произошла остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия оказались без эффекта. Была констатирована биологическая смерть. Проведено патологоанатомическое исследование. В микропрепаратах легких: гистологическая картина инвазивного аспергиллеза, хронического воспаления. Таким образом, несмотря на относительную редкость при ВИЧ-инфекции острых инвазивных форм микозов и преобладание хронических неинвазивных, данная патология остается актуальной в клинической практике.

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

32.
ФАРИНГОМИКОЗ В ОБЩЕЙ БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л.1,2

Цель: оценка частоты и этиологической принадлежности фарингомикоза, выявленного в процессе первичного бронхологического исследования.

Методы исследования: проанализированы результаты 3746 первичных лечебно-диагностических бронхоскопий (100,000%), выполненных в эндоскопическом кабинете стационара за период с 2017 по 2020 гг.

Результаты: в результате проведённых исследований было выявлено 64 случая фарингомикоза (1,709%). При этом в 8 случаях имел место субатрофический фарингит (0,214%), в 51 случае (1,362%) – псевдомембранозный вариант фарингомикоза и в 5 случаях (0,134%) фарингомикоз протекал в язвенно-некротической форме с распространением процесса за пределы нёбных миндалин на нёбные дужки и мягкое нёбо. В 52 случаях (1,389%) фарингомикоз был выявлен у пациентов с известной ВИЧ-инфекцией; в 7 случаях (0,187%) выявленные признаки фарингомикоза инициировали обследование пациентов на ВИЧ-инфекцию (и выявление её). Основным показанием к бронхоскопии у таких пациентов явилось упорное течение инфильтративного процесса в лёгких. В 5 случаях (0,134%) фарингомикоз был выявлен с пациентов с тяжёлым обострением хронической обструктивной болезни лёгких, длительно применявшие комбинированные аэрозоли, содержащие глюкокортикостероиды. Кроме того, у 2-х пациентов (0,054%) имелся сахарный диабет (II-й тип). На долю пациентов с ХОБЛ пришлось 4 случая (0,107%) субатрофического микотического фарингита и 1 случай псевдомембранозного вари-анта фарингомикоза (0,0 %).

Заключение: в бронхоскопической практике фарингомикоз наиболее часто ассоциирован с ВИЧ-инфекцией. Выявление фарингомикоза в процессе бронхологического осмотра должно служить основанием для исключения у пациента ВИЧ-инфекции.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

33.
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ

Погудина Е.А., Бережанский П.В., Цверава А.Г.

Актуальность: бронхообструктивный синдром (БОС) является одной из основных причин госпитализаций среди детского населения. Около 60% острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) сопровождаются развитием БОС. Почти у 20% пациентов с ОРВИ отмечаются выраженные дыхательные нарушения средней и тяжелой степени тяжести.

Цель: дать клинико-этиологическую характеристику БОС у детей, госпитализированных в стационар с острой респираторной патологии. Методы: анализ 92 историй болезни пациентов в возрасте от 1 года до 11 лет.

Результаты: гендерный состав наблюдаемых – мальчики 61,9% (n=57) и девочки 38,1% (n=35). Большинство детей 62% (n=57) поступали с БОС на 3-4 сутки после начала заболеваний, на 2 сутки 0,4% (n=28), на 5 и более сутки – 2,2% (n=2), а 5,4% (n=5) на 1 сутки. В 72% случаев (n=68) бронхообструкция отмечалась у детей до 5 лет, в возрасте от 8 лет и старше бронхообструкция являлась следствием обострения бронхиальной астмы. Повторно с БОС за анализируемый период поступили дети с обострениями бронхиальной астмы – 8,7% (n=8). У детей до 5 лет проявления атопической настороженности (повышение IgE и отягощенный анамнез) отмечалось в 41,1% (n=28), старше 5 лет у 79,1% (n=19) с сенсибилизацией к респираторным аллергенам. Наиболее этиологически значимыми вирусами в развитии БОС у детей до 5 лет были респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, риновирус и их сочетание, в возрасте от 5 лет и старше – бокавирус, так же в старшей группе чаще встречались микоплазменная и хламидийная инфекция. Средняя длительность бронхообструкции составила (4,9±2,2) дня в младшей группе и (5,5±2,4) в старшей группе.

Выводы: БОС встречался чаще в младшей возрастной категории, в младшей возрастной категории чаще имеет вирусную этиологию и чаще протекает без отягощенного аллергоанамнеза.

34.
ЗНАЧЕНИЕ ИММУННО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мирсалихова Н.Х., Каримова Н.И., Каримова М.Х., Узакова Ш.Б.

Цель исследования: выявление особенностей прооксидантной и антиоксидантной систем и иммунного статуса детей, больных хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью. Материалы и методы. Было обследовано 218 детей дошкольного и школьного возрастов, из них 172 больных с ХБ и 46 детей с БЭБ. Проводились общеклинические, биохимические и иммунологические исследования.

Результаты: при анализе биохимических данных в группе детей с хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью в фазе обострения отмечалось достоверное нарастание уровня малонового диальдегида и диеновых конъюгатов (P<0,001), отмечалось достоверное снижение уровня супероксиддисмутазы и каталазы в сыворотке крови (P<0,01). Если учесть, что одновременно происходило увеличение интенсивности процессов переоксидации, соответствующее в известной степени тяжести клинического течения болезни, то выявление изменения активности супероксиддисмутазы и каталазы следует рассматривать как снижение уровня антиоксидантной защиты.

Результаты: исследований иммунного статуса детей с ХБ и БЭБ в фазе обострения заболевания выявили глубокие нарушения: снижение CD3+-, CD4+ – лимфоцитов, фагоцитарной активности нейтрофилов, повышение CD8+-, CD16+-, CD20+- лимфоцитов (P<0,001). Исследование интерлейкинов показало, что у детей с хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью определялось гиперпродукция провоспалительных и противовоспалительных цитокинов – ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 (P<0,001).

Заключение: таким образом, полученные результаты исследований указывают на необходимость решения вопросов назначения больным с хроническим бронхитом и бронхоэктатической болезнью иммуномодулирующих и мембраностабилизирующих препаратов.

35.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И.

Цель исследования: изучить клинико-анамнестические факторы развития синдрома свистящего дыхания у детей. Материалы и методы. Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим синдромом свистящего дыхания, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты и их обсуждение: было обследовано 40 детей, из них мальчиков (67,5%) и 13 девочек (32,5%). У 65,0% детей триггером, провоцирующим обструкции, были инфекционные заболевания (I группа пациентов с эпизодическими хрипами). У

25,0% исследуемых обструкция возникала при других факторах (мультифакторные хрипы – II). В I группе аллергологический анамнез был отягощён у 34,6% детей (по БА – у 33,3%, по аллергическому риниту – у 22,2%, по атопическому дерматиту – 22,2%, по крапивнице – 11,1%, по лекарственной аллергии – у 11,1%). У детей II группы наследственная отягощённость отмечалась у 57,1%, чем в I – 17,74% от общего числа детей в этой группе. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний во II группе аллергический ринит составил 64,2%, атопический дерматит составил 57,1%, аллергический конъюнктивит у 7,14%, лекарственная аллергия у 14,2%. Ярко выраженная гиперреактивность бронхов была выявлена в 64,2% случаев, умеренная – в 28,5%, слабая – в 11,1%. В I группе выраженная гиперреактивность бронхов была зафиксирована у 26,9% детей, умеренная – у 38,4%, слабая – у 34,6%.

Выводы: синдром свистящего дыхания встречался чаще у мальчиков. Отягощение наследственного аллергологического анамнеза у детей II группы отмечалось чаще, чем в I, наличие сопутствующих аллергических заболеваний составило 83,78% и 13,97%. Во II группе свистящие хрипы часто были ассоциированы с другими аллергическими заболеваниями и у них чаще наблюдалась выраженная гиперреактивность бронхов.

36. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ COVID-19 У ДЕТЕЙ

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

Самигуллина Н.В. – 1,2, Файзуллина Р.М. – 1, Викторов В.В. – 1, Карамова И.М. – 1,2, Ишмухаметов И.Х. – 2, Чернышова А.Е. – 2

Цель исследования: изучить клинические проявления новой коронавирусной инфекции у детей, госпитализированных в инфекционное отделение госпиталя.

Материалы и методы: проанализировано клиническое течение заболевания у 95 детей от 1 месяца до 17 лет, госпитализированных в инфекционное отделение госпиталя.

Результаты: по возрастной структуре детей преобладали дети школьного возраста 36 (37,9%), третью часть составили дети раннего возраста 26 (,4%), реже болели дети дошкольного возраста – 16 (16,8%) и подростки – 17 (17,9%). По полу незначительно преобладали мальчики – 53 (55,8%), девочки составили 42 (44,2%). По результатам компьютерной томографии органов грудной клетки у большинства детей инфекция протекала без поражения легочной ткани – КТ-0 (у 36 (37,9%). У детей с пневмонией площадь поражения легочной ткани согласно МР (Версия 11 от 07.05.2021) составила у большинства пациентов КТ-1 (у 33 (34,7%)), реже отмечались более обширные поражения легких: КТ-2 у 14 (14,7%), КТ-3 у 7 (7,4%) детей и КТ-4 у 5 (5,3%) детей установлено, что наибольшую долю составили дети с ОРВИ 6 (37,9%), пневмония без дыхательной недостаточности отмечалась у 25 (26,3%), пневмония с признаками дыхательной недостаточности – у 32 (33,7%) детей, самое тяжелое течение инфекции отмечено у 2 (2,1%) детей с признаками ОРДС. По степени тяжести преобладали дети со среднетяжелым течением инфекции 78 (82,1%), тяжелое течение отмечено у 17 (17,9%) детей. К сожалению, 2 (2,1%) детей умерло. У обоих детей была тяжелая сопутствующая патология (Острый лимфобластный лейкоз)

Заключение: среди детей, госпитализированных с COVID-19, большинство составили мальчики школьного возраста с течением инфекции в форме ОРВИ средней степени тяжести. Наиболее тяжело протекала инфекция у детей с коморбидной патологией.

37.
МНОЖЕСТВЕННЫЕ СТЕНОЗЫ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА КАК ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

СПбНИИФ, СПбГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ»

Старевская С.В., Корнилова А.Б.

Цель: представить редкое тяжелое распространенное поражение органов дыхания при болезни Крона у ребенка 6 лет. Ребенок поступил в стационар в 4 года для обследования с Дз. Болезнь Крона? с болями в животе, желудочно-кишечными кровотечениями в анамнезе, быструю утомляемость, резкое похудание, а также с респираторными жалобами на шумное частое дыхание, кашель со скудной слизистой мокротой. Эндоскопически было выявлено очаговые рубцовые стенозы ротоглотки, устья пищевода до 3 мм , подскладочного пространства гортани (рубцовый стеноз 3 ст, деформация и стеноз трахеи 2 ст), множественные стенозы бронхов, слизисто-гноевидная гиперсекреция (с высевом кокковой микрофлоры). Рентгенологически: выраженная неравномерная воздушность легких, фиброателектаз средней доли с тракционными брохоэктазами. Несмотря на распространенное поражение органов дыхания, после наложения трахеостомы, SatO2 96/98%, по КОС компенсирован. Определены показания для лечения анти-ФНО (инфликсимаб), которое ребенок получал 2 года. На фоне лечения состояние стабилизировалось, без отрицательной динамики, девочка прибавила в вес, улучшилась переносимость физической нагрузки.

Заключение: сучетом отсутствия отрицательной динамики на фоне терапии основного заболевания, клинико-инструментальных данных, патология органов дыхания расценена как внекишечные проявления болезни Крона.

38.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ (МИКОПЛАЗМЕННОЙ) ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ижевская государственная медицинская академия

Бриткова Т.А., Гудовских Н.В., Чупина М.С.

В настоящее время внебольничная пневмония у детей является актуальной проблемой. В 25% этиологическим фактором выступает Mycoplasma pneumonia.

Цель: изучить особенности клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных детей с атипичной формой пневмонии.

Задачи: изучить возрастно-половой состав детей с атипичной формой пневмонии; исследовать особенности клинической картины и лабораторно-инструментальных показателей.

Материалы и методы: 170 историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в ДИБО БУЗ УР «ГКБ №7 МЗ УР» в 2020 г. с верифицированным диагнозом микоплазменной пневмонии.

Полученные результаты: микоплазменной пневмонией чаще болеют девочки в возрасте 11±3,5лет (66,6% случаев), мальчики заболевают в возрасте 13±2,9лет (38,4% случаев). Клиника характеризуется затяжным течением (73,5%), длительным сохранением малопродуктивного кашля (75,7%), интоксикационным синдромом легкой степени (68,6%), незначительным катаральным синдромом (54,3%), постепенным

началом заболевания (76,6%). Лабораторные данные: лимфоцитоз до 55%, ускорение СОЭ до 40±8,4 мм.рт.ст (p=0,04). Данные рентгенологического исследования: сегментарное или полисегментарное поражение легких (в 92,7%) (p=0,002).

Вывод: микоплазменная пневмония характерна для детей старшего школьного возраста и характеризуется: затяжным течением (73,5%), длительным сохранением малопродуктивного кашля (75,7%), интоксикационным синдромом легкой степени (68,6%), скудным катаральным синдромом (54,3%), постепенным началом заболевания (76,6%), ярко выраженным лимфоцитозом до 55%, сегментарным или полисегментарным поражением легких (92,7%).

39.
СОСТОЯНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИОЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ

Анджель А.Е., Малахов А.Б., Бережанский П.В.

Вступление: заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) с поражением нижних дыхательных путей достигает 11 – 12% среди детей младше 12 месяцев, а в возрасте от 1 до 2 лет она составляет около 6%. ОРВИ с поражением нижних дыхательных путей являются ведущей причиной стационарного лечения детей первых двух лет жизни и обусловливают до 17% всех госпитализаций детей раннего возраста. Терапевтические подходы ведения данных пациентов неоднозначны. Показатели интерлейкинового профиля могут быть объективным критерием контроля тактики ведения пациентов с бронхиолитами.

Материалы и методы: обследовано 24 ребенка с установленным клинически диагнозом бронхиолит в возрасте от 1 до 7 месяцев. Всем детям в острый период заболевания проводилось определение концентрации интерлейкинов 6, 4 и 18 в крови.

Полученные результаты: выявлено, что у детей, имеющих при поступление дыхательную недостаточность 2 степени средний показатель IL 6 – 4,2 пг/мл, IL 4 – 0,36 пг/мл, IL 18 – 1737, пг/мл, дыхательную недостаточность 1 степени средний показатель IL 6 – 10,07 пг/мл, IL 4 – 1,3 пг/мл, IL 18 – 1147,59 пг/мл, без дыхательной недостаточности IL 6 – 25,59 пг/мл, IL 4 – 2,39 пг/мл, IL 18 – 612,85 пг/мл. Выявлена положительная корреляция между IL18 и степенью дыхательной недостаточностью p+0,76.

Выводы: у пациентов с диагнозом бронхиолит в зависимости от степени тяжести дыхательной недостаточности имеются выраженные изменения в цитокиновом профиле, а именно увеличение концентрации Il-18 и снижение Il-4. Данные изменения являются важным объективным маркером для выбора тактики ведения данных пациентов и прогнозирования возможного утяжеления степени дыхательной недостаточности.

40.
ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С COVID-19

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

Самигуллина Н.В. – 1,2, Файзуллина Р.М. – 1, Викторов В.В. – 1, Карамова И.М. – 1,2, Ишмухаметов И.Х. – 2, Чернышова А.Е. – 2

Цель исследования: изучить наиболее значимые отклонения лабораторных параметров у детей с новой коронавирусной инфекцией, госпитализированных в инфекционное отделение госпиталя.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 95 детей с новой коронавирусной инфекцией, подтвержденной ПЦР тестом. Средний возраст детей составил 10±3,2 лет. Всем пациентам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, определение ферритина, прокальцитонина, С-реактивного белка, коагулограммы, ИЛ-6.

Результаты: при проведении лабораторного обследования в общем анализе крови лейкопения обнаружена у 83/ 87,4% детей, анемия – у 11/ 11,6%. Повышение уровня С-реактивного белка отмечалось у 46/ 48,4% детей, прокальцитонина – у 41/ 43,2%, что характеризовало присоединение бактериальной инфекции. Увеличение ферритина отмечалось у большинства детей- 65/ 68,4%. У небольшого числа детей зафиксировано повышение ИЛ-6 – у 18/ 18,9%. По данным коагулограммы нарушения в системе свертывания отмечались у 71/ 74,7% детей. Д-димеры были обнаружены у 62/ 65,3% детей. Увеличение содержания фибрина выявлено у 49/ 51,6% пациентов, рост уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов – у 44/ 46,3%. Укорочение активированного частичного тромбопластинового времени установлено у 61/ 64,2% детей. Выявленные изменения показателей характеризуют активацию свертывающей системы крови и склонность к тромбообразованию.

Заключение: для детей с новой коронавирусной инфекцией характерна лейкопения, анемия, активация свертывающей системы крови. В половине случаев были установлены бактериальные осложнения.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

41.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЗА 2020 ГОД

Кафедра клинической фармакологии, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Скепьян Е.Н.

Внебольничные заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП) бактериального генеза на амбулаторном этапе являются одной из самых частых причин, требующих назначения противомикробных лекарственных средств (далее ЛС).

Цель исследования: провести мониторинг спектра выявленных патогенов у детей.

Материал и методы: были проанализированы результаты бактериологического обследования детей на флору и чувствительность к антибиотикам перед началом лечения, взятых из зева и носа у 822 пациентов с заболеваниями ВДП, обращавшихся за амбулаторным лечением в периоды с 01.01.2020 по 31.12.2020г. на базе УЗ «3-я городская детская поликлиника» г. Минска. Бактериологическое исследование проводили в городской санитарно-эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии г. Минска.

Результаты: у 525 пациентов (63,8%) из 822 на фоне заболевания были обнаружены различные микроорганизмы, в исследование включали результаты пациентов с количеством обнаруженных патогенов в 10 4 степени и выше (n=456, 86,6%). Среди выделенных патогенов были представители грамположительной (n=372, 81,6%) и грамотрицательной (n=84, 18,4%) микрофлоры, у отдельных пациентов (n=62, 13,6%) были выявлены ассоциации из нескольких микроорганизмов. Среди представителей грамположительной флоры наиболее часто встречающимися возбудителями были S.aureus (n=300, 80,6% от грамположительных патогенов), S. pyogenes (n=13, 3,5%), Str. pneumoniae (n=59, 15,7%). Среди грамотрицательной флоры – Moraxella catarrhalis (n=30, 35,7% от грамотрицательных патогенов), Klebsiella pneumoniae (n=24, 28,6% случаев), Haemophillus influenzae (n=12, 14,3%), Enterobacter (n=6, 7,1%), Pseudomonas aeruginosae (n=3, 3,6%), др. возбудители (n=9, 10,7%).

42.
СЛУЧАЙ МИКОЗА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 – Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия; 2 – Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия; 3 – Белгородское патологоанатомическое бюро, Белгород, Россия

О.В. Ермилов – 1, 2, В.И. Шутов – 1, 2, А.Ю. Третьяков – 1, Л.Б. Никонорова – 2, М.А. Бочарова – 2, Р.Р. Хабибуллин

В последнее время в структуре болезней ЛОР-органов существенно возросла роль микозов. Их число здесь значительно увеличилось за последние 20-30 лет и продолжает оставаться актуальной проблемой оториноларингологии. В нашу клинику поступила пациентка К., 56 лет, с жалобами на кровохарканье. Указанные жалобы беспокоят в течение года: впервые появился кашель с мокротой с прожилками крови, затем отмечалось ее интенсивное окрашивание кровью. Объективный статус, общие лабораторные данные без особенностей. Микроскопия мокроты: клетки плоского эпителия в небольшом количестве, эритроциты 40-60 клеток, лейкоциты 40-60 клеток в поле зрения, кислотоустойчивых микобактерий и атипичных клеток не обнаружено. Были исключены очагово-инфильтративные поражения легочной ткани, патология сердца и сосудов. В ходе диагностического поиска выполнена Рг-ППН – выявлено «утолщение слизистой» правой верхнечелюстной пазухи. Исследование дополнено КТ. Выявлены признаки инородного тела правой верхнечелюстной пазухи (пломбировочный материал), субтотального затемнения, подозрительного в отношении микоза. Выполнена микрогайморотомия справа, с использованием троакара Красножёна. Инородное тело фрагментарно удалено полностью, выполнена ревизия (кюретаж) передней стенки. Естественное соустье свободное, проходимо, слизистая оболочка в указанной области не изменена, в связи с чем, было принято решение не выполнять расширение естественного соустья. Удаленный материал был направлен на гистологическое и микробиологическое исследование.

Полученные результаты: подтвердили диагноз аспергиллеза. Таким образом, на данном клиническом примере можно видеть, что скудность клинической симптоматики, отсутствие специфических признаков поражения ППН на стандартных рентгенограммах делает сложной диагностику заболевания.

43.
ФОКУС НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ В ПЕРИОД ЗА 2020 ГОД

Кафедра клинической фармакологии, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Скепьян Е.Н.

Цель исследования: провести мониторинг чувствительности к противомикробным лекарственным средствам (далее ЛС) возбудителей внебольничных заболеваний верхних дыхательных путей у детей.

Материал и методы: были проанализированы результаты бактериологического обследования детей на флору и чувствительность к антибиотикам перед началом лечения, взятых из зева и носа у 822 пациентов с заболеваниями ВДП, обращавшихся за амбулаторным лечением в периоды с 01.01.2020 по 31.12.2020г. на базе УЗ «3-я городская детская поликлиника» г. Минска. Бактериологическое исследование проводили в городской санитарно-эпидемиологической станции, центре эпидемиологии и микробиологии г. Минска.

Результаты: при анализе чувствительности к противомикробным ЛС S. aureus был чувствителен к оксациллину (89%), клиндамиицину (79,5%), эритромицину (75,4%), левофлоксацину (99,2%), цефазолину (98,9%), цефокситину (99,2%), гентамицину (96,6%), пенициллину (39,7%). Не чувствительный к оксациллину стафилококк (MRSA) был выявлен у 11% пациентов и был чувствителен к клиндамицину (82,4%), левофлоксацину (100%), гентамицину (88,9%), эритромицину (63,6%). Streptococcus pneumonia был чувствителен к тетрациклину (82,2%), хлорамфениколу (95,7%), эритромицину (51,1%), клиндамицину (57,5%), пенициллину (36,9%), оксациллину (38,6%). Streptococcus pyogenes был чувствителен в 100% случаев к амоксициллину, цефазолину, цефуроксиму, доксициклину, котримоксазолу (71,4%). Moraxella catarrhalis была чувствительна к ципрофлоксацину (100%), азитромицину (100%), цефтриаксону (92,9%), тетрациклину (81%), амоксициллину/клавуланату (93%), цефазолину (70%), ампициллину (48%). Klebsiella pneumoniae была чувствительна к ко-тримоксазолу (100%), цефепиму (100%), левофлоксацину (100%), цефуроксину (83,3%), амикацину (95,5%).

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

44.
ИЗМЕНЕНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИОКСИДАНТОВ

1 – Владимирский государственный университет, г. Владимир 2 - ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России, г. Москва

Запруднова Е.А. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Чуркина Л.М. , Ли Т.В. – 2, Попова Н.А. – 2, Татаурова Н.Н. – 2, Кубышева Н.И. – 2, Новоселов В.И. – 2

Цель исследования: изучение влияния приема витаминов антиоксидантов С и Е на систему оксиданты-антиоксиданты в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) курящих и некурящих.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 50 человек: 24 практически здоровых людей (20 – 40 лет) и 26 курильщиков такого же возраста. В течение трех недель все принимали витамины С (100 мг/сутки) и Е (100 мг/сутки). У всех испытуемых проводился сбор КВВ до и после эксперимента. В КВВ определяли метаболиты NO – суммарную концентрацию нитратов и нитритов, и активность каталазы.

Результаты: первоначальные измерения в КВВ показали, что у здоровых некурящих людей уровень метаболитов NO выше, чем у группы курящих ($p<0,05$). После курса приема антиоксидантов концентрация метаболитов NO значимо снизилась в обеих группах, причем различия в группах курящих и не курящих становились незначительными ($p>0,05$). Также после приема препаратов отмечено снижение активности каталазы в обеих группах, и разница в показателях между группами также становится не значительной ($p=0,2$). Активность каталазы у некурящих людей снижается в 1,6 раз ($p<0,008$), а у курильщиков в 1,8 раз ($p<0,007$).

Заключение: таким образом, прием антиоксидантов С и Е в течении трех недель приводит к снижению уровня как оксидантов, так и антиоксидантов, способствуя восстановлению баланса оксидативного метаболизма. Это особенно важно для группы курильщиков, так как при курении нарушается баланс в системе оксиданты-антиоксиданты, в результате чего запускаются негативные процессы оксидативного стресса.

45.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Абулдинова О.А., Приходько О.Б.

С ростом числа лекарств увеличивается частота нежелательных реакций на них. Осложнения фармакотерапии встречаются у 6-35 % пациентов. Одним из проявлений лекарственной аллергии является группа многоформной экссудативной эритемы. Представляет интерес случай наблюдения пациентки Г, 45 лет, обратившейся на приём к аллергологу с жалобами на повышение Т тела, слабость, высыпания на губах и конечностях. Больна три дня, после приёма таблетки флуконазола появились слабость и повышение температуры до 38°С. На второй день появились высыпания на губах и конечностях, ухудшение общего состояние. Вызвала бригаду СМП, введён преднизолон и 30% р-р тиосульфата натрия. Рекомендована консультация аллерголога. Объективно:температура тела 37,5°С. На красной кайме губ эрозии, покрытые кровяными корками. В области локтевых сгибов, на передней поверхности бёдер везикулярные высыпания. Дополнительно: КАК: эозинофилия. Общий IgE – 1023 МЕ/мл. Выставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема, аллергическая форма. Назначено лечение: антигистаминные препараты, системные ГКС. Местно аппликации р-м лизоцима и суспензии гидрокортизона. На третьи сутки улучшение общего состояния. На губах, локтевых сгибах и бёдрах сохранялись отдельные эрозии, покрытые корками. На седьмые сутки лечения жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Нижняя губа без патологических изменений. На верхней губе три эрозии диаметром до 0,5 см в состоянии эпителизации. На локтевых сгибах и бёдрах – эпителизация эритем. Продолжен прием антигистаминных препаратов. Таким образом, десенсибилизирующая терапия с применением ГКС и антигистаминных препаратов, проведенная на ранних этапах, соответствующее местное лечение МЭЭ способствовали скорейшему разрешению высыпаний, улучшению общего состояния и быстрой реабилитации пациента.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

46.
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ. АНАЛИЗ ДАННЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Смирнова М.С., Эделев А.С.

Цель исследования: изучить данные регистра больных с гиперсенситивным пневмонитом (ГП) в 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 12 пациентов с ГП, из них 8 (66,7%) женщины. Средний возраст 62,3 года. Давность болезни составляла в среднем 6,4 года (от 0,5 года до 12 лет). У 8 пациентов диагноз установлен в 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 прекращения контакта с этиологическим фактором достигнута ремиссия (длительность 6-10 лет). При МСКТ легких у 8 выявляются признаки альвеолита, у 5 из них имеют место также фиброзные изменения, у 4 выявлена стадия сотового легкого. Дыхательная недостаточность (ДН) 1-й ст. имела место у двух больных, 2-й ст. – у 6; бронхообструктивный синдром (БОС) у 4 пациентов. Течение фиброзных форм хронического ГП было во многом сходно с таковым при идиопатическом легочном фиброзе. Лечение включало при подостром течении курсовой прием (3-6 месяцев) системных ГКС, при хроническом – прием был постоянным. При БОС назначались ингаляционные ГКС и бронходилататоры. Синдром Иценко-Кушинга выявлен у 4 пациентов, остеопороз у 3, артериальная гипертензия у 4, сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе – у 3.

Заключение: ГП характеризуется вариабельным течением, может приводить развитию ДН, фиброза легких, нежелательных реакций на фоне лекарственной терапии. В связи с этим больные нуждаются в своевременной диагностике, специализированной медицинской помощи.

47.
ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНОЙ ФИБРОЗ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Киселёва Н.В.

Цель исследования: выявить основные проблемы диагностики ИЛФ врачами первичного звена Архангельской области.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 18 пациентов, госпитализированных в пульмонологический центр ГБУЗ АО «АОКБ» в 2017-2019 годы с установленным в отделении диагнозом ИЛФ. Диагностика проводилась на основе результатов КТ (100% пациентов) и гистологического исследования (ВАТС биопсия легкого проводилась 7 (38,89%) пациентам).

Результаты: среди больных ИЛФ преобладали лица мужского пола (77,78%) в возрасте 60–69 лет – 77,78%. При наличии типичной клинической картины ИЗЛ было заподозрено и отражено в диагнозе при направлении у 44,44% пациентов. Средняя продолжительность заболевания с момента появления одышки до постановки диагноза составила 2,07 ± 1,23 года. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являлись: хронический бронхит – 83,33%, гипертоническая болезнь – 66,67%, хронический гастрит – 55,56%, ИБС 3,33%, ГЭРБ – ,78%. При интерпретации данных КТ врачами первичного звена имеет место гипердиагностика фиброзных изменений и гиподиагностика изменений по типу сотового легкого, ретикулярных изменений при интерпретации данных лучевых методов по месту жительства. У большинства пациентов по данным КТ отмечены изменения по типу «сотового легкого», что свидетельствует о необратимой стадии заболевания и поздней диагностике ИЛФ. Большинство пациентов поступали с осложнениями: у 94,44% пациентов наблюдалась хроническая дыхательная недостаточность, высокая легочная гипертензия была отмечена у 61,11% пациентов.

Заключение: диагностика ИЛФ имеет свои проблемы и особенности и требует комплексного подхода, важную роль в котором играют как врачи-пульмонологи, так и врачи первичного звена, а также врачи лучевой диагностики.

48.
ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ

БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары

Столяров С.И., Добров А.В., Рыжков Р.В.

Цель: анализ результатов исследования операционного материала при интерстициальных заболеваниях легких (ИЗЛ).

Методы исследования: проанализированы результаты 44 видеоторакоскопий (ВТС) за период с июля 2013 по июль 2019 года по поводу ИЗЛ.

Результаты: мужчин – 12(,3%), женщин 2 (72,7%). Возраст пациентов от 18 до 77 лет, средний возраст 49,5±2,1 года (Me 50,5; Mo). Средний возраст мужчин 44,1±2,5 года (Me 44; Mo 61), женщин – 51,6±2,3 года (Me 51,5; Mo 51). В большинстве наблюдений (n=31) жалоб пациенты не предъявляли, изменения в легких были обнаружены при мультиспиральной компьютерной томографии. У 13 пациентов предъявляли

жалобы на одышку в покое и при физической нагрузке, непродуктивный кашель, периодическую субфебрильную температуру тела, потливость. Всем пациентам выполнялись видеоторакоскопические вмешательства (справа 3, слева – 11) с биопсией ткани легкого при помощи сшивающих аппаратов «Echelon». В результате проведенного анализа структура ИЗЛ была следующей: саркоидоз – 16 (36,4%); туберкулез легких – 6(13,6%); карнифицирующая пневмония (6,8%); антракоз легкого (6,8%); фиброзирующий альвеолит (6,8%); карциноидная опухоль (6,8%); очаговая гиперплазия бронхоальвеолярного эпителия на фоне хронического воспаления – 2(4,5%); диффузно-некротическая форма силикоза – 1 (2,3%); бронхиоло-альвеолярный рак легкого – 1 (2,3%); легочно – альвеолярный протеиноз – 1 (2,3%); пневмокониоз – 1 (2,3%); пневмосклероз – 1 (2,3%); очаговая пневмония затянувшегося течения – 1 (2,3%); хроническая интерстициальная пневмония – 1 (2,3%); гемосидероз легкого – 1 (2,3%). Осложнений при ВТС не наблюдалось. Дренажи удалялись в среднем на 4,5±1,2 сутки. Продолжительность нахождения в стационаре составила от 10 до 28 дней.

49.
ФИБРОЗИРУЮЩИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА В Г. ИРКУТСКЕ

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

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

Цель исследования: проанализировать особенности течения фиброзирующих интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ). Материалы и методы: у 0 пациентов с ИЗЛ (регистр г. Иркутск), проанализирована динамика клинико-функциональных параметров (одышка mMRC, спирометрические показатели) и КТВР в течение 1–5 лет наблюдения.

Результаты: КТВР-признаки фиброза исходно обнаружены у 102 пациентов (38%), из них 59 (22% всех ИЗЛ) соответствуют критериям прогрессирующего фиброзирующего фенотипа (ПФФ). Пациенты с ПФФ были старше – 61±14 (M±SD) лет пациентов без КТВР-фиброза 53±15 лет (U=5836,5; p <0,001). У больных ИЗЛ с установленной этиологией (хронический гиперчувствительный пневмонит (ХГП) и ассоциированные с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ)) фиброз отмечен у 60 больных из 106 (57%), а ПФФ – у 34 (32%) их них. Фиброзирующее ИЗЛ выявлено у 39 из 66 (59%) больных с идиопатическими интерстициальными пневмониями (ИИП), ПФФ у 22 (33%) из них. Фиброзирующий саркоидоз у 5 пациентов, у 3 – ПФФ саркоидоза (4%). ПФФ встречался в 100% (n=16) случаев при идиопатическом легочном фиброзе (ИЛФ), у 83% (n=19) больных ХГП и ИЗЛ-СЗСТ у 21% (n=13) пациентов. Среди пациентов с ПФФ самая высокая смертность в группе ИИП (n=18, 82%), у больных ИЛФ – 100%. В группе ИЗЛ с установленной этиологией умерло 15 пациентов – 44%, имеющих ПФФ-ИЗЛ, что статистически значимо меньше, чем в группе пациентов с ИИП – ($\chi 2$= 7,8; df=1; p=0,005). Среди больных ХГП с ПФФ 5-летний уровень смертности составил 37% (7 из 19 пациентов), с СЗСТ 31% (4 из 13). У больных саркоидозом с ПФФ смертей не зафиксировано.

Выводы: для большей части фиброзирующих ИЗЛ характерен ПФФ (58%) с высоким уровнем 5-летней смертности (56%), что подтверждает необходимость внедрения антифибротической терапии при широком спектре ИЗЛ.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

50. АССОЦИАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

ФГБОУ ДПО «РМАНПО Минздрава России»,
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

Струтынская А.Д., Тюрин И.Е., Карнаушкина М.А., Вацик М.В.

Цель: выявление клинико-рентгенологических предикторов неблагоприятного исхода COVID-19. Материалы и методы Для оценки различия средних в несвязанных выборках использовался критерий Краскела-Уоллиса, связи тяжести с клиническим и КТ-профилем – многомерное шкалирование, дисперсионный анализ и многофакторный анализ.

Результаты: включено 158 человек с диагнозом COVID 19. Со средне-тяжелым течением – 80(50,6%), с тяжелым 5 (22%). При стратификации по КТ критериям тяжести в эти группы вошло 45 (28,5%) и 66 (41,8%) человек соответственно. Получена статистически значимая положительная взаимосвязь между неблагоприятным исходом частотой сердечно-сосудистой патологии (ССП) (КЗ= 1,01; p=0,001), уровнем лейкоцитов (КЗ= 0,16; p=0,002), нейтрофилов (КЗ= 0,19; p=0,0008), АсАТ (КЗ= 0,013; p=0,005), ЛДГ (КЗ= 0,002; p=0,0003), мочевины (КЗ=0,2; p=0,0001), глюкозы (КЗ= 0, ; p=0,0004), СРБ (КЗ= 0,006; p=0,007), паттерном булыжной мостовой (КЗ= 0,9; p=0,02). Значимая положительная взаимосвязь- между клинической тяжестью возрастом (КЗ= 0,03; p=0,004), исходом (КЗ= 0,03; p=0,004), уровнем нейтрофилов (КЗ= 0,1; p=0,009), мочевины (КЗ= 0,1; p=0,009), глюкозы (КЗ= 0,1; p=0,008), паттерном булыжной мостовой (КЗ= 2,1; p=0,003). Отрицательная – с преобладанием матового стекла (КЗ= -1,3; p=0,001). У пациентов с КТ 3-4 получена дополнительная статистически значимая положительная взаимосвязь между КТ тяжестью количеством дней от начала заболевания (КЗ= 0,017; p=0,004) и паттерном матовое стекло\консолидация (КЗ= 2,1; p=0,003).

Заключение: в качестве предиктора тяжести и неблагоприятного исхода выделено сочетание наличия ССП, КТ-тяжесть и наличие одного из КТ паттернов: преобладание булыжной мостовой или консолидация плюс матовое стекло без преобладания того или иного симптома (50\50).

МУКОВИСЦИДОЗ

51.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Мирсалихова Н.Х.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные аспекты диагностики муковисцидоза (МВ) у детей. Материалы и методы. Обследовано 30 больных в возрасте от 3 месяцев до 6 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии, патологии раннего возраста и гастроэнтерологии. Была проведена оценка результатов клинико-лабораторных, функциональных исследований, уровня фекальной эластазы-1, определение хлоридов пота.

Результаты: у 80% больных диагностирована смешанная форма МВ, кишечная форма – у 10% больных, лёгочная форма у 10% детей. Из общего числа больных мальчиков было – 70% и девочек –30%. Общее состояние было расценено как тяжёлое у 20% и средне-тяжёлое у 80% детей. Основные клинические симптомы у детей с МВ были постоянный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой, одышка, хрипы, вялость и потеря аппетита. Скрининговое обследование показало высокий уровень ИРТ у 60% детей (более чем 100±15нг/мл) с МВ. Высокий уровень ИРТ у детей данной группы послужил показанием для проведения ДНК-диагностики. У 60% больных МВ уровень панкреатической эластазы-1 в кале выявило тяжелую экзокринную недостаточность. Потовый тест был положительным у 13 больных. Среднее содержание хлоридов пота при проведении потового теста составило – 121 ммоль/л. При положительном результате потовой пробы ребенку ставится диагноз МВ.

Выводы: основными клиническими симптомами у детей с МВ были постоянный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой, одышка, хрипы, вялость и потеря аппетита. Информативными диагностическими аспектами является высокий уровень ИРТ, панкреатической эластазы-1 и положительные результаты потовой пробы, предрасполагающие к тяжёлому течению заболевания и позволяющие своевременно проводить коррекцию терапии.

52.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА И КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

1 – Белгородский государственный национальный исследовательский университет
2 – Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

О.В. Ермилов – 1,2, А.Ю. Третьяков , М.А. Бочарова – 2,
Л.Б. Никонорова – 2, В.А. Бочаров – 1

В клинику поступила пациентка Х., 19 лет с жалобами на увеличение живота, отёки н/конечностей и брюшной стенки, одышку в покое, снижение диуреза, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Из анамнеза: страдает муковисцидозом (МВ) смешанной формы, тяжёлого течения (хронический гнойный бронхит, синдром мукостаза, хроническая панкреатическая недостаточность), сахарным диабетом 1 типа. Ухудшение состояния в течение 5 месяцев: появился и прогрессировал отёчный синдром, отмечалось снижение диуреза. На серии КТ сканов: перфузия легочной паренхимы мозаичная. Бронхо-сосудистый рисунок деформирован, стенки бронхов утолщены. В верхней и средней доле правого легкого, в левом легком цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы. Сердце обычно расположено, умеренно расширено в поперечнике. Листки перикарда обызвествлены. По данным ЭХО-КГ: Эхо-симптоматика хронического констриктивного перикардита (листки перикарда утолщены до 5 мм, повышенной эхогенности, артефакты, характерные для кальциноза). Снижение глобальной сократимости миокарда обоих желудочков (ФВ 26%, TAPSE=10,5 мм). Ударный объем колеблется от 16 мл до 37 мл в зависимости от фазы дыхания. Гипертрофия миокарда ПЖ. Нарушение диастолической функции обоих желудочков – рестриктивный паттерн. Легочная гипертензия (63 мм рт. ст.). Увеличение полостей предсердий. При проведении допплеровского исследования выраженная вариабельность кровотока на всех клапанах в зависимости от акта дыхания: на МК до 44% , на ТК до 43% , на АК до 36%. Нарушение локальной сократимости ЛЖ - движение МЖП нарушено – на фоне парадоксального движения МЖП определяется прогиб МЖП в сторону ЛЖ во время вдоха. Таким образом, течение МВ может осложняться присоединением сердечно-сосудистой патологии, которая в своем клиническом течении обуславливает тяжесть состояния.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

53.
ОЦЕНКА РИСКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерство Здравоохранения Российской Федерации

Пальмова Л.Ю.

Введение: одним из актуальных вопросов современной медицины является проблема обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Цель исследования: скрининговая оценка риска СОАС у пациентов с хронической соматической патологией и ночным храпом.

Материалы и методы исследования: было обследовано 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), нарушениями ритма сердца (НР), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), СД 2 типа и ожирением. Средний возраст – 66,7±2 года, 23 мужчины (46%) и женщин (54%). Были выделены лица с ночным храпом и без него. Средний возраст в группе с храпом (25 чел.) составил 61 год, индекс массы тела (ИМТ) 1,1±0,1 кг/м^2, обхват шеи – 40,6 см. Оценка вероятности наличия СОАС проводилась путем анкетирования с помощью Берлинского опросника, шкал NoSAS и STOP-BANG.

Результаты исследования: по 3 анкетам одновременно высокий риск наличия СОАС отмечался у 68,8% женщин и у 71,6% мужчин ($p>0,05$). Среди них 19 пациентов (76%) имели избыток массы тела и ожирение различных степеней, нормальную массу тела – только 6 человек (24%, $p<0,05$). Среди пациентов с жалобами на храп в группе лиц с СД и ожирением высокий риск СОАС отмечался в 87,5% случаев, в группе пациентов с ГБ – в 66,6% случаев, у пациентов с ИБС, НР и ХСН – в 53,7% случаев. В группе пациентов с высоким риском СОАС 68,8% женщин имели обхват шеи более 32 см, 79,6% мужчин – выше 35,5 см. Во всех группах была выявлена прямая умеренная корреляция между степенью риска СОАС и ИМТ ($r=0,45$ и $r=0,46$). Таким образом, среди лиц с хронической соматической патологией, ожирением и ночным храпом необходимо обращать пристальное внимание на факторы риска СОАС для отбора пациентов на дальнейшее кардиореспираторное обследование и/или полисомнографию в условиях лаборатории сна.

54.
ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У МУЖЧИН С ХОБЛ

Центр респираторной медицины и сомнологии «Resswee», НАО «Медицинский Университет Астана»

Мукатова И.Ю., Токсарина А.Е., Серикова А.С.

Цель исследования: определить частоту встречаемости и особенности течения синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование включены пациенты со среднетяжелым и тяжелым течением ХОБЛ, согласно классификации GOLD и 3. Критерии исключения: обострение ХОБЛ, крайне тяжелое течение ХОБЛ, пациенты с установленным ранее СОАС, пациенты с амбулаторной вентиляционной поддержкой, ожирение 3 степени, синдром альвеолярной гиповентиляции. Всего в исследование включено 43 пациента, мужчины в возрасте от 41 до 76 лет, средний возраст составил 58,50±8,75 лет.

Методы исследования: Берлинский опросник апноэ сна, шкала сонливости Epworth, респираторный мониторинг сна. Результаты: частота нарушений дыхания во сне при ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения выявлена у 60,5%. Не выявлено достоверной разницы частоты СОАС от тяжести течения ХОБЛ. СОАС средней и тяжелой степени тяжести диагностирована у 53,8% пациентов, причем, необходимость применения неинвазивной вентиляции легких составила 34,6% от всех обследованных. Выявлена особенность СОАС при ХОБЛ – у большинства пациентов с ХОБЛ+СОАС наблюдалась ночная гипоксемия (84,0%). Также отмечено, что степень тяжести СОАС не зависит от тяжести самой ХОБЛ.

Заключение: СОАС у пациентов с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения встречается достаточно часто, и не зависит от тяжести ХОБЛ, у большинства сопровождается ночной гипоксемией, что необходимо учитывать для подбора соответствующей респираторной поддержки.

ОНКОЛОГИЯ

55.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО В СОЧЕТАНИИ С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

НМИЦ ТИО им. акад. В.И. Шумакова

Никулин А.В., Пашков И.В.

Рак легких является одной из наиболее частых причин смерти во всем мире и самым распространенным онкологическим заболеванием у мужчин. Хирургическая операция на ранних стадиях является наиболее эффективным методом лечения. Однако в ряде случаев, наличие сопутствующей патологии резко увеличивает риски проведения оперативного вмешательства. Порой эти риски перевешивают риск самой операции. Например, сочетание таких болезней как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и рак легких является проблемой для определения тактики лечения. С одной стороны, наличие злокачественного образования предполагает оперативное лечение в срочном порядке, с другой стороны наличие коронарной патологии не позволяет выполнить операцию в связи с огромным риском развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. В нашем наблюдении представлен опыт выполнения симультанной операции: комбинированной видеоассистированной (ВАТС) нижней лобэктомии слева и аортокоронарного шунтирования (АКШ). обратился пациент Ш., 72 лет. По данным МСКТ ОГК определялись три новообразования в левом легком: в S5 – 1,0 см, в S10 – 2,0 см, в области деления нижней легочной вены на сегментарные вены – 2,0 см, внутригрудные лимфоузлы не увеличены. В сравнении с данными МСКТ ОГК четырехмесячной давности рентгенологическая картина без динамики. Выявление злокачественных заболеваний легких у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, такой как ишемическая болезнь сердца в сочетании с выраженным стенозом коронарных артерий не является приговором. Данное наблюдение показывает возможности одномоментного лечения двух тяжелых конкурирующих заболеваний: ИБС и рак легких. Симультанные оперативные вмешательства с применением ВАТС у данной категории больных могут являться операцией выбора.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

56. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Муханова И. Ф.

Нормативная деятельность пульмо-службы РБ регулируется: Приказом Минздрава России от 15.11.2012 года № 916н и Приказом Минздрава РБ от 28.12.2016 г. № 3772-Д. Утверждены: схема маршрутизации пациентов; медицинские показания для направления пациентов с патологией органов дыхания на консультацию в кабинеты врача-пульмонолога; зоны ответственности медицинских организаций на территории Республики Башкортостан. В основе организации мед.помощи лежит принцип системности и осуществляется на трех уровнях: I уровень – первичная медико-санитарная помощь (Врачи первичного звена в амбулаторных условиях, Терапевтическое отделение в стационарных условиях). II уровень – специализированная медицинская помощь (в условиях консультативных кабинетов врачом-пульмонологом): (ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова; ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа; ГБУЗ РБ ГКБ №13 г. Уфа). III уровень – специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «пульмонология» (в условиях пульмонологического отделения стационара): (ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова; ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа; ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа). В 2019 г. в РБ функционировало 297 пульмонологических коек. Обеспеченность населения специализированными койками для лечения болезней органов дыхания составила в 2019 г. – 0,73 на 10 тыс. населения (средний показатель по РФ в 2019 г. составил – 0,98 на 10 тыс. населения). Укомплектованность кадрами по физическим лицам составляла в 2015 г. 49,0%, в 2020 г. – 44,9% (при некоторой тенденции к снижению). Число должностей «пульмонологов» в целом по региону в 2020 г. штатных – 61, из занятых – лишь 46. В регионе располагаются мощные санаторно-курортные организации для легочной реабилитации: «Красноусольский», «Карагай», «Юматово», «Ай», «Зеленая роща» санаторий, г. Уфа, «Якты-Куль», «Танып», «Янган-Тау», «Ассы».

57.
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А., Шабанов Е.А., Прибылова Н.Н.

Цель исследования: сравнить деятельность пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская областная клиническая больница» в условиях пандемии COVID-19 по сравнению с работой вне пандемии.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ работы пульмонологического отделения (ПО) ОБУЗ «Курская областная клиническая больница» в 2020 году по сравнению с результатами работы ПО в 2019 году.

Результаты: в 2020 году в ПО на 50 койках было пролечено 706 больных по сравнению с 1173 пациентами в 2019 году, что на 37% меньше, при этом среднее пребывание на койке снизилось на 11,0% – с 14,4 в 2019 году до 12,8 в 2020 году. Количество выписанных с улучшением, относительно всех выписанных, в ПО в 2020 году остался высоким – 77,7%, но ниже чем в 2019 году – 92,9%. Это пациенты с бронхоэктатической болезнью, альвеолитами, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой, а также пациенты с COVID-19 и ассоциированным с ним двусторонним вирусным поражением легких, когда полного рентгенологического разрешения пневмонии в стационарных условиях не удается достичь вследствие особенностей течения заболевания.

Выводы: в связи с тем, что в 2020 году работа пульмонологического отделения в течение года неоднократно переформатировалась: с мая по июль 2020 года отделение выполняло функции обсервации, а с ноября 2020 года пульмонологическое отделение функционировало в составе отделения анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медицинской помощи взрослым пациентам с COVID-19, объясняет уменьшение количества пролеченных пациентов с болезнями органов дыхания в ПО.

58.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Шабанов Е.А., Прибылова Н.Н., Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А.

Цель исследования: оценить структуру заболеваемости болезнями органов дыхания в условиях пандемии COVID-19 на территории Курской области.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ структуры заболеваемости болезнями органов дыхания (БОД) на территории Курской области в 2020 году по сравнению с 2019 годом на основании данных МИАЦ Курской области, показателей Курскстата, ФГБУ ЦНИИ ОИЗ РФ (данные по Курской области).

Результаты: заболеваемость БОД (на 100 тыс. населения) возросла с 31839,9 до 32934,5 (3,4%; $p>0.05$), при этом количество пациентов страдающих ХОБЛ возросло с 5454 до 5944 (8,9%; $p>0.05$), БА с 85 до 8606 (1,0%; $p>0.05$), пневмонией с 5235 до 23156 (в 3,4 раза; $p<0.001$), а интерстициальными заболеваниями легких снизилось с 93 до 71 (23,6%; $p<0.05$), а количество пациентов перенесших COVID-19 с поражением легких в 2020 году составило 8824 человека. Число умерших от БОД по данным Росстата на территории Курской области возросло в 2,1 раза ($p<0.05$), в первую очередь за счет пневмоний на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19, тогда как летальность от ХОБЛ, БА и интерстициальных заболеваний легких осталось на прежнем уровне.

Выводы: основываясь на структуре заболеваемости БОД на территории Курской области в 2020 году по сравнению с 2019 годом установлен достоверный рост числа случаев пневмоний вообще, так и обусловленных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в частности, что внесло существенный вклад в рост заболеваемости и летальности от пневмоний, тогда как заболеваемость и летальность от других БОД (БА, ХОБЛ, интерстициальные заболевания легких) осталась на прежнем уровне.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

59. АНАЛИЗ РЕПАРАТИВНОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

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

Линцов А.Е. – 1, Солиев А.К. – 2, Плескач Н.М. , Шевелев С.Э. – 2, Михельсон В.М. –3

Системные (оральные) глюкокортикостероиды (СГКС) по-прежнему применяются в практике лечения ряда больных тяжелой бронхиальной астмой (БА). Ранее мы сообщали об особенностях цитогенетического действия СГКС. Вместе с тем, цитогенетический гомеостаз обеспечивается функционированием системы репарации ДНК, что требует выполнения соответствующего исследования. Целью настоящей работы явилась оценка интенсивности репаративного синтеза ДНК в лимфоцитах больных БА, получающих СГКС. Уровни спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследованы у 58 больных бронхиальной астмой в возрасте от 16 до 70 лет. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значения ИВС к СВС. Из числа обследованных 15 пациентов получали от 5 до 10 (группа 1, n=10) и от 15 до 30 (группа 2, n=5) мг преднизолона в сутки. В сравнительную группу больных БА вошли стероид-наивные пациенты (n=29), не получавшие терапию ГКС. Контрольную группу составили 15 практически здоровых индивидуумов. Анализ полученных данных показал, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению с контрольной группой, достоверно ($p<0.02$) повышена интенсивность ИВС, а значения ИСР достоверно ($p<0.001$) более низкие. Было установлено, что уровни как СВС, так и ИВС достоверно не различаются ($p> 0.05$) у больных, получавших терапию СГКС (группа 1 и группа2), и пациентов сравнительной группы. Однако значения ИСР оказались достоверно ($p <0.02$) более высокими в лимфоцитах группы 1 обследованных по сравнению с таковыми в клетках стероид-наивных больных. Представленные результаты исследования позволяют заключить, что СГКС в использованных дозах не вызывают у обследованных пациентов сколько-нибудь выраженного угнетающего действия на репаративный синтез ДНК в лимфоцитах.

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

60. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ С КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ В ФОРМЕ ТЭЛА У ПАЦИЕНТА С ТХПН

1 – Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия; 2 – Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия; 3 – Городская больница №2 г. Белгорода, Белгород, Россия

О.В. Ермилов – 1,2, А.Ю. Третьяков - 1, М.А. Бочарова – 2, Л.Б. Никонорова – 2, В.А. Бочаров – 1, Е.М. Волочаева , О.Г. Деева , В.В. Солошенко

В клинику поступил пациент Н., 79 лет с жалобами на интенсивные боли в правой половине грудной клетки, сухой приступообразный кашель в течение 3-х дней. Из анамнеза: страдает ТХПН в исходе хронического пиелонефрита, находится на программном гемодиализе в течение полутора лет. Сосудистый доступ осуществляется через перманентный катетер в связи с несостоятельностью фистулы. За 3 месяца до появления указанных жалоб проходил лечение в отделении гнойной хирургии по поводу катетерного сепсиса (отмечалась лихорадка, лейкоцитоз, бактериемия, высокие уровни С-реактивного белка, прокальцитонина), где была произведена замена перманентного катетера. Сопутствующая патология: вторичная анемия, вторичная гиперурикемия, вторичная артериальная гипертензия. Выполнена эхокардиография: в правом предсердии, вероятно, в устье нижней полой вены лоцируется линейная структура с двойным контуром. Выявленная структура не флотирует с током крови, с большой долей вероятности может соответствовать фрагменту диализного катетера. Выполнена рентгенография органов грудной полости: определяется участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле справа, обращает на себя внимание низкое расположение диализного катетера (ниже линии диафрагмы). Исследование дополнено компьютерной томографией с ангиопульмонографией: на серии КТ сканов отмечаются множественные дефекты контрастирования (тромбы) от уровня дистальных ветвей легочных артерий (больше справа). В области ворот печени определяется дополнительная тень катетерного фрагмента до 5 см с фиксированными на нем тромбами. В нижней доле справа инфаркт клиновидной формы, основанием обращенный к плевре. Таким образом, среди причин ТЭЛА могут выступать инородные тела в нижней полой вене.

61.
ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ, ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава РФ, Россия, Курск

Прибылов С.А., Прибылов В.С., Леонидова К.О., Прибылова Н.Н., Хруслова О.С.

Цель: сравнить уровень провоспалительных ЦК (ФНО, IL-1β и IL-6) у больных тяжелой ХОБЛ с ЛГ и при ХОБЛ без ЛГ.

Материалы и методы: обследовано 70 больных ХОБЛ: 47 тяжелой ХОБЛ с высокой ЛГ, 2 группа 23 пациента с ХОБЛ 2-3 ст без ЛГ в возрасте 45-75 лет со стажем болезни: 1 гр (17 ± 6 лет), 2 гр (10±3 года); анамнезом курения: 1 гр (21±8 лет), 2 гр (10±4 года). Всем больным проводилась ЭХОДКГ (аппарат «Aloka-1700» «Logic-500») с исследованием сосудистой гемодинамики, с определением систолического и СДЛА. Определение уровней провоспалительных ЦК в крови проводили методом ИФА с использованием набора реактивов Diagnostic system Laboratoris (кат. № 449-8800, DSL – 10-8000) в лаборатории гравихирургии крови БМУ «КОКБ» г. Курска.

Результаты: у больных ХОБЛ с нормальным давлением в ЛА (СДЛА 23,4±5,3 мм рт. ст.) показатели провоспалительных ЦК мало отличались от показателей нормы в контроле у 15 человек: TNF-α =54,4±8,5 пг/мл (при норме 42,3±6,7 пг/мл); IL-1β = 38,2±9,8 пг/мл (в контроле 29,6±9,0); IL-6= 42,4+5,3 пг/мл (при норме 38,7±10,1). У пациентов с тяжелой ХОБЛ и выраженной ЛГ (52,4±8,2 мм рт. ст.) эти показатели были следующими: 134,2±8,2 пг/мл; 120,4±9,8 пг/мл;148,4+12,3 пг/мл, что в 3,1, 3,2 и 3,5 раза превышало эти показатели у больных ХОБЛ без ЛГ. Частым осложнением декомпенсированной ЛГ у больных с тяжелой ХОБЛ было развитие гипертонических кризов в ЛА, которые проявлялись удушьем, кашлем, болями в области сердца, нарастающим общим цианозом, пульсацией в эпигастральной области, выраженным акцентом II тона над ЛА, возбуждением, а затем – сонливостью с последующим развитием гипоксемической и гиперкапнической комы, при сочетании ХОБЛ с пневмониями (у 7 пациентов) и при наличии сопутствующей патологии АГ и ИБС (у 23 пациентов).

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

62. АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ МОДУЛИРУЮЩЕЙ РОЛИ РЕГУЛЯРНОГО АЭРОБНОГО ТРЕНИНГА ПРИ COVID-19

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Третьяков А.Ю., Жабская А.В., Ермилов О.В.

Цель исследования: анализ и систематизация данных по проблеме модулирующей роли регулярного аэробного тренинга (РАТ) в формировании особенностей COVID-19.

Материалы и методы: Базы данных Web of Science, Scopus, PubMed, Chemical Abstracts с последующей систематизацией сведений из 1129 полученных источников.

Результаты и обсуждения: Регулярные физические нагрузки в аэробном режиме снижают уровень ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и увеличивают АПФ II в тканях, тем предполагая облегчение проникновения короновируса внутрь клетки, однако особенностью АПФ II на клетках-мишенях у адаптированных к аэробным нагрузкам лиц, отличающей их от нетренированных испытуемых, является облегченная солюбилизация данного рецепторного белка при РАТ: при аэробных нагрузках в плазме крови и моче существенно увеличивается концентрация АПФ II. В результате РАТ увеличивается плотность и аффинность адренорецепторов на дыхательной мускулатуре, гладкомышечных клетках бронхов, бронхиальных артерий, желез и эпителии, что позволяет, усилить скорость и амплитуду укорочения мышц вдоха и выдоха, синхронизировать их активность с остальной скелетной мускулатурой, эффективнее снизить сопротивление в воздухоносных путях в результате большей бронходилятации, повысить качество санации слизистой бронхов посредством стимуляции цилиарной активности и создания менее вязкого секрета. РАТ изменяет структуру альвеолярно-капиллярной мембраны и повышает ее диффузионную способность. При РАТ меняется соотношение натуральных киллерных клеток в пользу CD56-bright колоний, повышается степень антиокидантной защиты тканей, эффективности их энергообеспечения в механизме митохондриогенеза и формирования митохондриальных цепей/слияний при участии митофузинов (MFN1, 2) и Optic atrophy-ген 1 (OPA1).

ПНЕВМОНИЯ

63.
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ COVID-19

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Кучер А.В., Приходько О.Б., Ходус С.В.

Цель исследования: проанализировать результаты фибробронхоскопии у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в связи с двусторонней полисегментарной пневмонией, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Материалы и методы: изучена эндоскопическая картина пациентов с диагнозом двусторонняя полисегментарная пневмония, ассоциированная с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционного госпиталя ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» в период с апреля по август 2021 года. Объем выборки составил 22 человека, из них: 16 женщин (73%) и 6 мужчин (%); средний возраст составил 68, ± 8,4 лет, средний койко-день нахождения в ОРИТ – 7,6 ± 4,5 дня. Все пациенты находились на ИВЛ, вентиляция производилась через интубационную трубку.

Результаты: у всех пациентов, по данным фибробронхоскопии, был обнаружен двусторонний диффузно-катаральный эндобронхит. Интенсивность воспаления (ИВ) у 5 пациентов (22,7%) соответствовала 1 степени, у 17 пациентов (77,3%) ИВ соответствовал 2 степени. При этом у 16 человек (72,7%) слизистая оболочка бронхов была гиперемирована, у 6 человек (22,3%) слизистая оболочка имела бледно-розовый окрас. Мокрота у 3-х пациентов (13,6%) – гнойного характера, у 10 пациентов (45,4%) мокрота слизистая, у 9 пациентов (41%) – слизисто-гнойная. У 3 пациентов сопутствующим заболеванием являлась бронхиальная астма. Из них у 2 человек слизистая оболочка была бледно-розовой, у 1 – гиперемированная. Характер мокроты у всех пациентов имел разный характер: гнойная, слизистая и слизисто-гнойного характера.

Выводы: Полученные данные позволяют судить о раннем начале развития двустороннего диффузно-катарального эндобронхита у пациентов, находящихся на ИВЛ

64.
ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СВОБОДНО РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ГБУЗ РБ ГКБ №21, Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

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

Цель: установить взаимосвязи клинических данных с показателями процессов свободнорадикального окисления (СРО) у больных с сочетанием внебольничной пневмонии и ХОБЛ (ВП с ХОБЛ).

Методы исследования: в исследовании приняли участие 54 пациента ВП с ХОБЛ. Больным, включенным в исследование проводили общеклинические исследования, оценку прогноза заболевания по шкале CRB-65 и тяжести состояния больных(Пк), расчет индекса коморбидности, интенсивности одышки по шкале mMRC. Продукцию АФК в цельной крови изучали методом регистрации спонтанной (СП) и индуцированной (ИН)люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ). Определение АОС сыворотки крови проводилось с использованием набора TAS RANDOX (RANDOX laboratory Ltd., Великобритания). Состояние метаболизма оксида азота (NO) оценивали по содержанию стабильных метаболитов NO: нитрат- и нитрит-анионов (NO2- и NO3-), а так же их суммарной концентрации (ΣNO2-/NO3-) в сыворотке крови с использованием набора ParametrTM Total Nitric Oxide and Nitrate/Nitrite (USA&Canada R&D Systems, Inc.).

Результаты: проведенный корреляционный анализ у больных ВП с ХОБЛ установил наличие положительной связи значений шкалы CRB-65 с клиническим индексом тяжести ПК (r=0,40p<0,05), с содержанием лейкоцитов и СРП в крови (r1=0,44;r2=0,62; p<0,05). Индекс коморбидности имел положительную связь с уровнем СРП (r=0,48; p<0,05) и отрицательную с АОС крови (r=-0,45; p<0,05). Клинический индекс тяжести ПК имел отрицательные связи с интенсивностью СС СПХЛ и СС ИНХЛ (r1=-0,57; r2=-0,47; p<0,05) и положительные с содержанием NO3–, ΣNO2-/NO3– в крови (r1=0,48; r2=0,43; p<0,05). Выраженность одышки по шкале mMRC имела отрицательную связь со значениями СС СПХЛ (r=-0,41; p<0,05) и положительную с уровнем NO3– в крови (r=0,38; p< 0,05).

65.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Хайдарова С.Х., Курбанова М.Р., Каримова Н.И., Узакова Ш.Б.

Цель исследования: определить клинико-лабораторные особенности внебольничной пневмонии у детей.

Методы исследование: в работу включены результаты проведения ретроспективного анализа историй болезни за период 2015-2017 гг. и проспективное исследова-

ние 80 больных ВП в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии.

Результаты: у большинства детей, бронхолёгочный процесс протекал на неблагоприятном преморбидном фоне и сопутствующей патологии, у 92,5% детей наблюдались анемия I – II степени, у 52,5% – рахит и его остаточные явления, у 21,3% больных – аллергический диатез, у 42,5% больных – белково-энергетическая недостаточность питания и у 18,8% больных – перинатальные поражения нервной системы. Заболевания ЛОР органов установлены у 35,0% детей. В основном, внебольничная пневмония протекала в среднетяжелых формах – 97,5% случаев. При поступлении в стационар для всех больных внебольничной пневмонией был характерен выраженный синдром интоксикации: повышение температуры тела у – 95,0%, вялость у – 56,3%, бледность у – 75,0%, потливость у 8,7% детей и снижение аппетита у – 90,0% детей. Одним из характерных и постоянных признаков является кашель, который наблюдается у – 100,0% детей.

Выводы: практическое использование современной классификации пневмоний с выделением внебольничных, госпитальных и внутриутробных, а также типичных и атипичных форм заболевания позволяет не только предполагать с высокой долей вероятности этиологию заболевания, но и рационально строить тактику антимикробной терапии.

66.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 И ЗАВЕРШИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Глушкова Т.В.

Цель: оценить состояние здоровья и функциональное состояние респираторной системы у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) в течение 1-го месяца после завершения стационарного лечения.

Материалы и методы: в исследование включены госпитализированные пациенты с COVID-19, подтвержденной методом ПЦР, различной степени тяжести с поражениями легких КТ1-4. Проведены: тест с 6-минутной шаговой пробой (6-МШП), определение уровня насыщения гемоглобина кислородом в капиллярной крови (SpO2) в покое и после 6-МШП, оценка одышки по шкале Modified Medical Research Council (mMRC), оценка состояния здоровья и качества жизни по шкале European Quality of Life Instrument (EQ-5D) и уровня тревоги и депрессии по шкале Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Результаты исследования: в исследование включены 30 пациентов, мужчин – 43,3%, медиана возраста – 59,5 лет [33;81]. 80% больных имели в анамнезе гипертоническую болезнь, 50% – ожирение, 13,3% – сахарный диабет. Средняя продолжительность стационарного лечения -16 дней, 29 пациентам потребовалась кислородная поддержка (93,1% – малопоточная, 6,8% – высокопоточная). У 34,5% поражение легких КТ-3, КТ-2-31,0%, КТ-1–20,5%, КТ-4-14%. Уровень SpO2 в покое менее 95% у 14% больных, после проведения 6-МШП–36,7%. Медиана пройденной дистанции-437,4 [48;680,4] м. Уровень пройденной дистанции ниже порогового показателя нормы в 23,3%. Жалобы на общую слабость и/или утомляемость у 93,3% больных, одыш-

ку-76,7%, тахикардию-36,7%. По шкале mMRC в 46,7%-1 степень одышки, в 30%-0 степень, 16,7%-2 степень. Медиана самостоятельной оценки пациентом уровня своего здоровья составила 70 баллов [40;90]. Уровень тревоги по шкале HADS в 40% более 11 баллов (выраженная тревога), 34,6%-субклиническая депрессия.

67.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ГБУЗ РБ ГКБ №21, Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

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

Цель: изучить особенности клинической картины и маркеры воспаления у больных с внебольничной пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Методы: в исследование были включены больные с внебольничной пневмонией на фоне ХОБЛ (ВП с ХОБЛ) (n=28) и пациенты с обострением ХОБЛ (n=). Оценивали симптомы заболевания, определяли уровень содержания С-реактивного протеина (СРП) и продукцию интерлейкина ИЛ-6, фактора некроза опухоли (TNF-α) в сыворотке крови.

Результаты: при госпитализации у больных ВП с ХОБЛ по сравнению с больными ХОБЛ были ниже показатели функции легких ФЖЕЛ и ОФВ1 (43,5±3,1% и 26,1±2,5% vs 56,7±2,5% и 36,3±1,6%), выше проявления респираторных симптомов (КИ) (2,96±0,06 балла vs 2,01±0,07 балла), интенсивность одышки по шкале mMRS (3,7±0,2 балла vs 2,07±0,1 балла), высоким индекс коморбидности Charlson (5,3±0,2 балла vs 4,9±0,1балла). Содержание сывороточного СРП у больных ВП с ХОБЛ оказалось выше, чем у больных ХОБЛ (33,9±3,4 мг/л vs 23,2±0,6 мг/л). У больных ВП с ХОБЛ содержание ИЛ-6 и TNF-α было выше, чем у больных с обострением ХОБЛ (10,55±0,63пкг/мл и 4,82±0,3пкг/мл vs 7,35±0,44пкг/мл и 3,41±0,42пкг/мл). На фоне лечения у больных ВП с ХОБЛ сохранялись более выраженные нарушения ФЖЕЛ и ОФВ1 (49,8±2,1% и 30,4±1,9% vs 59,1±2,1% и 39,1±1,2%), проявления одышки по шкале mMRS (2,3±0,1 балла vs 1,8±0,1балла)., также величина КИ была выше, чем у больных с обострением ХОБЛ (1,57±0,07 баллов vs 1,26±0,05 баллов). В динамике уровень СРП в крови снизился, но у больных ВП с ХОБЛ был выше, чем у больных с ХОБЛ (12,5±1,2 мг/л vs 8,2±0,9 мг/л). В обеих группах повысилось содержание ИЛ-6, а TNF-α оставался высоким. У больных ВП с ХОБЛ уровень ИЛ-6 и TNF-α оказался выше, чем у больных ХОБЛ (14,3±0,99 пкг/мл и 4,53±0,42 пкг/мл vs 9,4±1,21 пкг/мл и 3,22).

68.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОЙ KL. PNEUMONIAE

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

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

Актуальность: в настоящее время особую значимость приобретает проблема антибиотикорезистентности (АР). Пациентка И., 55 лет, поступила в стационар с диагнозом: ГЭРБ, эрозивный рефлюкс-эзофагит, средней степени тяжести с жалобами на изжогу, боли за грудиной, тошноту, рвоту. Жалобы появились 2 недели назад. Месяц назад была выписана из инфекционного госпиталя с диагнозом: Коронавирусная инфекция, среднетяжелая форма. При поступлении в стационар на КТ ОГК – признаки двусторонних интерстициальных инфильтративных изменений (КТ1), объем поражения -8%. Через 6 дней больная переведена в ОРИТ в связи с ухудшением состояния – появилась лихорадка и прогрессирующая дыхательная недостаточность, на КТ ОГК – отрицательная динамика в виде увеличения инфильтрации. Больная была переведена на ИВЛ. По результатам микробиологического исследования биоматериала из трахеостомической трубки, обнаружен рост Kl.pneumoniae 10 6 КОЕ/мл. Выделенный штамм обладал устойчивостью к цефалоспоринам, карбапенемам, фторхинолонам, аминогликозидам (определялась чувствительность к 32 антибиотикам); чувствителен к колистину и фосфомицину. При определении тактики антибактериальной терапии придерживались положений, изложенных в Методических рекомендациях «Диагностика и антимикробная терапия инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами» (2020 г). На 35 день наступил летальный исход. Патолого-анатомический диагноз: двусторонняя субтотальная вирусно-бактериальная пневмония, интерстициальная пневмония с исходом в субтотальный фиброз легких. Осл. Легочно-сердечная недостаточность. Соп. Язва нижней трети пищевода. Выводы: основное место формирования антибиотикорезистентных штаммов – стационар и ОРИТ, поэтому проблема АР для них наиболее актуальна. Выбор антибиотиков в данной ситуации крайне затруднителен.

69.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО СУРФАКТАНТА ПРИ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19

ООО «Евгения», ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ», ДНЦ ФПД

Лазуткина Е.Л., Демура О.В., Бардов В.С., Лазуткин Н.Н.

Цель исследования: изучить эффективность применения ингаляционного сурфактанта при неинвазивной вентиляции легких у больных COVID-19.

Материалы и методы: были проанализированы истории болезни 50 пациентов, находившихся на неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) в РАО инфекционного госпиталя ГАУЗ АО «Благовещенская ГКБ», из них 25 получали стандартную терапию, а 25 больным дополнительно назначался ингаляционный Сурфактант БЛ (производство ООО «Биосурф», РФ) в дозе 75 мг х 2 раза в сутки через небулайзер в течение 5 дней.

Результаты: все пациенты начинали получать ингаляционный сурфактант в течение первых суток после подключения к НИВЛ, таким образом, день начала НИВЛ являл-

ся днем начала терапии сурфактантом. Все пациенты получали терапию в соответствии с временными методическими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции. У пациентов, получивших лечение сурфактантом, перевод на ИВЛ потребовался у 38% пациентов, а летальность составила 20,5%, тогда как в контрольной группе эти показатели были существенно выше – 81% и 63% соответственно. По данным компьтерной томографии органов грудной клетки отмечен более быстрый регресс инфильтративных изменений в легких.

Выводы: исследование показало, что назначение ингаляционного сурфактанта пациентам на НИВЛ эффективно предупреждает прогрессирование дыхательной недостаточности, предотвращает перевод на ИВЛ, улучшает динамику рентгенологической картины и прогноз выживаемости.

70.
ОСОБЕННОСТИ SARS-COV-2-ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ИСХОДНОЙ АДПАТАЦИИ К АЭРОБНОЙ НАГРУЗКЕ

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Третьяков А.Ю., Жабская А.В., Ермилов О.В.

Цель исследования: анализ особенности SARS-CoV-2-пневмонии у больных предварительно адаптированных к аэробной нагрузке (АН).

Материалы и методы: Больные SARS-CoV-2-пневмонией, с предварительной регулярной практикой АН (11 человек, 7 мужчин 4 женщины, 53 [41;66] года, 1-я группа) и пациенты не адаптированные к АН (131 человек, 69 мужчин, 62 женщины, 51 [40;64] год, 2-я группа; в качестве оценочных характеристик использованы данные компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, тест на РНК SARS-CoV-2 в мазках из носоглотки/ротоглотки, общий анализ крови с анализом лейкограммы и изучение уровня антител G и -M к COVID-19. Критерий адаптации к АН по AHA, 2008: в течение предшествующих 12 месяцев пациент практиковал АН высокой интенсивности ≥150 мин в неделю или сочетал интенсивные нагрузки (≥75 мин в неделю) с нагрузками умеренной интенсивности (≥ 150 мин в неделю). Результаты. Среди пациентов 1-й группы реже присутствовала лихорадка, продолжительнее 7 суток (1 пациент, 9,1%, во-2-й – 102 пациента, 77,9%, $\chi2=4,52$, $p=0,034$), одышка (соответственно 2, 18,2%, и 124 человека, 94,7%, $\chi2=4,23$, $p=0,04$) и кашель ($\chi2=2,23$, $p=0,136$); на КТ чаще все ограничивалось I степенью (10 случаев, 90,9%, во-2-й – 24, 18,3%, $\chi2=10,28$, $p=0,001$), тогда как у неадаптированных к АН больных преимущественно регистрировались II-IV степень распространения изменений (107 человек, 81,7%, $\chi2=4,54$, $p=0,028$). Уровень лимфоцитов <20% во-2-й группе обнаружен у 34 пациентов (25,9%), в 1-й группе лимфопения не зарегистрирована ($\chi2=1,64$, $p=0,20$), и средняя продолжительность стационарного лечения здесь была значительно короче ($p=0,001$), чем в контроле.

Заключение: фактор предварительной адаптации к аэробной нагрузке больного может рассматриваться в качестве условия благоприятное течение SARS-CoV-2-пневмонии.

71.
ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПОМОЩЬЮ ПРОБЫ С ПОСТОККЛЮЗИОННОЙ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ

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

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

Эндотелиальная дисфункция характеризует прогноз заболевания и его тяжесть. Для ее оценки нами была использована проба с постокклюзионной реактивной гиперемией с помощью бесконтактной термометрии. Оценивалось увеличение кровотока в сосудах после его временного прекращения.

Цель: сравнительный анализ больных, страдающих внебольничной пневмонией и метаболическим синдромом с больными внебольничной пневмонией без метаболического синдрома с помощью данной пробы. Проводилась исходная локальная термометрия дистальной фаланги пальца кисти, накладывалась манжета тонометра на плечо и нагнетался воздух выше систолического артериального давления, палец руки пациента на 2 мин. погружался в холодную воду заданной температуры, далее производилась быстрая декомпрессия манжеты выпуском воздуха, динамическое измерение локальной температуры пальца. Различия динамики локальной температуры установлены в фазе реактивной гиперемии. Через 120 с после восстановления кровотока локальная температура достигла диапазона ±2°С от исходной в контрольной группе у всех 15 обследуемых (100%), в группе внебольничная пневмония – 28 (87%, p=0,153 в сравнении с контрольной группой), в группе внебольничная пневмония и метаболический синдром-у 2 пациентов (5%, p<0,001 в сравнении с контрольной группой и p<0,001-с внебольничной пневмонией). У больных пневмонией и метаболическим синдромом локальная температура в фазу реактивной гиперемии восстанавливалась медленнее, чем в остальных группах. Эти различия охватывали весь период, начиная с 45-ой секунды фазы сосудистой окклюзии и до последнего измерения в момент времени 240 с, что может быть связано с патологическими изменениями стенок сосудов, а также с нарушением местной сосудистой регуляции. Значит, у них хуже работают адаптационные механизмы к нарушению кровотока

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

72. ОБОСНОВАННОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

ГБУЗ Республики Крым «Академический НИИ Физических методов лечения, Медицинской климатологии и реабилитации имени И.М. Сеченова», г. Ялта, Россия

Масликова Г.Г., Дудченко Л.Ш., Ежов В.В., Мизин В.И., Черноротов В.А., Беляева С.Н., Кожемяченко Е.Н.

Цель работы: изучить состояние больных перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 и обосновать необходимость реабилитационных мероприятий у данного контингента больных. Проанализированы результаты обследования 121 пациента, переболевших коронавирусной инфекцией, поступивших на лечение в отделение пульмонологии ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова». Основной диагноз: пневмония поставлен у 112 человек (92,6%). Сопутствующие заболевания выявлены у 80 человек (66,1%), наличие ХНЗЛ у 34 человек (28,1%). Из анамнеза следует, что SARS-COV-2 обнаружен у 71(58,7%) пациента. У большинства больных – 112(92,6%) было вирусное поражение легких, у 106 (87,6%) – двустороннее. По объему поражения легких КТ-1 отмечалось у 30(24,8%), КТ-2 – у 35(28,9%), КТ-3 – у 23(19,0%) и КТ-4 – у 5(4,1%) пациентов. Продолжительность госпитализации составила в среднем 12,64 дня, нуждались в респираторной поддержке 48 (30,7%) человек. При поступлении пациенты чаще всего предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке 92 человека (76,03%),повышенную утомляемость 75 человек (61,98%), снижение физической активности-96(79,34%), тревожность-35 (28,92%), головные боли-10(8,26%), головокружения-13 (10,74%), боли в области сердца-12 (9,92%), сердцебиение-23(19,01%), ухудшение памяти-17(14,05%), потливость-21(17,35%), кашель сухой – 56(46,28%), с мокротой слизистого характера-31(25,6%). СОЭ была ускоренной у 41 (33,88%) обследованного. Повышение холестерина отмечено у 42 больных (34,7%), аминотрансфераз – АЛТ у 20(16,53%) и АСТ у 25(20,66%), глюкозы у 21(17,36%). Учитывая вышеизложенное, реабилитационные мероприятия в условиях Южного берега Крыма являются идеальным подходом в восстановлении данной категории больных, что дает возможность предупредить развитие хронического воспалительного процесса в легких.

73.
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РФ: ЭФФЕКТЫ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА

1 – Казанский государственный медицинский университет – Казань (Российская Федерация). 2 - Государственное бюджетное учреждение Медико-санитарная часть №1 Республики Марий Эл – Йошкар-Ола (Российская Федерация)

Р.Ф. Хамитов – 1, Е.А. Соболева – 2

Неизвестно в течение какого времени происходит восстановление нарушенных функций организма после новой коронавирусной инфекции (НКВИ), особенно у тяжело переболевших пациентов.

Цель: разработка и анализ эффективности оригинальных персонифицированных программ реабилитации у пациентов с НКВИ в условиях круглосуточного стационара.

Материал и методы: 109 пациентов (мужчин 54%, женщин 46%, возраст 56,54±11,73л). Течение НКВИ в 41% среднетяжелое, 40% – тяжелое и в 19% – крайней степени тяжести. SpO2 90-94% была в 65%, SpO2 80-89% – в 15%. Разработка индивидуальных программ реабилитации, реабилитационных шкал с присвоением реабилитационных баллов (РБ) осуществлялась командой специалистов (врач физической и реабилитационной медицины, пульмонолог, психиатр) и включала физические тренировки на тренажерах (велоэргометр, тредмил, мотомед, степпер), лечебную физкультуру, тренировки дыхательной мускулатуры с тренажерами Threshold IMT, психотерапию.

Результаты: коморбид в виде диабета встречался в 25%, АГ – 65%, ИБС – 22%. При госпитализации пациенты с РБ5 имели более низкий показатель теста с шестиминутной ходьбой (Т6Х) 110 м (ДИ 40 – 248м), SpO2 90%, с РБ4 00м (ДИ 240-350м), SpO2 94%; с РБ3 – 400м (ДИ 360-431м), SpO2 96%. Различия по Т6Х между пациентами с РБ 4 и РБ 3 были достоверны, $p<0,001$. К моменту завершения реабилитационных программ прирост по Т6Х для РБ5 был 90 м, РБ4 – 120 м, РБ3 – 89 м, ($p = 0,197$). У всех пациентов SpO2 стала > 95%.

Выводы: пациенты с тяжелыми проявления НКВИ и значимым коморбидом показали хороший реабилитационный потенциал в виде прироста толерантности к физической нагрузке, улучшения респираторного статуса. Это позволяет значимо влиять на возможности восстановления нарушенных функций организма особенно после перенесенных тяжелых форм заболевания.

74.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

ГБУЗРК «Академический научно-исследовательский институт им. И.М. Сеченова», г. Ялта

Дудченко Л.Ш., Кожемяченко Е.Н., Беляева С.Н., Масликова Г.Г.

За прошедший год в отделении пульмонологии ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова», расположенного на Южном берегу Крыма, реабилитацию после новой коронавирусной инфекции прошел 151 человек. Большинство больных были выписаны из

стационаров Крыма. 31 человек поступил из различных областей России: Московской, Ленинградской, Тюменской, Свердловской, Челябинской, Волгоградской, из Краснодарского и Камчатского края, Ханты-Мансийского автономного округа. На реабилитации в отделении были несколько пациентов, перенесших COVID-19 во время вспышки на золотодобывающем предприятии Красноярского края в мае 2020 г. Средний возраст пациентов составил 59,60±10,38 лет, женщин было 100 (66,2%) и 51 (33,8%) мужчин. Состояние пациентов при поступлении на реабилитацию соответствовало перенесенному заболеванию. Наиболее типичными жалобами были повышенная утомляемость, тревожность, одышка, снижение толерантности к физической нагрузке, сухой непродуктивный кашель. Лабораторные данные на этапе реабилитации оказались не информативны. Из функциональных показателей снижены значения резервного объема выдоха, емкости вдоха и ЖЕЛ. Шкала оценки усталости FAS обнаруживала синдром патологической усталости. Отмечена одышка средней степени тяжести по шкалам mMRC и BDI/TDI. После курса санаторно-курортной медицинской реабилитации состояние пациентов изменилось. Статистически значимо улучшилось самочувствие, уменьшилась тревожность, утомляемость, потливость, одышка, частота и выраженность кашля, чувство тяжести в груди. При выписке у пациентов не регистрировался синдром патологической усталости по шкале FAS. Статистически значимо улучшились показатели по опросникам mMRC и BDI/TDI. Реабилитация после новой коронавирусной инфекции на Южном берегу Крыма вносит существенный вклад в восстановление пациентов.

75.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ SARS-COV-2.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», ФКУЗ «Санаторий «Алупка» МВД России» Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь.

Юсупалиева М.М., Голубев О.Н., Чудинова Д.С., Гришин М.М.

Цель исследования: анализ динамики состояния больных, перенесших SARS-CoV-2, после выписки из стационара и прохождения реабилитации в санатории МВД РФ «Дружба».

Материалы и методы исследования: динамика оценивалась по субьективному состоянию больных, а также по обьективным инструментальным данным.По шкале одышки MRC ,СПГ, пульсоксиметрии, ОАК, биохимическому анализу крови с D-димер. Методы реабилитации: проведено и проанализировано 300 историй болезни реконвалесцентов с перенесенной пневмонией. Из них с КТ-2 55% больных; с КТ-3 25% больных; с КТ-1 20% больных. Выявлено улучшение состояния больных на фоне проводимой терапии: СКЛ, методы лечебной физкультуры, гипокситерапия, аромотерапия, лечебные и аппаратные массажи. У всех больных отмечено повышение SpO2 на 1-3% “от исходных 95-96%”,(p= 0,05).По сравнительным анализам установлено улучшение показателей одышки по шкале MRC.У больных при поступлении показатели были 3 и 2 балла; при выписке показатели уменьшились до 1-го балла по шкале MRC. По данным СПГ у 75% больных не было зафиксировано снижение таких показателей, как ОФВ1 и ФЖЕЛ. У 25% было отмечено уменьшение показателей бронхиальной проходимости; ОФВ1 улучшилось на 15,2±1,7% после курса лечения. Клинический анализ крови: снизилось количество лейкоцитов до нормальных значений, уменьшились показатели СОЭ. Перед началом реабилитации уровень D-димера был повышен у всех больных(266 нг/мг 20 нг/мг). После проведённой терапии отмечалось снижение D-димера до 239нг/мг–247нг/мг (p=0,05).

Выводы: у больных, перенесших SARS- CoV-2 и пневмонию, после проведения реабилитации отмечается улучшение показателей данных по шкале одышки, и инструментально-лабораторных данных. Из этого следует, что реабилитационный курс оказывает благотворное влияние на восстановление жизненных функций пациентов.

76.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ДДУ)

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Бриткова Т.А., Булатова В.А., Мухаметзянова А.Ф.

Аллергические заболевания (АтД, БА) являются наиболее распространенными заболеваниями у детей. Распространенность симптомов атопического дерматита в различных регионах Российской Федерации составила от 6,2 до 15,5%, бронхиальной астмы от 5,1% до 13,7%.

Цель: изучить эффективность реабилитации детей с аллергическими заболеваниями (АтД, БА), в условиях ДДУ. Задачи: 1) Изучить анамнестические данные и возрастно-половую структуру детей с аллергическими заболеваниями. 2) Исследовать генетические факторы у детей с аллергическими заболеваниями 3) Проанализировать спектр аллергенов в зависимости от возраста. 4) Изучить особенности воздействия триггерных факторов на организм ребенка с аллергическими заболеваниями. 5) Проанализировать изменение качества жизни детей в условиях ДДУ.

Материалы и методы: исследовательская группа состояла из 60 детей (100%) с проявлениями аллергии от 1 года до 6 лет, посещающих МБДОУ «Детский сад №206» города Ижевск. Для достижения целей мы проводили анализ медицинских карт и проведение анкетирования у родителей данных детей. Полученные результаты: В ходе нашего исследования мы выявили, что в структуре детей дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями преобладают девочки (66,67%, $p<0,001$); при аллергических заболеваниях чаще всего отягощена наследственность по материнской линии (46,67%, $p<0,01$); в спектре значимых аллергенов доминируют пищевые (90%, $p<0,001$); превалирует возраст начала проявлений атопического дерматита года (31,67%, $p<0,05$); с момента поступления в детский сад 85% отмечают улучшение качества жизни ребенка, 75% – уменьшение частоты рецидивов атопического дерматита и 60% – сокращение объема лекарственной терапии.

Вывод: рекомендуется пребывание детей с аллергическими заболеваниями в условиях специализированного ДДУ.

77.
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1 – Казанский государственный медицинский университет – Казань (Российская Федерация), 2 – Государственное бюджетное учреждение Медико-санитарная часть №1 Республики Марий Эл – Йошкар-Ола (Российская Федерация)

Р.Ф. Хамитов – 1, Е.А. Соболева – 2

Совокупность лечения и реабилитации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) позволяет более значимо влиять на качество жизни и сохранение трудоспособности пациентов. В России для больных ХОБЛ нет общепринятой программы реабилитации.

Цель: анализ эффективности разработанных авторами оригинальных, персонифицированных программ реабилитации пациентов с ХОБЛ на стационарном этапе.

Методы: проведен анализ 92 случаев реабилитации, осуществляемой командой специалистов: врач физической и реабилитационной медицины, пульмонолог, психиатр. Индивидуальные программы состояли из физических тренировок на тренажерах (велоэргометр, тредмил, мотомед, степпер), лечебной физкультуры, тренировок дыхательной мускулатуры с тренажерами Threshold IMT и Threshold PEP, индивидуальных занятий с психотерапевтом. Пациенты распределялись на группы согласно разработанной авторами реабилитационной шкале (по тяжести заболевания, коморбиду, данным шкалы одышки mMRC и опросника CAT). Результаты. В динамике в процессе реабилитации отмечался прирост толерантности к нагрузке по тесту с шестиминутной ходьбой (Т6Х), наиболее значимый у более тяжелых пациентов. Пациенты с более низким реабилитационным баллом (РБ) имели прирост Т6Х 45 м, с РБ 3 – 64 м, РБ 4 – 64 м, РБ 5 – 70 м. Независимо от тяжести обструктивных нарушений при разных РБ прирост ОФВ1 составил около 4%.

Выводы: пациенты с ХОБЛ (GOLD III-IV) показали хороший реабилитационный потенциал, что позволяет дополнительно к бронхолитикам влиять на физическую активность. Разработанный подход улучшает вентиляционные показатели независимо от тяжести нарушений, это особо значимо для более тяжелого контингента больных.

78.
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ SARS-COV-2, ПРОХОДИВШИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ В УСЛОВИЯХ КЛИМАТИЧЕСКОГО КУРОРТА ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», г. Ялта, Россия

Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Масликова Г.Г., Кожемяченко Е.Н.

Рост заболеваний легких, связанный с новой коронавирусной инфекцией, повышает значимость реабилитации, особенно в условиях климатического пульмонологического курорта.

Цель исследования: характеристика контингента пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, находившихся на реабилитации на климатическом пульмонологическом курорте Южного берега Крыма.

Материал и методы исследования: 122 пациента, перенесших новую коронавирусную инфекцию SARS-CoV-2. Результаты: На реабилитации после перенесенной вирусной инфекции SARS-CoV-2 в пульмонологическое отделение ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова» находилось 122 человека, из них 102 (83,6%) пациента были крымчанами, 20 (16,4%) – жителями континентальной России (Москвы, Свердловска, Челябинска, Краснодара, Тобольска, Красноярского края, Амурской области, Петропавловска-Камчатского). Длительность курса реабилитации по хозрасчетной путевке колебалась от 9 до 21 дня (определялась пациентом), а срок бюджетной путевки – 21 день. Средний возраст пациентов составлял 59,6 лет (от 21 до 84 лет). Мужчин было 43 (35,2%), женщин – 79 (64,8%). Из 122 пациентов у 93 (76,2%) методом КТ органов грудной клетки было установлено поражение легких вирусом SARS-CoV-2. У остальных 29 (24,8%) больных КТ не проводилась, либо органы грудной клетки исследовались рентгенографически. По степени поражения легких КТ-1 выявлено у 29 (23,8%) больных, КТ-2 – у 35 (28,73%), КТ-3 – у 23 (18,91%), КТ-4 – у 6 (4,9%) пациентов.

Выводы: среди пациентов, поступавших на реабилитацию, преобладали женщины и пожилые люди. По степени поражения легких преобладали пациенты с КТ-2. Обширность географии регионов России, из которых поступали на реабилитацию больные, перенесшие COVID-19, свидетельствует о востребованности ЮБК как климатического пульмонологического курорта.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

79.
НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ДОНОРСКИХ ЛЕГКИХ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва

Готье С.В., Цирульникова О.М., Шигаев Е.Ф., Пашков И.В., Яковлева В.Б., Шигаева А.Г., Олешкевич Д.О., Латыпов Р.А., Никулин А.В., Якунин Я.С.

Введение: медикаментозная иммуносупрессия (МИ) у реципиентов солидных органов (РСО) является значимым фактором риска инфицирования и тяжелого течения новой коронавирусной инфекции (НКИ) SARS-CoV-2. Несмотря на продолжительность пандемии и количество пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, данные о характере течения, подходах и результатах терапии данного заболевания у РСО в особенности у реципиентов донорских лёгких носят крайне ограниченный характер.

Цель исследования: оценить характер течения, методы и результаты лечения НКИ у реципиентов донорских легких. Материалы и методы: За период пандемии НКИ в ФГБУ НМИЦ ТИО зарегистрировано 14 наблюдений SARS-CoV-2 у реципиентов донорских легких, подтвержденных данными лабораторных анализов (наличие антител IgM/IgG к SARS-CoV-2. выше пороговых значений). Проведена оценка течения острого периода заболевания, отдаленных результатов перенесенной коронавирусной инфекцией, и их влияние на функцию легочного трансплантата.

Результаты: из 14 пациентов 10 перенесли НКИ в легкой форме, без потребности в стационарном лечении (КТ 0-1). Всем пациентам проводилась коррекция МИ (редукция дозировки такролимуса, 1,5-2-кратная эскалация дозировки метилпреднизолона, отмена третьего компонента супрессии), назначение пероральной антибактериальной терапии в профилактической дозировке. У 4 пациентов тяжесть состояния (КТ 2-3) потребовала стационарного лечения с проведением оксигенотерапии и в/в антибактериальной терапии. Зафиксирован 1 летальный исход в результате ОНМК на дезагрегантной терапии. При контроле ФВД через 3 месяца полное восстановление функции трансплантата у всех реципиентов. Заключение: Коррекция МИ в совокупности с назначением АБ-терапии снижает риски осложненного течения и неблагоприятных исходов при заболевании SARS-CoV.

САРКОИДОЗ

80.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ

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.

Лазарева Н.М. , Баранова О.П. , Кудрявцев И.В. ,2, Арсентьева Н.А. , Любимова Н.Е. , Сесь Т.П. – 1, Илькович М.М. – 1, Тотолян Арег А. – 1,3

Введение: иммунопатогенез саркоидоза включает в себя взаимодействие клеток, регулирующих их цитокинов и хемокинов. Важным является поиск иммунологических диагностических показателей в зависимости от особенностей течения и исходов заболевания.

Цель исследования: изучить особенности состава Т- и В-лимфоцитов, концентрации цитокинов в крови больных саркоидозом в зависимости от клинического течения заболевания.

Материалы и методы: Исследованы образцы крови больных с впервые выявленным саркоидозом, без применения иммуносупрессивной терапии (n=123), и условно здоровых лиц (n=43). Оценка состава субпопуляций лимфоцитов проводилась методом проточной цитофлуориметрии (Navios, Beckman Coulter, Inc., США). Концентрация цитокинов в плазме крови (пг/мл) измеряли методом мультиплексного анализа (Millipore, США). Результаты статистически обрабатывали с помощью программ Statistica 8 и GraphPad Prism 5.

Результаты: содержание «двойных позитивных» DP Th17 было достоверно повышено у больных саркоидозом относительно контрольной группы ($p<0,001$) в обоих случаях. Содержание «не классических» Th17.1 типа достоверно снижено в образцах больных с хроническим саркоидозом в сравнении с условно здоровыми лицами ($p<0,001$). Содержание В-лимфоцитов памяти было достоверно снижено у больных саркоидозом относительно группы контроля ($p<0,001$). У больных с активным течением саркоидоза отмечалось достоверно повышенное содержание цитокинов: CCL17/TARC ($p=0,005$), CCL22/MDC ($p=0,023$); с наличием системных проявлений – CCL17/TARC ($p=0,037$), CXCL9/MIG ($p=0,033$); с наличием признаков пневмофиброза – IL-7 ($p=0,012$) и IL-10 ($p=0,018$).

Выводы: выявление изменений содержания субпопуляций Т- и В-лимфоцитов, а также цитокинов важно для изучения иммунопатогенетических особенностей, течения и прогноза саркоидоза.

81.
КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ГБУЗ НО «ГКБ № 38», Нижний Новгород – 1, ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России – 2.

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

Саркоидоз отличается многообразием клинических проявлений. Поиск и выделение клинических фенотипов направлен на оптимизацию лечебно-диагностического процесса.

Цель: на основании клинико-демографических признаков, данных лабораторно-инструментальных исследований выделить фенотипы саркоидоза органов дыхания (СОД).

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы данные амбулаторных карт 6 (107 мужчин (М), 169 женщин (Ж)) больных СОД в возрасте 20–68 лет (41 (30; 55) год), длительностью наблюдения более 2-х лет. Рентгенологически в 13,4% случаев установлена I стадия СОД, у 80,8% – II, в 5,1% и 0,7% – III и IV стадии. Гистологически саркоидоз подтвержден у 72,5% больных. Оценивали возраст пациентов, форму и клинические симптомы, лабораторно-функциональные показатели, рентген-стадии, внелегочные поражения, коморбидные состояния. Кластеризацию осуществляли с помощью двухэтапного кластерного анализа.

Результаты: всего выделено 5 клинических фенотипов: кластер 1 (n=49) – Ж и М с острой/хронической формой СОД и внелегочными проявлениями; кластер 2 (n=36) – Ж с хронической формой бессимптомного СОД, кластер 3 (n=95) – Ж с хроническим течением клинически значимого СОД; кластер 4 (n=48) – М с хронической формой бессимптомного СОД; кластер 5 (n=48) – М с хроническим течением клинически ассоциированного СОД. По сравнению с кластером 4 вероятность прогрессирования саркоидоза в кластере 1 была выше в 7 раз (ОШ=7,01; 95% ДИ 2,53–22,95; $p<0,001$), а в кластере 3 – в 5,7 раза (ОШ=5,73; 95% ДИ 2,25–17,73; $p<0,001$). Течение саркоидоза не имело различий в кластерах 2, 4 и 5 ($p>0,05$).

Заключение: проведенный анализ позволил выделить клинические фенотипы больных СОД, которые отличаются по течению заболевания, что имеет большое значение при выборе тактики ведения пациентов.

82.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ ПОСЛЕ САРКОИДОЗА

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.Ю.Черников, Я.А.Жердев

Цель: изучить особенности течения и лучевой картины картины COVID-19 к больных с остаточными изменениями в лёгких после саркоидоза. Материалы и методы: из-

учены клинические данные 31 пациента с остаточными изменениями в лёгких после саркоидоза и с COVID-19. Средний возраст 45±3,2 года. Преобладали женщины – 21 (67,7%). Контрольную группу составили пациенты с остаточными изменениями в лёгких после туберкулёза и с COVID-19 3. Средний возраст 42±2,8 лет. Преобладали мужчины – 25 (75,8%). В разработку взяты случаи с положительным ПЦР-тестом. Определялись коэффициент сопряжённости Пирсона χ^2, вероятность ошибки p.

Результаты: в основной группе бессимптомное течение – 8 (25,8%), в контрольной – 11 (33,3%) (p>0,1). Легкое течение без поражения лёгких – 5 (16,1%), 18 (54,5%) (p<0,05). С поражением лёгких <25% – 15 (48,4%), 4 (12,2%) (p<0,05); с поражением > 25% – 4 (9,7%), 0. Высокая лихорадка более 7 дней – 5 (16,1%), 4 (12,1%) (p>0,1). Симптомы лучевой картины: «матовое стекло» – 19 (50,1%), 4 (12,2%), (p<0,05); очаги – 11 (35,5%), 0; увеличение ВГЛУ – 9 (29%), 0.; «перифиссуральные узелки» – 4 (12,9%), 0. Летальных исходов в обеих группах не отмечено. Развитие фиброза после регрессии COVID-19 установлено – 6 (19,3%), 2 (6,1%) (p>0,1). Факторы риска COVID-19 встречались в обеих группах: ожирение – 21 (67,7%), 9 (,3%) (p<0,05); сахарный диабет – 4 (12,9%), 11 (33,3%) (p<0,05).

Заключение: для больных с остаточными изменениями в лёгких после саркоидоза и с COVID-19 характерно появление не только «матового стекла» при лучевом обследовании, но и очагов, «перифиссуральных» узелков, увеличенных ВГЛУ. Несмотря на наличие факторов риска тяжелого течения коронавирусной инфекции в обеих группах, тяжелое течение заболевания и летальные исходы в обеих группах не отмечены.

83.
УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ САРКОИДОЗА

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России

А.Ю. Черников, С.А. Кабанова

Цель: изучить частоту встречаемости и особенности течения узловатой эритемы у пациентов с рецидивом саркоидоза.

Материалы и методы: из 178 больных с рецидивом морфологически подтверждённого саркоидоза, выявленных в с 2001 по 2019 годы, выделены 18 пациентов с узловатой эритемой. Это были женщины – 100%, средний возраст 35±4,6 лет. Для сравнения сформирована контрольная группа пациентов с узловатой эритемой при впервые выявленном саркоидозе – 21, женщины 100%, средний возраст 38±3,7 лет. Вычислялись коэффициент сопряжённости Пирсона χ^2, вероятность ошибки p.

Результаты: отсутствие «легочных» жалоб – в первой группе 9 (50%), во второй группе 4 (19%) (p<0,05). Увеличенные ВГЛУ на рентгенограммах – 18 (100%), 21 (100%). Локализация на голенях – 18 (100%), 21 (100%). Болезненность – 6 (33,3%), 20 (95,2%) (p<0,05). Наличие воспалительного отека – 7 (38,9%), 29 (95,2%) (p<0,05). Наличие элементов на бедрах – 0 (0), 6 (28,6%). Длительность более 7 дней – 6 (33,3%), 16 (76,2%) (p<0,05). Появление «синюшных» пятен после регрессии основных элементов узловатой эритемы – 16 (88,9%), 21 (100%), (p>0,1). Длительность течения «синюшных» пятен более 5 дней – 7 (38,9%), 15 (71,4%) (p<0,05). Доброкачественное течение заболевания – 18 (100%), 21 (100%).

Заключение: у пациентов с рецидивом саркоидоза возможно появление узловатой эритемы. Как правило, этот рецидив возникает на сроке 3–5 лет от окончания пер-

вого эпизода и обязательно сопровождается увеличением ВГЛУ. Узловатая эритема локализуется только на голенях, часто не сопровождается болезненностью и периферическим отеком окружающих тканей, быстрее регрессирует, реже оставляет после себя «синюшные» пятна, которые также быстрее регрессируют. Течение рецидива саркоидоза с узловатой эритемой чаще доброкачественное с быстрой регрессией.

84.
ФЕНОТИПИРОВАНИЕ АНГИОТЕНЗИН-I ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ САРКОИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

Французевич Л.Я., Бобков А.П., Самоходская Л.М., Краснова Т.Н.

Исследование, проведённое на 85 пациентах с саркоидозом, выявило, что отдельные показатели фенотипирования АПФ: 1G12, 1G12/9B9, – могут быть более надежными при скрининге обострения, чем рутинное измерение активности АПФ (субстрат FAPGG). Из сильных сторон нового метода стоит отметить специфичность для параметра 1G12/9B9 равную 83% (для значения 0,255 и выше), что позволяет с высокой вероятностью исключать реактивацию заболевания при значениях 1G12/9B9 ниже порогового у пациентов с диагностированным саркоидозом. Другие интересные находки, обнаруженные в ходе анализа – это влияние приёма системных ГКС на кинетику АПФ, выраженную в изменении отношения активности фермента по 2-м субстратам ZPHL/HHL. По представленным данным приём ГКС не влияет на оценку активности заболевания при выполнении фенотипирования, но, возможно, препятствует анализу орган-специфического поражения при саркоидозе с использованием показателей фенотипирования АПФ. При проведении фенотипирования АПФ в крови пациентов с саркоидозом нам удалось обнаружить ряд маркёров, которые отличаются у больных с саркодозом в состоянии обострения заболевания (1G12, 1G12/9B9), при поражении селезёнки (i1A8, i1A8/9B9), при приёме ГКС (ZPHL/HHL). В заключении авторы хотят отметить перспективность метода фенотипирования АПФ у больных с саркоидозом и ИЗЛ, которая может быть реализована в исследованиях с более строгими критериями отбора пациентов, и оказаться полезной в диагностике отдельных состояний. Кроме того, мы предполагаем, что совмещение данного метода с результатами генетического анализа I/D полиморфизма гена ACE будет иметь позитивный эффект, так как генетическое исследование в комплексе с активностью АПФ позволит дифференцировать референсный интервал активности фермента в зависимости от I/D генотипа.

ТУБЕРКУЛЕЗ

85.
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

1– ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт математики им. С.Л. Соболева Сибирского отделения РАН (Омский филиал), г. Омск, Россия

Мордык А.В. – 1, Багишева Н.В. – 1, Моисеева М.В., Гольтяпин В.В. – 2

Цель исследования: определить вклад социально-демографических факторов в развитие туберкулеза у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование включено 204 больных с диагнозом впервые выявленного туберкулеза и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), из них 180 мужчин (88,2%), средний возраст (Me 25;75) – 48,45 (38; 57) лет. Использован метод главных факторов с варимакс вращением, метод Гутмана с эффектом «каменистой осыпи». Принято к рассмотрению 15 параметров, определяющих вероятность развития туберкулеза у больных ХОБЛ. Дисперсия, объясненная 6-ю последовательными значимыми факторами, составила 71,0% вклада всех факторов, что свидетельствует о достаточной адекватности разработанной модели ($p<0,05$).

Результаты: первый фактор, наличие табачной зависимости, его вклад ,6%, он распределен между фактом, стажем курения, интенсивностью курения, индексом курения, анамнезом курения. Второй фактор – семейное положение и наличие детей с вкладом 12,6%. Третий фактор – мужской пол, с вкладом 8,1%. Четвертый фактор – возраст, с вкладом 8,0%. Пятый фактор – отсутствие жилья и условия проживания, с вкладом 7,7%. Шестой фактор включал зависимость от наркотических препаратов, с вкладом 7,4%. В факторы риска развития туберкулеза у больных с ХОБЛ не вошли пребывание в учреждениях исполнения наказаний, наличие зависимости от алкоголя, регулярность прохождения плановой флюорографии.

Заключение: среди пациентов с ХОБЛ мужчины старшего возраста, уязвимые в социальном плане, не имеющие собственного жилья или проживающие в неудовлетворительных социально-гигиенических условиях, не имеющие семьи и детей, потребители инъекционных наркотиков, курильщики с большим стажем и высокой интенсивностью курения являются группами риска по развитию туберкулеза среди пациентов с ХОБЛ.

86.
АССОЦИИРОВАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

1 – ПМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк»,
2 – Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Тудор Е.М. – 1, Яворский К.М. – 1,2, Брумару А.Г. – 1, Болотникова В.А. – 1, Московчук А.Ф. – 1, Кривенко Г.Т. – 1, Корлотяну А.А. – 1, Аксентий Е.И. – 1

Сегодня в Республике Молдова, как и в других странах мира, в связи с пандемией COVID-19 проблема коморбидности стала особенно значимой и актуальной.

Цель: оценить вклад коморбидной составляющей в эпидемиологию, течение и исходы рецидивов туберкулеза легких (РТБЛ). Материал и методы. Анализ 715 случаев РТБЛ у взрослых больных, зарегистрированных в 2019–2020 гг.

Результаты: сочетание РТБЛ с вирусными ко-инфекциями, соматическими и психическими заболеваниями выявлено у 70,5% больных. При этом полиморбидный фон (2-3 заболевания различной этиологии) отмечен у 57,3%. Вариабельность спектра структуры микст-патологии и её частота представлена следующими нозологиями: ВИЧ-инфекция – 11,2%, алкоголизм – 11,2%, психические заболевания – 7,8%, заболевания печени, в т.ч. вирусные гепатиты В и С – 7,5%, хроническая обструктивная болезнь легких – 2,8%, сахарный диабет – 2,5%, наркомания – 2,1%, заболевания ЖКТ – 1,4%, COVID-19 – 1,0%, новообразования – 0,7%. Сопутствующая патология являлась как фоном для реактивации туберкулезного процесса, так и нередко предиктором сложной диагностики, тяжелого течения, ухудшающего прогноз жизни больного и неблагоприятного исхода. В клинической картине у половины больных был выраженный интоксикационный и бронхолегочный синдром, бактериовыделение и деструкция легочной ткани. Отличительной особенностью таких РТБЛ являлась большая распространенность легочного процесса, медленная регрессия клинических симптомов с высоким риском инвалидизации. Патогенетический механизм ассоциации в этих случаях был связан с взаимопотенцирующим влиянием ряда факторов.

Выводы: при ведении коморбидных больных с РТБЛ необходима мультидисциплинарность, персонализированный подход, непрерывный мониторинг состояния пациента.

87.
ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ПОД СТРОГИМ КОНТРОЛЕМ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Азербайджанский Научно-исследовательский институт легочных заболеваний, Противотуберкулезный диспансер №1, г. Баку, Азербайджан.

Гусейналиева В.Н.

Анализ результатов противотуберкулезных мероприятий в Азербайджане за 2006–2015 гг. показывает на проблемы с выявлением туберкулеза в учреждениях первичного медицинского звена (ПМЗ). Недостаточное санитарное просвещение

о туберкулезе медперсонала и населения, неверная интерпретация групп риска, низкий уровень диагностики и др. в ПМЗ приводят к позднему выявлению туберкулеза и эпидемиологической напряженности. В связи с этим проведено санитарное просвещение среди медперсонала и общественности, улучшены методы пассивного выявления, и определены социальные группы риска на туберкулез в двух районах г. Баку населением 499300 человек (местными жителями-446200 человек), с уровнем заболеваемости ≤30. В 2016 году организован регистр для этих групп риска: лица в 19-24 лет, пенсионеры, домохозяйки, мигранты внутри страны, бывшие заключенные, не леченные ранее от туберкулеза. В ПМЗ были обучены лаборанты, и впервые применен молекулярно-генетический метод (Genexpert MBT/Rif.). В течение трех лет (2017-2019) группы риска были привлечены к целевым обследованиям под строгим контролем регистра. Для сравнения эпидемиологические показатели 2016 года были приняты за контрольные. В результате уровень заболеваемости за первые два года повысился на 21,9% и 30% среди местного населения, и на 9,3% и 41,5% – среди общего, на третий год снизился до прежнего уровня среди местного населения (21,0), а среди общего – на 3,0%. Удельный вес очагового туберкулеза увеличился в 3,3 раза, выявление на стадии распада снизилось в 1,5 раза, первичная моно-полиустойчивость -в 3 раза, а МЛУ – в 12,8 раза. Удачный результат лечения повысился на 10,7% и составил 93,8%. Привлечение к целевым обследованиям под строгим контролем снижает уровень инфицированности туберкулезом среди детей, подростков и молодежи.

88.
ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

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

О.А. Рыжкова – 1, Е.Н. Стрельцова , И.В. Бабичева – 2,
М.Х. Сайфулин–2, Н.А. Попова – 2

Цель исследования: изучить структуру и спектр лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ) в Астраханской области (АО) за последние 5 лет.

Материалы и методы: проанализированы эпидпоказатели по установленным формам государственной статистической отчетности (№8, №33) и отчетная документация по мониторингу лекарственной устойчивости возбудителя в АО с 2016 по 2020 гг. Обработка проводилась при помощи программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты: за анализируемый период в АО отмечается положительная тенденция по снижению основных показателей по туберкулезу: заболеваемости – на 38%, распространённости – на 59% и смертности- на 25%. При этом все показатели превышают таковые по РФ в 2 раза. В структуре ЛУ МБТ в АО за весь период исследования преобладает множественная ЛУ (МЛУ): наиболее высокий процент отмечался в 2019 г. (45%), самый низкий – в 2016г (37%). В структуре первичной ЛУ МБТ за 2016г большую часть составили поли и монорезистентные штаммы МБТ (45 и 31% соответственно), в 2020 г. – поли и мультирезистентные (по 34%). За 5 лет в субъекте отмечается динамика роста случаев выявления МЛУ МБТ (на 15%). По спектру ЛУ в 2016 г. установлено преобладание ЛУ МБТ к изониазиду и стрептомицину, в 2020 г. – к изониазиду и рифампицину.

Заключение: в региональной структуре лекарственно резистентных штаммов МБТ, выделенных от больных туберкулезом органов дыхания за последние 5 лет стали преобладать МЛУ и полирезистентные штаммы. По спектру лекарственной устойчивости: отмечается рост МБТ устойчивых к R, HR и комбинации основных препаратов с аминогликозидами, что в целом является прогностически неблагоприятным признаком по увеличения случаев МЛУ МБТ, несмотря на стабилизацию основных эпидпоказателей по туберкулезу.

89. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ

ФГБУ «Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Цыбикова Э.Б., Гадирова М.Э.

Введение: высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов представляет угрозу для постоянного населения России, среди которого заболеваемость туберкулезом стабильно снижается на протяжении последних 10 лет.

Цель: изучение заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов в России в динамике за период с 2010 по 2019 годы.

Материалы и методы исследования: сведения из форм федерального статистического наблюдения №8 и №33 за 2010-2019 годы, данные Федеральной миграционной службы о численности трудовых мигрантов, данные Росстата о численности населения России. Для анализа использован метод Хи-квадрат ($\chi 2$) Пирсона.

Результаты и обсуждение: Результаты проведенного исследования показали, что распространение туберкулеза (ТБ) среди трудовых мигрантов в субъектах РФ за последние 10 лет характеризовалось выраженной неравномерностью, при этом наибольшее число таковых, впервые заболевших ТБ в 2019 г., составлявшее 1529 человек (74% от их общего числа), было зарегистрировано только в 16 субъектах РФ, что составляло 19% от их общего числа. Подобная ситуация была обусловлена высоким спросом на рабочую силу, что явилось причиной притока значительного числа трудовых мигрантов. Например, в 3 субъектах РФ – Москве, Санкт-Петербурге и Московской области, в которых имелся наибольший спрос на рабочую силу, в 2019 г. было зарегистрировано 59% всех случаев заболевания ТБ среди трудовых мигрантов. Изучение структуры общей заболеваемости ТБ в субъектах РФ показало, что за последние 10 лет в ней произошли существенные изменения в связи с возрастанием доли заболеваемости ТБ среди трудовых мигрантов. В результате в субъектах РФ с высоким уровнем заболеваемости ТБ среди мигрантов наблюдалось замедление темпов снижения общего показателя заболеваемости ТБ.

90.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

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

Писаренко К.С. – 1, Писаренко С.В. – 2

Цель: Осветить информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) и этико-правовые аспекты их применения во фтизиатрии (Ф) в Республике Молдова (РМ).

Материалы и методы: ИКТ и нормативно-правовые акты (НПА), регламентирующие их использование.

Результаты: в последние десятилетия в РМ в Ф внедряются ИКТ. Так, для обеспечения приверженности противотуберкулезной терапии (ПТ) применяются: технология связи медработника (М) и пациента (П) путем коротких текстовых сообщений (SMS); общение между М и П по видеосвязи (VST); программные приложения, напоминающие П о приеме таблеток. Для мониторинга и оценки ТБ используется информационная система (SIME TB). Для телеконсультаций М-М применяются мессенджеры (Skype и др.), реализующие голосовую и видеосвязь, обмен текстовыми сообщениями и файлами. Для удаленного обучения и конференций М используется онлайн-сервисы (Zoom и др.). Применение ИКТ сопряжено с возможностью вторжения в личную жизнь П и должно происходить с соблюдением этико-правовых норм. Анализ правового поля РМ в сфере ИКТ (Законы: «О защите персональных данных»; «Об электронной подписи и электронном документе» и др.; Постановления: «Об утверждении требований по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах» и др.); Приказы: «Об организации проведения ПТ лечения под видеонаблюдением» и др.) показывает, что оно должно быть дополнено отдельными НПА, такими как «О телемедицине», «Об электронной истории болезни» и др., и гармонизировано с международными НПА.

Заключение: применение ИКТ во Ф содействует реализации права человека на здоровье в результате улучшения качества жизни и ПТ помощи. При этом нарушение прав и законных интересов гражданина, причинение вреда влекут для виновных лиц наступление ответственности (вплоть до уголовной).

91.
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

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

Писаренко С.В. – 1, Давид А.В. – 1, Писаренко К.С. – 2, Мартынюк К.М. – 1, Кула Е.Н. – 1, Краснова О.Д. – 1, Непалюк Л.Ф. – 1, Галбен М.М. – 1

Цель работы: осветить медико-правовые аспекты деятельности Национального комитета (НК) по менеджменту лекарственно-устойчивого туберкулеза (ТБ-ЛУ).

Материалы и методы: анализ отчетов о работе НК и нормативно-правовых актов, регулирующих его деятельность.

Результаты: ТБ-ЛУ остается проблемой многих национальных служб здравоохранения (НСЗ). В последние годы в Республике Молдова его доля составляет около ¼ среди всех новых случаев и ½ среди всех случаев повторного лечения. В этой связи НК является важным фактором в системе обеспечения качества ведения ТБ-ЛУ. В 2020 г. по решению НК в программу лечения ТБ-ЛУ было включено 536 пациентов. В их структуре новые больные составляли 43.5%, больные с рецидивом – 25.2%, больные после неэффективного лечения – 16.4% и больные из числа ранее потерянных для наблюдения – 14.9%. Решения о месте и режиме химиотерапии, корректировке лечения и оценке его эффективности (ЭЛ) принимались НК на основании клинического суждения, с учетом данных тестирования ЛУ, анамнеза предыдущего лечения, тяжести и локализации ТБ и др. В период лечения кейсы пациентов обсуждались НК в среднем 6 раз. Изложенное выше обеспечило ведение больных согласно рекомендациям Национального клинического протокола и Сводного руководства ВОЗ по лечению ТБ-ЛУ (пациент-ориентированный подход, управление лекарственной безопасностью, мониторинг ЭЛ). Накопленный в последние годы НСЗ опыт применения информационно-коммуникационных технологий (телеконсультации «врач-врач» и др.) позволил НК в условиях пандемии COVID-19 проводить заседания в режиме онлайн.

Заключение: НК является важным актором в системе обеспечения качества ведения ТБ-ЛУ, который использует в своей деятельности современные медицинские стандарты и информационные технологии, соблюдает права и законные интересы пациентов.

92. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНЫМ ПНЕВМОЛИЗОМ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.Ю. Черников, Е.А. Шкурат

Цель: изучить эффективность реабилитационных мероприятий, проведенных в амбулаторных условиях, у пациентов после оперативного лечения туберкулёза лёгких с применением методов экстраплеврального пневмолиза.

Материалы и методы: выделены 37 пациентов с хроническими формами туберкулёза, которым был проведен экстраплевральный пневмолиз в связи с фиброзно-кавернозным 19 (51,4%) и цирротическим 18 (48,6%) туберкулёзом. Средний возраст 46±4,2 года, преобладали мужчины 1 (83,8%). Из них сформирована группа 1, в которой пациенты проходили амбулаторный курс реабилитации, – 20 человек; а также группа 2 из 17 человек, которым реабилитационный курс не проводился в связи с их отказом. Реабилитационный курс включал в себя "школу больного туберкулёзом", консультации психолога, лечебную физкультуру и дыхательную гимнастику, физиотерапию, массаж, бальнеопроцедуры, бронхолитическую небулайзерную терапию, консультации специалистов по поводу купирования обострений сопутствующих хронических заболеваний. Вычислялись коэффициент сопряжённости Пирсона χ^2, вероятность ошибки p.

Результаты: достигнуто клиническое излечение туберкулёза – 20 (100%), 11 (64,7%) ($p<0,05$). Полностью прекратилось бацилловыделение – 20 (100%), 11 (64,7%)

(p<0,05). Улучшились показатели исследования функции внешнего дыхания более, чем на 15%, ФЖЕЛ – 16 (80%), 10 (58,8%) (p<0,05); ОФВ1 – 18 (90%), 10 (58,8%) (p<0,05). Улучшение показателей качества жизни более, чем на 15 % по шкале NAIF – 16 (80%), 10 (58,8%) (p<0,05).

Заключение: обязательное проведение курса реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях у пациентов с экстраплевральным пневмолизом в связи с хроническими формами туберкулёза приводит к улучшению показателей клинического излечения и прекращения бацилловыделения, качества жизни и ФВД.

93.
СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДИСТАНЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Курский государственный медицинский университет

Черников А.Ю, Щедрина А.С, Баев М.Ю., Морозова А.Ю.

Цель: изучить приверженность пациентов с туберкулёзом органов дыхания и множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя к химиотерапии при современных средствах контроля.

Материалы и методы: Сформирована основная группа пациентов с туберкулёзом органов дыхания и множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя в количестве 18 человек, получающих химиотерапию по IV-V режимам в фазе продолжения, при дистанционном контроле за приемом препаратов с помощью современных мессенджеров на смартфонах. Преобладали мужчины (66,7%), в возрасте 21–40 лет (72,2%). Функцию контролера выполнял волонтер. Группа контроля сформирована из 18 пациентов с туберкулёзом органов дыхания и множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, получающих химиотерапию по IV-V режимам в фазе продолжения, при ежедневном контроле за приемом препаратов в диспансере средним медицинским работником. Преобладали мужчины (77,8%), в возрасте 41-60 лет (83,3%). Изучалось: количество дней для приема препаратов, пропущенных пациентов; количество полных отрывов от лечения; результаты анкетирования пациентов на предмет установления причины пропусков.

Результаты: суммарно количество пропущенных для химиотерапии дней по отношению ко всем дням химиотерапии составило : в группе 1 – 5,5%, в группе 2 – 8,5% (p<0,05). Количество полных отрывов от лечения: группа 1 – 1, группа 2 – 5. В числе причин пропусков приема препаратов: большие временные затраты на проезд к диспансеру – 0, 21,4%; отсутствие системы напоминания о приеме препаратов – 0, 23,6%; отсутствие мотивацию к лечению – ,6%, 34,9%; плохая переносимость препаратов 5,6%, 20,1; неисправность средств связи 6,8%, 0.

Выводы: средства дистанционного контроля химиотерапии туберкулёза обладают высокой эффективностью.

94.
СПЕКТР ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ураксина М.В.

Во всем мире отмечается тенденция увеличения лекарственной устойчивости у впервые заболевших. На примере группы пациентов из 64 человек, впервые выявленных в 2018 году отмечено, что 42,19% получали лечение по IV режиму химиотерапии, что говорит о первичной множественной и широкой лекарственной устойчивости, обнаруженной у данных пациентов. По данным лабораторного исследования до начала химиотерапии микобактерии туберкулеза (МБТ) были выявлены в мокроте у 40,63% (n=26) пациентов. Распад в легочной ткани определялся в 42,19% (n=). С помощью молекулярно-генетического метода (GeneXpert MTB/RIF) было выявлено 31,25% (n=20) пациентов. С помощью посева на жидкие среды (BACTECMGIT) удалось идентифицировать 48,44% (n=31), а с помощью посева на плотные среды выделение микобактерий подтвердилось у 57,81% (n=37). Определена ЛУ МБТ к антибактериальным препаратам первого ряда: к изониазиду в 54,69% (n= 35), к рифампицину в 43,75% (n= 28), к пиразинамиду в 14,06% (n=9), к этамбутолу в 32,81% (n=21), к стрептомицину 53,13% (n=34). Частота развития устойчивости к препаратом резервного ряда: этионамид – 9,38% (n=6), канамицин 9,06% (n=25), офлоксацин – 10,94% (n=7), моксифлоксацин – 9,38% (n= 6), левофлоксацин ,13% (n=2), амикацин – 7,81% (n= 5), ПАСК – 6,25% (n=4). Определены виды ЛУ: МЛУ 9,06% (n=25), ШЛУ – 10,94% (n=7). Отсутствие лекарственной устойчивости было в 10,94% (n=7). Всем пациентам с установленным диагнозом "туберкулез" (n=64) проводилась специфическая терапия по стандартным режимам химиотерапии (РХТ):1 режим получали 18,75% (n=12); 2 режим – 7,82% (n=5); 3 режим – 40,63% (n=26), 4 режим 29,69% (n=19). В дальнейшем, при получении данных теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) получено еще 10 случаев ЛУ. Всего на 4 режиме находились 42,19% (n=) пациентов.

95.
ТУБЕРКУЛОМЫ ЛЁГКИХ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ОКРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.Ю. Черников, В.С. Беломестный

Цель: изучить клинические и динамические особенности туберкулом легких, выявленных после оперативного вмешательства.

Материалы и методы: изучены анамнестические, клинические, лучевые, лабораторные и динамические данные пациентов, которым в связи выявленным лучевым синдромом «округлой тени» в лёгком было проведена резекция легкого и после гистологического исследования подтверждена туберкулома. Всего 18 пациентов, средний возраст 39±5,4 года, преобладали женщины 11 (61,1%). Для сравнения сформирована контрольная группа пациентов с туберкуломами, которым диагноз

подтвержден на основании клинических и лабораторных данных с выявлением микобактерии туберкулёза методом посева мокроты – 19 человек, средний возраст 33±5,1 года, преобладали мужчины 15 (78,9%). Вычислялись коэффициент сопряжённости Пирсона χ^2, вероятность ошибки p.

Результаты: отсутствие жалоб – в первой группе 16 (88,9%), во второй группе 14 (73,7%) ($p>0,05$). Отсутствие микобактерий при микроскопии мокроты и отсутствие ДНК МБТ при ПЦР- 18 (100%), 11 (57,9%) ($p<0,05$). Отрицательный диаскинтест – 16 (88,9%), 10 (52,6%) ($p<0,05$). При компьютерной томографии выявлены: округлый фокус в верхней доле – 14 (77,8%), 8 (42,1%) ($p<0,05$); у остальных локализовался в нижней доле, чаще в шестом сегменте. Нахождение в субплевральной зоне – 18 (100%), 9 (47,4%) ($p<0,05$). Отсутствие распада в выявленном фокусе – 18 (100%), 11 (57,9%), ($p<0,05$). Наличие очагов разной интенсивности в других отделах лёгких – 7 (38,9%), 15 (78,9%) ($p<0,05$). Указание на контакт с больным туберкулёзом в анамнезе (16,7%), 9 (47,4%) ($p<0,05$).

Заключение: туберкуломы, выявленные после оперативного вмешательства, в основном, характеризуют локализация в верхней доле, субплеврально, отрицательные пробы диаскинтест и отсутствие распада и очагов вокруг

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

96. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСПИРАТОРНОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ У РЕЦИПИЕНТА ДОНОРСКИЙ ЛЕГКИХ (ПЕРВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

НМИЦ ТИО им. акад. В.И. Шумакова

Никулин А.В., Пашков И.В.

Пациенты после трансплантации легких имеют повышенный риск развития инфекционных осложнений, в частности, образования бронхоэктазов, в виду нарушения кровоснабжения бронхиального дерева и приема иммуносупрессивных препаратов. До настоящего времени нет общепринятой теории возникновения экспираторного стеноза трахеи, но часто ему сопутствуют хронические воспалительные процессы в легких. Не всегда однозначно можно утверждать какой из патофизиологических процессов первичный. Консервативное лечение данной патологии направлено на улучшение отхождения мокроты и назначения противовоспалительных препаратов. Сообщения о проведении видеоторакоскопических операций при экспираторном стенозе трахеи единичны. В нашем наблюдении представлен первый в Российской Федерации опыт хирургического лечения экспираторного стеноза трахеи в сочетании с бронхоэктатическим поражением легочного трансплантата. Пациенту П. 61 года в сентябре 2018 года выполнена билатеральная последовательная трансплантация легких от посмертного донора по поводу ХОБЛ. В 2020г. неоднократные госпитализации по поводу прогрессирующей бронхоэктатической болезни. В июне 2020г. госпитализирован с клиникой тяжелой дыхательной недостаточности.30.07.2020 выполнена ВАТС нижняя билобэктомия справа с одномоментной пластикой нижней трети мембранозной стенки трахеи костным аутотрансплантатом. ВАТС хирургический доступ, при отсутствия тотального спаечного процесса, является методом выбора при выполнении оперативных вмешательств пациентам с низким функциональным статусом, что обусловлено малой травматичностью и, как следствие, увеличением реабилитационного потенциала пациента. Пластика мембранозной стенки трахеи при наличии экспираторного стеноза является эффективным методом хирургического лечения.

97.
ОЦЕНКА ОПЫТА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ BURKHOLDERIA CEPACIA

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика Шумакова» Минздрава России, Москва

Готье С.В., Цирульникова О.М., Яковлева В.Б., Пашков И.В., Олешкевич Д.О., Шигаев Е.Ф., Латыпов Р.А., Никулин А.В., Якунин Я.С.

Введение: муковисцидоз (МВ)— тяжёлое орфанное заболевание в исходе которого развивается терминальная дыхательная недостаточность. Трансплантация лёгких (ТЛ) является радикальным методом лечения МВ. Наличие у данных пациентов хронической инфекции Burkholderia cepacia (ВС) является грозным предиктором осложнений как в раннем, так и в отдалённом послеоперационном периоде.

Цель работы: проанализировать результаты выживаемости пациентов с МВ инфицированных ВС, перенесших ТЛ в ФГБУ НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова.

Материалы и методы: по данным на июнь 2021 у 10 пациентов выполнена ТЛ с МВ, хронической инфекцией ВС. Летальность в ранний послеоперационный период – 30% (3чел), в отдалённом периоде 10%(1чел). Причиной смерти явился синдром полиорганной недостаточности. Среди выживших пациентов наибольший срок наблюдения составляет 6 лет 1 мес, минимальный срок 14 мес. Пол пациентов: женщин чел, средний возраст на момент ТЛ – 22 года; мужчин – 7 чел, средний возраст на момент ТЛ – 26 лет. Сроки ожидания ТЛ в группе пациентов с МВ инфицированных ВС составили в среднем 5,8 мес. До проведения ТЛ в группе пациентов с летальным исходом в связи с низким индексом массы тела гастростома была установлена у 3 пациентов из 4; в группе наблюдаемых пациентов у 1 из 6 человек. Высевы мокроты показывают сохранение хронической инфекции ВС у 100% пациентов. В группе наблюдаемых пациентов средние значения фЖЕЛ 3,02л (89%+/-11,7), ОФВ1 3,01л (77,7%+/- 10,2).

Выводы: инфицирование ВС пациентов с МВ является относительным противопоказанием к проведению ТЛ. На выживаемость после ТЛ существенню роль оказывает тщательный отбор пациентов, что, в свою очередь, подтверждает опыт ФГБУ НМИЦ ТИО.

ХОБЛ

98.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ НА ПАРАМЕТРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Е.Г. Кулик, В.И. Павленко, С.В. Нарышкина

Известно, что сосудистое ремоделирование у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) возникает уже на ранних стадиях и приводит к кардиоваскулярным осложнениям.

Цель исследования: оценить влияние длительной комбинированной терапии с включением рофлумиласта на параметры артериальной жесткости (АЖ) у больных ХОБЛ с редкими обострениями (РО).

Материалы и методы: обследовано 45 лиц с ХОБЛ с РО (мужчин 93,3%), GOLD I-II в возрасте от 40 до 62 лет, распределенных с учетом объема терапии на 2 группы: в 1-й группе (n=23) больные получали базисную терапию (GOLD, 2019г.), во 2-й группе (n=22) в фармакологическую схему добавлен рофлумиласт по 500 мкг в сутки в течение 6-ти месяцев. Группы были сопоставимы по индексу курильщика, степени выраженности респираторных симптомов (шкалы CAT, mMRC), возрасту и полу. Параметры АЖ (скорость распространения пульсовой волны (PWV, м/с), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс справа и слева (R/L-CAVI, ед.), индекс аугментации (AI, ед.)) оценивали исходно и через 6 месяцев методом сфигмоманометрии (VaSera-1000). Статистическая обработка данных проведена с помощью программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты: первоначально в общей группе больных показатели PWV, R/L-CAVI были выше здоровых лиц ($p<0,001$). До начала терапии группы по показателям АЖ были сопоставимы. Через 6 месяцев лечения во 2-й группе значения PWV и индекса AI были достоверно ниже исходных (на 11,6% ($p<0,05$) и 19,2% ($p<0,05$), соответственно) и имелась тенденция к снижению показателей PWV, AI в 1-й группе и R/L-CAVI в обеих группах. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения рофлумиласта в течение 6-ти месяцев в схему лечения больных ХОБЛ с РО как препарата превентивной терапии кардиоваскулярных осложнений.

99.
ВЛИЯНИЕ НОРТРИПТИЛИНА НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛЕТОК КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ

1 – УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь; 2 – УЗ «Минский клинический консультативно-диагностический центр», г. Минск, Республика Беларусь

Кадушкин А.Г. – 1, Таганович А.Д. – 1, Талабаева Э.И. – 2, Пластинина А.В. – 2

Введение: резистентность к глюкокортикоидам (ГКС) представляет значительную проблему для лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Известно, что антидепрессант нортриптилин способен преодолевать стероидорезистентность, индуцированную окислительным стрессом.

Цель исследования: оценить способность нортриптилина потенцировать действие будесонида на продукцию провоспалительных цитокинов клетками крови пациентов с ХОБЛ.

Методы: мононуклеарные клетки периферической крови пациентов с ХОБЛ (n=30) инкубировали с будесонидом (10 нМ), нортриптилином (10 мкМ) или их комбинацией и далее стимулировали фигогемагглютинином (ФГА) или форбол-миристат-ацетатом. Секрецию провоспалительных медиаторов мононуклеарами крови измеряли методом иммуноферментного анализа. Внутриклеточную продукцию цитокинов, экспрессию глюкокортикоидного рецептора β (ГРβ) в Т-хелперах крови (Тх) и цитотоксических Т-лимфоцитах (Тц) определяли методом проточной цитометрии.

Результаты: нортриптилин супрессировал ФГА-индуцированную выработку интерлейкина 4 (ИЛ-4), ИЛ-5, ИЛ-13, ИЛ-17А, ИЛ-33, фактора, ингибирующего миграцию макрофагов, мононуклеарными клетками крови. Это лекарственное средство также самостоятельно подавляло процент Тх, продуцирующих ИЛ-4, ИЛ-8, интерферон γ, и долю Тц, синтезирующих ИЛ-4 и ИЛ-8. Комбинация будесонида и нортриптилина обладала более выраженным ингибирующим воздействием на секрецию ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-8, ИЛ-13 и ИЛ-17А мононуклерами крови, а также экспрессию ИЛ-4, ИЛ-8, интерферона γ, ГРβ Тх и Тц клетками, чем один будесонид.

Заключение: нортриптилин самостоятельно проявляет противовоспалительные эффекты, ингибируя продукцию цитокинов клетками крови пациентов с ХОБЛ. Это лекарственное средство также потенцирует эффекты ГКС и модулирует механизмы развития стероидорезистентности.

100.
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛСАРТАНОМ С УЧЕТОМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И I/D ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Симионикэ Ю.Д., Кондрацки Д.П.

Цель: оценить возможность прогнозирования эффективности лечения валсартаном (В) с учетом состояния эндотелиальной функции (ЭФ) и I/D полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) у больных с ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследование был включен 31 больной (средний возраст 52,5±4,14 года) со среднетяжелым и тяжелым течением ХОБЛ. Неинвазивное исследование ЭФ проводили с помощью ультразвука высокого разрешения на аппарате LOGIQ S8, линейным датчиком 8,0-10,0 MHz. Пробу с реактивной гиперемией (РГ) проводили по методике David S. Celermajer (1992). ЭФ оценивали исходно и после 5 нед. лечения В (Нортиван) в средней дозе 54,5±15,4 мг/сут. Определение I/D полиморфизма гена АПФ проводили методом ПЦР.

Результаты: показатель ЭФ после пробы с РГ у больных с I/D генотипом (n=10) вырос с 7,6±11,92% до 15,4±6,32% (p=0,002) одновременно с достоверным ростом минутного объема крови. У больных с I/I генотипом (n=10) показатель ЭФ также улучшился, с 6,0±11,69 до 11,0±7,22% (p=0,002). У больных с D/D генотипом (n=11), у которых исходно был наиболее низкий показатель ЭФ (в пределах от –26,0 до 10,6%) и наиболее высокие значения конечно-диастолического размера правого желудочка (35,6±4,64 мм), лечение В позволило несущественно улучшить ЭФ (p=0,64). Установлено, что у всех пациентов с низкими показателями ЭФ (от 0 до –26,0%) среднее давление (СД) в легочной артерии (ЛА) практически не изменилось (p=0,54). Положительная динамика СДЛА, ЭФ и толерантности к физической нагрузке отмечена у всех пациентов с I/I и I/D генотипами (I/I > I/D > D/D; p=0,011).

Заключение: состояние ЭФ и вариант I/D полиморфизма гена АПФ могут использоваться для прогнозирования эффективности лечения В, назначаемым с целью коррекции повышенного давления в ЛА у больных при среднетяжелом и тяжелом течении ХОБЛ.

101.
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ТЯЖЕЛЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ

Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф.

Введение: коморбидная патология при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) играет важную роль в прогрессировании и увеличении рисков неблагоприятных исходов при обострениях ХОБЛ. В настоящее время большое внимание уделяется сопутствующим сердечно-сосудистым заболеваниям, но другая патология тоже может существенно влиять на частоту обострений ХОБЛ.

Цель: изучить роль сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при частых обострениях ХОБЛ.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 418 медицинских карт больных, госпитализированных с обострением ХОБЛ за 4 года. 6 пациентов были госпитализированы однократно (контрольная группа). 38 пациентов госпитализировались 2 раза за год, 22 пациента раза, что составило 142 случая госпитализаций (основная группа). Диагностика ГЭРБ проводилась по традиционным клинико-инструментальным показателям.

Результаты: 5,8% пациентов (16) контрольной группы имели проявления ГЭРБ, а в основной группе их число достигало 23,3% (14) ($p<0,05$). Среди госпитализированных трижды сочетание ГЭРБ и ХОБЛ было еще выше (31,8%). Ингибиторы протонной помпы (ИПП) получали в стационаре 50% пациентов в обеих группах. Только 20% пациентов основной группы получили рекомендации продолжить терапию ИПП амбулаторно (в группе контроля – 50%). Пациенты с неадекватной терапией ГЭРБ амбулаторно также меньше использовали ИГКС (в 1,4 раза), имея при этом большую частоту обострений ХОБЛ. Было установлено, что наличие ГЭРБ повышало риск повторных госпитализаций в 3 раза (ОР 3,1; 95% ДИ 1,95-4,95, $p<0,05$).

Выводы: ГЭРБ – значимый коморбид (23,3%) у пациентов с ХОБЛ с частыми тяжелыми обострениями. Адекватная терапия ГЭРБ и ХОБЛ в виде приема ИПП и ИГКС на амбулаторном этапе может оказать влияние на уменьшение частоты обострений ХОБЛ.

102.
ЗНАЧЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И СОЧЕТАНИЕМ АСТМА-ХОБЛ С РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова

Баранов Д.З., Трофимов В.И.

Цель: провести корреляционный анализ прокальцитонина с показателями воспаления у пациентов с ХОБЛ и сочетанием астма-ХОБЛ (АСО), переносящих респираторную инфекцию.

Материалы и методы: обследовано 9 больных с ХОБЛ и 13 больных с АСО. Определялись показатели крови: прокальцитонин, уровень лейкоцитов, нейтрофилов (абсолютный), СОЭ, С-РБ, фибриногена. Для статистической обработки применялся корреляционный анализ по Спирмену на базе программы «SAS Enterprise Guide 6.1».

Результаты: у пациентов с ХОБЛ получены следующие положительные корреляции прокальцитонина: с СОЭ ($r=0,68$; $p=0,04$), с С-РБ ($r=0,73$; $p=0,03$) и фибриногеном ($r=0,78$; $p=0,04$). У пациентов с АСО получены положительные корреляции прокальцитонина с лейкоцитами крови ($r=0,70$; $p=0,02$) и нейтрофилами крови ($r=0,64$; $p=0,04$). Известно, что при ХОБЛ преобладающим типом воспаления является инфекционное. Прокальцитонин показал свою надёжность в качестве маркёра инфекционного воспаления при ХОБЛ и предиктора назначения антибактериальной терапии таким пациентам. АСО неоднородна в своей структуре и включает больных, как с выраженным инфекционным воспалением, так и с аллергическим. Попадание патогена в организм человека сопровождается увеличением пула лейкоцитов (за счёт нейтрофилов) и их миграцией в очаг инфекции. Прокальцитонин связан с инфекционным воспалением при АСО, что подтверждается корреляциями с нейтрофилами и лейкоцитами крови. Белки острой фазы (С-РБ, фибриноген), а также СОЭ повышаются при инфекционном воспалении и в нашем исследовании связаны с прокальцитонином у пациентов с ХОБЛ.

Выводы: 1. Прокальцитонин маркирует инфекционное воспаление при ХОБЛ и АСО. 2. Прокальцитонин может рассматриваться в качестве ориентира для назначения антибактериальной терапии пациентам с ХОБЛ и АСО с учётом клинической картины.

103.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ, ТУБЕРКУЛЕЗ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1– ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

Мордык А.В., Багишева Н.В., Моисеева М.В.

Цель: сравнить качество жизни пациентов с ХОБЛ, ХОБЛ и туберкулезом, ХОБЛ, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: исследование простое, поперечное. С использованием опросника SF-36 по восьми шкалам проведен анализ показателей качества жизни. Включено 514 респондентов в возрасте 48,25 (38,00; 57,00) лет. Среди включенных в исследование преобладали мужчины 24 (63,1 ± 1,9%), женщины -190 (36,9 ± 2,1%). 215 страдали ХОБЛ, 146 – ХОБЛ + туберкулезом (ТБ) и 153 – имели сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), из них 86 – ХОБЛ + ТБ + АГ, 32 – ХОБЛ + ТБ + ИБС, 35 пациентов – ХОБЛ + ТБ + ХСН.

Результаты и обсуждение: физический индекс (PI) рассчитывается по формуле: PI = ((PF-Z * 0,42402) + (RP-Z * 0,35119) + (BP-2 * 0,31754) + (SF * – 0,00753) + (MH-Z * -0,22069) + (RE-Z * -0,19206) + (VT-Z * -0,02877) + (GN-Z * -0,24954)) * 10 + 50 и ментальный индекс (MI) рассчитывается по формуле = ((PF-Z * -0,22999) + (RP-Z * -0,12329) + (BP-Z * -0,09731) + (SF * 0,26876) + (MH-Z * 0,48581) + (RE-Z * 0,43407) + (VT-Z * 0,23534) + (CH-2 * -0,01571)) * 10 + 50 показателей здоровья. Для пациентов с ХОБЛ PI и MI составили 36,47 (26,29; 42,85) и 34,28 (28,68; 44,68), PI и MI ХОБЛ + ТБ были 36,11 (30,36; 41 , 34) и 32,18 (28,56; 41,35), ХОБЛ + ТБ + АГ, PI и MI составили 28,205 (23,22; 37,73) и 28,975 (22,4; 37,55), ХОБЛ + ТБ + ИБС PI и MI составили 23,2 (21,6; 28,8) и 26,6 (22,2; 29,7), PI и MI ХОБЛ + ТБ + ХСН были ,5 (21,2; 33,6) и 28,9 (22,4; 32,6).

Заключение: среди пациентов с ХОБЛ + ТБ, ХОБЛ + ТБ + АГ, ХОБЛ + ТБ + ИБС, ХОБЛ + ТБ + ХСН показатели физического и психического здоровья ниже средних по популяции. У пациентов с ХОБЛ индекс физического здоровья соответствовал среднему по популяции, а индекс психического здоровья ниже нормативных значений.

104.
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Салахова И.Н., Визель И.Ю.

Цель: оценить выраженность усталости у пациентов с ХОБЛ на основании опросника FAS.

Методы: пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ (N= 3), включенные в исследование, были опрошены на предмет наличия общей усталости (как умственной, так

и физической) с помощью опросника FAS, собраны анамнестические данные и выполнена спирометрия.

Результаты: по итогам анализа опросника 104 (38,1%) пациента не ощущали усталости, 154 (56,4%) – отмечали существенный уровень усталости и 15 (5,5%) ощущали чрезмерную усталость. При сравнении групп пациентов в зависимости от уровня усталости получены следующие различия: пациенты со значимым уровнем усталости были более старшего возраста (p=0,039; ОШ=1,79;95%ДИ:1,06-3,06), статистически значимо имели частые обострения в анамнезе (p<0,001;ОШ=3,88; 95%ДИ:2,31-6,54) и высокие баллы по результатам опросника CAT (p<0,001;ОШ=4,55;95% ДИ:2,13-9,71) и шкале mMRC (p<0,001;ОШ=5,86;95%ДИ:2,71-12,7), статистически значимое снижение спирометрических показателей по уровню ОФВ1 (p<0,001;ОШ=0,36;95% ДИ:0,22-0,61) и чаще имели сопутствующую патологию (p=0,002;ОШ=2,45;95% ДИ:1,38-4,35). Усталость с равной частотой встречалась у пациентов в группах B и C (42,9% и 38,5%) — в подгруппах с разной частотой обострений и госпитализаций. Высокая частота усталости среди пациентов с типом D (72,3%) свидетельствует о существенном вкладе этого синдрома в оценку своего состояния пациентами.

Заключение: более половины пациентов с ХОБЛ ощущали серьезное негативное влияние усталости на их повседневную жизнь и подчеркивали, что они ограничены в физическом, эмоциональном и когнитивном функционировании. Синдром усталости является значимым показателем качества жизни больных ХОБЛ, сопряжённый с основными критериями тяжести течения заболевания.

105. МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ CPAP-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул.

И.Я. Цеймах, Я.Н. Шойхет

Цель: изучить влияние расстройств дыхания, связанных со сном, на увеличение уровня сывороточного гомоцистеина и возможность его коррекции при использовании в комплексном лечении CPAP-терапии у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы: в 6-недельное открытое сравнительное исследование включены 65 больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна после перенесенного обострения, не нуждавшихся в длительной кислородотерапии. 26 пациентов получали в комплексном лечении CPAP-терапию (основная группа), средняя продолжительность которой составляла 5,85 ± 0,52 часов. Удельный вес количества ночей с использованием CPAP-терапии в общем количестве ночей составил 74,5 ± 8,8%.

Результаты: уровень гомоцистеина до лечения составил в основной группе 11,16±1,18 мкмоль/л и в группе сравнения 12,28±0,72 мкмоль/л. После проведения CPAP-терапии сывороточное содержание гомоцистеина в основной группе снизилось в большей степени, чем в группе сравнения, соответственно на 4,21 ± 0,38 мкмоль/л и на 1,03 ± 0,25 мкмоль/л (p < 0,001). При построении моделей множественного линейного регрессионного анализа определено сочетанное влияние на содержание в крови гомоцистеина удельного веса времени ночной гипоксемии с показателем SaO2 <89% и сывороточного уровня эндотелиального сосудистого фактора

роста (VEGF) (R = 0,975; R2 =0,951; F=346,424; p <0,001); С-реактивного белка (СРБ), С-пептида и VEGF (R = 0,986; R2 =0,973; F = 672,679; p <0,001).

Заключение: у больных ХОБЛ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна содержание в крови гомоцистеина находится в тесной зависимости от продолжительности ночной гипоксемии, сывороточной концентрации СРБ, С-пептида и VEGF. CPAP-терапия ассоциируется со значительным снижением уровня гомоцистеина в крови.

106.
ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР КАК ПРЕДИКТОР ОТСРОЧЕННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ

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

Мирхайдаров А.М. – 1, Асадуллина Г.В. – 2, Жуманиязова А.А. – 1

Цель: провести анализ влияния обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и экстренной госпитализации в стационар на отсроченную летальность больных.

Методы: в период с января 2019 по июнь 2021 гг. ретроспективно проведен анализ медицинских событий у 134 пациентов с ХОБЛ (114 мужчин и 20 женщин; средний возраст – 68,3 ±0 11,4 лет) находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии в 2019 году. Для получения сведений о последующих медицинских событиях (обострения заболевания, повторная госпитализация, летальность от всех причин) использовалась действующая в регионе медицинская информационно-аналитическая система.

Результаты: после выписки из стационара по поводу обострения ХОБЛ повторно госпитализировано 89 (64,4%) больных, из них в течение 6 месяцев поступило в стационар 20 (22,4%) больных, до 1 года – (30,3%) больных, в более поздние сроки – 42 (47,2%) больных. За анализируемый период летальность составила 31,3% (42 больных), причем в первые 6 месяцев после выписки из стационара летальность составила 8,9% (12 больных), до 1 года – 9,7% (13 больных), в сроки более 1 года летальность от всех причин составила 12,7% (17 больных).

Выводы: обострения ХОБЛ и экстренная госпитализация в стационар повышают отсроченную летальность больных.

107.
ОГРАНИЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РАННИЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ОТВЕТ НА ИНДАКАТЕРОЛ/ГЛИКОПИРРОНИЙ БРИЗХАЛЕР У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ – ПРЕДИКТОРЫ НЕПОЛНОЦЕННОГО ОТВЕТА НА ИНГАЛЯЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ

Военно-медицинская академия, кафедра военно-морской терапии, Санкт-Петербург

Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Гришаев С.Л., Турдиалиева С.А.

Ранний бронходилатационный ответ (РБДО) на первую дозу препарата и пиковый инспираторный поток (ПИП), который должен развивать пациент при использовании ингалятора, позволяют предположить эффективность препарата при лечении ХОБЛ.

Цель работы: оценить зависимость эффективности терапии от результатов РБДО и ПИП у пациентов ХОБЛ, при лечении индакатеролом/гликопирронием (ИНД/ГЛИ) 110/50 мкг Бризхалер.

Методы и материалы: обследовано 96 больных мужчин с ХОБЛ в возрасте 66,5 ± 4,6г.различной степени тяжести (II-IV) вне обострения до и после 28-дневного лечения ИНД/ГЛИО. РБДО на препарат оценивался по данным спирограммы через 60 мин после ингаляции 110/50 мкг ИНД/ГЛИ. Спирометрия выполнялась на спирографе Flowscreen II (Jaeger, Германия). Для измерения ПИП использовался прибор In-Check DIALtm G16(Clement Clarke International Ltd., Великобритания) с измерением ПИП в диапазоне 12-150 л/мин. Результаты. У 76 больных ХОБЛ до лечения ИНД/ГЛИ Бризхалер был выявлен положительный РБДО (Δ ОФВ1 >200мл/12%). Отрицательный РБДТ определялся у 20 больных (15%), при этом Δ ОФВ1 после курса лечения был значимо ниже, чем при положительном РБДО и составил 0,21± 0, 08л и 0,29±0,04 л соответственно ($p < 0,001$). Субоптимальный ПИП (<60 л/мин) отмечен у 18 пациентов. Большинство пациентов не могли развить достаточный поток воздуха на вдохе и достичь оптимального клинического результата. У всех больных имелась сердечнососудистая патология с НК. Не выявлено значимой зависимости ПИП от возраста, тяжести заболевания, ФЖЕЛ.

Выводы: Субоптимальный ПИП и отрицательный РБДО на индакатерол/гликопирроний бризхалер у больных ХОБЛ – могут быть предикторами неполноценного ответа на ингаляционную терапию.

108.
ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Амурская ГМА

Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Цель исследования: изучить особенности циркадного ритма артериального давления при коморбидном течении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и метаболического синдрома.

Методы исследования: в исследование было включено 109 пациентов ХОБЛ С группы по классификации риска неблагоприятных исходов в возрасте от 49 до 74 лет. В 1-ю группу включено 34 пациента ХОБЛ с нормальной массой тела и окружностью талии – 74,3 см (71,6;77,2). Во 2-ю группу 6 больных ХОБЛ с избыточной массой тела и окружностью талии 76,1 см (72,3;79,5). 3-ю группу составили 9 пациентов ХОБЛ с ожирением и окружностью талии 101,5 см (93,8;104,2). Для исследования циркадного ритма артериального давления (АД) проводилось суточное мониторирование АД с использованием автоматической портативной системы «Кардиотехника-АД-1».

Результаты: при исследовании суточного профиля систолического АД выявлено, что у пациентов 1-й группы доминирует нормальный тип «dipper» со снижением показателей АД в ночное время на 10-20% – (44,3 %). У больных 2-й группы выявлены типы «non-dipper» с недостаточным снижением АД в ночные часы (величиной суточного индекса – степенью снижения систолического и диастолического АД в ночные часы от 0 до 10) и «night-peakers» с превышением дневных показателей АД (суточный индекс меньше 0) с частотой 38,1% и 29,6% соответственно. У 72,6% 3-й группы преобладали тип «non-dipper», «night-peakers» встречался в ,4%.

Заключение: таким образом, у пациентов с ХОБЛ и метаболическим синдромом чаще выявляются повышения параметров суточного мониторирования АД, нарушения циркадных ритмов. Отмечены взаимосвязи между повышением индекса массы тела и показателями «нагрузки систолическим и диастолическим АД» в ночные часы.

109.
ПОЛИГЕННЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

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

Г. Ф. Корытина – 1,2, Ю.Г. Азнабаева – 2, Т.Р. Насибуллин – 1,
Ш.Р. Зулкарнеев – 2, Ш.З. Загидуллин – 2, Т. В. Викторова – 2

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Получены убедительные данные о вкладе генетических факторов в развитие ХОБЛ.

Цель настоящего исследования: заключалась в идентификации полигенных маркеров риска ХОБЛ на основе анализа широкой панели генов, вовлеченных в воспалительный ответ, антиоксидантную защиту и нейротрансмиссию.

Материалы и методы: в группах больных ХОБЛ (N=601) и контроля (N=617) проведен анализ 57 полиморфных локусов генов JAK/STAT-, NFkB-, NRF2/KEAP-сигнальных путей и нейротрансмиттеров. Поиск мультилокусных сочетаний проводился с помощью программы APSampler 3.6.1.

Результаты: при проведении мультилокусного анализа выявлены 177 различных сочетаний генотипов и аллелей, значимо ассоциированных с ХОБЛ. После коррекции на множественность сравнений осталось 70 высокоинформативных сочетаний, включающие аллели генов нейротрасмиттеров, иммунного ответа и антиоксидантной защиты: DRD2 rs1800497*G+SAA1 rs1136743*C+KEAP1 rs1048290*G+GRIN2B rs7301328*G (OR=3.86 95%CI 2.68-5.56, PFDR=2.93e-10); ADIPOR1 rs1 33285*C+SAA1 rs1136743*C+KEAP1 rs1048290*G+GRIN2B rs7301328*G (OR=3.66 95%CI 2.55-5.24,

PFDR=8.26e-10); CHRNA3 rs1051730*G+ICAM1 rs5498*AA+IL6 rs1800795*C (OR=0.101 95%CI 0.053-0.19, PFDR=8.58e-10); DRD2 rs1800497*G+KEAP1 rs1048290*G+CCL20 rs6749704*C+GRIN2B rs7301328*G (OR=4.14 95%CI 2.76-6.22, PFDR=1.058e-9). При этом установлен аддитивный характер взаимодействия основных компонентов полигенных маркеров. Таким образом, мультилокусный подход является более эффективным в идентификации генетических предикторов и сети взаимодействующих генов при формировании ХОБЛ. Исследование частично поддержано мегагрантом Правительства Российской Федерации № 075-15-2021-595.

110. ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

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

Ф.Т. Малыхин, Д.А. Ушакова

Цель исследования: изучить половые различия показателей коморбидности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы: проведен анализ медицинской документации 100 пациентов терапевтического отделения ГБУЗ СК «СККБ» с ХОБЛ, БА и с ХОБЛ+БА. Для расчета индекса коморбидности (ИК) использован модифицированный метод M. Charlson. Оценка достоверности различий ИК проведена с использованием критерия Стьюдента. Для выявления зависимости между полом больных и ИК, использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты: распределение пациентов с ХОБЛ по преобладающим видам коморбидной патологии: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 44%; язвенная болезнь (ЯБ) 11%; нарушение мозгового кровообращения (НМК) и сахарный диабет (СД) по 9%; поражение периферических сосудов (ППС) 7%; коллагенозы и инфаркт миокарда по 5%. Распределение больных БА: ХСН и хронические неспецифические заболевания легких по 31%; СД 12%; ЯБ, инфаркт миокарда и НМК по 8%. Распределение больных с ХОБЛ+БА: ХСН 47%; СД 16%; ЯБ 15%; ППС 8%; НМК 7%. Средние значения ИК при ХОБЛ 3,52±0,44; у мужчин 3,69±0,60; у женщин 3,31±0,68. При БА: 1,26±0,22; у мужчин 1,07±0,35; у женщин 1,46±0,28. При ХОБЛ+БА: 3,11±0,30; у мужчин 3,6±0,49; у женщин 2,86±0,38. Сравнение ИК выявило достоверно более высокую коморбидность в группах с ХОБЛ (p=0,0000) и ХОБЛ+БА (p=0,000005), чем в группе БА. Установлено преобладание высокого уровня коморбидности у мужчин с ХОБЛ и ХОБЛ+БА (p=0,0008; p=0,00028), и у женщин с ХОБЛ+БА (p=0,019; p=0,0051) по сравнению с БА. Выявили также и зависимость показателей коморбидности от гендерной принадлежности в разных возрастных группах у больных с ХОБЛ+БА.

111.
РОЛЬ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО "Кубанский государственный медицинский университет" МЗ РФ

Болотова Е.В., Дудникова А.В.

Цель: Изучение приверженности и эффективности лечения у больных ХОБЛ (группа D) при использовании фиксированной тройной комбинации вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат (Треледжи Эллипта).

Материал и методы: в исследование были включены 26 пациентов мужского пола с ХОБЛ тяжелой степени с частыми обострениями (группа D). Всем пациентам была рекомендована терапия фиксированной тройной комбинацией вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат (Треледжи Эллипта). Наблюдение за больными осуществлялось на протяжении 12-ти месяцев, фиксировались следующие конечные точки: госпитализация в связи с обострением ХОБЛ, прогрессирование ХОБЛ (снижение ОФВ1), смерть пациента. Кроме того, оценивалась динамика приверженности к лечению, количество баллов САТ – теста, уровень депрессии по шкале Бека.

Результаты: через 6 месяцев приема фиксированной тройной комбинации вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказона фуроат выявлено улучшение приверженности к лечению в виде снижения доли не приверженных пациентов с ХОБЛ на 15,3% и увеличения доли приверженных к терапии пациентов на 7,7%; статистически значимо снизилась средняя частота обострений, эта динамика сохранилась к 12-му месяцу наблюдения. Через 12 месяцев у пациентов с ХОБЛ обнаружено статистически значимое снижение доли не приверженных к лечению и статистически значимое увеличение доли приверженных к лечению пациентов ХОБЛ; выявлено статистически значимое снижение частоты выраженной депрессии у больных ХОБЛ; обнаружено статистически значимое снижение доли пациентов с выраженным и умеренным влиянием ХОБЛ на качество жизни.

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

112.
УРОВЕНЬ ЦИНКА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С КЛИНИЧЕСКИ ИЗЛЕЧЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

1 – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, 2 – ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, 3 – КУЗ ВО «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С. Похвисневой»

Великая О.В. – 1,2, Нестерова О.А. – 2,3, Мартышова О.С. – 2

Цель: изучение уровня цинка в крови у больных ХОБЛ и туберкулезом легких (ТЛ) для определения его патогенетического значения.

Материал и методы: наблюдали 36 пациентов (26 мужчин, средний возраст 44,04 лет и 10 женщин – 48,1 лет) с ХОБЛ (GOLD II) и ТЛ – основную группу. Пациенты состоя-

ли в III группе диспансерного наблюдения (ДН) по поводу излеченного инфильтративного ТЛ. Курение, как фактор риска развития и прогрессирования ХОБЛ и ТЛ, отмечалось у всех пациентов независимо от пола. Группы сравнения составили: I 0 больных с установленным диагнозом ХОБЛ (GOLD II) без ТЛ и II 5 пациентов из III диспансерного наблюдения по поводу излеченного инфильтративного ТЛ без ХОБЛ. Уровень общего цинка определяли на автоматическом анализаторе. Была обследована группа здоровых лиц (n=25). Статистическую обработку данных производили с помощью стандартных методик.

Результаты: одышка при физической нагрузке беспокоила пациентов основной группы и больных ХОБЛ без ТЛ. У 7 (19,44 %) пациентов основной группы остаточные изменения ТЛ в виде фиброза локализовались в верхней доле правого легкого, у 8 (22,22 %) – левого, у 21 (58,33 %) – в обоих легких. У пациентов основной группы общий уровень цинка составил 84,2 ± 25,1 мкг/л, что достоверно ниже, чем в группах сравнения: I – 678,8 ± 24,3 мкг/л (p = 0,00001), II – 521,3 ± 33,4 мкг/л (p = 0,002). Во всех группах общий уровень цинка был достоверно ниже, чем в группе здоровых – 945,3 ± 18,4 мкг/л (p < 0,05).

Выводы: выявлены достоверные различия в уровне цинка крови у пациентов с ХОБЛ и излеченным ТЛ: более низкие значения уровня цинка при наличии коморбидной патологии, чем у пациентов с изолированной ХОБЛ и больных с излеченным ТЛ без ХОБЛ. Низкие уровни цинка могут свидетельствовать о низкой активности антиоксидантной системы.

113.
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ЛИЦ С ФЕНОТИПОМ «ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК»

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Бакина А.А., Павленко В.И.

Известно, что сердечно-сосудистые события (ССС)–частая причина гибели лиц с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). При этом системные эффекты ХОБЛ могут способствовать формированию хронической болезни почек (ХБП), которая, в свою очередь, способна внести вклад в развитие кардиоваскулярных патологий. Однако роль фенотипа «ХОБЛ и ХБП» в формировании ССС до настоящего момента не изучена, что определило актуальность исследования.

Цель: изучить частоту возникновения ССС у лиц с фенотипом «ХОБЛ и ХБП».

Материал и методы: обследовано 96 лиц с ХОБЛ GOLD 2 и 3 в возрасте 45-60 лет, из них мужчин –93%. Диагноз ХБП устанавливался через 6 месяцев от начала наблюдения на основании динамической оценки уровня альбуминурии и скорости клубочковой фильтрации, рассчитанной по значению креатинина сыворотки крови. С учетом полученных данных пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=42) – лица с фенотипом «ХОБЛ и ХБП», 2-я группа (n=54) – пациенты с ХОБЛ без ХПБ. Методом наблюдения собрана информация о ССС, перенесенных пациентами в течение 12 месяцев после включения в исследование.

Результаты: за период наблюдения нефатальные и фатальные ССС (прогрессирующая стенокардия, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, фибрилляция предсердий, желудочковые экстрасистолии 2-3 класса, пароксизмальная тахикардия, смерть от ССС) у лиц 1-й группы регистрировались чаще чем во 2-й группе в 7 раз (p=0,008). ССС, связанные с нару-

шением кровообращения, в 1-й и 2-й группах отмечались в 19% и 1,9% случаях соответственно (p<0,05). Значимые аритмии в 1-й группе встречались чаще, чем во 2-й группе, однако достоверно не отличались. Таким образом, выявлено, что у лиц с фенотипом «ХОБЛ и ХБП» ССС в течение 12-ти месяцев развиваются значимо чаще, чем у пациентов с ХОБЛ без ХБП.

114.
ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Курский государственный медицинский университет

Прибылов С.А., Прибылов В.С., Сенькина Н.Е., Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Шабанов Е.А.

Цель: оценить частоту аритмий и их лечение у больных ХОБЛ в зависимости от степени ЛГ.

Материалы и методы: всем больным были выполнены: ЭХО-КГ для расчета СДЛА и СрДЛА, 24-часовое ХМ- ЭКГ, ФВД, проба с 6-МШТ. В исследование были включены 70 пациентов с ХОБЛ II-III ст. (50 м, 20 ж). Первая группа 45 больных в возрасте 68 ±4,8 лет с ЛГ, стаж курения 37 пачка/лет , вторая группа 20 пациентов без ЛГ в возрасте 59±2,8 лет, стаж курения 23 пачки/лет.

Результаты: у больных ХОБЛ с ЛГ аритмии регистрировались в 85,7% случаев, у пациентов без ЛГ в 60%. Наиболее часто в обеих группах встречались наджелудочковая экстрасистолия (22%), внутрижелудочковые блокады (18%) и фибрилляция предсердий 16%. У больных ХОБЛ с ЛГ (СДЛА=44±2,2 мм.рт.ст.) фибрилляция предсердий зарегистрирована у 12% пациентов, в группе сравнения без ЛГ (СДЛА=22,4±0,8 мм.рт.ст) в 3 раза реже – 4%. Желудочковая экстрасистолия в 2 раза чаще (8% и 4%), наджелудочковая экстрасистолия (14% и 6%), внутрижелудочковая блокады (14% и 4%). AV-блокады выявлены только в группе больных с ЛГ (6%). Развитию жизнеугрожающих типов аритмий наиболее подвержены лица с ЛГ. Среды пациентов с ЛГ у 72% диагностированы ИБС, ПИКС с наличием больше 50% окклюзии правой и огибающей коронарных артерий на КАГ. У 37 больных были имплантированы стенты, при этом частота аритмий уменьшилась через 3 месяца в 3,5 раза. В лечении этой группы применяли статины, дигоксин, антагонисты Са, иАПФ, ривароксабан, бронходилататоры, синденафил у 8 больных с высокой ЛГ.

Выводы: для исключения сопутствующей ИБС, больные ХОБЛ с ЛГ нуждаются в КАГ с последующей хирургической реваскуляризацией сердца. Ранняя диагностика ЛГ и антиаритмическое лечение у больных ХОБЛ способствует профилактике дальнейших сердечно-сосудистых событий.

115.
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ (ОКСИД АЗОТА И ТЕРМИЧЕСКИЙ ГЕЛИОКС) И РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Кафедра Госпитальной Терапии ПФ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА МЗ». г. Москва. Россия, РФЯЦ-ВНИИЭФ (предприятие Госкорпорации «Росатом»), ООО «МЕДТЕХИНОВАЦИИ», г. Москва. Россия.

Т.Т. Чыонг., Шогенова Л. В., Селимир Д.С., Панин А.А., Чучалин А.Г.

Цель: изучить эффективность и безопасность комбинированной терапии оксидом азота (iNO), термическим гелиоксом (t-HeO2,) и НИВЛ у пациентов с гиперкапнической ДН в период обострения ХОБЛ. Обследовано 24 пациента с ХОБЛ, GOLD IV с выраженными клиническими симптомами (CAT 20, mMRC 4), с частотой обострения ≥ 3, Группа D, с бронхитическим фенотипом, ДН II типа (гиперкапническая) с вторичной легочной гипертензией. Все пациенты методом случайного выбора были разделены на 2 группы. 1-я группа (n=12,10м/2ж), в течение 10-и дней получали стандартную терапию (GOLD 2021), НИВЛ (BiPAP ST) ≥ 6 ч./сут, iNO (Тионокс, Россия) в дозе 70 ppm 6 ч./сут и t-HeO2 («ГЕЛИОКС ЭКСТРИМ», Россия), 20 мин 3 раза/сут.,(FiO2 подбиралось индивидуально для поддержания SpO2≥95, t=75^0 C). 2-ая группа (n=12,9м/3ж) 10 дней получала стандартную терапию (GOLD 2021) и НИВЛ (BiPAP ST) с ≥6 ч./сут. В 1-й и на 10-й сутки терапии, в 2-х группах оценивали: гемодинамику (УЗИ аппарате Logiq 3 Pro), состав артериальной крови (ABL-500 Radiometer Copenhagen, Дания), ригидность сосудов (Pulse Trace PCA (Micro Medical).

Результаты: динамика в 1-ой группе: pH с 7.28±0.15 до 7.32±0.0 (p<0,01), PaO2 с 65±6.0 до 78.5±5.72 мм рт.ст (p<0,01); PaCO2 с 72±4.1 до 47.1±3.3 2 мм рт.ст (p<0,05); SaO2 с 84.6±2.3 до 92.5±1.2 2 мм рт.ст (p<0,05); HCO3- с 34.68±2.5 до 25.5±2.3 ммоль/л (p<0.05); концентрация лактата с 2.06±0.7 до 1.10±0.4 ммоль/л (p<0.01); Qs/Qt с 28.24±5.07 до 5.34±3.2 % p<0.05; PPAs с 85±10,1 до 65±12.7 мм рт.ст (p<0,05); SI с 8.8±1.8м/с м/с до 6.8±1.5 м/с (на 22±5%) (p<0.0001). Во 2-й группе: pH с 7.28±0.12 до 7.30±0.0,1; PaO2 с 65.2±7.1 до 71.4±4.2 мм рт ст (p<0,01); PaCO2 с 71.8±3.2 до 58.5±2.5 мм рт.ст (p<0,05); SaO2 с 83.6±2.3 до 89.1±1.3% (p<0,01); HCO3- с 35.12±1.5 до 28.4±2.2 ммоль/л (p<0.01); концентрация лактата с 2.07±0.3 до 0.80±0.2 ммоль/л (p<0,01); Qs/Qt .14±5.5% до 10.32±1.35% (p<0.05); PPAs с 85±10,1 до 65±12.7 мм рт.ст (p<0,05); SI с 8.19±2.0 м/с до 8.5±2.0 м/с (p<0,01).

Заключение: у пациентов, в период обострения ХОБЛ, в лечебном алгоритме гиперкапнической ДН были применены медицинские газы. Комбинированная терапия iNO, t-HeO2 и НИВЛ позволяет существенно улучшить транспорт кислорода, элиминацию CO2, стабилизировать уровень лактата, улучшить гемодинамику.

116.
ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ НАЗНАЧЕНИЯ ИГКС ПРИ ХОБЛ

Казанский Государственный медицинский университет МЗ РФ, Центральный НИИ туберкулёза (Москва).

Салахова И.Н., Визель И.Ю., Визель А.А., Вафина А.Р.

Актуальность. Применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) при ХОБЛ остаётся предметом обсуждения, особенно их применение при обострениях и разном уровне эозинофилии крови.

Целью работы: оценить частоту назначений ИГКС у пациентов с ХОБЛ с разными клиническими, лабораторными и функциональными параметрами.

Материал и методы: было обследовано 330 больных ХОБЛ в условиях пульмонологических кабинетов и отделений города Казани. Всем больным проводились сбор анамнеза, физикальное обследование, спирометрия и оценка лабораторных данных, заимствованных из медицинских карт пациентов. Статистическая обработка была проведена с помощью программы SPSS-18 в среде Windows 10.

Результаты: показания к применению ИГКС согласно эозинофилии было у 18,6%, согласно 2 и более обострениям – 53,3%, согласно обострениям или госпитализациям – у 82,1%, а согласно снижению ОФВ1 менее 50% от должной — у 62,1%. Среди пациентов с ОФВ1 менее 50% 2 и более обострений было у 61%, госпитализации были у 87,8%, а пациентов с эозинофилией было 12,7%. Все три критерия имели только 7,6% пациентов с ХОБЛ. Среди этих пациентов 80% получали ИГКС, а 44 % – СКС. Доля пациентов с эозинофилией и 2 и более обострениями в течение года была 16,2%, с эозинофилией и 2 и более обострениями в течение года и хотя бы одной госпитализацией — 15,8%, а сочетание эозинофилии со снижением ОФВ1 ниже 50% должных величин было у 10,3%. Пациенты, у которых была эозинофилия, 2 и более обострений в течение года и ОФВ1 ниже 50% должных величин составили 6,7%, если еще учесть хотя бы 1 госпитализацию – то 9,9%.

Заключение: в условиях реальной клинической практики доля назначений ИГКС при ХОБЛ остаётся высокой при том, что три ключевых показания к их применению встречаются одновременно не чаще, чем в 10% случаев.

117. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИБРОАКУСТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

НАО «Медицинский университет Астана»

Мукатова И.Ю., Ким С.С., Токсарина А.Е.

Цель исследования: оценить эффективность применения виброакустического воздействия в комплексной терапии обострения ХОБЛ.

Объект и методы исследования: под наблюдением находились 112 пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение с обострением ХОБЛ. Пациенты были разделены на 2 группы: основная (n=59), получавшая виброакустическую терапию (ВАТ) в комплексе со стандартной терапией и контрольная (n=53), получавшая стандартную медикаментозную терапию. Оценивалось клиническое состояние пациентов, показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ), температуры тела, объем и качество выделенной мокроты, показатели сатурации (SpO2). Для ВАТ применялся виброакустический аппарат VibroLung (производство –Казахстан, BarkTechnology, лицензия №РК МТ 7 №013611). Особенность механизма воздействия данного аппарата заключается в генерации акустических волн, создающих вибрационный эффект различной интенсивности, согласно заданным параметрам. ВАТ позволяет улучшить дренажную функцию легких и потенцирует маневр рекрутмента альвеол.

Результаты и обсуждение: всем пациентам основной группы подбирался соответствующий режим ВАТ с последующей коррекцией интенсивности воздействия, 3-4 процедуры в сутки. В основной группе значительно улучшилось отхождение мокроты уже на 2-3 сутки, в контрольной на 3-4 сутки; отмечался прирост ПСВ в среднем на 25,7±4,3% и 19,2±3,5%, в основной и контрольной группе соответственно. В целом регрессирование бронхообструктивного синдрома отмечалось

через 3,1±0,5 суток в основной группе и через 4,5±0,7 суток в контрольной. Лихорадка нормализовалась через 3,1±0,8 суток в основной группе и через 4,6±0,5 с в контрольной.

118. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

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

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

Цель: изучение клинико-функциональной эффективности тройной терапии (вилантерол+умеклидиния бромид+флутиказона фуроат) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: 15 амбулаторным пациентам ХОБЛ, у которых отмечалось тяжелое течение заболевания, в качестве базисной терапии был назначен препарат вилантерол+умеклидиния бромид+флутиказона фуроат. Возраст исследуемых составлял от 46 до 82 лет. Диагноз ХОБЛ был верифицирован на основании данных жалоб, анамнеза, объективного осмотра, а также лабораторно-инструментальных методов исследования. Критерием для назначения тройной терапии было наличие эозинофилии крови более 350 клеток/мкл.

Результаты: эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов, данным спирометрических показателей. У всех пациентов до начала лечения были отмечены симптомы неинфекционного обострения ХОБЛ, в крови у 100% больных и мокроте у 83% пациентов была отмечена эозинофилия. На фоне лечения препаратом вилантерол+умеклидиния бромид+флутиказона фуроат в дозировке 22 мкг+55 мкг+92 мкг в течение всего периода исследования у пациентов отмечалось достоверное уменьшение выраженности основных клинических симптомов заболевания (урежение приступов затрудненного дыхания, уменьшение потребности в скоропомощных бронходилататорах), а также показателей бронхиальной проходимости на спирограмме было статистически недостоверно. Всем пациентам было рекомендовано продлить использование тройной комбинации для базисной терапии под контролем количества эозинофилов крови и спирометрических показателей.

Вывод: комбинированный препарат вилантерол+умеклидиния бромид+флутиказона фуроат в дозировке 22 мкг+55 мкг+92 мкг 1 раз в сутки у больных ХОБЛ может быть рекомендован для базисной терапии.

ЭНДОСКОПИЯ

119.
БРОНХОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЁЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ И НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, 3 – ООО «МКГЦ оториноларингологии и эстетической медицины», 4 – ЗАО «Медицинская компания ИДК»

Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. - 2, Корымасов Е.А. – 2, Кривощёков Е.П. – 2, Родимова О.А. , Рыжкова С.А. – 4

Цель: оценить особенности эндобронхиальной картины у пациентов с тяжёлым обострением хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) на фоне новой коронавирусной ин-фекции (COVID-19).

Методы исследования: оценена эндобронхиальная картина у 56 пациентов (100,00) с сочетанием тяжёлого обострения ХОБЛ и новой коронавирусной инфекции (COVID-19), госпитализированных в коронавирусный госпиталь, развёрнутый на базе ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4» за период с 17.05.2020 по 30.04.2021 гг. В исследование вошли только те пациенты, у которых новая коронавирусная инфекция (COVID-19) была подтверждена методом выявления РНК SARS-CoV-2. Показаниями для проведения бронхоскопии были подозрение на массивную обструкцию нижних дыхательных путей бронхиальным секретом на фоне неэффективности собственной экспекторации (56 пациентов (100,00%), также умеренно выраженное лёгочное кровотечение или кровохарканье. Это послужило дополнительным показанием у 42 пациентов (75,00%).

Результаты: по итогам проведения бронхоскопии у 39 пациентов (69,64%) эндобронхиальная картина соответствовала диффузному распространённому эндобронхиту II-й степени интенсивности воспаления по Лемуану, а у 17 человек (30,36%) – диффузному распространённому эндобронхиту III-й степени интенсивности воспаления по Лемуану. При этом у 49 пациентов (87,50%) отмечены проявления геморрагического эндобронхиального синдрома в виде геморрагий слизистой или геморрагического компонента бронхиального секрета.

Заключение: особенностью эндобронхиальной картины у пациентов с сочетанием тяжёлого обострения ХОБЛ и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) является высокая частота геморрагического эндобронхиального синдрома.

120.
ВАРИАНТ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПА

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: оптимизация использования назального доступа проведения бронхоскопа.

Методы исследования: проанализирован авторский вариант трансназального проведения гибкого бронхоскопа по итогам выполнения 755 бронхоскопий по общепринятым показаниям. Во всех случаях классический назальный доступ осуществить не удалось.

Результаты: классические рекомендации предполагают проведение бронхоскопа через нижний носовой ход. Если же это по каким-то причинам не удаётся, то используется оральный доступ. Между тем, трансназальное проведение бронхоскопа по многим параметрам оказывается предпочтительным: отсутствует риск «закусывания» бронхоскопа; не раздражается такая мощная рефлексогенная зона, как корень языка; технически хорошо сочетается с различными вариантами респираторной протекции бронхоскопии. Технически модифицированный вариант осуществлялся следующим образом: пациенту предлагали сделать резкий глубокий вдох носом и, на высоте этого вдоха, осуществляли попытку ввести рабочую часть бронхоскопа в появляющийся при данном манёвре функциональный ход. При этом в преддверии полости носа дистальный конец бронхоскопа находился примерно на уровне среднего носового хода, ближе к хоанам входил в нижний носовой ход (поэтому ход и был назван «косым»).

Заключение: трансназальное проведение бронхоскопа с использованием «косого» хода позволит в ряде случаев избегать перорального проведения гибкого бронхоскопа.

121.
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СЕГМЕНТАРНЫХ БРОНХОВ ЯЗЫЧКОВЫХ СЕГМЕНТОВ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО

1 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет" министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. ,2

Цель: изучение анатомических особенностей бронхов язычковых сегментов верхней доли левого лёгкого с точки зрения визуального бронхоскопического осмотра.

Методы исследования: оценены особенности эндоскопической анатомии сегментарных бронхов язычковых сегментов верхней доли левого лёгкого по итогам проведения 1000 первичных лечебно-диагностических бронхоскопий (100,00%), выполняемых по общепринятым показаниям.

Результаты: при проведении 994 бронхоскопий (99,40%) отмечалось типичное расположение сегментарных бронхов язычковых сегментов верхней доли левого лёгкого – верхнеязычкового сегментарного бронха B4 и нижнеязычкового сегментарного бронха B5. При этом в 923 случаях (92,30%) язычковые сегментарные бронхи отходили от язычкового бронха и в 77 случаях (7,70%) – непосредственно от левого

верхнедолевого бронха, что рассматривается как вариант анатомической нормы. В 3-х случаях (0,30%) отмечался добавочный бронх, устье которого находилось примерно на одном уровне с устьями сегментарных бронхов В4 и В5. Это создавало картину бронхиальной трифуркации, совершенно не характерной для данной анатомической области. В единственном случае наблюдений (0.10%) добавочный бронх отходил от язычкового бронха выше уровня устьев бронхов язычковых сегментов.

Заключение: для данной анатомической области аномалии ветвления бронхов достаточно редки. Все выявленные случае добавочных бронхиальных образований являлись находкой и не оказывали влияния на клинику и течение основного заболевания.

122.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ОТСУТСТВИЯ СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА В6 НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

1 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, 2 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 3 – ГБУЗ СО «Самарская городская больница №8», 4 – НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО» РЖД.

Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Жестков А.В. – 2, Корымасов Е.А. – 2, Кривощёков Е.П - 2., Батухно А.С. , Кибардин А.Ю. – 4.

Цель: описание интересного клинического случая.

Методы исследования: проанализирована эндобронхиальная картина пациента с тяжёлым обострением хронической обструктивной болезни лёгких, которому была выполнена бронхоскопия в связи с массивной, не разрешающейся медикаментозно обструкцией нижних дыхательных путей патологически изменённым бронхиальным секретом в экстренном порядке.

Результаты: в процессе осмотра было удалено большое количество вязкого гнойного секрета. При детальном осмотре было выявлено, что левый промежуточный бронх имеет бóльшую протяжённость и непосредственно делится на сегментарные бронхи базальной пирамиды — В8, В9 и В10. Верхушечный сегментарный бронх нижней доли левого лёгкого (В6) отсутствовал. Детальный осмотр всех долевых и сегментарных бронхов обоих лёгких позволил исключить дистопию.

Заключение: данные изменения были трактованы, как врождённое отсутствие сегментарного бронха В6 нижней доли левого лёгкого.

123.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБАВОЧНЫХ БРОНХОВ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО

ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4», 2 – ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: оценить частоту встречаемости добавочных бронхов верхней доли правого лёгкого.

Методы исследования: проанализирована частота добавочных бронхов верхней доли правого лёгкого по материалам 7536 первичных лечебно-диагностических бронхоскопий (100,000%), выполненных в эндоскопическом кабинете стационара ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4» за период с 2014 по 2020 г.г.

Результаты: по результатам проведённых бронхоскопий добавочные бронхи выявлены в 6 случаях (0,080%). При этом в 3-х случаях (0,040%) добавочный бронх располагался на уровне сегментарных бронхов B1, B2 и B3, т.е., по сути, верхнедолевой правый бронх, распадаясь на сегментарные бронхи давал квадрифуркацию. В двух случаях (0,0 %) добавочный бронх отходил сразу от правого верхнедолевого бронха, выше уровня его разделения на три сегментарных бронха. В одном случае (0,014%) имело место наличие сразу двух добавочных бронхов, один из которых отходил непосредственно от верхнедолевого бронха на 10' (до разделения на сегментарные бронхи верхней доли), а второй добавочный бронх располагался на уровне сегментарных бронхов между бронхами B1 и B2.

Заключение: для данной анатомической области подобные аномалии ветвления бронхов являются редкостью.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

124.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2015–2019 ГОДЫ, ИНВАЛИДНОСТЬ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Е.В. Быстрицкая, Т.Н. Биличенко

Цель: изучить динамику показателей заболеваемости всего населения Российской Федерации от болезней органов дыхания за 2015-2019 годы, включая диспансерное наблюдение и показатели инвалидности.

Материал и методы исследования: для оценки динамики показателей общей заболеваемости (ОЗ) в рамках федеральных округов (ФО) за период с 2015-2019 гг. по причине болезней органов дыхания (БОД) (класс X J00-J99, согласно МКБ-10), включая диспансерное наблюдение (ДН), и показатели инвалидности населения РФ проведён анализ официальной статистической информации Минздрава России, Минтруда России и Росстата.

Результаты: В 2019 г. общая заболеваемость (ОЗ) всего населения БОД увеличилась на 5,4%, а пневмонией на 29,0% по сравнению с 2015 г. Превышение среднероссийского уровня ОЗ БОД в 2019 г. (40694,7) отмечалось в пяти федеральных округах (ФО) с максимальным показателем в Северо-Западном ФО (50224,1), а пневмонией (Россия – 524,4) – в четырех ФО с максимальным уровнем в Дальневосточном ФО (749,2 случаев на 100 тыс. всего населения). Доля наблюдаемых с БОД составляла 6,2% от всех пациентов, состоящих на ДН со всеми заболеваниями, – 47 264,2 на 100 тыс. всего населения. В 2019 г. наибольшее количество больных с БОД на ДН – в Сибирском ФО (3857,0), меньше всего – в Центральном ФО (2442,0 на 100 тыс. всего населения). В структуре впервые признанных инвалидами доля лиц с БОД составила 3,2%, а среди повторно признанных – 4,1%. За период 2015-2019 гг. сократилось число впервые признанными инвалидами по причине БОД (на 2,9%) и признанных повторно (на 3,8%).

Заключение: БОД занимают лидирующее место в структуре ОЗ населения страны. Самые высокие показатели ОЗ БОД в 2015-2019 гг. регистрировались в Северо-Западном ФО, пневмониями – в Дальневосточном ФО.

125.
СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2015 ПО 2019 ГОД

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Е.В. Быстрицкая, Т.Н. Биличенко

Цель: изучить динамику показателей смертности всего населения Российской Федерации, а также смертности в трудоспособном возрасте от болезней органов дыхания за 2015–2019 годы.

Материал и методы исследования: для оценки динамики показателей смертности населения Российской Федерации (РФ) и в разрезе федеральных округов (ФО) за период с 2015-2019 гг. по причине болезней органов дыхания (БОД) (класс X J00-J99, согласно МКБ-10) проведён анализ официальной статистической информации Минздрава России и Росстата.

Результаты: показатель смертности (ПС) от БОД в 2015 г. в России составлял 51,8, а в 2018 г. – 41,6 (-19,7%) случаев на 100 тыс. населения. Наиболее высокие ПС от БОД в 2018 г. отмечались в Сибирском (68,0) и Дальневосточном ФО (57,8 на 100 тыс. населения). Среди трудоспособного населения за период с января по декабрь 2019 г. наиболее высокий уровень ПС от пневмонии отмечался в Дальневосточном ФО (28,2 на 100 тыс. лиц трудоспособного возраста). Смертность мужского населения от БОД была в 4,2 раза выше, чем женского (26,7 и 6,3 соответственно на 100 тыс. лиц соответствующего возраста).

Заключение: превышение показателей смертности от БОД отмечались в Сибирском и Дальневосточном ФО, что требует дополнительного изучения для повышения качества медицинской помощи. Дальнейшее повышение качества и доступности первичной медицинской, пульмонологической и, в том числе профилактической помощи в труднодоступных территориях РФ.

126.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

1 – ПМСУ Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», 2 – Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. Николае Тестемицану, 3 – Национальное агентство общественного здравоохранения, г. Кишинев, Республика Молдова

Московчук А.Ф. – 1, Тудор Е.М. – 1, Шинкаренко И.В. – 2, Болотникова В.А. – 1, Круду П.А. , Томша А.Н. , Курьев С.В. , Наливайко Н.Н. – 1,2, Скалецкая В.В. – 1

Бронхиальная астма (БА), являясь важной социально-экономической проблемой, занимает важное место в структуре общей заболеваемости и смертности населения.

Цель: изучение показателей распространенности и смертности БА взрослого населения Республики Молдова за 2015–2020 гг.

Материалы и методы: дизайн исследования – аналитическое ретроспективное изучение данных ежегодной медицинской статистики и медицинских свидетельств о смерти за вышеуказанный период.

Результаты: анализ данных официальной медицинской статистики по республике выявил тенденцию роста показателей распространенности БА на 6,1% (с 23,6 на 10 тыс. взрослого населения в 2015 г. до 24,9 в 2020 г.). Сопоставление ежегодных показателей распространенности БА среди взрослого населения выявило более высокие значения в муниципиях (2020 г. – 25,7 на 10 тыс. соответствующего населения). В районах распространение БА было ниже и в исследуемом периоде составило в 2020 г. 24,2 на 10 тыс. взрослого населения. Успешное внедрение в лечебную практику адекватной терапии, основанной на рекомендациях GINA, данных национальных клинических протоколов, привело к снижению смертности от БА в указанные годы на 37,5% (с 0,8 на 100 тыс. взрослого населения в 2015 г. до 0,5 в 2020 г.). Наблюдается различие темпов снижения показателей смертности в муниципиях и районах Республики Молдова. В муниципиях в исследуемом периоде показатель смертности снизился с 1,6 до 0,6 на 100 тыс. взрослого населения, а в районах – остался на одном уровне, составляя 0,5 на 100 тыс. соответствующего населения.

Заключение: положительные изменения эпидемиологических показателей БА свидетельствуют об оптимизации качества диагностики, лечения и профилактики БА в Республике Молдова.

127 .
ФАКТОРЫ РИСКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, Москва.

Ансокова М.А., Биличенко Т.Н.

Цель: изучение факторов риска бронхиальной астмы (БА) и других аллергических заболеваний (АЗ) у людей молодого возраста г. Москвы.

Материал и методы: проведен опрос по международной анкете GA2LEN и оригинальной анкете о факторах риска 1252 жителей 15-24 лет одного района г. Москвы (574 мужчин и 678 женщин) (средний отклик –85,0%). Данные анализировались пакетом программ Statistica v. 10; EPINFO v. 7 (WHO).

Результаты: у курящих людей (13,1%) чаще, чем у некурящих,был выявлен аллергический ринит (АР) -34,8 и 26,7% (ОШ=1,47% (1,20-1,78); p<0,001), БА–4,9 и 3,9% (ОШ=1,50; (0,82-2,74);p=0,155), экзема – 12,8 и 6,4% соответственно (ОШ=2,15;(1,55-2,97);p<0,001). У обследованных с ОРВИ чаще 2 раз в год, увеличивалась частота БА-6,4 и 4,0% (ОШ=2,67 (1,45-4,93);p<0,001), АР – 42,5 и ,2% (ОШ=1,98%(1,63-2,40); p<0,001) и экземы-21,3 и 6,7% соответственно (ОШ=3,77 (2,79-5,09);p<0,001). Пищевая аллергия (23,1%) повышала частоту БА-6,9 и 3,2% (ОШ=4,73 (2,50-9,00); p<0,001),АР–37,4 и 24,9% (ОШ=1,80 (1,48-2,19); p<0,001), экземы–12,5 и 5,7% соответственно (ОШ=2,36 (1,68-3,32); p<0,001). Среди отметивших удушье после приема анальгетиков чаще, чем при отсутствии реакций, выявлялись БА-21,4 и 3,9%(ОШ=6,71 (4,65-9,72); p<0,001), АР-78,6 и ,2 % (ОШ=9,82 (7,96-12,14); p<0,001) соответственно и одинаково часто экзема–7,1 и 7,3% (ОШ=0,91 (0,47-1,76); p=0,753). Наличие АЗ у одного из родителей увеличивало частоту БА у их детей-6,8 и 3,3% (ОШ=4,31 (2,29-8,16); p<0,001), АР – 41,7 и ,7% (ОШ=1,87 (1,54-2,26); p<0,001) и экземы-16,7 и 5,3% соответственно (ОШ=3,58 (2,56-5,01);p<0,001).

Заключение: активное курение, частые ОРВИ, пищевая аллергия, непереносимость аналгетиков и наличие АЗ у родителей повышали риск заболеваемости молодых людей БА,АР и экземой.

128.
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 – НИУ БелГУ

Бонцевич Р. А. – 1, Гаврилова А.А.

Цель работы: анализ структуры назначаемой терапии внебольничной пневмонии врачами терапевтического профиля и степень их соответствия клиническим рекомендациям на этапе амбулаторного звена медицинской помощи.

Материалы и методы: за период 2015-2020 гг. в одной из поликлиник г. Белгорода отобраны и проанализированы 242 протокола, содержащих основную информацию по пациентам, обратившихся за помощью к врачу-терапевту для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии. Выделены две когорты больных: первая – 138 (57%) пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией и отсутствием факторов риска и/или сопутствующих заболевания, вторая – 104 (43%) пациента с наличием факторов риска и/или имеющих коморбидный фон.

Результаты: по итогам исследования, лишь 75 пациентов (30,9%) получали лечение и диагностические обследования, соответствующие российским клиническим рекомендациям, 167 (69,1%) – не соответствовали в той или иной мере (p <0,001; V Крамера =0,203).

Заключение: с целью улучшения уровня знаний медицинского персонала по вопросам ведения пациентов с внебольничной пневмонией и рациональной антибактериальной терапии, целесообразно проведение в лечебных учреждениях образовательных мероприятий по этому направлению.

129.
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

1 – Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану» Республики Молдова, г. Кишинев; 2 – ОМСУ Институт Фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев

Писаренко Н.К. – 1, Писаренко С.В. – 2, Мартынюк К.И. – 2, Кондрацки Д.П. – 2

Цель работы: дать характеристику общей смертности (С) населения и С от болезней органов дыхания (БОД) в Республике Молдова (РМ) в 2016-2020 годах.

Материалы и методы: анализ официальных данных С в правобережных районах РМ без мун. Бендеры в 2016-2020 гг. Результаты: в 2016-2019 гг. уровень общей С населения менялся волнообразно с тенденцией к снижению: 2016 г. 8.4; 2017 г. – 36.8; 2018 г. 7.3 и 2019 г. 6.4 тыс. чел. Однако в 2020 г. было зарегистрировано 40.7 тыс. смертей, что на 4245 (11.7%) больше, чем в 2019 г. При этом структура общей С практически не изменилась: основной причиной смерти были болезни сердца и сосудов (56.3%), за которыми следовали опухоли (14.7%), болезни пищеварительного тракта (7.7%), несчастные случаи, интоксикации и травмы (4.8%), БОД (4.0%). Основное количество смертей приходилось на население сельских районов (63.0%). В структуре С от БОД преобладали пневмонии – 62.1%, бронхит, эмфизема легких и бронхиальная астма 2.8%. Указанные заболевания в 1.9 раза чаще являлись причиной смерти мужчин, чем женщин. Соотношение смертей от БОД в городской и сельской местности характеризовалось как 1:1.9, в том числе от пневмоний – 1:1.3 и от ХОБЛ –

1:5.1. В 2020 г. в республике зарегистрировано 2985 смертей от COVID-19. У большинства умерших были диагностированы сопутствующие заболевания, которые способствовали смерти: болезни сердца и сосудов, болезни эндокринной системы и обмена веществ, БОД, злокачественные опухоли, болезни пищеварительного тракта и мочевыделительной системы.

Заключение: уровень общей С населения в 2016-2019 гг. имел тенденцию к снижению; рост его на 11.7% в 2020 г. вероятно можно связать со вспышкой COVID-19. Основной причиной С остаются болезни сердца и сосудов, за ними следуют опухоли, болезни пищеварительного тракта и БОД.

РАЗНОЕ

130.
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИЦИТОКИНОВОГО ПРЕПАРАТА ПРИ НОВОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Казанский Государственный медицинский университет МЗ РФ. Министерство здравоохранения Республики Татарстан.

Визель А.А., Абдулганиева Д.И., Баялиева А.Д., Абашев А.Р., Яркаева Ф.Ф., Аглямова Т.А., Гришина Л.А., Кудрявцева Э.З., Хадеева В.З.

Актуальность: лечение новой инфекции COVID-19 проводится в соответствии временными методическими рекомендациями Минздрава России, где при развитии избыточного воспаления рекомендовано применение препарата олокизумаб, блокирующего эффекты интерлейкина-6.

Материал и методы: было обследовано 143 пациента (72 мужчины и 71 женщина). Решение о назначении антицитокиновой терапии принималось экспертами с использованием телемедицинских технологий.

Результаты: при среднетяжёлом течении COVID-19 включение в комплексную терапию олокизумаба приводило к выздоровлению в 75-100% случаев, при тяжёлом – не ниже 80%, а при крайне тяжёлом – падала до 33,3%. При применении препарата 128 мг в/в+64 мг п/к сопряженность благоприятного исхода со степенью тяжести была статистически значимой. При объединении 2 самых многочисленных подгрупп (85 больных с в/в введенными 128 мг и 36 больных с 128 мг в/в и 64 мг п/к) – при среднетяжёлом течении выздоровели 92,1%, при тяжелом 88,3%, а при крайне тяжёлом 50% ($\chi2=8,557$; d.f.=2; p=0,014). Среди всех случаев при среднетяжёлом течении выздоровели 91,5%, при тяжелом 88,8%, а при крайне тяжёлом 57,1% ($\chi2=6,957$; d.f.=2; p=0,031). Факторами неблагоприятных исходов при лечении олокизумабом были гипертоническая болезнь III стадии, тромбоцитопения, крайне тяжёлое течение COVID-19, КТ-4, отсутствие ресатурации выше 90% при применении различных методов оксигенации.

Заключение: таким образом, на основании анализа 143 случаев применения олокизумаба при новой инфекции COVID-19 разной степени тяжести можно заключить, что препарат безопасен и эффективен при среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания, а стабильный результат даёт разовая доза 128 мг в/в или её сочетание с п/к введением еще 64 мг, и 192 мг в/в.

131.
ВОЗМОЖНОСТИ МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В РЕСПИРАТОРНОМ ТРАКТЕ

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Попова Н.А., Климанов И.А., Соодаева С.К.

Создание математических моделей сложных патофизиологических процессов в легких является одной из актуальных задач современной пульмонологии. В настоящее время показано важное значение оксида азота (NO) в регуляции этих процессов, его вклад в патогенез многих заболеваний респираторного тракта. Накоплено большое количество экспериментальной информации об аспектах физиологических активностей NO. Однако, регистрируемые эффекты оксида азота, зачастую, противоречивы, и, даже, противоположны. Для понимания поведения любой сложной системы необходимо концептуальное и/или имитационное моделирование такой системы, что может дать возможность объяснить кажущиеся противоречия экспериментальных данных. Рассмотрены существующие модели биологических процессов в легких, попытки кинетического моделирования работы нейрональной NOS, а также концептуального моделирования метаболизма оксида азота. Обоснована необходимость формирования математической модели цикла NO в целом, что, при успешной верификации, способствует возможности проведения модельных экспериментов. В результате, становится возможным численное прогнозирование изменений параметров цикла NO в зависимости от большого количества внешних по отношению к системе, эндогенных и экзогенных факторов. Это особенно ценно при прогнозе поведения системы при пограничных физиологических условиях (экстремальных состояниях), а также, для определения чувствительных точек системы, при таргетных воздействиях на которые можно добиваться значимых физиологических изменений.

132.
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СОПУТСТВУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

НИИ Легочных заболеваний, г. Баку, Азербайджан

Алиева Г.Р., Кадырова А.А., Алиева Г.Ф., Гаджиева Р.С.

Цель: изучить встречаемость сопутствующих заболеваний у пациентов с COVID-19, госпитализированных в НИИ Легочных заболеваний г. Баку.

Материалы и методы: проанализированы случайно выбранные 230 историй болезни пациентов (возраст 21-85 лет; 138 жен, 92 муж) с COVID-19, осложненным двусторонней пневмонией.

Результаты: анализ данных показал коморбидность у 126 (54,8%) из 230 пациентов. Наиболее встречаемой болезнью оказался сахарный диабет (СД) – 51 (22,2%) случай, в 16 из которых, наблюдался вместе с другими патологиями. Также отметим, что у 17 пациентов диабет был выявлен впервые. В инсулинотерапии нуждались 78,6% пациентов с СД. Среди сердечно-сосудистых патологий наблюдались только ИБС в 18 (7,8%) и гипертония в 7 (3,0%) случаях. Коронаро-ангипластика и аортокоронарное шунтирование были проведены 5 и 3 пациентам с ИБС, соответственно. Сопутствующие респираторные патологии встречались в 10 (4,3%) случаях (ХОБЛ-3, хронический бронхит-2, туберкулез-2, бронхиальная астма-1, бронхоэктатическая болезнь (БЭБ)-1, саркоидоз-1). Среди других заболеваний отмечались

хроническая болезнь почек (ХБП)-4, ожирение-3, онкологические заболевания-3, хронический тромбофлебит нижних конечностей-2, а также по 1 случаю гипотиреоза, гипертиреоза, миелолейкоза, полинейропатии, ревматоидного артрита, слепоты. В 21 случае отмечались 2 или 3 сопутствующих заболевания одновременно (СД+ гипертония-5, СД+ожирение-3, СД+ИБС-2, СД+рак молочной железы (состояние после мастэктомии и химиотерапии) – 2, СД+вирусный гепатит С-2, ИБС+ХБП-2, ИБС+ХОБЛ-1, СД+ХБП-1, БЭБ+ вирусный гепатит С-1, СД+гипертония+ХОБЛ-1, ИБС+ХБП+спондилоартроз-1).

Заключение: несмотря на то, что вирус SARS-CoV-2 обладает тропностью к дыхательным органам, сопутствующие респираторные патологии при COVID-19 наблюдались лишь в 4,3% случаев.

133.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.

ПИУВ–филиал ФГБОУ ДПО РМНПО Минздрава России,
ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»

Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Монахова И.А., Васина Н.Н.

Цель: определить диагностические возможности ультразвукового исследования (УЗИ) легких у пациентов с COVID-19 и поражением легочной ткани.

Материалы и методы: в исследование включены 35 пациентов с подтвержденной короновирусной инфекцией SARS-CoV-2 и поражением легких по данным компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). Пациенты находились на амбулаторном и/или стационарном лечении. УЗИ легких проводилось в сроки не позднее суток с момента выполнения КТ ОГК. Ультразвуковые (УЗ) признаки оценивались в соответствие с рекомендациями РАСУДМ («Консенсусное заявление РАСУДМ об ультразвуковом исследовании легких в условиях пандемии Covid-19», 2020 г.).

Результат: анализ данных КТ ОГК показал следующее распределение по степени поражения легочной ткани: КТ-1 – выявлено в 5 случаях, КТ-2 – в 20 и КТ-3, соответственно, в 10 случаях. Всем пациентам было выполнено УЗИ легких при первичном осмотре, выявлено: УЗ градация 1Б в 30 случаях, УЗ градация 1А у 5 пациентов. Сроки динамического УЗ-контроля легких определялись в зависимости от тяжести поражения легочной ткани по данным первичной КТ ОГК. Повторные УЗИ легких выполнялись преимущественно в период от 15 до 30 суток после первичного исследования. Выявлена достоверная корреляция между степенью выраженности симптома «матового стекла» по КТ ОГК и градацией поражения по УЗИ легких: так КТ-3- во всех случаях соответствовала УЗ градации 1Б (множественные и широкие В- линии), КТ-1- УЗ градации 1А (единичные В- линии). КТ-2-преимущественно градация 1Б. Важно отметить, что в дальнейшем положительная динамика отмечалась не только в отношении уменьшения количества В-линий, но и в снижении их эхогенности при индивидуальной сравнительной оценке. Динамика УЗ данных коррелировала с признаками изменения объема поражения легких

134. МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

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

Писаренко С.В. – 1, Писаренко К.С. – 2, Мартынюк К.И. – 1, Маня М.Л. – 1, Волощук И.В. – 1

Цель: осветить медицинские и правовые аспекты идентификации личности пациента в специализированном медицинском учреждении.

Материалы и методы: изучены материалы экспертной оценки процесса идентификации пациентов в медучреждении: нормативно-методические акты; медицинская документация; данные прямого наблюдение за процессами медицинской деятельности, опроса медицинского персонала и пациентов; специальная литература, отобранная из баз данных медицинской информации.

Результаты: установлено, что идентификация пациента является одним из основных направлений в обеспечении его безопасности в медучреждении и осуществляется в соответствии с международными рекомендациями; в рамках действующих национальных нормативно-правовых актов и обеспечивает медицинский персонал достоверной и полной информацией. Алгоритм идентификации пациента выполняется всеми медицинскими работниками, на всех этапах оказания медицинской помощи. Вместе с тем, в действиях медицинского персонала отмечены отдельные упущения, которые в условиях экстренной ситуации могли повлиять на снижение качества оказываемых услуг, привести к неблагоприятным последствиям для здоровья пациента. Как правило, правонарушения с формой вины прямого или косвенного умысла не обнаруживаются в действия медицинских работников. Однако в зависимости от последствий, которые могут возникнуть после неправильной идентификации пациента, и формы вины (умысел или неосторожность), медицинский работник может быть привлечен к дисциплинарной, гражданской или уголовной ответственности.

Заключение: Формирование в специализированном медучреждении культуры безопасности пациентов и внедрение системы, обеспечивающей их правильную идентификацию, позволяет уменьшить число связанных с последней ошибок и обусловленных ими медицинских и правовых последствий.

135. ОСОБЕННОСТИ SARS-COV2-ИНФЕКЦИИ С ПОЗИЦИИ ПРАКТИКИ ИСХОДНОГО РЕГУЛЯРНОГО АЭРОБНОГО ТРЕНИНГА ПАЦИЕНТА И ЕГО ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Белгородский национальный исследовательский университет, Россия

Жабская А.В., Третьяков А.Ю., Ермилов О.В.

Цель исследования: изучение особенностей COVID-19 у пациентов, практикующих регулярно аэробный тренинг (РАТ) в сопоставлении с фактором волевой саморегуляции личности (ВСЛ).

Материалы и методы: Испытуемые, практикующие РАТ (в течение последних 12 мес. ≥5 раз в неделю включающие в свой распорядок аэробные нагрузки высокой интенсивности или сочетающие интенсивные нагрузки с нагрузками умеренной ин-

тенсивности в соответствии с критериями AHA, 2008): n= , 17 мужчин, 10 женщин, в возрасте 54 [42;67] года, с SARS-CoV2-инфекцией, 1-я группа; контроль – пациенты с COVID-19 без практики PAT: n=266, 163 мужчины и 103 женщины; возраст – 55 [43;66] лет. Показатель ВСЛ изучали у реконвалесцентов по COVID-19, используя модифицированный прием шкалы «настойчивость» опросника «Исследование А.В.Зверькова–Е.В.Эйдмана. Диагностика COVID-19 проводилась в согласно с правилами Временных методических рекомендаций профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции МЗ РФ.

Результаты: в 1-й группе преобладанием бессимптомной формы ($\chi2=4,00$; $p=0,045$) или ограниченным ОРВИ-клиническим вариантом болезни ($\chi2=48,83$; $p<0,001$), наряду с редкими случаями развития пневмонии ($\chi2=8,84$; $p=0,003$). Средние значения показателя ВСЛ шкалы «настойчивость» в 1-й группе соответствовали 12[7;13] баллам, в контроле – 10[6;12] баллам, различаясь на 16,7% ($p=0,093$).

Заключение: практика PAT пациента может рассматриваться в качестве условия благоприятное течение SARS-CoV-2-инфекции; для изучения состояния ВСЛ у реконвалесцентов по COVID-19 требуется дополнительная проверка адекватности выбранной методики.

136.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет).

А.В. Бучнева, Н.В. Чичкова, О.В. Королькова, В.В. Роюк, В.В. Фомин

Цель: выявить особенности клинического течения новой коронавирусной инфекции у больных с избыточной массой тела и ожирением

Материалы и методы: в ретроспективное исследование включены 805 пациентов (412 женщин, 393 мужчины, в возрасте 58±14,4 года [19 – 97 лет]), госпитализированных в УКБ №1 Ковидного госпиталя Сеченовского Университета в период с 22.04.2020 по 20.06.2020 года. Оценивали степень поражения легочной ткани по данным МСКТ легких при поступлении, результаты лабораторных исследований, уровень конечной респираторной поддержки, госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и смерть. Анализ показателей осуществляли с учетом ИМТ.

Результаты: большинство пациентов – 669 (83,1%) имели избыточную массу тела и ожирение. Более, чем у половины пациентов – 431 (53,5%) диагностировано ожирение различной степени. Пациенты с ИМТ >25 кг/м2 имели более значимые поражения легких при поступлении по данным МСКТ легких: КТ-3, КТ-4 ($p < 0,0001$). Количество лейкоцитов ($p = 0,01$) и нейтрофилов ($p <\leq 0,001$), уровни С-реактивного белка (СРБ) ($\leq 0,001$), фибриногена ($\leq 0,001$) нарастали с увеличением ИМТ; уровень лимфоцитов – снижался ($p = 0,04$). Пациентам с ожирением в 5,12 раз чаще требовалась респираторная поддержка в виде малопоточной оксигенации (ОШ 5,12; 95%ДИ 3,714-7,05). Неинвазивная вентиляция легких в 3,39 раз чаще применялась у пациентов с ожирением (ОШ 3,39; 95%ДИ 2,15-5,34). Ожирение в 2,77 раз [95% ДИ 1,73-4,44] увеличивало риск госпитализации в ОРИТ, в 2,59 раз [95% ДИ 1,52-4,41] – риск летального исхода.

Выводы: избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска тяжелого течения новой коронавирусной инфекции. Показано, что пациенты с ИМТ > 25 кг/м^2 имели более выраженный системный воспалительный ответ (уровней С-реактивного белка, фибриногена).

137.
«КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ «ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА», КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра пульмонологии ФДПО

Михайлова А.С. , Белевский А.С

Введение: исходы новой коронавирусной инфекции весьма разнообразны. Одним из них является формирование «post-acute COVID syndrome». Интенсивность симптомов в ряде случаев приводит к функциональной несостоятельности, что оказывает влияние как на социальный аспект жизни пациента (способность к само обеспечению временно утрачена), так и на экономику и здравоохранение в целом (увеличение среднего койко-дня, уровень инвалидизации среди населения увеличивается, необходимость паллиативной помощи (обеспечение стационарным кислородным). Оценив значимость последствий как для самого пациента, так и для общества и государства в целом, мы провели данное исследование.

Основная часть: Проанализировав период с 1 марта по 1 сентября 2021 года и сформировав когорту пациентов (41 человек), перенесших новую коронавирусную инфекцию и госпитализированных в отделение пульмонологии для проведения реабилитационных мероприятий, мы установили, что наиболее частыми жалобами среди прочих были одышка (92,6%), слабость и утомляемость (58,5%), кашель (51,2%) и мышечная слабость\атрофия (31,7%). Средний койко/день равен 18 ± 10 (станд. отклонение 9,92). Трудоспособность при выписке оказалась полностью восстановленной в 19,5%, сниженной в 70,7% случаев и стойко утраченной в связи с данным заболеванием в 9,8%. Также наше исследование показало, что 51,2% пациентов после выписки нуждается в кислородной терапии по жизненным показаниям (значимая десатурация при минимальной физической нагрузке, ходьбе).

Заключение: Следует обратить внимание, что у трети пациентов имеют место одновременно одышка и мышечная слабость, которая является одним из патогенетических механизмов развития дыхательной недостаточности. В связи с этим можно предположить, что включение в спирометрию определение силы дыхательной мускулатуры (MIP,MEP) или УЗИ подвижности диафрагмы может сыграть ключевую роль в определении тактики ведения пациентов (раннее начало проведения тренировки дыхательной мускулатуры, в т.ч. на амбулаторном этапе) и ускорить функциональное восстановление пациентов.

138.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ «ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА», КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

1 – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
кафедра пульмонологии ФДПО
2 – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой пульмонологии
ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Михайлова А.С. – 1, Белевский А.С. – 2

Ключевые слова: SARS-Cov-19, постковидный синдром, одышка, долгосрочные последствия.

Актуальность: исходы новой коронавирусной инфекции весьма разнообразны. Одним из них является формирование так называемого «post-acute COVID syndrome», в рамках которого симптомы (в т.ч. одышка, мышечная слабость, кашель, астения, эмоциональные нарушения) сохраняются на длительный срок после перенесенной инфекции. На данный момент в литературе это понятие описывается как «сохранение симптомов спустя 3-4 недели после перенесенной SARS-Cov-19-инфекции» [1] и включает в себя несколько периодов – post-acute COVID symptoms (отклонения, сохраняющиеся 5-12 недель), long post-COVID symptoms (отклонения, сохраняющиеся 5-12 недель) и persistent post-COVID symptoms (отклонения, сохраняющиеся более 24 недель). Существует и иной взгляд на классификацию, согласно которому имеют место два периода – 1) отклонения, сохраняющиеся 4-12 недель и 2) отклонения, сохраняющиеся более 12 недель [2]. Интенсивность симптомов очень вариабельна и в ряде случаев приводит к функциональной несостоятельности и снижению уровня жизни пациента, что оказывает влияние как на социальный аспект жизни пациента (способность к само обеспечению временно утрачена, что может повлиять на психологическое состояние пациента),так и на экономику (средняя длительность больничного листа увеличивается, уровень инвалидизации среди населения увеличивается) и здравоохранение в целом (увеличение среднего койко-дня, необходимость паллиативной помощи пациенту (обеспечение стационарным кислородным концентратором для кислородотерапии по витальным показаниям). Оценив значимость последствий как для самого пациента, так и для общества и государства в целом, мы провели данное исследование.

Цель исследования: исследование направлено на анализ структуры основных симптомов, частоты возникновения кислородозависимости у пациентов, выписанных из стационара после проведения реабилитационных мероприятий, а также оценку средней продолжительности госпитализации, длительности больничного листа и частоту утраты трудоспособности.

Методология исследования: мы провели кросс-секционное исследование взрослых пациентов, перенесших COVID-19 подтвержденного ПЦР или последующей сероконверсией, госпитализированных с сохраняющимися симптомами в рамках постковидного синдрома (с 1 марта по 1 сентября 2021 г.). Критерием включения в исследование являлись: перенесенная коронавирусная инфекция, госпитализация в пульмонологическое отделение с DS «Постковидный синдром» для проведения реабилитационных мероприятий. Постковидный синдром в данном исследовании интерпретируется как «сохранение по крайней мере одного клинически значимого симптома или отклонений в спирометрии или рентгенологии грудной клетки». [1,2]

Результаты исследования: мы проанализировали период с 1 марта по 1 сентября 2021 года и сформировали когорту пациентов (41 человек), перенесших новую ко-

ронавирусную инфекцию и госпитализированных в отделение пульмонологии для проведения реабилитационных мероприятий в заявленный период. Нами оценивались такие показатели, как: a) койко-день, b) жалобы, c) потребность в кислородной поддержке после выписки из стационара, d) статус трудоспособности. Проведя ретроспективный анализ, мы установили, что наиболее частыми жалобами среди прочих были одышка (92,6%), слабость и утомляемость (58,5%), кашель (51,2%) и мышечная слабость\атрофия (31,7%). Средний койко/день равен 18 ± 10 (станд. отклонение 9,92). Трудоспособность при выписке оказалась полностью восстановленной в 19,5%, сниженной в 70,7% случаев и стойко утраченной в связи с данным заболеванием в 9,8% случаев (рассмотрение вопроса о проведении МСЭ и присвоении инвалидности). Также наше исследование показало, что 51,2% пациентов из нашей выборки после выписки нуждаются в кислородной терапии по жизненным показаниям (значимая десатурация при минимальной физической нагрузке, ходьбе).

Заключение: резюмируя полученные данные, мы пришли к выводу, что достаточно значимый процент пациент в период от 5 до 12 и более недель после перенесенной коронавирусной инфекции не вернулись к прежнему образу жизни, а почти в 10% случаев последствия инфекции оказались инвалидизирующими (помимо потребности в кислородной поддержке, значимую роль играет мышечная слабость/атрофия, что делает затруднительным/невозможным самообслуживание, а как мы видим, и тот и другой аспект имеют значимо высокую частоту наблюдений). Демонстрируемое распределение частоты встречаемости жалоб, вероятнее всего, связано с тем, что кашель, утомляемость и др. жалобы препятствуют социализации и возвращению к привычному образу жизни не так сильно, как одышка и мышечная слабость/атрофия, ограничивающие активность и снижающие уровень жизни пациента. На наш взгляд, этот аргумент делают эти симптомы наиболее тревожным. Одним из патогенетических механизмов одышки является снижение силы дыхательной мускулатуры. В связи с этим можно предположить, что включение в стандартное исследование ФВД определение силы дыхательной мускулатуры (определяли уровни максимального инспираторного (MIP), экспираторного (MEP) давления в ротовой полости) или подвижности диафрагмы с помощью УЗИ может сыграть ключевую роль в определении тактики ведения пациентов (раннее начало проведения тренировки дыхательной мускулатуры, в т.ч. на амбулаторном этапе) и сократить срок снижения трудоспособности пациентов. Ellen Farr и соавт. Провели интересное когортное исследование, согласно результатам которого среди пациентов с одышкой в рамках постковидного синдрома 76% имели по крайней мере одно ультразвуковое отклонение структуры или функции мышц диафрагмы, что соответствует снижению сократимости диафрагмальных мышц. [3] Согласно нескольким исследованиям [4,5,6], тренировка дыхательной мускулатуры улучшает силу дыхательной мускулатуры, работоспособность, толщину мышц диафрагмы и одышку у нескольких групп пациентов. Внедрение исследования функции дыхательной мускулатуры у пациентов с постковидным синдромом и имеющих одышку, а также проведение реабилитационных мероприятий представляет собой научный интерес и широкое поле для дальнейших исследований.

139.
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (РЕГИСТР) У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В 57 РЕГИОНАХ РФ

Н.Ю. Кравченко, А.П. Бобков, Л.Я. Французевич, А.С. Белевский, Д.А. Кунцев

Тяжелой формой бронхиальной астмы (БА) страдает до 10% пациентов с БА, которые в большей мере подвержены побочным эффектам глюкокортикостероидов (ГКС), поэтому особое внимание уделяется минимизации в их потребности. Не только семьи таких больных несут повышенную финансовую нагрузку, но и общественная система здравоохранения. В России инициировано централизованное наблюдение за пациентами с тяжёлой БА (ТБА) в рамках «Регистр пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой» (Регистр) для формирования достоверной информации об особенностях ТБА. В Регистре состоят 304 врача и 3392 пациента из 57 регионов на 30.06.2021. Ниже приводятся описательные статистики: половозрастной состав, лабораторные и инструментальные показатели, клинические особенности ТБА, частоты табакокурения и приёма различных лекарственных препаратов. Средний возраст 60,8±13,3 лет с преобладанием женщин (64,35%), активных курильщиков 11,7% (31,2 пачка*лет). Средний ОФВ1 56,8±20,1 % от должного, а после ингаляции бронхолитика – 67,2±21,8. Значение ФЖЕЛ 73,4±20,8 % от должного. Аллергический фенотип ТБА наблюдается у 68,5%. Полный контроль БА у 2,3%, частичный – 14,6%, неконтролируемый - 83,1%. Пациенты принимают ИГКС+ДДБА в 86,6% случаев, КДБА 36,8%, ДДАХ 25,7%, АЛТП 10,6%, СГКС 8,6%, по <5% приходится на ИГКС, анти-IgE-препараты, ДДБА, теофиллины, анти-ИЛ-5 препараты, анти-ИЛ-4/ИЛ-13 препараты, макролиды. Результаты описательных статистик служат отправной точкой для подробного анализа информации об особенностях течения, лечения и контроля у пациентов с ТБА в России и их учёта при формировании руководящих клинических документов.

140.
АНГИОТЕНЗИН-I ПРЕВРАЩАЮЩИЙ ФЕРМЕНТ – НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО САРКОИДОЗА

1 – Отдел внутренних болезней, Медицинский научно-образовательный центр, МГУ имени М.В. Ломоносова
2 – Кафедра пульмонологии ФДПО, ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова
3 – Кафедра внутренних болезней, Факультет фундаментальной медицины, МГУ имени М.В. Ломоносова
4 – Отделение лабораторной диагностики, Медицинский научно-образовательный центр, МГУ имени М.В. Ломоносова
5 – Кафедра внутренних, профессиональных болезней и ревматологии, Институт клинической медицины, Клиника ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева, УКБ №3, ПМГМУ имени И.М. Сеченова
6 – Клиника ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М.Тареева, УКБ №3, ПМГМУ имени И.М. Сеченова

Л.Я. Французевич – 1,2, А.П. Бобков – 3, М. Джайн – 4,
О.В. Курилова – 4, В.И. Шоломова – 5, М.Ю. Бровко – 6,
А.С. Белевский – 2, Е.П. Павликова – 1, Л.М. Самоходская – 4, Т.Н. Краснова – 3, 5, 6

В мире наблюдается увеличение заболеваемости саркоидозом. Наиболее известны его легочные манифестации, но многообразие проявлений говорит о системном

характере. Для успешной терапии саркоидоза необходима оценка распространённости и активности процесса. Ангиотензин-I превращающий фермент (АПФ) – один из самых обсуждаемых маркеров активности заболевания. Поиски нового метода оценки АПФ в крови, привели к разработке моноклональных антител (МАТ) к 40 эпитопам АПФ, используемых в конформационном фингерпринтинге, оценивающем изменения третичной структуры фермента. Измерение активности АПФ по 2-м субстратам (Z-Phe-His-Leu, или ZPHL, и Hip-His-Leu, или HHL) вместе с проведением фингерпринтинга называется фенотипирование АПФ.

В исследовании участвовали 85 пациентов с различным течением саркоидоза, которым проведено фенотипирование АПФ плазмы для оценки диагностических возможностей метода. Больных разделили на 2 группы: активного и неактивного течения. Фингерпринтинг выполнен с использованием 2-х МАТ 9B9 и 1G12 или 6-ти МАТ (дополнительно 3A5, i1A8, 6A12 и 1E10). Выявлено, что показатель фенотипирования АПФ 1G12/9B9 надежнее в оценке обострения саркоидоза, чем рутинное измерение активности АПФ по 1 субстрату. Специфичность 1G12/9B9 86%, что позволяет с высокой вероятностью исключить реактивацию заболевания. Однако, корректное использование метода требует либо отсутствия приема ингибиторов АПФ, либо их отмены. Интересные находки в ходе проведенного анализа - влияние приёма СГКС на кинетику фермента (уменьшение ZPHL/HHL) и значимое отличие показателя i1A8/9B9 при поражении селезенки. Мы предполагаем, что более строгие методы отбора респондентов в будущие исследования помогут выявить новые изменения парметров фенотипирования АПФ при поражении различных органов саркоидозом.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Авторы тезисов
XXXI Национального конгресса по болезням органов дыхания

А

Абашев А.Р. 112
Абдулганиева Д.И. 112
Абубикиров А.Ф. 12, 17
Абулдинова О.А. 41
Авдеев С.Н. 6
Аглямова Т.А. 112
Азизова Н.Д. 24, 26,32
Азнабаева Ю.Г. 95
Аксентий Е.И. 77
Алиева Г.Р. 113
Алиева Г.Ф. 113
Амирова Э.Ф. 59, 61
Анджель А.Е. 35
Андрющенко А.В. 16
Анисимова И.В. 7
Анохина В.С. 5
Ансокова М.А. 109
Арсентьева Н.А. 72
Асадуллина Г.В. 20, 62, 93

Б

Бабичева И.В. 78
Бабушкина Г.В. 62
Багишева Н.В. 76, 91
Баев М.Ю. 82
Бакина А.А. 98
Баранов Д.З. 90
Баранова О.П. 72
Бардов В.С. 19, 62
Барламов П.Н. 7
Батухно А.С. 105
Баялиева А.Д. 112
Белевский А.С. 117, 118, 120
Беломестный В.С. 83
Беляева С.Н. 65, 66, 69
Бережанская Ю.С. 26
Бережанский П.В. 24, 26, 31, 35
Беренштейн Н.В. 114
Биктагиров Ю.И. 103, 105
Бикташев Т. Р. 64
Биличенко Т.Н. 107, 108, 109
Бобков А.П. 75, 120
Болдина М.В. 73
Болотникова В.А. 77, 108
Болотова Е.В. 97
Бонцевич Р. А. 110
Бочаров В.А. 12, 29, 47, 55
Бочарова М.А. 12, 29, 38, 47, 55
Бриткова Т.А. 34, 68
Бровко М.Ю. 120
Брумару А.Г. 77
Булатова В.А. 68
Бучнева А.В. 116
Быстрицкая Е.В. 107, 108

В

Васина Н.Н. 114
Ватанская И.Ю. 102
Ваулин С.В. 13
Вафина А.Р. 21,100
Вацик М.В. 45
Великая О.В. 10, 97
Визель А.А. 100, 112
Визель И.Ю. 21, 91, 100
Викторов В.В. 33, 36
Викторова Т. В. 95
Власенко А.Е. 28
Волель Б.А. 16
Волочаева Е.М. 12, 29, 55
Волощук И.В. 115
Воронина Л.П. 11

Г

Габзалилова С.Р. 20, 62
Гаврилова А.А. 110
Гаврилюк Е.В. 52
Гаджиева Р.С. 113
Гадирова М.Э. 79
Гайнитдинова В.В. 6, 28
Галецкайте Я.К. 16
Галинурова Э.Р. 62
Глушкова Т.В. 60
Голубев О.Н. 14, 67
Гольтяпин В.В. 76
Готье С.В. 71, 79
Гришаев С.Л. 94
Гришин М.М. 14, 67
Гришина Л.А. 112

Гудим А.Л. 73
Гудовских Н.В. 34
Гусейналиева В.Н. 77

Д

Деева О.Г. 12, 29, 55
Демура О.В. 19, 62
Джайн М. 120
Добров А.В. 43
Дудникова А.В.97
Дудченко Л.Ш. 65, 66, 69

Е

Ежов В.В. 65
Елыкомов В.А. 7
Емельянов А.В. 22
Ермилов О.В. 12, 14, 28, 38, 47,55, 57, 63, 115

Ж

Жабская А.В. 14, 57, 63, 73, 115
Жестков А.В. 103, 105
Жуманиязова А.А. 93

З

Загидуллин Ш.З. 95
Запруднова Е.А. 40
Зиннатуллина А.Р. 89
Знахуренко А.А. 22
Зулкарнеев Р. Х. 64
Зулкарнеев Ш.Р. 95

И

Иванова М.А. 13
Илькович М.М. 72
Ишмухаметов И.Х. 33, 36

К

Кабанова С.А. 74
Кадушкин А.Г. 88
Кадырова А.А. 113
Кажарова С.В. 28
Карамова И.М. 33, 36
Каримова М.Х. 23, 24, 25, 26, 32
Каримова Н.И. 23, 24, 25, 26, 32, 59
Карнаушкина М.А. 45
Кибардин А.Ю. 105
Ким С.С. 101
Киреева Г.М. 59, 61, 64
Киселёва Н.В. 43
Клестер Е.Б. 7
Клестер К.В. 7
Климанов И.А. 40, 113
Кожемяченко Е.Н. 65, 66, 69
Кондрацки Д.П. 89, 110
Корлотяну А.А. 77
Корнилова А.Б. 34
Королькова О.В.116
Корымасов Е.А. 103, 105
Корытина Г.Ф. 95
Костинов М.П. 28
Кострова И.В. 5
Кравченко Н.Ю. 120
Краснова Т.Н. 75, 120
Кривенко Г.Т. 77
Кривощёков Е.П. 103, 105
Круду П.А. 108
Кубышева Н.И. 40
Кудрявцев И.В. 72
Кудрявцева Э.З. 112
Кулик Е.Г. 87
Кунцев Д.А. 120
Курбанова М.Р. 59
Курилова О.В. 120
Курьев С.В. 108
Кучер А.В. 58

Л

Лазарева Н.М. 72
Лазуткин Н.Н. 19, 62
Лазуткина Е.Л. 19, 62
Латыпов Р.А. 71, 86
Леонидова К.О. 56, 99
Лешенкова Е.В. 22
Ли Т.В. 40
Линцов А.Е. 54
Лохина Т.В. 114
Лучникова Т.А. 5
Любимова Н.Е. 72

М

Мазаева Л.А. 12, 17
Макарьянц Н.Н. 12, 17
Малахов А.Б. 24, 35
Малыхин Ф.Т. 96
Маня М.Л. 115
Мартынюк К.И. 15, 89, 110, 115
Мартышова О.С. 97
Масликова Г.Г. 65, 66, 69
Махпиева Г.К. 26
Медведев А.В. 12, 17
Мизин В.И. 65
Мирсалихова Н.Х. 24, 32, 46
Мирхайдаров А.М. 20, 62, 93
Михайлова А.С. 117, 118
Михельсон В.М. 54
Мишин В.Ю. 8, 9
Мишина А.В. 8, 9
Моисеева М.В. 76, 91
Монахова И.А. 114

Мордык А.В. 76, 91
Морозова А.Ю. 82
Московчук А.Ф. 77, 108
Мукатова И.Ю. 49, 101
Мусажанова Р.А. 24, 32
Мухамбетова Г.Н. 11
Мухаметзянова А.Ф. 68
Муханова И. Ф. 16, 51,

Н

Наливайко Н.Н. 108
Нарышкина С.В. 87, 94
Насибуллин Т.Р. 95
Нашатырева М.С. 44
Недомолкин С.В. 10
Недомолкина С.А. 10
Нестерова О.А. 97
Никонорова Л.Б. 12, 29, 38, 47, 55
Никулин А.В. 50, 71,85, 86
Новоселов В.И. 40

О

Овчаренко С.И. 16
Оленицкая Е.С. 102
Олешкевич Д.О. 71, 86
Осадчая О.А. 8, 9

П

Павленко В.И. 87, 98
Павликова Е.П. 120
Пальмова Л.Ю. 48
Панин А.А. 100
Пашков И.В. 50, 71, 85, 86
Писаренко К.С. 80, 115
Писаренко Н.К. 110
Писаренко С.В. 15, 80, 89, 110, 115
Пластинина А.В. 88
Плескач Н.М. 54
Погудина Е.А. 31
Позднякова А.А. 6
Полунина О.С. 11
Попова Н.А. 40, 78, 113
Постникова Л.Б. 73
Прибылов В.С. 56, 99
Прибылов С.А. 52, 56, 99
Прибылова Н.Н. 52 56, 99
Приходько О.Б. 5, 41, 58
Пунин А.А. 13
Пушкарев Д.Ф. 16

Р

Родимова О.А. 103
Романцова Е.Б. 5
Роюк В.В. 116
Русанова А.С. 26
Рыжков Р.В. 43
Рыжкова О.А. 78
Рыжкова С.А. 103

С

Сайфулин М.Х. 78
Салахова И.Н. 91, 100
Самигуллина Н.В. 33, 36
Самоходская Л.М. 75, 120
Сафронова Е.В. 16
Селимир Д.С. 100
Сенькина Н.Е. 99
Сергеева Г.Р. 22
Сергеева Н.В. 8, 9,
Серикова А.С. 49
Сесь Т.П. 72
Симионикэ Ю.Д. 89
Скалецкая В.В. 108
Скепьян Е.Н. 37, 38
Смирнова М.С. 42
Собкин А.Л. 8, 9
Соболева Е.А. 66, 69
Солиев А.К. 54
Солошенко В.В. 12, 29, 55
Соодаева С.К. 40 ,113
Старевская С.В. 34
Столяров С.И. 43
Стрекозова И.П. 102
Стрельцова Е.Н. 78
Струтынская А.Д. 45

Т

Таганович А.Д. 88
Таджиханова Д.П. 59
Талабаева Э.И. 88
Танченко О.А. 94
Татаурова Н.Н. 40
Татаурщикова Н.С. 24, 26
Токсарина А.Е. 49, 101
Томша А.Н. 108
Тотолян Арег А. 72
Третьяков А.Ю. 115
12, 14, 29, 38, 47, 55, 57, 63
Трофименко И.Н. 44
Трофимов В.И.90
Тудор Е.М. 77, 108
Турдиалиева С.А. 94
Тюрин И.Е. 45

У

Узакова Ш.Б. 26, 32, 46, 59
Ураксина М.В. 83
Ушакова Д.А. 96

Ф

Файзуллина Р.М. 33, 36
Фархутдинов Р.Р. 59
Фархутдинов У.Р. 59, 61, 64
Филлипова М.О. 11
Фомин В.В. 116
Французевич Л.Я. 75, 120

Х

Хабибуллин Р.Р. 38
Хадеева В.З. 112
Хайдарова С.Х. 59
Хамитов Р.Ф. 66, 69, 89
Ходус С.В. 58
Хруслова О.С. 56

Ц

Цверава А.Г. 31
Цеймах И.Я. 92
Цирульникова О.М. 71, 86
Цыбикова Э.Б. 79

Ч

Черкашин Д.В. 94
Черников А.Ю 73, 74, 82, 83
Черноротов В.А. 65
Чернышова А.Е. 33, 36
Черняк Б.А. 44
Чичкова Н.В. 116
Чудинова Д.С. 14, 67
Чупина М.С. 34
Чуркина Л.М. 40
Чучалин А.Г. 100
Чыонг Т.Т. 100

Ш

Шабанов Е.А. 52, 99
Шамсиев Ф.М. 23, 24, 25, 26, 32, 46, 59
Шарова Н.В. 94
Шаяхметова А.С. 20, 62
Шевелев С.Э. 54
Шигаев Е.Ф. 71, 86
Шигаева А.Г. 71
Шинкаренко И.В. 108
Шмелёв Е.И. 12, 17
Шогенова Л.В. 100
Шоломова В.И. 120
Шойхет Я.Н. 92
Штейнер М.Л. 30, 103, 104, 105, 106
Шутов В.И. 38

Щ

Щедрина А.С 82

Э

Эделев А.С. 42
Эсаханов Ш.Н. 25, 32

Ю

Юсупалиева М.М. 14, 67

Я

Яворский К.М. 77
Яковлева В.Б. 71, 86
Якунин Я.С. 71, 86
Яркаева Ф.Ф. 112

Содержание

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А., Анохина В.С. 5

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. АСТМА ПОЖИЛЫХ И COVID-19: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПРЕДИКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ
Позднякова А.А., Авдеев С.Н., Гайнитдинова В.В. 6

3. БОЛЕЗНЬ КРОНА С ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ АЛЬВЕОЛИТОМ
Барламов П. Н. 7

4. ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ХОБЛ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
Клестер К.В., Елыкомов В.А., Клестер Е.Б., Анисимова И.В. 7

5. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ
Мишин В.Ю., Мишина А.В., Собкин А.Л., Сергеева Н.В., Осадчая О.А. 8

6. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Собкин А.Л., Сергеева Н.В., Осадчая О.А. 9

7. ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, КАНДИДОЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ
Мишин В.Ю., Мишина А.В., Собкин А.Л., Сергеева Н.В., Осадчая О.А., ... 9

8. ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА D НА ДИНАМИКУ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И РАКОМ ГОРТАНИ
Великая О.В., Недомолкин С.В., Недомолкина С.А. 10

9. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ COVID-19
Мухамбетова Г.Н., Воронина Л.П., Полунина О.С., Филлипова М.О. 11

10.
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ, СОЧЕТАЮЩИЙСЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
А. В. Медведев, А. Ф. Абубикиров, ЛА. Мазаева, Н.Н. Макарьянц, Е. И. Шмелёв. 12

11.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА У ПАЦИЕНТКИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
О.В. Ермилов, А.Ю. Третьяков, М.А. Бочарова, Л.Б. Никонорова, В.А. Бочаров, Е.М. Волочаева, О.Г. Деева, В.В. Солошенко 12

12.
КООПЕРАТИВНОСТЬ И СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Пунин А.А., Ваулин С.В., Иванова М.А.. 13

13.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ SARS-COV-2
Юсупалиева М.М., Голубев О.Н., Чудинова Д.С., Гришин М.М. 14

14.
ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, АДАПТИРОВАННЫХ К АЭРОБНОЙ НАГРУЗКЕ
Жабская А.В., Третьяков А.Ю., Ермилов О.В. 14

15.
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА И МОЭКСИПРИЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Мартынюк К.И., Писаренко С.В. 15

16.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Овчаренко С.И., Галецкайте Я.К., Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Андрющенко А.В. 16

17.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Муханова Ирина Фанисовна, Сафронова Елена Васильевна 16

18.
ХАРАКТЕРИСТИКА ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ФИБРОТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
А. В. Медведев, А. Ф. Абубикиров, ЛА. Мазаева, Н.Н. Макарьянц, Е. И. Шмелёв. 17

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

19.
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОК БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЛАВАЖНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Лазуткина Е.Л., Демура О.В., Бардов В.С., Лазуткин Н.Н. 19

20.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ И МАРКЕРЫ Т2 ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ
Мирхайдаров А.М., Габзалилова С.Р., Асадуллина Г.В. 20

21.
КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ
Мирхайдаров А.М., Шаяхметова А.С., Асадуллина Г.В. 20

22.
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Вафина А.Р., Визель И.Ю. 21

23.
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В. 22

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

24.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х. 23

25.
ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ
Бережанский П.В., Малахов А.Б., Татаурщикова Н.С. 24

26. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Мирсалихова Н.Х., Каримова М.Х. 24

27.
ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Эсаханов Ш.Н., Каримова М.Х. 25

28.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Махпиева Г.К., Каримова Н.И., Каримова М.Х., Узакова Ш.Б. 26

29.
РОЛЬ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ S-SELECTIN И ICAM-1 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Русанова А.С., Бережанский П.В., Бережанская Ю.С., Татаурщикова Н.С. 26

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

30.
ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ МАРКЕРЫ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
С.В. Кажарова, М.П. Костинов, В.В. Гайнитдинова, А.Е. Власенко 28

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

31.
ОСТРЫЙ ИНВАЗИВНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ ЛЕГКИХ
У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
О.В. Ермилов, А.Ю. Третьяков, М.А. Бочарова, Л.Б. Никонорова, В.А. Бочаров, Е.М. Волочаева, О.Г. Деева, В.В. Солошенко 29

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

32.
ФАРИНГОМИКОЗ В ОБЩЕЙ БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Штейнер М.Л.. 30

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

33.
БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ
Погудина Е.А., Бережанский П.В., Цверава А.Г. 31

34.
ЗНАЧЕНИЕ ИММУННО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Мирсалихова Н.Х., Каримова Н.И., Каримова М.Х., Узакова Ш.Б.. 32

35.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ
СИНДРОМА СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ
Эсаханов Ш.Н., Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И. 32

36.
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ COVID-19 У ДЕТЕЙ
Самигуллина Н.В., Файзуллина Р.М., Викторов В.В., Карамова И.М., Ишмухаметов И.Х., Чернышова А.Е.. 33

37.
МНОЖЕСТВЕННЫЕ СТЕНОЗЫ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА
КАК ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА
Старевская С.В., Корнилова А.Б.. 34

38.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ
(МИКОПЛАЗМЕННОЙ) ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Бриткова Т.А., Гудовских Н.В., Чупина М.С. 34

39.
СОСТОЯНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИОЛИТОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Анджель А.Е., Малахов А.Б., Бережанский П.В.. 35

40.
ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ
ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С COVID-19
Самигуллина Н.В., Файзуллина Р.М., Викторов В.В. , Карамова И.М., Ишмухаметов И.Х., Чернышова А.Е. 36

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

41.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЗА 2020 ГОД
Скепьян Е.Н. 37

42.
СЛУЧАЙ МИКОЗА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
О.В. Ермилов, В.И. Шутов, А.Ю. Третьяков, Л. Б. Никонорова, М.А. Бочарова , Р.Р. Хабибуллин 38

43.
ФОКУС НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ В ПЕРИОД ЗА 2020 ГОД
Скепьян Е.Н. 38

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

44.
ИЗМЕНЕНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТАТУСА НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИОКСИДАНТОВ
Запруднова Е.А, Соодаева С.К., Климанов И.А, Чуркина Л.М, Ли Т.В., Попова Н.А. , Татаурова Н.Н, Кубышева Н.И., Новоселов В.И. 40

45.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ
Абулдинова О.А., Приходько О.Б. 41

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

46.
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ. АНАЛИЗ ДАННЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
Смирнова М.С., Эделев А.С. 42

47.
ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНОЙ ФИБРОЗ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ
Киселёва Н.В. 43

48.
ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ
Столяров С.И., Добров А.В., Рыжков Р.В. 43

49.
ФИБРОЗИРУЮЩИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА В Г. ИРКУТСКЕ
Нашатырева М.С., Трофименко И.Н., Черняк Б.А. 44

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

50.
АССОЦИАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
Струтынская А.Д., Тюрин И.Е., Карнаушкина М.А., Вацик М.В. 45

МУКОВИСЦИДОЗ

51.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ
Узакова Ш.Б., Шамсиев Ф.М., Мирсалихова Н.Х. 46

52.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА И КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
О.В. Ермилов , А.Ю. Третьяков, М.А. Бочарова, Л.Б. Никонорова, В.А. Бочаров. 47

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА

53.
ОЦЕНКА РИСКА СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Пальмова Л.Ю.. 48

54.
ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У МУЖЧИН С ХОБЛ
Мукатова И.Ю., Токсарина А.Е., Серикова А.С.. 49

ОНКОЛОГИЯ

55.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО В СОЧЕТАНИИ С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
Никулин А.В., Пашков И.В. 50

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

56.
ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Муханова И. Ф. 51

57.
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19
Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А., Шабанов Е.А., Прибылова Н.Н. 52

58.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19
Шабанов Е.А., Прибылова Н.Н., Гаврилюк Е.В., Прибылов С.А. 52

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

59.
АНАЛИЗ РЕПАРАТИВНОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ
Линцов А.Е., Солиев А.К., Плескач Н.М., Шевелев С.Э., Михельсон В.М. 54

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

60.
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ С КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ В ФОРМЕ ТЭЛА У ПАЦИЕНТА С ТХПН
О.В. Ермилов, А.Ю. Третьяков, М.А. Бочарова, Л.Б. Никонорова, В.А. Бочаров, Е.М. Волочаева, О.Г. Деева, В.В. Солошенко. 55

61.
ЦИТОКИНОВЫЙ ШТОРМ, ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Прибылов С.А., Прибылов В.С., Леонидова К.О., Прибылова Н.Н., Хруслова О.С. 56

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

62.
АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ МОДУЛИРУЮЩЕЙ РОЛИ РЕГУЛЯРНОГО АЭРОБНОГО ТРЕНИНГА ПРИ COVID-19
Третьяков А.Ю., Жабская А.В., Ермилов О.В. 57

ПНЕВМОНИЯ

63.
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ COVID-19
Кучер А.В., Приходько О.Б., Ходус С.В. 58

64.
ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СВОБОДНО РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Фархутдинов Р.Р., Киреева Г.М. 59

65.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Хайдарова С.Х., Курбанова М.Р., Каримова Н.И., Узакова Ш.Б. 59

66.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 И ЗАВЕРШИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Глушкова Т.В. 60

67.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М. 61

68.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ
ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОЙ KL. PNEUMONIAE
Асадуллина Г.В., Бабушкина Г.В., Мирхайдаров А.М., Галинурова Э.Р.,
Габзалилова С.Р., Шаяхметова А.С. 62

69.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО СУРФАКТАНТА ПРИ
НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19
Лазуткина Е.Л., Демура О.В., Бардов В.С., Лазуткин Н.Н. 62

70.
ОСОБЕННОСТИ SARS-COV-2-ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ
ИСХОДНОЙ АДПАТАЦИИ К АЭРОБНОЙ НАГРУЗКЕ
Третьяков А.Ю., Жабская А.В., Ермилов О.В. 63

71.
ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ПОМОЩЬЮ ПРОБЫ
С ПОСТОККЛЮЗИОННОЙ РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ
Бикташев Т. Р., Зулкарнеев Р. Х, Фархутдинов У.Р., Киреева Г.М. 64

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

72.
ОБОСНОВАННОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
В УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19
Масликова Г.Г., Дудченко Л.Ш., Ежов В.В., Мизин В.И., Черноротов В.А.,
Беляева С.Н., Кожемяченко Е.Н. 65

73.
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РФ: ЭФФЕКТЫ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА
Р.Ф. Хамитов, Е.А. Соболева 66

74.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
ИЗ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА
Дудченко Л.Ш., Кожемяченко Е.Н., Беляева С.Н., Масликова Г.Г. 66

75.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ SARS-COV-2.
Юсупалиева М.М., Голубев О.Н., Чудинова Д.С., Гришин М.М. 67

76.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ДДУ)
Бриткова Т.А., Булатова В. А., Мухаметзянова А.Ф. 68

77.
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Р.Ф. Хамитов, Е.А. Соболева 69

78.
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ SARS-COV-2, ПРОХОДИВШИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ В УСЛОВИЯХ КЛИМАТИЧЕСКОГО КУРОРТА ЮЖНОГО БЕРЕГА КРЫМА В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ
Дудченко Л.Ш., Беляева С.Н., Масликова Г.Г., Кожемяченко Е.Н. 69

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

79.
НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ДОНОРСКИХ ЛЕГКИХ
Готье С.В., Цирульникова О.М., Шигаев Е.Ф., Пашков И.В., Яковлева В.Б., Шигаева А.Г., Олешкевич Д.О., Латыпов Р.А., Никулин А.В., Якунин Я.С. 71

САРКОИДОЗ

80.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ
Лазарева Н.М., Баранова О.П., Кудрявцев И.В., Арсентьева Н.А., Любимова Н.Е., Сесь Т.П., Илькович М.М., Тотолян Арег А. 72

81.
КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Гудим А.Л., Постникова Л.Б., Болдина М.В.. 73

82.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ ПОСЛЕ САРКОИДОЗА
А.Ю.Черников, Я.А.Жердев. 73

83.
УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ САРКОИДОЗА
А.Ю. Черников, С.А. Кабанова 74

84.
ФЕНОТИПИРОВАНИЕ АНГИОТЕНЗИН-I ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ САРКОИДНОГО ПОРАЖЕНИЯ
Французевич Л.Я., Бобков А.П., Самоходская Л.М., Краснова Т.Н. 75

ТУБЕРКУЛЕЗ

85.
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К РАЗВИТИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Мордык А.В., Багишева Н.В., Моисеева М.В., Гольтяпин В.В. 76

86.
АССОЦИИРОВАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Тудор Е.М., Яворский К.М. , Брумару А.Г., Болотникова В.А., Московчук А.Ф., Кривенко Г.Т., Корлотяну А.А., Аксентий Е.И. 77

87.
ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ПОД СТРОГИМ КОНТРОЛЕМ ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
Гусейналиева В.Н. 77

88.
ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
О.А. Рыжкова, Е.Н. Стрельцова, И.В. Бабичева, М.Х. Сайфулин, Н.А. Попова 78

89.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В РОССИИ
Цыбикова Э.Б., Гадирова М.Э. 79

90.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
Писаренко К.С., Писаренко С.В. 80

91.
МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

92.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНЫМ ПНЕВМОЛИЗОМ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

93.
СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДИСТАНЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЁЗА
Черников А.Ю, Щедрина А.С, Баев М.Ю., Морозова А.Ю. 82

94.
СПЕКТР ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Ураксина М.В. 83

95.
ТУБЕРКУЛОМЫ ЛЁГКИХ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ОКРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА
А.Ю. Черников, В.С. Беломестный 83

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

96. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСПИРАТОРНОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ У РЕЦИПИЕНТА ДОНОРСКИЙ ЛЕГКИХ (ПЕРВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)
Никулин А.В., Пашков И.В. 85

97.
ОЦЕНКА ОПЫТА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ BURKHOLDERIA CEPACIA
Готье С.В., Цирульникова О.М., Яковлева В.Б., Пашков И.В., Олешкевич Д.О., Шигаев Е.Ф., Латыпов Р.А., Никулин А.В., Якунин Я.С. 86

ХОБЛ

98.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИЯМИ НА ПАРАМЕТРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ
Е.Г. Кулик, В.И. Павленко, С.В. Нарышкина 87

99.
ВЛИЯНИЕ НОРТРИПТИЛИНА НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛЕТОК КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ
Кадушкин А.Г., Таганович А.Д., Талабаева Э.И., Пластинина А.В. 88

100.
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНТАГОНИСТОМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛСАРТАНОМ С УЧЕТОМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И I/D ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Мартынюк К.И., Писаренко С.В., Симионикэ Ю.Д., Кондрацки Д.П. 89

101.
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ТЯЖЕЛЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ХОБЛ
Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф. 89

102.
ЗНАЧЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И СОЧЕТАНИЕМ АСТМА-ХОБЛ С РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Баранов Д.З., Трофимов В.И. 90

103.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ, ТУБЕРКУЛЕЗ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Мордык А.В., Багишева Н.В., Моисеева М.В. 91

104.
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСТАЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Салахова И.Н., Визель И.Ю. 91

105.
МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ СРАР-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
И.Я. Цеймах, Я.Н. Шойхет 92

106.
ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР КАК ПРЕДИКТОР ОТСРОЧЕННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ
Мирхайдаров А.М., Асадуллина Г.В., Жуманиязова А.А. 93

107.
ОГРАНИЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РАННИЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ОТВЕТ НА ИНДАКАТЕРОЛ/ ГЛИКОПИРРОНИЙ БРИЗХАЛЕР У ПАЦИЕНТОВ ХОБЛ – ПРЕДИКТОРЫ НЕПОЛНОЦЕННОГО ОТВЕТА НА ИНГАЛЯЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ
Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Гришаев С.Л., Турдиалиева С.А. 94

108.
ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Танченко О.А., Нарышкина С.В. 94

109.
ПОЛИГЕННЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Г. Ф. Корытина, Ю.Г. Азнабаева, Т.Р. Насибуллин, Ш.Р. Зулкарнеев, Ш.З. Загидуллин, Т. В. Викторова. 95

110.
ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Ф.Т. Малыхин, Д.А. Ушакова 96

111.
РОЛЬ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Болотова Е.В., Дудникова А.В. 97

112.
УРОВЕНЬ ЦИНКА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С КЛИНИЧЕСКИ ИЗЛЕЧЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Великая О.В., Нестерова О.А., Мартышова О.С. 97

113.
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ЛИЦ С ФЕНОТИПОМ «ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК»
Бакина А.А., Павленко В.И. 98

114.
ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Прибылов С.А., Прибылов В.С., Сенькина Н.Е., Прибылова Н.Н., Леонидова К.О., Шабанов Е.А. 99

115.
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ (ОКСИД АЗОТА И ТЕРМИЧЕСКИЙ ГЕЛИОКС) И РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
Т.Т. Чыонг., Шогенова Л. В., Селимир Д.С., Панин А.А., Чучалин А.Г. 100

116.
ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ НАЗНАЧЕНИЯ ИГКС ПРИ ХОБЛ
Салахова И.Н., Визель И.Ю., Визель А.А., Вафина А.Р. 100

117. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИБРОАКУСТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
Мукатова И.Ю., Ким С.С., Токсарина А.Е. 101

118.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Ватанская Ю.О. 102

ЭНДОСКОПИЯ

119.
БРОНХОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЁЛЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ И НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П., Родимова О.А., Рыжкова С.А. 103

120.
ВАРИАНТ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ БРОНХОСКОПА
Штейнер М.Л. 104

121.
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СЕГМЕНТАРНЫХ БРОНХОВ ЯЗЫЧКОВЫХ СЕГМЕНТОВ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО
Штейнер М.Л. 104

122.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ОТСУТСТВИЯ СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА В6 НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П., Батухно А.С., Кибардин А.Ю. 105

123.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДОБАВОЧНЫХ БРОНХОВ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО
Штейнер М.Л. 106

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

124.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2015–2019 ГОДЫ, ИНВАЛИДНОСТЬ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ
Е.В. Быстрицкая, Т.Н. Биличенко 107

125.
СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2015 ПО 2019 ГОД
Е.В. Быстрицкая, Т.Н. Биличенко 108

126.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА
Московчук А.Ф., Тудор Е.М., Шинкаренко И.В., Болотникова В.А., Круду П.А., Томша А.Н., Курьев С.В., Наливайко Н.Н., Скалецкая В.В. 108

127 .
ФАКТОРЫ РИСКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Ансокова М.А., Биличенко Т.Н. 109

128.
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Бонцевич Р. А., Гаврилова А.А. 110

129.
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ
БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА
Писаренко Н.К., Писаренко С.В., Мартынюк К.И., Кондрацки Д.П. 110

РАЗНОЕ

130.
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИЦИТОКИНОВОГО
ПРЕПАРАТА ПРИ НОВОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Визель А.А., Абдулганиева Д.И., Баялиева А.Д., Абашев А.Р., Яркаева Ф.Ф.,
Аглямова Т.А., Гришина Л.А., Кудрявцева Э.З., Хадеева В.З. 112

131.
ВОЗМОЖНОСТИ МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЗМА
ОКСИДА АЗОТА В РЕСПИРАТОРНОМ ТРАКТЕ
Попова Н.А., Климанов И.А., Соодаева С.К. 113

132.
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СОПУТСТВУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19
Алиева Г.Р., Кадырова А.А., Алиева Г.Ф., Гаджиева Р.С. 113

133.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.
Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Монахова И.А., Васина Н.Н. 114

134. МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА
В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ
Писаренко С.В., Писаренко К.С., Мартынюк К.И.,
Маня М.Л., Волощук И.В. 115

135.
ОСОБЕННОСТИ SARS-COV2-ИНФЕКЦИИ С ПОЗИЦИИ
ПРАКТИКИ ИСХОДНОГО РЕГУЛЯРНОГО АЭРОБНОГО ТРЕНИНГА
ПАЦИЕНТА И ЕГО ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ
Жабская А.В., Третьяков А.Ю., Ермилов О.В. 115

136.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ
С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ
А.В. Бучнева, Н.В. Чичкова, О.В. Королькова, В.В. Роюк, В.В. Фомин. 116

137.
«КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ «ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА»,
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ»
Михайлова А.С. , Белевский А.С 117

138.
«КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ «ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА», КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ»

Михайлова А.С., Белевский А.С *118*

139.
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (РЕГИСТР) У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В 57 РЕГИОНАХ РФ

Н.Ю. Кравченко, А.П. Бобков, Л.Я. Французевич, А.С. Белевский, Д.А.Кунцев *120*

140.
АНГИОТЕНЗИН-I ПРЕВРАЩАЮЩИЙ ФЕРМЕНТ – НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО САРКОИДОЗА

Л.Я. Французевич, А.П. Бобков, М. Джайн,
О.В. Курилова, В.И. Шоломова, М.Ю. Бровко,
А.С. Белевский, Е.П. Павликова, Л.М. Самоходская, Т.Н. Краснова *120*

Алфавитный указатель *122*