

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения города Москвы
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России
«НМИЦ Пульмонологии»
Сеченовский университет
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
ФГБНУ «ЦНИИТ»

15–18
октября
2024 г., Москва

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

XXXIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ISBN 978-5-901450-23-9



9 785901 450239

2024

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российское респираторное общество
Департамент здравоохранения города Москвы
Педиатрическое респираторное общество
ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России
«НМИЦ Пульмонологии» Сеченовский университет
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова
ФГБНУ «ЦНИИТ»

XXXIV Национальный
конгресс по болезням
органов дыхания
с международным участием

**СБОРНИК
ТРУДОВ
КОНГРЕССА**

Под редакцией академика
Российской академии наук
А.Г. ЧУЧАЛИНА

г. Москва, 2024

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

С23

С23 **Сборник трудов конгресса.** XXXIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания; Под. ред. акад. А.Г. Чучалина – М. : ДизайнПресс, 2024. – 144 с.

ISBN 978-5-901450-23-9

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

15 – 18 октября 2024 года

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

ООО «ДизайнПресс», 113054, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, стр. 3

Подписано в печать 9.10.2024. Тир. 100 экз.

ISBN 978-5-901450-23-9

ОГЛАВЛЕНИЕ

5	БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
6	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
17	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ
31	БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ
38	ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ
39	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
41	ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ
42	ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ
47	ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ
49	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
53	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ
55	МИКРОБИОЛОГИЯ
56	МУКОВИСЦИДОЗ
59	НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ
60	ОНКОЛОГИЯ
63	ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА
64	ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
67	ПНЕВМОНИЯ
73	ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
74	РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

- 77 РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
- 80 САРКОИДОЗ
- 85 ТАБАКОКУРЕНИЕ
- 88 ТУБЕРКУЛЕЗ
- 94 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
- 99 ХОБЛ
- 112 ЭНДОСКОПИЯ
- 117 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
- 120 РАЗНОЕ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.

ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава РФ

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

Цель исследования: изучить состояние новорожденных от матерей с тяжелой БА и отсутствием контроля во время беременности, в том числе, на фоне приема системных глюкокортикостероидов (СГКС). Представляет интерес изучение состояния новорожденных у пациенток в зависимости от уровня контроля.

Материалы и методы: изучено клинико-функциональное состояние 46 больных тяжелой БА в динамике беременности и здоровье их новорожденных (I группа). Группу сравнения составили 30 детей от матерей без бронхолегочных заболеваний (II группа).

Результаты: у преобладающего числа пациенток отсутствовал контроль БА во время беременности 37 (80,4%), отмечено утяжеление заболевания в периоде гестации. В одном случае отмечена антенатальная гибель плода при сроке беременности 22 недели у пациентки с обострением БА. У матерей, получавших СГКС, новорожденные имели низкие массо-ростовые показатели, средняя масса тела у них составила 2295 ± 115 г, тогда как в группе сравнения – 3532 ± 112 г ($p < 0,05$), длина – $51,3 \pm 1,1$ см, во II группе – $52,3 \pm 0,7$ см. Отмечено большее количество патологических состояний, среди которых чаще наблюдалась недоношенность по сравнению со всеми детьми, соответственно, 26,1% в I группе и 10% – во II, кесарево сечение – 67,4% при БА, тогда как во II группе – 36,7%, более тяжелое состояние при рождении, в связи с чем реанимационные мероприятия проведены в 47,8% случаев в I группе. Дисгармоничное развитие в 1,5 раза чаще отмечалось у новорожденных, матери которых получали СГКС. При приеме ингаляционных ГКС во время беременности такой закономерности не отмечалось. У детей I группы преобладающими были: церебральная ишемия – у 84,8% (во II группе – 28,6%), внутриутробная инфекция – 67,4% (во II группе – 43,3%), более частая задержка внутриутробного развития плода – 58,7% в I группе и 10% в II группе.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

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

Шапран А.А. – 1, Багишева Н.В. – 2, Мордык А.В. – 2, Моисеева М.В. – 2, Щербакова Л.Э. – 2

Цель: изучить особенности течения туберкулеза (ТБ) у пациентов с соматической патологией, проживающих в сельской местности. **Материал и методы.** Исследование простое, ретроспективное, на базе БУЗОО «Омская центральная районная больница». Включено 268 пациентов.

Результаты и их обсуждение: За 2018 по 2022 годы обследовано 268 пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких. Пациенты разделены на две группы: группа 1 – без соматической патологии (169 человек (63,1%)), группа 2 – с соматической патологией (99 (36,9%)) ($\chi^2=4,54$; $p=0,031$). В группе 1 чаще инфильтративный туберкулез легких (110 случаев (65,1%)), далее диссеминированный (23 (13,6%)), очаговый (22 (13,0%)), фиброзно-кавернозный (7 (4,1%)), туберкулема (5 (2,9%)), казеозная пневмония (2 случая (1,2%)). В группе 2 – инфильтративный туберкулез (63 случая (63,6%)) ($\chi^2=0,02$; $p=0,890$), диссеминированный туберкулез (18 (18,2%)) ($\chi^2=0,02$; $p=0,890$), очаговый (11 (11,1%)) ($\chi^2=0,15$; $p=0,699$), туберкулема (4 (4,0%)) ($\chi^2=0,14$; $p=0,710$), фиброзно-кавернозный туберкулез (2 (2,0%)) ($\chi^2=0,65$; $p=0,421$), казеозная пневмония (1 случай (1,0%)). В группе 1 выявлено 28 случаев (16,6%) лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ), а в группе 2 – 21 случай (21,2%) ($\chi^2=0,57$; $p=0,450$). Исходы заболевания: в группе 1 – клиническое излечение у 139 пациентов (82,2%), в группе 2 – 71 (71,1%) ($\chi^2=0,45$; $p=0,503$), переход в хроническую форму – у 7 (4,1%) и 7 пациентов (7,1%) ($\chi^2=0,78$; $p=0,379$), летальный исход у 23 (13,6%) и 21 человека (21,1%) соответственно ($\chi^2=1,19$; $p=0,275$).

Заключение: из 268 пациентов соматическая патология выявлена у 99 (36,9%) пациентов. У пациентов ТБ и соматической патологией чаще встречался диссеминированный ТБ с выделением лекарственно-устойчивых форм МБТ с летальным исходом.

3.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ Е ПО GOLD-2023

1. ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия
2. КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия

Танков С.В. – 1, Алексеенцева А.В. – 1, Дехарь В.В. – 1, Осипова И.В. – 1, Белоусов А.М. – 2, Митусова И.В. – 2

Цель исследования: проанализировать коморбидный фон у больных с многосимптомным течением хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), относящихся к группе Е по GOLD-2023.

Материалы и методы: ретроспективному анализу подвергнуто 8 историй болезней пациентов пульмонологического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», находившихся на стационарном лечении в период с 1 апреля 2024 г. по 1 июля 2024 г. Средний возраст составил $75,75 \pm 9,77$ года, все больные были мужчинами. Всем пациентам проводилась оценка индекса коморбидности Чарлсона (Charlson Comorbidity Index, CCI).

Результаты: Гипертоническая болезнь зарегистрирована у 87,5% человек, из них 85,7% имели 3 стадию и 14,3% – 2 стадию. У 50% больных встретилась фибрилляция предсердий. Хроническую сердечную недостаточность (ХСН) имели 87,5%, из них ХСН II А – 71,4%, ХСН II В – 28,6%. Сахарный диабет (СД) 2 типа – 50% больных. Хроническая болезнь почек (ХБП) встретилась у 50% больных, из которых 50% имели стадию С3а и 50% – стадию С3в. Хроническую дыхательную недостаточность 1 и 2 степени имели по 50% пациентов. При оценке индекса CCI 62,5% респондентов имели 0% вероятности десятилетней выживаемости, и в равной мере по 12,5% больных пришлось на 53%, 21% и 2% вероятности десятилетней выживаемости. Основными факторами, увеличивающими индекс CCI у респондентов, были пожилой и старческий возраст (62,5% – старческий возраст), ХСН – 87,5%, наличие, ХБП – 50% и СД – 50%.

Заключение: Анализ коморбидного фона у больных с многосимптомным течением ХОБЛ, относящихся к группе Е по GOLD-2023, выявил низкую вероятность десятилетней выживаемости из-за таких факторов, как пожилой и старческий возраст, ХСН, ХБП и СД.

4.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ И COVID-19: В ФОКУСЕ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- 1 – БУЗОО «Полтавская центральная районная больница», Омская область, Россия,
- 2 – ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, Россия

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

Цель исследования: выделить особенности течения COVID-19 у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Простое ретроспективное исследование проведено на базе пульмонологического отделения БУЗОО «Больница скорой медицинской помощи № 2» г.Омска, где в период 2020–2023 гг. оказывалась помощь пациентам с COVID-19. Включено 142 пациента с COVID-19, из них группа 1 – 84 пациента с COVID-19, АГ и ХСН, группа 2 – 58 пациентов с COVID-19 без АГ и ХСН. Медиана возраста (Ме 25;75) 66,0 лет (59;72), мужчин 38,1%, женщин 61,9% ($\chi^2=3,86$; $p=0,049$). Результаты исследования. При оценке тяжести течения COVID-19 в группах сравнения: легкая степень течения COVID-19 наблюдалась у 0 (0,0%) и 9 пациентов (15,5%) ($\chi^2=14,90$; $p=0,000$) в группах 1 и 2, средней тяжести – у 80 (95,2%) и 48 (82,7%) ($\chi^2=0,51$; $p=0,476$), тяжелое течение – у 4 (4,8%) и 1 (1,7%) ($\chi^2=2,59$; $p=0,108$) пациента соответственно. В клинической картине COVID-19 наблюдался сильный кашель в группе 1 у 81 (96,4%), в группе 2 – у 37 (63,7%) пациентов ($\chi^2=3,85$; $p=0,049$). Одышка – у 81 (96,4%) пациента группы 1 и 28 (48,3%) из группы 2 ($\chi^2=9,49$; $p=0,002$). Выраженность одышки оценивалась по шкале mMRC, в группе 1 – одышка 2 степени по mMRC у 23 (28,4%) пациентов, 3 степени – у 37 (45,7%), 4 степени – у 21 (25,9%) пациента (пациентов с легкой одышкой 1 степени по mMRC в группе 1 не было). Боли в грудной клетке у 11 (13,1%) и 3 (5,2%) пациента ($\chi^2=2,08$; $p=0,149$) в группах соответственно. Периферические отеки у 10 (11,9%) и 0 пациентов в группах соответственно ($\chi^2=11,36$; $p=0,000$).

Заключение: При наличии АГ и ХСН наблюдается более тяжелое течение COVID-19 с выраженной симптоматикой в виде кашля, одышки, боли в грудной клетке, отеков.

5.

КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

1-Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз. 2-Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Эндокринологии им. академика Я.Х.Туракулова МЗ РУз.

Убайдуллаева Н.Н., Хайдарова Ф.А., Исматуллаева С.С.

Аннотация: Коморбидные состояния-это ситуация, когда у пациента протекают одновременно несколько заболеваний, одно усиливает другое и их отрицательное влияние на организм. Одним из таких проявление это коморбидность сахарного диабета и бронхиальной астмы. Некоторые эндокринные нарушения, включая сахарный диабет (СД) и ожирение, были идентифицированы как важные факторы, влияющие на распространенность БА. Распространенность бронхиальной астмы за последние 50 лет возросла. Сахарный диабет представляет собой также серьезную медико-социальную проблему.

Цель исследования: оценить маркеры воспаления течения БА у больных с СД типа 2. Материалы и методы исследования. Было обследовано 90 пациентов с СД и БА, получившие лечение в отделении пульмонологии и эндокринологии. Пациенты были разделены на 3 группы. 1-группа пациенты с Сахарным диабетом 2 типа, 2-группа пациенты с Бронхиальной астмой и 3- группа пациенты с сахарным диабетом и бронхиальной астмой.

Результаты и обсуждение: Исследование лептина показало, что у больных III группы показатели лептина достоверно повышены и достигали $56,5 \pm 28,74$ нг/мл. Показатели I группе составили $27,5526 \pm 22,911$ нг/мл и II группе $54,8606 \pm 27,53$ нг/мл. В III группе уровень лептина были достоверно повышены по сравнению со I и II группой. ($P \leq 0,05$). Исследование Иммуноглобулина E показало, так, у больных I группы ($86,7020 \pm 116,93$ IU / ml), были значительно ниже ($P < 0,05$) аналогичных по-

казателей у пациентов контрольной группы (II группы $122,8242 \pm 157,69$ IU / ml и III группы $235,45 \pm 453,8$ IU / ml). Также отмечались изменения в эозинофилах в общем анализе крови. Уровень эозинофилов III группе составил $(1,4261 \pm 1,860 \%)$ что ниже нормы, а в контрольной (I группы $2,621 \pm 1,7718 \%$ и III группы $2,39 \pm 1,72 \%$). ($P < 0,05$).

6. ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГАУЗ «Городская клиническая больница» №2 г. Челябинск

Ксенофонтова Н.В., Захарова И.А., Поздеева О.Г.

Цель: Изучение факторов риска тяжелого течения инфекции COVID-19 у пациентов с коморбидной патологией. **Материалы и методы.** Обследован 191 пациент с перенесенной новой коронавирусной инфекцией с наличием гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета (СД) и без коморбидной патологии (средний возраст $64,1 \pm 1,1$ года), находящихся под диспансерным наблюдением в ГАУЗ «Городская клиническая больница №2 г. Челябинск». Статистический анализ производился с использованием программы Statistica 12.

Результаты: Средний возраст пациентов 1-й группы (страдающие ГБ) составил $64,1 \pm 1,1$ года, пациентов 2-й группы (страдающие СД) – $63,1 \pm 1,6$ года, пациентов контрольной группы (без коморбидной патологии) – $60,0 \pm 1,0$ год, без достоверных различий. Во всех трех группах преобладали женщины: 64,1%, 66,7% и 64,0% соответственно. В 1-й группе средняя площадь поражения поверхности легких у мужчин и женщин достоверно не различалась и составила $35,1 \pm 2,1\%$ и $30,8 \pm 1,7\%$ соответственно. В группе без коморбидной патологии аналогичные показатели статистически значимо ниже и составили соответственно $24,1 \pm 2,0\%$ и $24,1 \pm 2,1\%$. Однако у пациентов, страдающих сахарным диабетом, выявлены различия между показателями в зависимости от пола – $15,7 \pm 1,8\%$ у мужчин и $38,7 \pm 1,9\%$ у женщин соответственно ($p < 0,05$), причем средний процент поражения легких у мужчин 2-й группы самый низкий среди мужчин трех групп, а аналогичный показатель у женщин, наоборот, самый высокий среди женщин трех групп ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что факторами риска более тяжелого течения новой коронавирусной инфекции являются наличие сахарного диабета и женский пол пациента.

7. ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЫ С АНТИГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ (ДИАСКИНТЕСТ) В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.

Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента
Здравоохранения города Москвы

Макарова Н.В., Гунтупова Л.Д.

При ревматоидном артрите (РА) требует проведение дифференциальной диагностики – исключения туберкулеза или установления факта поражения органов дыхания, характерного для висцеральных легочных проявлений РА (ВЛПРА). Важно оценить

значимость пробы с Диаскинтестом(ДСТ) в дифференциальной диагностике. В МНПЦ БТ ДЗМ с 2008 г. по 2024 г. наблюдали 35 пациентов с ревматоидным артритом и висцеральными изменениями в легких; женщин – 24 (68,6%). Средний возраст 60,6 лет. Пациенты обследованы согласно методическим рекомендациям по скринингу и дальнейшему мониторингу для исключения туберкулеза. Длительность наблюдения – от 1 года до 11 лет. Положительный результат пробы с ДСТ имели 6 человек (**17.14%, 95%ДИ=[4,21:30,08]**), диагностирована латентная туберкулезная инфекция, всем проведена превентивная противотуберкулезная терапия. ВЛПРА подтверждены гистологически в материале хирургически резецированной легочной ткани у 10 пациентов (28,6%). Из них у 1 (10%, 95%ДИ=[-11,14:31,14]) отмечена гиперергическая проба с ДСТ. У остальных 25 пациентов диагноз ВЛПРА основан на характерной клинико-рентгенологической картине: среди 9 пациентов (25,7%) имели место как типичная КТ-картина, так и исключение туберкулеза при малоинвазивных методиках (у 8 при проведении ФБС с ЧББЛ и анализом БАЛ и у одного проведена плевральная пункция), из них у 3 (33,33%, 95%ДИ=[-2,21:68,88]) проба с ДСТ положительная; а у 16 пациентов (45,7%) подтверждение ВЛПРА основано только на характерной КТ ОГК, из них 2 пациента с положительной пробой с ДСТ (12,5% 95%ДИ=[-5,03:30,03]). Диагностической значимостью в дифференциальном поиске ВЛПРА по полученным данным проба с ДСТ не обладает (ОШ=0,44 при 95% ДИ 0,05-4,37): положительная проба с ДСТ не позволяет исключить ревматическое поражение легких.

8.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Казак И.К., Долгиева М.Н., Ахметжанова Ш.К.

Цель: изучить клинико-лабораторные показатели пациентов с COVID-19 – ассоциированной пневмонией

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней 74 пациентов с диагнозом COVID-19 ассоциированная пневмония. Возраст пациентов в среднем был $55,5 \pm 7,0$ лет. Из них было 55,4% мужчин и 44,6% женщин. У 66,5% пациентов было подтверждено наличие вируса SARS-Cov-2, а у 33,5% пациентов диагноз был поставлен по клинико-эпидемиологическим параметрам.

Результаты: клиническая картина заболевания характеризовалась наличием пневмонии средней степени тяжести у 39 (52,7%), тяжелой степени у 35 (47,3%). Большинство исследуемых пациентов – 66 (89,2%) имели сопутствующую патологию. Показатели общего анализа крови: у 50% и более пациентов наблюдалась лимфопения, гранулоцитоз у 49,3%, лейкоцитоз у 9,5%, лейкопения у 17,6%, гемоглобин и эритроциты имели снижение у 17,6 %, тромбоцитопения наблюдалась у 48,4% пациентов. У 90% пациентов отмечалось ускоренная СОЭ, среднее значение 31 мм/ч (у женщин – 34, у мужчин – 27 мм/ч). Маркеры воспаления повышены, ИЛ-6, в среднем 31,8 пг/л, С-реактивный белок, в среднем 34,58 мг/л. Уровень прокальцитонина составил 0,4 нг/мл. Ферритин был повышен у женщин в 2,5 раза, а у мужчин в 1,1. Д-димер был повышен, составил в среднем 0,9 мг/л, среднее значение фибриногена – 4,1 г/л.

Выводы: изменения гематологических показателей зависели от степени тяжести пневмонии, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. В крови отмеча-

лось уменьшение лимфоидных клеток, отсутствие реактивного лейкоцитоза, высокие показатели маркеров воспаления, тромбоцитопения.

9.

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА ПРИ ТУПОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

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

Ермилов О.В. – 1, 2; Третьяков М.А. – 1; Бочарова М.А. – 2; Третьяков А.Ю. – 1.

Актуальность проблемы обусловлена значительным ростом травм (в т. ч. тупых закрытых) грудной клетки (ТЗТ ГК) в связи с военными действиями в Белгородской обл. Включено 17 пациентов, 12 мужчин (36 [22-60] лет), 5 женщин (47[19-56] лет). Вид травмы: закрытая минно-взрывная травма (ЗМВТ) ГК – 14, падение с высоты – 2, ДТП – 1. Характер повреждения легких: ушиб легких – 8, закрытый пневмоторакс – 2, гемоторакс – 1, разрыв легких с ушибом, гемотораксом, подкожной эмфиземой и пневмомедиастинумом – 6. Локализация разрыва легких: в средней части – 4, в околопозвоночной части – 2. Степень десатурации: <90% – 9, <85% – 6, >94% – 2. Перелом ребер – 12, ключицы – 2, переломы ребер и ключицы – 3. Сопутствующая черепно-мозговая травма (ЧМТ) – 5, ТЗТ сердца (С) – 10, сочетание ЧМТ+ТЗТС – 2. КТ картина ушиба -матовое стекло / узлы / консолидации не соответствующие анатомическим границам доли (8) в сочетании с субплевральными участками относительно сохранной паренхимы – 2, осложнения ушиба легких у 6: вторичная пневмония – 5, ОРДС -1. Вариант разрыва легких: гемато-пневмоцеле – 4, гематома – 2 с КТ признаком уплотнения. Структура тяжести ТЗТС: I класс с характеристиками неспецифического изменения сегм. ST / з. Т – 3, персистирующая синусовая тахикардия -2, суправентрикулярная экстрасистолия – 2; II класс с синоатриальной (1), АВ-1 ст. – 2, АВ-2 ст. (Мобитц-1 – 1, Мобитц 2 с переходом в полную блокаду – 2), внутрижелудочковая блокада 1; III класс с эпизодом устойчивой мономорфной желудочковой тахикардии – 2; V класс – травматическая диссекция с окклюзией передней нисходящей артерии и ИМпST 1- 1. Кроме того имел место 1 случай ИМбпST второго типа на фоне ОРДС. Данный клинический материал демонстрирует высокую частоту сочетания ТЗТ ГК с ТЗТС и их взаимное отягощение.

10.

ИНДАПАМИД/ПЕРИНДОПРИЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И АГ НА ФОНЕ БРОНХИТИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ХОБЛ

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

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

Цель работы: изучение эффективности лечения частой коморбидной патологии – ХОБЛ в сочетании с ИБС, АГ при применении индапамида/периндоприла на фоне базисной терапии в сравнении после КС и консервативной терапии.

Материалы и методы: исследование проводилось в ОБУЗ «КОМКБ» г.Курска у 132 пациентов: 1 группа – 45 коморбидных пациента с ИБС, АГ, ХОБЛ после КАГ и коронарного стентирования (КС). 2 группа – 42 пациента с коморбидной патологией

без хирургической реваскуляризации сердца. Контрольная группа (3 группа) – 45 больных ИБС, АГ без ХОБЛ после КС. Все больные после КАГ получали индапамид/периндоприл в дозе 2,5/10 мг 1 раз в сутки на фоне общепризнанной базисной терапии ИБС, ХОБЛ сроком 3 месяца.

Результаты: через 3 месяца установлена нормализация АД, выраженное снижение СРПВ в 1 группе с $14,2 \pm 0,28$ до $9,12 \pm 0,14$ м/с ($p < 0,01$), во 2 группе с $14,8 \pm 0,32$ до $13,6 \pm 0,28$ м/с ($p > 0,05$), в 3 группе с $10,08 \pm 0,2$ до $8,8$ м/с ($p < 0,03$). Индекс аугментации (AI) уменьшился в 1 группе с $1,16 \pm 0,04$ до $1,1 \pm 0,03$ ($p < 0,01$) и в 3 группе с $1,2 \pm 0,02$ до $1,0 \pm 0,02$. Констатирована нормализация СДЛА в 1 и 3 группах, во 2 группе СДЛА $28,9 \pm 3,2$ мм.ртст. Установлена депрессия недостаточной вазодилатации плечевой артерии в 1 группе с 62 до 20% ($p < 0,01$), во 2 группе – с 68 до 62% ($p > 0,05$), в 3 группе – с 58 до 34% ($p < 0,03$). Снизилось количество выделяемой мокроты с $98,5 \pm 4,3$ до $35,4 \pm 2,2$ мл/сут после КС ($p < 0,01$), во 2 группе с $78,3 \pm 5,1$ до $60,2 \pm 4,2$ мл/сут ($p < 0,04$). Уменьшено количество приступов стенокардии в контрольной группе на $14 \pm 1,4\%$ ($p < 0,03$), а после КС на $30 \pm 2,2\%$, а во 2 группе на $21 \pm 1,6\%$. Увеличились показатели ФВД, нормализовались газы крови в 1 группе после КС.

Выводы: пациентам с ИБС, АГ в сочетании с ХОБЛ бронхитического фенотипа целесообразно раннее назначение терапии индапамида/периндоприла.

11.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького МЗ РФ

Бедак А.С., Зейналова А.А., Шевченко Д.Ф.

Цель: изучить наличие и частоту коморбидных заболеваний у пациентов с саркоидозом органов дыхания, которые находились на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении ГБУ ДНР «РКБ им.М.И.Калинина», г.Донецк.

Материалы и методы: проанализировано 210 историй болезни пациентов с саркоидозом органов дыхания. Средний возраст больных составил $43,5 \pm 3,4$. Среди них 187 больных со 2-3 стадиями заболевания, 14 – 1-ой, 9 – 4-ой. Мужчин 30,5%, женщин 69,5%. Курильщики 20%. Длительность заболевания в среднем составляла $8,1 \pm 3,4$ лет. У 167 (79,5%) диагноз саркоидоза был подтвержден морфологически.

Результаты: Экстрапульмональные поражения диагностированы у 160 больных (76,9%). Среди них преобладали поражения кожи – 22,8%, периферических лимфоузлов 14,3%, печени 20,4%. Более чем у 60% больных наблюдалась коморбидная патология. Из сопутствующих заболеваний по данным историй болезни доминировала патология желудочно-кишечного тракта (27%), сердечно-сосудистой системы – 20%. Среди них гипертоническая болезнь у 25 человек, ишемическая болезнь сердца – 17, синдром раздраженного кишечника – 29, патология печени – 7. Сопутствующие заболевания органов дыхания встречались у 13%, сахарный диабет – 9%, ожирение – 4%. патология щитовидной железы – 5%, остеоартроз – 4%.

Выводы: по данным изучения историй болезни пациентов с саркоидозом установлено, что коморбидная патология встречается более чем у 60%. Наиболее часто – это заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

12.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ТЯЖЕСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ

Яушев М.Ф., Алексеев А.А., Лысенко В.А.

Цель исследования: выявить факторы туберкулезного процесса, негативно влияющие на ХОБЛ

Материалы и методы: Обследованы 87 больных активным туберкулезом, находившихся на стационарном этапе лечения. Критериями включения были: активный туберкулез легких (ТБЛ); наличие ХОБЛ (отношение ОФВ1/ФЖЕЛ после бронходилатационной пробы <70%, длительное курение сигарет). В группе преобладали больные инфильтративным (51,7%) и фиброзно-кавернозным ТБЛ (33,3%). Лица мужского пола составили 91,9%, средний возраст – 49,8±11,0 лет. Деструктивный ТБЛ выявлен у 69 (79,3%) больных, бактериовыделение – у 59 (67,8%). Тип А ХОБЛ выявлен у 31,0% и В – у 56,3%. Среднетяжелая ХОБЛ выявлена у 66,7%, тяжелая – у 20,7%. Стаж курения сигарет составил 31,7±13,2 года. Наряду со стандартным обследованием больных ТБЛ – лучевым, микробиологическим, биохимическим, проведена спирометрия и боди-плетизмография. Диффузная эмфизема (локализация булл во всех долях) выявлена у 53,7% больных, мультифокальная – у 35,8%, фокальная – у 10,4%.

Результаты: Основным негативным фактором, влияющим на тяжесть сопутствующей ХОБЛ, является хронический характер ТБЛ. При хроническом ТБЛ и рецидиве в сравнении с новым случаем туберкулеза достоверно чаще выявлялись тип Е ХОБЛ – 28,6% (в сравнении с 4,5%), в то время как тип А встречался гораздо реже – 9,5% (против 45,5%). Негативными факторами, влияющими на ХОБЛ, но не связанными с ТБЛ, являются распространенность эмфиземы, стаж курения и количество выкуриваемых сигарет. Выраженность деструктивного процесса в легких, характер бактериовыделения, распространенность туберкулеза не оказывают прямого влияния на тяжесть сопутствующей ХОБЛ.

13.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России

Пашкевич А.В.

Цель исследования: Изучить клиничко-инструментальные особенности сочетанного течения бронхиальной астмы (БА) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материалы и методы: В исследование были включены 50 пациентов для проведения сравнительного анализа. В первую группу вошли 25 пациентов, страдающий сочетанной патологией БА и ГЭРБ, медиана возраста составила 49 [54; 59] лет. Во вторую группу сравнения вошли 25 пациентов с изолированной БА, медиана возраста составила 55 [51; 60] лет. В исследуемых группах проводилась оценка контроля заболевания с использованием теста по контролю над астмой (АСТ), и спирометрия. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета

программ StatSoft Statistica. Для анализа данных использовались непараметрические методы статистики, проведено попарное сравнение групп с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты: При оценке контроля бронхиальной астмы в исследуемых группах с помощью теста по контролю над астмой (АСТ) определено, что у пациентов 1 группы контроль бронхиальной астмы хуже, чем во 2 группе. В 1 группе по тесту АСТ было 15 [13; 19] баллов, во второй группе 21 [18; 25] балла, $p < 0,05$. При сравнении показателей спирометрии между группами определены следующие результаты-ФЖЕЛ в 1 группе 76% [78; 91], во второй группе 80% [74; 90], $p = 0,1$. В 1 группе ОФВ1- 50% [44; 67], во 2 группе – 83% [79; 89], $p < 0,05$. В 1 группе ОФВ1/ФЖЕЛ-80% [76; 89], во 2 группе 88% [78; 89], $p < 0,05$. У больных 1 группы по сравнению со 2 группой отмечаются более низкие параметры показателей ОФВ1, что свидетельствует о более выраженной бронхобструкции у данных пациентов.

Заключение: Выявлено что сочетанное течение БА и ГЭРБ у пациентов проявляется более плохим контролем бронхиальной астмы и более низкими показателями функции внешнего дыхания.

14.

ОЦЕНКА ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Центральный НИИ туберкулёза, г. Москва

Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И.

Цель: Изучение предикторов развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП), ассоциированных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 2 группы больных: Основная: 109 больных пневмонитом, сочетанных с ИБС; группа сравнения: 98 больных без ИБС.

Результаты: Хроническая сердечная недостаточность достоверно чаще регистрировалась у больных основной группы =30,27%, чем у больных группы сравнения =14,28%, $p < 0,05$. Предикторами ХСН в 2 группах явились: возраст >66,7 лет (у больных основной группы: $66,7 \pm 0,8$; в группе сравнения: $67,8 \pm 1,1$ лет); продолжительность ГСП >9,6 лет (соответственно: $9,6 \pm 0,6$ и $10,1 \pm 0,9$ лет); снижение SaO_2 в покое <85% ($85,1 \pm 4,3$ и $85,5 \pm 3,8$); расстояние, пройденное за 6 мин (6 МТ) <308,7 метров ($308,7 \pm 11,3$ и $312,5 \pm 7,4$), десатурация во время 6 МТ: $\Delta SpO_2 > 5,8$ % ($5,8 \pm 0,2$ и $5,9 \pm 0,5$); выраженность фиброза на КТ >2 баллов шкалы Kaseoroni: $2,1 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,3$; уменьшение диффузии (DLCO) <35,7% ($35,7 \pm 6,3$ и $36,4 \pm 3,9$); изменение показателей эхокардиографии -увеличение диаметра (D) правого предсердия >5,12 см ($5,12 \pm 0,9$ и $5,11 \pm 1,8$); срединного D правого желудочка > 3,58 см: $3,58 \pm 0,2$ и $3,47 \pm 0,8$; повышение систолического давления в легочной артерии >35 мм рт ст: $35,08 \pm 3,7$ и $33,9 \pm 7,8$. У пациентов основной группы зафиксированы факторы, влияющие на тяжесть ХСН по шкале ШОКС, $p < 0,05$ %: гипертрофия левых камер сердца (утолщение межжелудочковой перегородки: $1,27 \pm 0,1$ и задней стенки левого желудочка: $1,26 \pm 0,3$), развитие систолической и диастолической дисфункции левого желудочка.

Выводы: Раннее выявление предикторов ХСН у больных гиперсенситивным пневмонитом необходимо для своевременной диагностики сердечной недостаточности, разработки алгоритмов рационального лечения этой категории больных.

15.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Центральный НИИ туберкулёза, г. Москва

Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И.

Цель исследования: Изучение клинических, функциональных показателей, структурных особенностей миокарда у больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП) и ИБС, осложненных сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Обследовано 2 группы больных: Основная группа – 109 больных пневмонитом и ИБС, ассоциированных с ХСН и группа сравнения: 98 больных гиперсенситивным пневмонитом с ХСН без кардиальных заболеваний. В исследовании не включены пациенты с ХСН IV ст. Проведена оценка клинических симптомов, функциональное исследование, КТ лёгких, ЭХО-кардиография, изучение параметров сосудистой жесткости.

Результаты: ХСН выявлена у 30,27 % больных основной группы и у 14,28% пациентов «изолированным» ГСП, $p < 0,05$. У больных, ассоциированных с ИБС наблюдалась большая интенсивность одышки: $3,62 \pm 0,2$ балла шкалы MRC, выраженности ХСН шкалы ШОКС $4,18 \pm 0,05$ в сравнения с аналогичными параметрами у пациентов без ИБС: $2,28 \pm 0,2$ и $3,54 \pm 0,01$, $p < 0,05$. Снижение функциональных показателей при ИБС достоверно: ФЖЕЛ: $52,8 \pm 8,3$ и $69,8 \pm 5,5\%$; ОФВ-1= $22,6 \pm 2,3\%$ и $39,7 \pm 4,9$; DLCO= $44,6 \pm 10,2$ и $58,9 \pm 7,4$; $p < 0,05$. Статистических различий показателей скорости пульсовой волны в аорте (срPWao) и отраженной волны (RWTT) между группами не отмечено. Лёгочная гипертензия $49,6 \pm 5,4$ и $44,3 \pm 6,2$ мм рт ст, дилатация правого желудочка $3,1 \pm 0,04$ и $2,8 \pm 0,1$ см наблюдались у пациентов обеих групп; структурные изменения левого желудочка (ЛЖ) -только в основной группе: у больных ИБС и АГ-концентрическая гипертрофия, у пациентов постинфарктным кардиосклерозом – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.

Выводы: Изучение параметров сердечной недостаточности у больных ГСП и ИБС, необходимо для разработки лечебных программ, устраняющих симптомы болезни, улучшения прогноза интерстициального и кардиального заболевания.

16.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ

Центральный НИИ туберкулёза, г. Москва

Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И.

Цель исследования: Изучение прогноза у больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП), ассоциированных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования 321 больных ГСП. Пациенты разделены на две группы: Основная: 208 больных ГСП с ССЗ; группа сравнения: 113 больных гиперсенситивным пневмонитом без сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты: Заболевания сердечно – сосудистой системы диагностированы у 64,8 % больных ГСП. Больные основной группы были старше: $69,8 \pm 2,3$ лет, чем пациенты

группы сравнения: $57,4 \pm 1,5$ лет, $p < 0,05$. Показатели индекса Charlson (Ind.Charlson) соответственно: 2,96 и 1,74 балла. Корреляционный анализ выявил статически значимые ($p < 0,05$) связи между Ind. Charlson и возрастом больных ($r = 0,646$ у больных основной и $r = 0,539$ в группе сравнения), уровнем систол. Р в лёгочной артерии ($r = 0,598$ и $r = 0,486$), площадью фиброзирования по шкале Warrick: $r = 0,738$ и $r = 0,632$; показателями диффузии DLCO: $r = 0,528$ и $r = 0,478$. У пациентов ГСП и ССЗ, отмечена корреляция средней силы между Ind.Charlson и суточным количеством пароксизмов фибрилляции предсердий $r = 0,375$; показателями шкалы сердечной недостаточности (ШОКС) $r = 0,402$, толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) $r = 0,366$ и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) $r = 0,411$, параметрами жесткости сосудов (срPWao): $r = 0,408$; толщиной комплекса интима медиа брахиоцефальных сосудов (ТКИМ), $r = 0,368$.

Выводы: 1. Сердечно-сосудистые заболевания диагностированы у 2/3 пациентов ГСП; наличие ССЗ повышает риск фатальных событий. 2. Раннее выявление факторов риска, оценка сопутствующих состояний с использованием индекса Charlson позволяет оптимизировать проведение лечебно-профилактических мероприятий у этой категории больных.

17.

ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС)

Центральный НИИ туберкулёза, г. Москва

Медведев А.В., Абубикиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И.

Цель исследования: Сравнение эффективности назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА II) при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных гиперсенситивным пневмонитом (ГСП).

Материалы и методы: Обследовано 135 больных ГСП с ИБС. Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 41 больного (30,37%). При лечении ХСН сформировано две группы больных: Основная группа: 20 пациентов, использовавших эналаприл 20 мг/сут+ торасемид 10 мг/сут; группа сравнения: 21 больной, получавших комбинацию торасемид 10 мг/сут+ кандесартан 32 мг/сут.

Результаты: В результате 24 недельной терапии снижение NT-pro BNP, значений шкалы сердечной недостаточности (ШОКС), увеличение дистанции, пройденной за шесть минут, уменьшение интенсивности одышки по шкале mMRC, увеличение мгновенного объема форсированного выдоха (ОФВ1) и показателей диффузии (DLCO) отмечено в обеих группах без достоверного различия показателей. Уменьшение суточной ишемии миокарда в динамике (Δ)=20,8 мин у пациентов группы сравнения и Δ 10,5 мин в основной группе, $p < 0,05$. Отмечено увеличение фракции систолического укорочения передне-заднего размера левого желудочка (ЛЖ) + 6,3% в группе использующих кандесартан и + 1,7 %, при назначения эналаприла, $p < 0,001$. Снижение диастолической дисфункции: изменение DT ЛЖ, E/A, IVRT более выражено при назначении АРА II.

Выводы: Снижение клинических проявлений хронической сердечной недостаточности, улучшение функциональных показателей, показателей эхокардиографии, доказывают возможность использования кандесартана в качестве средства, восстанавливающего диастолическую функцию левого желудочка и кардиотропного препарата с органопротективным действием.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

18.

ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

1 – ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова», г Петрозаводск,
2 – Медицинский институт имени профессора А.П. Зильбера, г Петрозаводск,
3 – Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Люлю И.В. – 1, Моховиков Г.И. – 1, Везикова Н.Н. – 2, Козлова Я.И. – 3

Актуальность: Тяжелая бронхиальная астма (ТБА) остается одной из актуальных медико-социальных проблем. Клинико-лабораторные характеристики пациентов и коморбидная патология должны быть учтены при выборе терапевтических стратегий.

Цели исследования: оценить особенности течения и структуру коморбидной патологии у пациентов с тяжелой БА в Республике Карелия.

Материалы и методы: В исследование включили 59 пациентов с ТБА, средний возраст $56,6 \pm 9,9$ лет, женщин – 40 (68%). Все пациенты получали терапию 5 степени согласно клиническим рекомендациям и рекомендациям GINA. Оценивали данные анамнеза, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Использовали опросник АСТ.

Результаты: Средняя длительность течения бронхиальной астмы составила $18,1 \pm 9,8$ лет. БА с фиксированной стойкой обструкцией установили у 31(52%) пациентов, атопическую у 25 (42%), гормонозависимую – у 15(15%). Обострения БА, потребовавшие госпитализации за предшествующий год зарегистрировали у 17 (28%). Абсолютное количество эозинофилов в сыворотке крови составило 213 [45; 379] кл/мкл. Т2-эндотип воспаления установили у 56(94%) пациентов. Отмечено выраженное снижение ОФВ1–75 [52; 98]%. Неконтролируемое течение заболевания было у 38(64%) пациентов. Среднее количество баллов согласно АСТ-тесту составило $14 \pm 5,5$ баллов. Т2ассоциированные заболевания установили у 49 (83%) пациентов. Структура Т2-ассоциированных коморбидных заболеваний: аллергический ринит – 77% (46 человек), хронический риносинусит с назальными полипами 33%(20 человек), атопический дерматит– 8% (5 человек).

Выводы: Для пациентов с ТБА в Республике Карелия характерны неконтролируемое течение заболевания, Т2-эндотип воспаления и преобладание Т2-ассоциированных заболеваний в структуре коморбидной патологии.

19.

ДИНАМИКА ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИМПУЛЬСНОГО НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ПОЛЯ

Владивостокский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, г. Владивосток, Россия

Рожкова Н.Д., Антонюк М.В.

У больных бронхиальной астмой (БА) важным методом оценки наличия спазма дыхательных путей и эффективности проводимой терапии является измерение пиковой скорости выдоха (ПВС). Одним из перспективных направлений физиолечения является применение импульсного низкочастотного электростатического поля (ИНЭСП), оказывающее противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое и противоотечное действие.

Цель: оценить динамику ПСВ в процессе восстановительного лечения больных БА с применением ИНЭСП. В исследовании участвовали 14 больных БА легкой и средней степени тяжести, частично контролируемого течения (средний возраст $54,36 \pm 13,61$ лет). Контроль БА оценивали тестом ACQ-5, функцию внешнего дыхания (ФВД) – механическим пикфлоуметром. Измерение ПСВ проводили ежедневно перед и после проведения процедуры ИНЭСП, трижды, соблюдая одинаковые условия, выбирали усредненное наилучшее значение. Терапия включала фиксированный экстрамелкодисперсный ингаляционный препарат и 10 ежедневных процедур ИНЭСП по разработанной авторской методике (ЭЛГОС, Россия), общее время воздействия 30 мин. После курса лечения у пациентов улучшилось самочувствие, снизилась одышка при физической нагрузке, уменьшилась потребность дополнительного приема ингалятора. На достижение контроля БА указывало снижение ACQ теста до $0,75 \pm 0,64$. Отмечался ежедневный прирост ПСВ, составлявший до лечения $422,63 \pm 69,99$ мл. Выявлено увеличение ПСВ от должных величин с 88,67% до 94,65% ($p < 0,004$). Ежедневный мониторинг показал, что наибольший прирост ПСВ наблюдался на 3-й и 7-й день терапии. После завершения курса ИНЭСП уровень ПСВ вырос до $442,11 \pm 70,99$ мл ($p < 0,015$).

Заключение: Полученные результаты демонстрируют положительную динамику ПСВ, что свидетельствует об улучшении ФВД и достижении контроля БА у пациентов, получавших ИНЭСП.

20.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТА С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ПОЛИИАНГИИТОМ (ЭГПА) НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕПОЛИЗУМАБОМ

ГБУЗ ГКБ им С.С. Юдина ДЗМ

Андреев Ю.Ю., Камелева А.С., Костинова А.М., Качнова А.С., Дорофеева И.В., Княжеская Н.П.

Пациент П. 35 лет в течение 2ух лет наблюдался с ТБА. В связи с неконтролируемым течением БА, обратился на консультацию к аллергологу в декабре 2023г. Анамнестически пациент связывает начало заболевания с перенесенной вирусной пневмонией в 2021г. В качестве ежедневной базисной терапии использует реледжи эллипта (Вилантерол/умеклидиния бромид/флутиказон фуроат) 22/55/184 – по 1

вдоху 1 р/сут + монтелукаст. Симптоматически при затруднении дыхания применяет сальбутамол. На фоне терапии одышка 3-6 р/неделю, толерантность к физической нагрузке значительно снижена, жалуется на одышку при физической нагрузке, mMRC – 2, отмечает ночные пробуждения – 1-2р/неделю. В анамнезе госпитализаций с обострением Бронхиальной Астмы – нет. Курение/профессиональные вредности: отрицает Аллергоанамнез: неотягощен. В течение 2-х лет у пациента наблюдается с гиперэозинофильный синдром, в КАК эозинофилы 1600кл/мкл – 23%, в анамнезе до 2200 кл/мкл 30% На КТ ОГК от 17 02 23: КТ признаки перибронхиальных и плевропультмональных уплотнений базальных отделов легких по типу матового стекла, фиброзные изменения легких. КТ 1 На спирометрии от декабря 2023, исходно нарушение вентиляционной функции легких по обструктивному типу КБД – положительный, +12% Индекс Генслера после бронхолитика О 77% (исходно 70). ОФВ1 – 67% (исходно 55%). КБД (+12%). По итогам консультации было рекомендовано обследование по поводу гиперэозинофильного синдрома, рекомендована консультация ревматолога. Учитывая наличие у пациента ТБА, неконтролируемого течения, эозинофилию до 30%, летучие легочные инфильтраты по типу матового стека в анамнезе от 2021 и 23г, сопутствующий полипозный риносинусит у пациента был диагностирован Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом, ANCA негативный с поражением верхних дыхательных путей (полипозный риносинусит) и легких (бронхиолит, бронхиальная астма, матовое стекло). Эозинофилия. Пациент был совместно консультирован с доцентом кафедры пульмонологии ФДПО, кмн Н.П. Княжеской, к лечению рекомендовано добавить меполизумаб (Нукала) 300 мг 1 раз в месяц. При первичной оценке эффективности таргетной терапии меполизумабом 300 мг (нукала), через 4 месяца, пациент отмечает выраженную положительную динамику, ACQ5 –1. АСТ – 19. На спирометрии: исходно нарушение вентиляционной функции легких по обструктивному типу легкой степени КБД +8% Индекс Генслера после бронхолитика – 85% (исходно 78). ОФВ1 – 85% (исходно 77%). В дальнейшем наблюдении в течение 10 месяцев, пациент демонстрирует значимое улучшение функции внешнего дыхания, достижение высокого уровня контроля над симптомами БА. Отмечает увеличение толерантности к физической нагрузке. Снижение уровня эозинофилов периферической крови

Вывод: учитывая высокие риски побочных эффектов от применения системных глюкокортикостероидов, необходимо рассматривать возможность применение таргетной терапии Меполизумабом у пациентов с тяжелой бронхиальной астмой и ЭГПА. Анти ИЛ-5 терапия Меполизумабом продемонстрировала высокую эффективность у пациента с тяжелой бронхиальной астмы на фоне ЭГПА

21. ДИЗРЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владивостокский филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения

Кондратьева Е.В., Виткина Т.И., Шадрин И.Ю.

Цель работы: установление особенностей функционирования Т-клеток и проапоптотических процессов при бронхиальной астме.

Материалы и методы: В исследование вошли 68 человек – у 46 была лёгкая частично контролируемая БА, а 22 составили группу контроля. Средний возраст – 44±4,5

года. В исследовании анализировали популяции CD4+, CD8+ и T-регуляторных клеток, оценивали маркеры CD25+, CD95+, CD124+ и CD126+ на проточном цитометре BD FACSCanto II. Вычисляли медианы и квартили, статистическую значимость различий оценивали по критерию Манна-Уитни (критический уровень значимости (p) принимался при $p < 0,05$). Был вычислен процентный уровень показателей при БА относительно здоровых лиц, взятых за 100%.

Результаты: Исследование показало, что у лиц с БА относительно группы контроля снижается число T-хелперов на 26% ($p < 0,01$), CD8+ клеток становится больше на 22% ($p < 0,05$). Активация в обеих группах выше – у T-хелперов на 206% ($p < 0,001$), у CD8+ клеток на 243% ($p < 0,001$). Число T-регуляторных клеток снижено на 75% ($p < 0,001$). T-хелперы показывают усиление экспрессии IL-4R на 167% ($p < 0,001$) и IL-6R на 74% ($p < 0,001$). Количество CD8+CD124+ клеток выше на 329% ($p < 0,001$), а CD8+CD126+ клеток – на 27% ($p < 0,05$). CD4+CD95+ клеток становится больше на 60% ($p < 0,001$), а CD8+CD95+ клеток – на 346% ($p < 0,001$). Концентрация IL-4 выше на 13% ($p < 0,05$), IL-6 – на 59% ($p < 0,01$).

Выводы: 1. БА характеризуется ухудшением регуляторных механизмов (снижается количество T-регуляторных клеток) и усилением системного воспаления. Возрастает активация популяций CD4+ и CD8+ клеток, как и экспрессия ими рецепторов к IL-4 и IL-6, что может приводить к снижению контроля патологии и ухудшению состояния пациента. 2. При БА индуцируется процесс апоптоза среди T-клеток из-за усиления экспрессии ими Fas-рецептора.

22.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

КГП «Поликлиника № 4 г. Костанай»

Земцова Т.Б., Сейдахметова Д.К., Шаменова Е.Г.

Цели: Основная цель исследования — оценить осведомленность пациентов о бронхиальной астме, включая знание симптомов, факторов, провоцирующих приступы, методов лечения и профилактики. Также была поставлена задача выяснить понимание необходимости медицинской помощи и роли диагностических методов.

Материал и методы: Для этого было разработано анкетирование, состоящее из 10 тестовых и 2 не тестовых вопросов. Участвовали 28 человек, из них 5 страдали бронхиальной астмой. Анкета охватывала вопросы о симптомах астмы, провоцирующих факторах, лекарствах, мерах предосторожности, возможных осложнениях, необходимости медицинской помощи, изменениях в образе жизни, методах диагностики и использовании экстренного ингалятора. Ответы были проанализированы и представлены в виде процентного распределения. Результаты 17,9% участников имеют бронхиальную астму. 42,9% ответили положительно на вопрос о симптомах одышки или затруднения в дыхании. 82,1% респондентов правильно определили бронхиальную астму. 92,9% указали правильные симптомы и факторы, провоцирующие приступы. 50% упомянули противовоспалительные препараты, 42,9% – микробиологические препараты, 7,1% – витаминные комплексы. 78,6% рекомендовали избегать аллергенов. 96,4% правильно указали осложнения при недостаточном контроле астмы и 85,7% считают необходимым обращаться за медицинской помощью при удушье. 92,9% рекомендуют избегать курения, 50% правильно определили спирометрию как метод диагностики, а 96,4% – экстренный ингалятор для облегчения приступов.

Выводы: Результаты показывают высокий уровень осведомленности о бронхиальной астме среди участников. Однако значительная часть респондентов сталкивается с симптомами, указывающими на астму, что подчеркивает необходимость дополнительного образования по диагностике и управлению заболева

23.

ОСОБЕННОСТИ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

МСЧ УФСБ России по Ростовской области, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И..

Магний – важный микроэлемент. Нарушение гомеостаза магния играет существенную роль в развитии практически всех систем организма. Его дефицит среди населения встречается довольно часто, наряду с дефицитом йода, кальция, селена и цинка [Громова О.А, 2013]. Результаты научных исследований указывают на роль магния в патогенезе бронхолегочных заболеваний. Известно о влиянии ионов магния в патогенезе бронхиальной астмы (БА), так магний способен снижать уровень IL-5, IL-13 [Liang R., 2012]. По данным Лебедеенко А.А. [2021г.] снижение уровня магния может приводить к нарушению сократительной способности бронхов, активизируя аденилатциклазу, которая катализирует формирование циклического АМФ и предотвращает дегрануляцию тучных клеток, приводя к расслаблению гладкой мускулатуры бронхов. Коррекция дефицита магния у детей с БА приводила к снижению частоты использования бронхолитиков и обеспечивала повышение эффективности противовоспалительной терапии [Bede O., 2003].

Цель: оценить взаимосвязь дефицита магния со степенью тяжести течения заболевания. Материалы и методы: анкетирование с помощью опросника для установления дефицита магния (ЮНЕСКО), состоящего из 32 вопросов.

Полученные результаты: анкетирование прошли 26 человек: 10 женщин и 16 мужчин, из них 10 пациентов с легкой БА, 14 – среднетяжелого течения, 2 с тяжелой БА. Средний возраст опрошенных составил $41 \pm 0,23$ год. Умеренный дефицит магния отмечался у 15 (58%) опрошенных (у 2 с легкой формой, у 12 со среднетяжелой и у 1 с тяжелой БА), дефицит магния был у 3 (12%) человек (у 2 со среднетяжелой степенью и у 1 тяжелого), 8 (30%) пациентов относились к группе риска по дефициту магния (все пациенты с легким течением заболевания).

Выводы: дефицит магния чаще был ассоциирован со средней тяжелой и тяжелой степенью течения

24.

УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ДАННЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Приволжский исследовательский медицинский университет

Смирнова М.С., Николаева А.А., Савинчева А.С.

Цель исследования: Оценить уровень контроля над симптомами бронхиальной астмы (БА) по данным пульмонологического центра.

Материалы и методы: Проведено анкетирование пациентов с БА средней степени тяжести при консультативном осмотре в Городском пульмонологическом центре

ГБУЗ 28 г. Нижний Новгород в марте – апреле 2023 г. Обследованы 47 пациентов, из них 35 женщин. Возраст варьировал от 18 до 77 лет (в среднем составлял $61,7 \pm 13,8$ года). Для оценки контроля использовалась шкала Global Initiative for Asthma (GINA), предусматривающая выделение контролируемой, частично контролируемой и неконтролируемой БА. Пациенты заполняли также опросник по контролю симптомов астмы Asthma Control Questionnaire (ACQ-5). Выраженность симптомов в нем колеблется в интервале от 0 до 6 баллов, сумма баллов делится на число вопросов. При значениях ACQ-5 < 0,75 контроль считается полным; ACQ-5 > 0,75–1,5 – частичным; ACQ-5 > 1,5 – плохим. Результаты: По шкале GINA неконтролируемая астма регистрировалась у 16 (34,0%) пациентов, частично контролируемая у 23 (48,9%), полный контроль достигнут у 8 (17,0%). По опроснику ACQ-5 доля пациентов с плохим контролем была выше – 20 (42,6%). Частичный контроль отмечен у 22 (46,8%), и только у 5 (10,6%) контроль был полным.

Заключение: Среди проконсультированных в пульмонологическом центре пациентов с БА уровень контроля был недостаточным: полный и частичный контроль по шкале GINA достигнут лишь у 31 (66%), по ACQ-5 – у 27 (57,4%) больных. Использование вопросника ACQ-5 давало дополнительную информацию о течении заболевания и позволяло более полно оценить уровень контроля над симптомами БА.

25.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Мирхайдаров А.М., Мунасыпова А.Р.

Цель: дать клиничко-анамнестическую характеристику пациентов с впервые выявленной бронхиальной астмой (БА).

Методы: ретроспективно проведен анализ медицинских карт 27 пациентов 29-74 лет (средний возраст – $51,5 \pm 22,5$ лет) с впервые выявленной БА (диагноз установлен согласно критериям GINA) находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии в 2023 году.

Результаты: средняя продолжительность заболевания составила $12,7 \pm 14,5$ лет. Проживали в городе 18 (66,6%) человек, в сельской местности – 9 (33,4%), наличие профессиональных вредностей отмечали 13 (48,1%) человек, факт курения – 12 (44,4%) человек. Амбулаторно с диагнозом хронический бронхит наблюдались 10 (37,0%) пациентов, по поводу хронической обструктивной болезни легких – 17 (62,96%) пациентов. Все пациенты предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке, продуктивный кашель – 21 (77,7%) пациентов, сухой кашель – 2 (7,4%), свистящее дыхание – 16 (59,2%), приступы удушья – 13 (48,1%) пациентов. Отягощенная наследственность по БА выявлялась в 18,5% случаях, отягощенный аллергический анамнез – в 25,9%, аллергический ринит – в 7,4%, хронический полипозный риносинусит – в 14,8% случаях, коморбидная патология (ГБ, ИБС, СД, ЦВЗ, болезни ЖКТ) встречалась в 37,0% случаях.

Выводы: Отмечается недостаточная настороженность врачей в отношении характерных симптомов БА. Своевременная диагностика БА в первичном звене улучшит качество оказываемой медпомощи этой группе пациентов.

26.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Евтюшкина С.Н.

Цель: оценить качество жизни (КЖ) пациентов с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в периоды обострения и стабильного течения этих заболеваний.

Материалы и методы: показатели КЖ 27 пациентов с БА и 23 больных ХОБЛ оценивались с помощью специализированного опросника «Респираторный опросник больницы Святого Георгия» (SGRQ). Пациенты наблюдались в течение трех лет. Средний возраст пациентов в изучаемых группах не отличался ($61,7 \pm 2,6$ лет и $66,0 \pm 3,8$ лет, соответственно, $p > 0,005$). Исходно средний показатель ОФВ1 у пациентов с неконтролируемой БА и обострением ХОБЛ не различался ($57,0 \pm 1,6$ и $52,1 \pm 4,0\%$ Д соответственно, $p > 0,005$). Оценка показателей опросника обнаружила у больных с неконтролируемой БА большую выраженность по шкалам симптомы болезни ($75,5 \pm 2,0$ балл и $56,8 \pm 5,0$, $p < 0,05$), ограничение активности ($58,6 \pm 2,3$ и $40,0 \pm 5,2$, $p < 0,005$), влияние болезни на КЖ ($47,3 \pm 2,1$ и $35,5 \pm 4,6$, $p < 0,05$), чем у больных ХОБЛ. При динамическом наблюдении по достижению контроля над астмой у пациентов наблюдалось достоверное улучшение КЖ по всем шкалам опросника (в частности, общий показатель – $24,8 \pm 1,8$ против $55,4 \pm 1,8$ при неконтролируемом течении, $p < 0,05$). У пациентов с ХОБЛ в период ремиссии значимого улучшения КЖ по всем шкалам вопросника не было (общий показатель $37,4 \pm 5,3$ против $43,3 \pm 4,3$ при обострении, $p > 0,05$). Выявлены достоверные различия между показателями КЖ у пациентов с контролируемой БА и стабильным течением ХОБЛ по всем шкалам вопросника. Таким образом, найдены значимые отличия в КЖ у пациентов с БА по сравнению с пациентами с ХОБЛ только в период стабильного течения заболеваний, что может быть использовано как дополнительный маркер в дифференциальной диагностике этих хронических обструктивных заболеваний при динамическом наблюдении.

27.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

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

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

Цель: оценить качество жизни (КЖ) больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) после отмены генно-инженерных биологических препаратов (ГИБТ).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 40 больных ТБА (мужчин 33%) в возрасте от 31 до 72 лет (ср. возраст 54 года), которые получали стандартное лечение ИГКС/ДДБА±тиотропий±СГКС и ГИБТ (омализумаб – 4 чел, меполизумаб – 9 чел, бенрализумаб – 11 чел и дупилумаб – 16 чел) в течение 1-8 лет (ср. срок 2,1 года). Аллергический фенотип имелся у 73% пациентов, аспириновая астма у 20%,

гормонозависимая – у 40%, сопутствующая ХОБЛ – у 30% больных. Качество жизни пациентов оценивалось при помощи русскоязычной версии респираторного вопросника госпиталя Святого Георгия (SGRQ) исходно, в конце лечения ГИБТ и каждые 3 мес на протяжении года, у 30 больных – в течение 2 лет. Достигнутой клинически значимой разницей (КЗР) считали снижение общего балла SGRQ на ≥ 4 балла. Результаты: За период лечения ГИБТ больных ТБА общий балл SGRQ снизился с 44 до 32 ($p < 0,001$), что свидетельствовало об улучшении КЖ. КЗР была достигнута у 60% пациентов. После отмены биологической терапии общий балл SGRQ повышался и через 3, 6, 9 и 12 мес составил 35 ± 3 ($p < 0,01$ по сравнению с исходным), 37 ± 3 ($p < 0,05$), 38 ± 3 ($p < 0,05$), 39 ± 3 ($p > 0,05$) балла, соответственно. Через 15, 18, 21 и 24 мес общий балл SGRQ составлял 39 ± 4 , 40 ± 4 , 42 ± 4 и 45 ± 4 ($p > 0,05$ по сравнению с исходным). Через 12 и 24 месяца КЗР по улучшению КЖ у больных ТБА сохранялась у 33% ($p < 0,05$ относительно достигнутого при ГИБТ) и 23% ($p < 0,001$) соответственно.

Заключение: Через 3 месяца после отмены ГИБТ у больных тяжелой астмой КЖ начинало ухудшаться и через 12 мес не отличалось от исходного уровня. Доля пациентов с достигнутой в ходе ГИБТ КЗР по улучшению КЖ значительно снизилась через год после их отмены.

28.

ЗНАЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА ДЛЯ ВЫБОРА ИНГАЛЯЦИОННОГО УСТРОЙСТВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА ФОРМОТЕРОЛ/БУДЕСОНИД В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (АКЦЕНТ НА ТУРБУХАЛЕР)

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

Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Соболев А.Д., Захарова А.И., Раевский К.П.

Ингаляционная терапия – главный метод лечения БА. Не совсем ясен вопрос выбора ингалятора при обострении БА. Оправдан акцент внимания на турбухалер – средство доставки часто используемого препарата формотерол/будесонида. Доза полученного препарата в порошковых ингаляторах (ПИ) зависит от способности пациента создать адекватный пиковый инспираторный поток (ПИП). Ограничение ПИП ведет к снижению эффективности ингаляций.

Цель работы: определить значения ПИП для выбора ингалятора при обострении БА, акцентируя внимание на турбухалере.

Материалы и методы: обследован 71 больной: 20 – с полным и 23 – частичным контролем, 28 – с обострением БА. Терапия соответствовала Рекомендациям РРО. ПИП определялся на приборе In-Check DIAL G16 Clement Clarke International Limited (Великобритания). Результаты и обсуждение: При полном контроле БА уровень ПИП позволял большинству больных использовать любые ингаляторы. При утрате контроля субоптимальный ПИП (сПИП) при имитации фиксировался на турбухалере в 32%, при обострении БА сПИП в 68 % (на практике $\frac{1}{2}$ больных не могли развить достаточное инспираторное усилие для адекватного использования формотерола/будесонида). У части больных проведена смена ингалятора на рапихалер со спейсером. Результаты лечения на турбухалере и рапихалере к выписке и к 30-му дню наблюдения выявили сопоставимые результаты, однако клинико-функциональные показатели были выше при использовании рапихалера.

Вывод: При поступлении в стационар у всех больных с обострением БА предпочтительно применение небулайзерной техники и ДАИ (рапихалер со спейсером). В

дальнейшем выбор ингалятора должен быть персонифицирован на основе прямого измерения ПИП. При использовании формотерола /будесонида возможно возвращение к привычному для больного использованию ингалятора турбухалер.

29.

ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ГИБТ)

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная
клиническая больница»

Манжилеева Т.В., Куделя Л.М., Можина Л.Н., Хусаинова Е.С.

Цель: Оценить уровень контроля симптомов у пациентов с неконтролируемой тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) эозинофильного фенотипа на фоне применения бенрализумаба.

Методы: Проанализированы данные историй болезни 33 пациентов с тяжелой эозинофильной бронхиальной астмой, получавших таргетную терапию бенрализумабом. Под наблюдением находились 25 женщин (75,8%) и 8 мужчин (24,2%) в возрасте от 33 до 74 лет, средний возраст составил $59,2 \pm 5,9$ лет. У всех пациентов подтверждена Т2-зависимая бронхиальная астма (эозинофилы крови >300 кл/мкл и/или эозинофилия мокроты $>3\%$, частые обострения БА ≥ 2 раз в течение последнего года, сопутствующие заболевания: хронический полипозный риносинусит, аллергический ринит). Исходно, через 6 месяцев и через 1 год терапии бенрализумабом оценивали уровень контроля симптомов БА при помощи опросника АСQ-5.

Результаты: До начала ГИБТ ежедневные симптомы БА (экспираторная одышка, приступы удушья, хрипы в груди) отмечали 33 пациента, на ночные симптомы указывали 30 пациентов. У всех пациентов БА течение заболевания расценивалось как неконтролируемое, число баллов по шкале АСQ-5 составило $2,9 \pm 0,8$. На фоне ГИБТ контроль над астмой был достигнут у 26 пациентов с ТБА, частичный контроль – у 7 пациентов. Число баллов АСQ-5 снизилось до $0,91 \pm 0,23$ через 6 месяцев и до $0,59 \pm 0,14$ через 1 год. На фоне терапии отмечается уменьшение дневных и отсутствие ночных симптомов, улучшение качества жизни пациентов, нет вызовов скорой медицинской помощи, отсутствие обострений БА. При лечении пациентов ГИБТ отмечен благоприятный профиль безопасности, нежелательных явлений при лечении бенрализумабом не отмечено.

Выводы: При лечении бенрализумабом пациентов с эозинофильным фенотипом ТБА быстро уменьшаются клинические проявления, и достигается контроль над симптомами.

30.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ОСТРЫЙ ПЕРИОД COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
МЗ РФ, Н. Новгород пл. Минина и Пожарского д.10/1

Киселева Н.В. – 1, Тарловская Е.И. – 1, Болдина М.В. – 1.

Цель: изучить влияние коморбидной патологии у пациентов с бронхиальной астмой (БА) на тяжесть течения острого периода COVID-19.

Материалы и методы: Проанализировано 70 пациентов с БА, наблюдающихся на базе пульмонологического консультативного центра ГБ №28 Нижнего Новгорода, перенесших COVID-19. Средний возраст пациентов 61,33 ±11,3 лет (из них 64 (91,4%) женщин и 6 (8,6%) мужчин). Возраст установления диагноза БА 45,9 ±17,1 лет. 26 пациентов (37,1%) имели атопическую БА, 18 (25,7%) – неатопическую БА, 3 (4,3%) – аспириновую БА, 23 (32,9%) – смешанную. 48,6% исследуемых (n= 34) перенесли COVID-19 в легкой форме, 38,6% (n= 27) – в среднетяжелой, 12,9% (n= 9) – в тяжелой. Проводилась оценка влияния коморбидной патологии на степень тяжести острого периода COVID-19.

Результаты: Самый низкий индекс коморбидности CIRS был у пациентов с легким течением COVID-19, средний по значению при течении средней степени тяжести и самый высокий у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции (7 [4,0; 8,25], 8 [6,0; 12,00], 10 [8,0; 14,0]), $p < 0,05$. Наиболее значимыми сопутствующими заболеваниями во всех трёх группах были артериальная гипертензия – 74,3% (n=52), заболевания органов пищеварения – 74,3% (n=52), ожирение-58,6% (n=41), опорно-двигательного аппарата – 45,7% (n=32), органов чувств – 41,4% (n=29). Реже встречались такие заболевания, как ИБС-20% (n=14), энцефалопатия- 20% (n=14), хроническая болезнь почек 14,3% (n=10), СД 2 типа – 14,3% (n=10), заболевания крови – 4,3% (n=3), заболевания щитовидной железы – 1,4% (n=1).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о негативном влиянии коморбидной патологии на острый период COVID-19 у пациентов с БА. Чем выше был индекс CIRS у пациентов, тем тяжелее они перенесли острый период COVID -19. Источник финансирования: нет

31.

ФЕКАЛЬНЫЙ ЗОНУЛИН И КИШЕЧНЫЙ ЭНДОТОКСИН – МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава РФ

Грахова М.А., Трошина И.А., Плужникова А.П.

Цель: Исследовать уровни кишечного эндотоксина и фекального зонулина у больных с бронхиальной астмой(БА) в сочетании с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 98 пациентов с БА, в сочетании с ожирением I-II степени по ВОЗ и 45 человек с ожирением I-II степени по ВОЗ без БА (группа сравнения). Пациенты с БА были разделены на 2 основные группы, в зависимости от степени тяжести БА: 1 группа – легкая БА с ожирением (n=47), 2 группа – тяжелая БА(ТБА) с ожирением (n=51). Всем пациентам определен уровень кишечного эндотоксина сыворотки крови с помощью микро-LAL-теста («Hucult Biotech», Нидерланды), концентрацию зонулина в кале определяли с помощью на-

бора реагентов «Immundiagnostik AG» (Германия). Для обработки данных был использован пакет статистической программы IBM SPSS Statistics 26.0. При сравнении показателей был использован критерий Краскела-Уоллиса, с поправкой Бонферрони. Результаты оценивались как статистически значимые при уровне $p < 0,05$.

Результаты: Медиана уровня фекального зонулина у пациентов 1 группы – 76,1 [73,15; 83,1] нг/мл, 2 группы – 93 [83,45; 96] нг/мл, в группе сравнения – 75,9 [74,6; 78,6] нг/мл. Медиана уровня кишечного эндотоксина у пациентов 1 группы составила 1,56 [1,2; 1,78] EU/мл, 2 группы – 2,1 [1,85; 2,23] EU/мл, в группе сравнения – 0,88 [0,8; 0,98] EU/мл. Статистически значимо более высокие показатели медианы уровня кишечного эндотоксина сыворотки крови и фекального зонулина были получены у пациентов 2 группы ($p < 0,001$).

Вывод: У больных с тяжелой БА в сочетании с ожирением выявлены наиболее высокие уровни кишечного эндотоксина и фекального зонулина, относительно пациентов с легкой БА с ожирением и относительно пациентов с ожирением без БА. Полученные данные помогут выявить новые механизмы патогенеза ТБА у пациентов с ожирением.

32.

ИНТЕРЛЕЙКИН-22 У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» г. Благовещенск, Россия

Приходько А.Г., Пирогов А.Б., Наумов, Д.Е., Гассан Д.А.

Усиленная экспрессия IL-22, одного из эффекторных цитокинов линии Th17, стимулирует гиперплазию и гипертрофию гладкомышечных клеток бронхов. Влияние данного цитокина на выраженность клинических и функциональных проявлений бронхиальной астмы (БА), недостаточно изучена.

Цель работы: Выявить сопряженность содержания IL-22 у больных среднетяжелой БА с периодом обострения болезни. Материал и методы. В исследование включены пациенты обоего пола с диагнозом БА средней степени тяжести частично контролируемого течения (1 группа, $n=21$) и больные с диагнозом БА средней степени тяжести в период обострения (2 группа, $n=35$). Оценивали клинические симптомы болезни по АСТ (баллы), с помощью спирометрии (аппарат Easy on-PC (ndd Medizintechnik AG, Швейцария) анализировали ОФВ1, МОС50, СОС25-75 (% долж.), прирост ОФВ1 (Δ ОФВ1, %) в ответ на ингаляцию сальбутамола (400 мкг). В сыворотке периферической крови измеряли концентрацию цитокинов IL-22 (пг/мл) на точном цитофлуориметре BD FACSCanto II (BD, США).

Результаты: По данным АСТ, уровень контроля над астмой у больных 1 и 2 групп составил $21,4 \pm 0,6$ и $12,4 \pm 0,7$ баллов, соответственно ($p < 0,0001$). По данным спирометрии, ОФВ1 был достоверно ниже во 2 группе по сравнению с 1 группой ($67,5 \pm 4,6$ и $83,3 \pm 3,3\%$, соответственно, $p=0,018$), как и МОС50 $38,9 \pm 3,63$ и $51,0 \pm 3,7\%$ ($p=0,042$). Показатель СОС25-75 составил $41,1 \pm 3,45$ и $48,6 \pm 3,8\%$ ($p > 0,05$), Δ ОФВ1 $13,9 \pm 3,3$ и $14,6 \pm 3,1\%$ ($p > 0,05$), во 2 и 1 группах соответственно. Содержание IL-22 в сыворотке крови больных 1 группы было достоверно ниже, чем у пациентов 2 группы $5,24(3,7;14,6)$ и $5,66(4,1;7,5)$ пг/мл ($p=0,047$).

Заключение: У больных среднетяжелой БА в период обострения содержание IL-22 в сыворотке крови повышено и ассоциировано с нарушением функции внешнего дыхания.

33.

МАРКЕРЫ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БА И ОЖИРЕНИЕМ. ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ЛОНГИТЮДНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

1 – ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород, 2 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России
Храмова Р.Н. – 1, Елисеева Т.И. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2,
Мишарин В.М. – 2.

В настоящее время активно обсуждаются вопросы модификации T2-зависимого воспаления у пациентов с БА вследствие низкоинтенсивного системного воспаления, генерируемого избыточной жировой тканью.

Цель: определение маркеров низкоинтенсивного системного воспаления у детей и подростков с БА и избыточной массой тела, ожирением; определение их динамики в процессе лонгитюдного исследования.

Материалы и методы: Данные были получены от 94 пациентов с atopической БА в возрасте от 7 до 17 лет. Всем участникам проведены антропометрия, спирометрия, определены уровни моноцитов периферической крови, ИЛ-6. Участники разделены на 2 группы: группа 1 – с нормальной массой тела (МТ), группа 2 – с избыточной МТ, ожирением.

Результаты: Содержание моноцитов, ИЛ-6 в сыворотке крови было статистически значимо выше у пациентов с избыточной МТ/ожирением, все $p < 0,05$. Выявлена обратная взаимосвязь между уровнем ИЛ-6 и zОФВ1/ФЖЕЛ у пациентов с избыточной МТ/ожирением, $R = -0,58$, $p = 0,009$. В процессе лонгитюдного наблюдения (12 месяцев) содержание моноцитов в периферической крови, ИЛ-6 уменьшились у пациентов с понижением zИМТ, $p = 0,014$, $p = 0,015$, соответственно. Кроме того, за период наблюдения в этой группе отмечено статистически значимое увеличение zОФВ1/ФЖЕЛ.

Выводы: У детей и подростков течение БА с избыточной массой тела, ожирением характеризуется модификацией T2-воспаления. Однако при снижении zИМТ наблюдается восстановление параметров функции внешнего дыхания до нормальных и уменьшение влияния низкоинтенсивного системного воспаления на T2-воспаление.

34.

СОДЕРЖАНИЕ IFN- γ И IL-4 У БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» г. Благовещенск, Россия

Приходько А.Г., Пирогов А.Б., Наумов, Д.Е., Гассан Д.А.

Взаимодействие IFN- γ и IL-4 оказывает влияние на выраженность клинических симптомов и признаков атопии у больных бронхиальной астмой (БА). Уровень IFN- γ при БА выступает в качестве маркера Th1 иммунного ответа, стимуляция которого связана с ослаблением в дыхательных путях пациентов апоптоза Т-хелперов, содержащих IFN- γ (Th1), и усилением апоптоза клеток, содержащих IL-4 (Th2).

Цель работы: Оценить содержание IFN- γ и IL-4 у больных легкой и среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой.

Материал и методы: В исследование включены пациенты с диагнозом БА средней степени тяжести (1 группа, n=21) и легкой персистирующей БА (2 группа, n=53). По данным спирометрии оценивали ОФВ1 (% долж.), ОФВ1/ЖЕЛ (%), МОС50, СОС25-75 (% долж.), прирост ОФВ1 (Δ ОФВ1, %) на ингаляцию 400 мкг салбутамола. В сыворотке периферической крови измеряли концентрацию цитокинов IL-4 и IFN- γ (пг/мл) на проточном цитофлуориметре BD FACSCanto II (BD, США) набором LEGENDplex HU Essential Immune Response Panel (BioLegend, США) по протоколу производителя.

Результаты: Уровень контроля над астмой составлял в 1 группе 21(18;23) баллов АСТ, во 2 группе 16(14;24) баллов АСТ, ОФВ1 $83,3 \pm 3,3$ и $90,7 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$); ОФВ1/ЖЕЛ $68,1 \pm 2,1$ и $76,3 \pm 1,3\%$ ($p = 0,0012$); МОС50 $51,0 \pm 3,7$ и $69,6 \pm 3,2\%$ ($p = 0,0022$); СОС25-75 $48,6 \pm 3,8$ и $67,8 \pm 3,4\%$ ($p = 0,002$), Δ ОФВ1 $11,5(5,0;19,0)$ и $7,5(2,0;12,0)\%$ ($p = 0,023$), соответственно. Содержание IFN- γ в сыворотке крови больных 1 группы составляло $9,4(6,2;37,2)$ и было ниже, чем во 2 группе $14,35(2,38;30,76)$ пг/мл ($p = 0,049$), тогда как концентрация IL-4 в 1 группе была достоверно выше, чем во 2-й: $4,12(2,2;24,2)$ и $3,87(0,96;10,98)$, соответственно ($p = 0,038$).

Заключение: Доминирующая концентрация IL-4 у больных БА средней степени тяжести вероятно ассоциируется с аллергическим воспалением Th2 типа.

35.

НОВЫЕ ВЫЗОВЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

1 – ГБУЗ «ГКБ им. С.С.Юдина ДЗМ»;

2 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);

3 – ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»;

4 – ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Костинова А.М. – 1, 2, Камелева А.А. – 1, 3, Качнова А.С. – 1, Дорофеева И.В. – 1, Андреев Ю.Ю. – 1, Княжеская Н.П. – 4, Кравченко Н.Ю. – 1

Актуальность. Проблема лечения пациентов с тяжелой бронхиальной астмой, доля которых составляет 4%, давно является вызовом для науки. С разработкой и внедрением в практику моноклональных антител у пациентов появилась возможность повышения качества жизни, социальной адаптации, снижения рисков и страха смерти от приступа удушья. Однако далеко не все вопросы по ведению пациентов на генно-инженерной терапии изучены так же, как и тактика ведения при развитии нежелательных явлений.

Клинический случай. Женщина 45 лет наблюдалась с диагнозом «Бронхиальная астма, эозинофильная, неаллергическая, тяжелой степени, неконтролируемая. Хронический полипозный риносинусит» на протяжении 10 лет у пульмонолога, обострения 5-6 раз в год, требовались длительные курсы применения системных ГКС. С декабря 2023 года после проведенного комплексного обследования не было выявлено противопоказаний к проведению ГИБТ и инициирована в ГКБ им.Д.Д.Плетнева терапия дупилумабом с изначальным уровнем эозинофилов 700 кл/мкл. На фоне проводимой 1 раз в 2 недели терапии состояние с выраженной положительной динамикой, однако с 3го месяца введения пациентка стала отмечать повышение температуры тела до 38,0С в течение 2-3 дней после инъекции. В мае 2024 года по результатам контрольного анализа крови уровень эозинофилов достиг 4700 кл/мкл, на КТ ОГК в S1 и S3 правого легкого обнаружено матовое уплотнение легочной паренхимы с участками фиброзных линейных тяжей, субсегмен-

тарный фиброателектаз S10 левого легкого, малый левосторонний гидроторакс, гидроперикард. Терапия приостановлена.

Пациентка направлена к ревматологу для исключения эозинофильного васкулита, данных за который было недостаточно, также как и не подтвердились профильные заболевания после обследования у онколога, гематолога (в том числе трепанобиопсия) и фтизиатра. Уровень эозинофилов постепенно снижался до 1700 кл/мкл в августе. На КТ ОГК в динамике отмечалась положительная динамика патологических изменений, однако у пациентки симптомы астмы, несмотря на проводимую базисную терапию и всего 2 месяца без введения дупилумаба, нарастали, и потребность в введении системных ГКС возникла уже в конце августа. Таким образом, на основании возобновившегося отсутствия контроля над симптомами тяжелой бронхиальной астмы, было принято решение о смене ГИБП на бенрализумаб.

Выводы: Мы надеемся, что со сменой моноклонального антитела у пациентки будет достигнут контроль заболевания без развития нежелательных явлений терапии.

36.

ДИНАМИКА ПУЛА МАКРОФАГОВ И IFN- γ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ БОЛЬНЫХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ОТВЕТ НА ИНГАЛЯЦИЮ ХОЛОДНОГО ВОЗДУХА

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» г. Благовещенск, Россия

Пирогов А.Б., Приходько А.Г., Перельман Ю.М.

Интерес представляет роль IFN- γ в регуляции функциональной активности интерстициальных макрофагов бронхов у пациентов с бронхиальной астмой (БА) при действии низких температур.

Цель работы: Оценить роль IFN- γ и макрофагов бронхиального секрета у больных неаллергической БА в реакции дыхательных путей на холодный воздух.

Материал и методы: У 37 больных БА изучали клеточный состав индуцированной и спонтанно продуцируемой мокроты (%), содержание IFN- γ (фг/мл) в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) до и после проведения бронхопровокационной пробы ИГХВ. Реакцию на ИГХВ оценивали по изменению объема форсированного выдоха за 1 секунду (Δ ОФВ1, в %) после 3-мин. изокапнической гипервентиляции холодным воздухом (ИГХВ).

Результаты: 1 группа – 11 больных с холодовой гиперреактивностью бронхов, 2 группа – 26 пациентов с отсутствием таковой (ОФВ1 $-16,5 \pm 2,3$ и $-1,5 \pm 0,85\%$, соответственно, $p < 0,0001$). У больных 1 группы содержание нейтрофилов в мокроте возросло после пробы ИГХВ с $40,8 \pm 2,0$ до $47,8 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$), макрофагов – снизилось с $39,1 \pm 3,4$ до $28,7 \pm 2,1\%$ ($p < 0,01$), содержание эозинофилов достоверно не изменялось ($11,5 \pm 2,2$ и $15,9 \pm 3,1\%$, $p > 0,05$). Во 2 группе содержание макрофагов до и после ИГХВ составляло $43,1 \pm 4,6$ и $25,4 \pm 2,4\%$ ($p < 0,01$), нейтрофилов $33,7 \pm 4,3$ и $45,7 \pm 4,7\%$ ($p > 0,05$), эозинофилов $16,1 \pm 2,8$ и $19,7 \pm 3,5\%$ ($p > 0,05$), соответственно. Концентрация IFN- γ в КВВ перед пробой в 1 группе составляла $187,9(122,8;657,5)$ фг/мл, во 2 группе $183,9(128,3;260,7)$ фг/мл ($p > 0,05$). В ответ на ИГХВ в 1 группе содержание IFN- γ в КВВ увеличивалось по сравнению с больными 2 группы: $399,5(237,1;753,2)$ и $238,0(57,6;304,8)$ фг/мл, соответственно ($p < 0,05$). Выявлена обратная корреляционная связь между содержанием в мокроте нейтрофилов и макрофагов ($r = -0,72$; $p = 0,029$).

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

37.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Урумбоева З.О., Каримова Н.И.

Цель исследования: Изучить факторы риска развития бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 190 детей с бронхиальной астмой (БА) получавших лечение в пульмонологическом отделении ОДММЦ в г. Андижан и РСНПМЦ Педиатрии в г. Ташкенте. Критериями включения явились: возраст детей от 3 до 16 лет; установленный ранее или первично диагноз БА. Результаты: В среднем у 30% обследованных детей был выявлен отягощенный наследственный анамнез по БА. Проявления пищевой аллергии, по данным анамнеза, наблюдались у 60,5% больных детей. При неблагоприятном течении беременности риск формирования БА увеличивается в 1,9 раза, при наличии перинатального поражения ЦНС – в 2,8 раза. Проявления атопического дерматита на первом году жизни увеличивают риск БА в 1,8 раза. Среди внешнесредовых факторов наибольшее значение имеют частые ОРВИ и бронхиты (OR=12,4), пищевая сенсibilизация (OR=7,7), пассивное курение (OR=2,8), сопутствующий атопический дерматит (OR=4,3) и наличие очагов хронической инфекции (OR=2,7).

Заключение.: Анализ результатов исследования показал, что для развития БА наиболее значимыми являются следующие факторы (доверительный интервал более 1,0): отягощенный генеалогический анамнез по БА, неблагоприятное течение беременности и родов, перинатальное поражение ЦНС, частые ОРВИ и бронхиты, наличие атопического дерматита, пассивное курение и пищевая сенсibilизация. Полученные данные можно использовать для профилактического мониторинга детей из групп риска по развитию БА.

38.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЗАЛЬНЫХ И СИНОНАЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ С СОДЕРЖАНИЕМ В НОСОВОМ СЕКРЕТЕ БИОМАРКЕРОВ ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

1 – ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ, г. Нижний Новгород,

2 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, г. Москва

Красильникова С.В. – 1, Колесник А.С. – 1, Крестова Е.И. – 1, Елисеева Т.И. – 1, Шахов А. В. – 1, Татаурова Н.Н. – 2

Ведущим патогенетическим механизмом формирования как бронхиальной астмы (БА), так и аллергического ринита, является аллергическое воспаление. Персистирующее аллергическое воспаление нередко приводит к патологическому ремоделированию и формированию гипертрофических изменений синоназальной слизистой оболочки.

Цель: изучить взаимосвязь между выраженностью назальных и синоназальных симптомов и содержанием в носовом секрете биомаркеров локального аллергического воспаления у пациентов с БА и аллергическим ринитом.

Материалы и методы: Данные были получены от 94 пациентов с atopической БА в возрасте от 7 до 17 лет. Всем участникам проведена количественная оценка назальных и синоназальных симптомов с использованием валидизированных опросников – TNSS, SNOT 22, определение содержания цитокинов (IL1, IL4, VEGF, IgE) в назальном секрете иммуноферментным методом.

Результаты: Выраженность назальных и синоназальных симптомов имела положительную взаимосвязь с содержанием IgE и VEGF в носовом секрете, $R=0,30$, $p=0,04$ и $R=0,31$, $p=0,013$ соответственно. Взаимосвязь содержания IL4 и выраженности синоназальных симптомов носила характер тенденции, $R=0,27$, $p=0,055$. Статистической зависимости между содержанием IL1 и назальными респираторными симптомами в нашем исследовании не установлено, $R=0,19$, $p=0,75$.

Выводы: у детей и подростков с БА и АР усиление назальных и синоназальных симптомов сопровождается увеличением содержания в носовом секрете биомаркеров Т2-воспаления (IL4, IgE) и VEGF.

39.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА)

1 – ФГБОУ ВО ПИМУ, г. Нижний Новгород,

2 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Горбунова К.В. – 1, Туш Е.В. – 1, Елисеева Т.И. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Хорошаева А.В. – 2

В настоящее время обсуждаются вопросы влияния половых гормонов на течение БА у пациентов разного пола и возраста. Фундаментальные исследования свидетельствуют, что мужские половые гормоны сдерживают иммунный ответ 2-го типа и могут играть защитную роль в формировании аллергических заболеваний. Ранее нами было продемонстрировано положительная корреляционная взаимосвязь возраста и зОФВ1/ФЖЕЛ у мальчиков, но не у девочек, что, возможно обуслов-

лено повышением уровня тестостерона в сыворотке крови в период пубертата у мальчиков.

Цель: оценить взаимосвязь уровня тестостерона и спирометрических параметров у детей и подростков с БА.

Материалы и методы: Данные были получены от 62 пациентов с atopической БА в возрасте от 8 до 17 лет. Всем участникам выполнены спирометрические исследования и определен уровень тестостерона в сыворотке крови.

Результаты: У мальчиков выявлена положительная статистически значимая корреляционная взаимосвязь уровня тестостерона в сыворотке крови и z-значений соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ, что свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости по мере возрастания уровня тестостерона в сыворотке крови ($R=0,33$, $p=0,031$). У девочек взаимосвязи уровня тестостерона и zОФВ1/ФЖЕЛ не выявлено ($P=0,894$, $R=0,033$).

Выводы: у мальчиков с БА нарастание уровня тестостерона по мере взросления предположительно оказывает благоприятное влияние на течение БА. Данное исследование может свидетельствовать о протективном значении тестостерона на формирование синдрома бронхиальной обструкции у детей и подростков мужского пола с БА.

40.

НЕФЕРМЕНТАТИВНЫЕ АНТИОКСИДАНТНЫЕ СИСТЕМЫ: РОЛЬ БИЛИРУБИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

1 – ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ, г. Нижний Новгород,

2 – ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России, г. Москва

Туш Е.В. – 1, Храмова Р.Н. – 1, Елисеева Т.И. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Попова Н.А. – 2.

Сочетание БА с избыточной массой тела (МТ) и ожирением сопровождается модификацией T2-зависимого эозинофильного воспаления дыхательных путей вследствие низкоинтенсивного хронического воспаления, генерируемого избыточной жировой тканью. Воспаление, в свою очередь, тесно ассоциировано с процессами оксидативного стресса и антиоксидантной защиты (АОЗ). Важными молекулами АОЗ являются билирубин и мочевая кислота (МК), значение которой по отношению к патологическим процессам неоднозначно.

Материалы и методы: Обследовано 136 детей с подтвержденным диагнозом БА в возрасте от 6 до 17 лет, наблюдавшихся в ДГКБ №1 г. Нижнего Новгорода в период с 2018 г. по 2024 г. Оценивали антропометрические и спирометрические показатели, уровень МК и общего билирубина. Дети были разделены на две группы: 1 – я группа – с пониженной и нормальной массой тела (МТ), 2-я группа – с избыточной МТ и ожирением.

Результаты: Концентрация МК была статистически значимо выше в группе пациентов с избыточной МТ и ожирением (333,0 (302,0–384,0) против 293,5 (239,0–344,0), $p<0,001$). В то же время уровни билирубина в этих группах не различались, $p>0,05$. У пациентов с пониженной и нормальной МТ выявлена статистически значимая прямая корреляционная связь уровня МК и z ОФВ1/ФЖЕЛ, $r=0,24$, $p=0,024$ и уровня общего билирубина и z ОФВ1/ФЖЕЛ, $r=0,26$, $p=0,013$. В когорте пациентов с избы-

точной МТ и ожирением, напротив, отмечалась статистически значимая обратная корреляционная связь уровня МК с z ОФВ1/ФЖЕЛ, $r = -0,40$, $p = 0,006$, статистически значимых корреляционных связей общего билирубина и z ОФВ1/ФЖЕЛ не отмечено.

Заключение: Обнаружены взаимосвязи низкомолекулярных неферментативных антиоксидантов (билирубина и мочевой кислоты) и z ОФВ1/ФЖЕЛ, которые имеют различную направленность у пациентов с БА с нормальной МТ и с избыточной МТ/ожирением. Патогенетическое значение выявленных взаимосвязей требует уточнения.

41.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки

Ибишева А.Х., Шахгиреева М.Р., Джабраилова Л.В-У., Хильдихароева А.Б., Успанова Л.С.

Обоснование: Рост распространенности бронхиальной астмы отмечается повсеместно. Цель: изучить распространенность симптомов бронхиальной астмы у школьников ЧР.

Материалы и методы: с помощью опросника ISAAC проанкетировано 3398 школьников из 26 случайно выбранных школ, расположенных на территории 2 городских и 2 сельских районов Чеченской Республики. Респонденты представлены 2 возрастными группами: 1 группа – 7–8 лет ($n = 1331$), 2 группа – 13–14 лет ($n = 2067$). Дети старшей возрастной группы опросник заполняли самостоятельно, младшей группы – родители. Статистическая обработка материала исследования осуществлялась с использованием электронных таблиц Microsoft Excel 2007, пакета статистических программ STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., США). Сравнение долей и распределения частот качественных показателей в группах проводилось с использованием критерия хи-квадрат с поправкой на правдоподобие. Использовался общепринятый уровень значимости $p < 0,05$. Результаты: Распространенность симптомов бронхиальной астмы среди школьников ЧР составила 18,4% (625 детей): 14,2% (189 детей) в первой группе и 21,1% (436 детей) — во второй. Оценивая результаты анкетирования нами отмечено преобладание легкого течения респираторного заболевания. При сравнении распространенности астмаподобных симптомов у жителей города и сельской местности зарегистрировано их преобладание у жителей города – 16% (248) и 20,4% (378). Оценка половой принадлежности детей не выявила статистически значимых различий при исследовании астмаподобных симптомов – у 17,9% мальчиков и 18,9% девочек, соответственно. Чаще всего симптомы астмы сочетались с симптомами аллергического ринита – 7,1% (242 детей).

Выводы: у школьников ЧР зарегистрирована высокая распространенность симптомов бронхиальной астмы.

42.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ НЕКОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА (НБ) И СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА)

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

Борискина О.С. – 1, Туш Е.В. – 1, Елисеева Т.И. – 1, Соодаева С.К. – 2,
Климанов И.А. – 2, Кравченко Н.Ю. – 2

Исследована взаимосвязь уровня НБ и параметров спирометрии у подростков с бронхиальной астмой (БА)

Цель: изучить взаимосвязь содержания неконъюгированного билирубина (НБ) сыворотки крови и спирометрических параметров у подростков с БА.

Материалы и методы: Данные были получены от 74 пациентов с atopической БА в возрасте от 10 до 17 лет. Учтены антропометрические, спирометрические и гематологические показатели, уровни общего и неконъюгированного билирубина в сыворотке крови.

Результаты: Повышенный уровень общего билирубина сыворотки (17,1 мкмоль/л и выше) отмечен у 40,5% (30/74) пациентов, наибольший он был у гомозиготных носителей полиморфизмов гена уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазы А1 (UGT1A1), различия статистически незначимы. Уровень НБ и спирометрические показатели (z-значения отношения объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1)/форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и z-значения средней объемной скорости воздушного потока при форсированном выдохе в диапазоне от 25% до 75% ФЖЕЛ (СОС 25-75)) имели статистически значимую прямую корреляционную взаимосвязь ($R=0,42$, $p<0,001$, $R=0,37$, $p=0,001$, соответственно). Пациенты с обструктивным типом нарушений внешнего дыхания на момент обследования (z ОФВ1/ФЖЕЛ менее -1,645) имели более низкие показатели общего и неконъюгированного билирубина, чем пациенты без обструктивных нарушений, различия статистически значимы ($p=0,002$ и $p=0,004$, соответственно).

Выводы: Статистически значимые корреляционные связи между уровнем неконъюгированного билирубина и спирометрическими показателями (zОФВ1/ФЖЕЛ и zСОС 25-75) и выявленные более низкие уровни неконъюгированного билирубина у пациентов со спирометрическими признаками бронхиальной обструкции предполагают протективный эффект НБ на развитие бронхиальной обструкции у подростков с БА.

43.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Национальный детский медицинский центр

Каримова Н.И., Шарипова Н.П.

Цель исследования: изучить характер и спектр сенсibilизации при различных фенотипах свистящего дыхания у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 5 лет с персистирующим синдромом свистящего дыхания (ССД), наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз Для определения сенсibilизации всем детям проводилось исследование общего IgE. Результаты. Было обследовано 40 детей, у 65,0% (26) детей единственным триггером, провоцирующим БО, были инфекционные заболевания дыхательных путей. Они составили группу пациентов с эпизодическими свистящими хрипами (ЭСХ). У 25,0% исследуемых БО возникали также при воздействии аллергенов, табачного дыма, смеха, плача, холодного воздуха (мультифакторные хрипы- МСХ). В группе у детей с ЭСХ наследственный аллергологический анамнез был отягощен у 11,5%, однако у детей с МСХ наследственная отягощённость наблюдалась статистически значительно чаще – у 57,1%. Повышенный уровень общего IgE был выявлен у 35,0%. У МСХ уровень IgE выше возрастной нормы был у 78,5% исследуемых. Среди всех сенсibilизированных пациентов с МСХ сенсibilизация к бытовым аллергенам была определена в 85,7% (случаев сенсibilизации), к пищевым – в 50%, к пыльцевым – в 35,7%. Сенсibilизация к аэроаллергенам в этой группе была выявлена в 92,8%: клещ домашней пыли – у 64,28%, шерсть домашних животных – у 42,8%. Из пищевых продуктов: к яйцу – у 35,7%, коровьему молоку – у 26,6%, пшеничной муке – у 14,2%.

Выводы: Сенсibilизация является еще одним фактором, повышающим вероятность возникновения БА. При МСХ сенсibilизация наблюдалась в 3,95 раза чаще, чем при ЭСХ (повышенный уровень IgE был выявлен 78,5% детей из первой группы и у 19,5% – из второй). При фенотипе МСХ спектр сенсibilизации шире, чем при ЭСХ.

44.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗРУз

Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: Определить характер изменений микроэлементного статуса и установить их взаимосвязь с иммунологическим статусом у детей с бронхиальной астмой (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 методом нейтронно-активационного анализа.

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования было выявлено повышение IL-4 ($26,7 \pm 1,4$ пг/мл), IL-8 ($100,9 \pm 7,7$ пг/мл), снижением IFN γ ($14,3 \pm 1,9$ пг/мл) у детей I группы. Уровень IL-8 превышал в 5,2 раза, IFN γ 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 ($8,9 \pm 1,39$), Mn ($0,35 \pm 0,05$), Mg ($<10 \pm 0,1$), Se ($0,23 \pm 0,044$) и Ca ($528 \pm 83,9$). 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 дисбалансом микроэлементов, снижением Ca, Mg, Zn, Mn и повышением – K, Cl, сочетающееся с эозинофилией. Дефицит Mg, Cu, Mn, Ca сопровождается с развитием иммунной недостаточности, снижением фагоцитарной активности клеток, уменьшением интерферона, повышением IL-4, IL-8, TNF α , снижением IFN γ , это говорит о том, что у детей с БА, при выборе лечения необходимо учитывать особенности дисбаланса минералов и микроэлементов.

45.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ И ПРАВИЛЬНОСТИ ТЕХНИКИ ИНГАЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), РФ, г. Москва

Алиева Ф.М., Соперна Ш., Озерская И.В.

У значительной части детей с бронхиальной астмой (БА) не удается достичь контроля над симптомами, несмотря на адекватно назначенную терапию.

Цель: оценить уровень приверженности к терапии и технику ингаляции у подростков с БА. Пациенты и методы 49 подростков с БА, 13[12;16]* лет, 76% мальчики, 24% девочки. Опросник АСТ использовали для оценки контроля над симптомами. Приверженность к терапии оценивали по разработанному опроснику. Самооценка приверженности проводилась по визуально-аналоговой шкале. Технику ингаляции оценивали по чек-листам.

Результаты: У большинства подростков – неполный контроль над симптомами БА: 20[16;22]* баллов. Самооценка приверженности достаточно высокая – 8[7,5;9]* баллов (10 = полная приверженность). Однако при использовании опросника приверженность была ниже – 5[3;7]* баллов (0 = полная приверженность). Причиной низкой приверженности в первую очередь является забывчивость: 68% пациентов забывают делать ингаляции. 52% пациентов периодически прекращают базисную терапию без консультации с врачом, если чувствуют себя хорошо. 72% пациентов не хотят делать ингаляции каждый день. 98% подростков заявляют, что хорошо знают технику ингаляции. Однако при использовании дозирующего аэрозольного ингалятора техника ингаляции выполнялась правильно только по 69 [62; 77]% пунктов чек-листа, при использовании турбухалера – по 80[70; 90]% пунктов, при использовании мультидиска – по 100[91; 100]% пунктов.

Заключение: У подростков с БА отмечен недостаточный уровень приверженности к терапии и контроля над симптомами астмы, а также частые ошибки при использовании ингаляторов. Необходима разработка мер по повышению приверженности к терапии у подростков с БА, в том числе обязательное обучение и контроль правильной техники ингаляции. *медиана [интерквартильный размах].

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

46.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ БРОНХОЛЕГОЧНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ (АБЛА) НА ФОНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, ДИАГНОСТИКА И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА (ВВЭ)

1 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Хабаровск

2 – КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск

3 – ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва

4 – ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Макаревич А.М. – 1,2, Зайцев А.А. – 3,4

Цель работы: демонстрируются клиническое наблюдение военнослужащего 22 лет, с впервые выявленным АБЛА в сочетании с БА, подходы к ВВЭ. Бронхообструктивный синдром с 12 лет, выявлена сенсibilизация к клещам домашней пыли, пыльце березы, полыни, орешника. Симптомы малопродуктивного кашля, затрудненного дыхания усилились в течение 6 месяцев в условиях выполнения задач Специальной военной операции по расчистке завалов, подвалов с плесенью, пылью, органическими массами. Впервые выявлены гиперэозинофилия (ГЭ) (абс. число 1184,3 клеток/мкл), гипериммуноглобулинемия E (Ig E) 1473 МЕ/мл, специфический Ig E к *Aspergillus fumigatus* > 0,35, Ig G *Aspergillus fumigatus* 51,9 мг/л. При спирометрии индекс Генслера < 0,7, проба с бронхолитиком положительная, прирост ОФВ 1 + 910 мл (18,9%). По данным компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки – множественные бронхоэктазы (БЭ) смешанного типа (цилиндрические, веретенообразные, мешотчатые), с закупоркой бронхов слизью высокой плотности. Исключены паразитарные, гельминтозные и системные процессы. Был установлен диагноз: микоз легких, аллергический бронхолегочный аспергиллез с формированием множественных смешанных бронхоэктазов, впервые выявленный, со значительным нарушением функций. Бронхиальная астма, аллергическая, легкое персистирующее, контролируемое течение. Освидетельствован военно-врачебной комиссией по статье 51 «а», 52 «в» графы III Расписания болезней, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 2013 г. №565 по категории «Д» – не годен к военной службе.

Выводы: БА, протекающая с ГЭ, гипериммуноглобулинемией E, выявлением специфических IgE и IgG на *Aspergillus fumigatus*, КТ признаками БЭ с фокусами плотной слизи, позволяет заподозрить и установить диагноз АБЛА.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

47.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА: ОТ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА К ЛЕЧЕНИЮ

ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России, г. Москва

Лизункова И.В., Шилова А.К., Биличенко Т.Н., Перкина А.С., Никитин П.А., Казаков Н.В., Самсонова М.В., Омарова Ж.Р.

Легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) – редкое заболевание легких, связанное с накоплением в альвеолах компонентов сурфактанта вследствие нарушения его клиренса. В настоящее время этиология заболевания точно не установлена и эффективные методы лечения не определены.

Цель: описание клинического случая ЛАП у молодого мужчины 30 лет, развившего после перенесенной микоплазменной пневмонии (МП). Материал и методы: пациент обратился с жалобами на прогрессирующую одышку, малопродуктивный кашель со светлой мокротой, снижение переносимости физических нагрузок.

История заболевания: В 2019-2022 гг. регулярно курил кальян. С детства – рецидивирующий герпес 3 раза в год, пневмония в 2016 г. Привит от коронавирусной инфекции. В июне 2022 г. – двухсторонняя субтотальная пневмония (ПЦР на респираторные вирусные инфекции отрицательная). В августе 2023 года выезжал в Шри-Ланку, после возвращения в августе 2023 г. – двухсторонняя полисегментарная МП. Иммуноферментный анализ выявил иммуноглобулины М к *Mycoplasma pneumoniae*. Проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. После выписки в связи с одышкой и сохранением изменений в легких по данным КТ ОГК в октябрь-ноябре 2023 г. получал сГКС 20 мг в сутки без значительного улучшения, предварительный диагноз – ЛАП. Госпитализирован в клинику Института пульмонологии (г. Москва) в декабре 2023 г., где диагноз ЛАП был подтвержден. При объективном обследовании: кожные покровы обычной окраски, грудная клетка правильной формы, дыхание везикулярное ослабленное, хрипы не выслушиваются, голосовое дрожание несколько усилено. Ч.д.д. 16 в мин, ч.д.д. 78 в мин., АД 115/70 мм рт.ст. SpO2 92%. Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) 09.12.2024: ЖЕЛ – 78% должного (Д), ФЖЕЛ – 76%Д, ОФВ1 – 79%Д, ОФВ1/ФЖЕЛ – 85,78%, ОЕЛ – 72%Д. Диффузионная способность: DLCO – 45%Д, DLCO/Va – 63%. Ан. крови: Гемоглобин 160 г-л, лейкоциты 10,37 3/мкл, СОЭ 4 мм в час. В материале осадка бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) капли жироподобного вещества, аморфные массы, макрофаги с липидными включениями, макрофаги – 84%, нейтрофильные лейкоциты – 6%, лимфоциты – 10%. Трансбронхиальная биопсия легкого: гистологическая картина соответствует ЛАП. В бронхиальном смыве: ПЦР к *M. bovis* и *M. tuberculosis* отрицательный; рост

Stenotrophomonas maltophilia 1,0E+03, чувствительного к триметоприму/сульфометоксазолу.

Лечение: в январе и апреле 2024 г. проведен лечебный высокообъемный бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) с применением пневмовибрационной системы Vest.

Заключение: После БАЛ пациент отметил субъективное улучшение дыхания, уменьшение одышки, улучшение переносимости физических нагрузок, SpO₂ составила 98%. По данным контрольного исследования: повышение ЖЕЛ (+0,33л), улучшение легочного газообмена (DLCO с 45% до 67%, DLCO/Va с 63% до 85%), положительная динамика по данным МСКТ ОГК. Продолжается динамическое наблюдение.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

48.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРОДУКЦИЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, ОСЛОЖНЕННОЙ ОРДС

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Терехов И.В., Бондарь С.С.

Цель исследования: Охарактеризовать взаимосвязь показателей газообмена с продукцией интерлейкина-6 у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осложненной ОРДС.

Пациенты и методы: Проведено ретроспективное исследование, в рамках которого изучено 150 случаев госпитализаций пациентов с ОРДС в возрасте 45-80 лет обоего пола со снижением индекса оксигенации артериальной крови менее 200. В артериальной крови оценивали парциальное давление кислорода при 50% насыщении крови (p50), pO₂, pCO₂, насыщение кислородом (sO₂), концентрацию кислорода в плазме (ctO₂), величину альвеолярно-артериального градиента кислорода (A-a). В зависимости от концентрации ИЛ-6 пациенты были разделены на 3 группы. В I группу вошли 45 пациентов с уровнем ИЛ-6 менее 10 пг/мл, во II группу – 55 пациентов с уровнем ИЛ-6 менее 150 пг/мл, в III-ю – 50 пациентов с уровнем ИЛ-6 более 150 пг/мл. Результаты исследования представлены в виде медианы (Me), 25% и 75% перцентилей выборки.

Результаты: У пациентов I группы показатель pO₂ составил 76,2 (63,8; 81,6) мм рт.ст., pCO₂ – 34,5 (26,3; 35,9) мм рт.ст., sO₂ – 94,9 (91,0; 96,9) мм рт.ст., p50 – 25,0 (23,2; 26,3) мм рт.ст., ctO₂ – 14,3 (13,1; 16,1) ммоль/л, A-a – 324,1 (91,3; 426,1) мм рт.ст., ИЛ-6 – 8,6 (7,7; 10,3) пг/мл. Во II подгруппе отмечалось снижение pO₂ на 41,7% (p = 0,06), остальные показатели не различались. В III группе, в сравнении со II-й, отмечалось повышение показателя FiO₂ до 0,9 (0,6; 0,9), ИЛ-6 в 5,7 раза (p = 0,00001), A-a на 196,8% (p = 0,0001). При этом имело место снижение pO₂ на 4,9% (p = 0,05), а ctO₂ на 10,1% (p = 0,051).

Выводы: Концентрация ИЛ-6 при ОРДС более 150 пг/мл ассоциирована с тяжелыми нарушениями альвеолярной вентиляции, сопровождающимися резким увеличением показателя A-a, и снижением доставки кислорода к тканям.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

49.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО *S. PNEUMONIAE*

1 – ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России;
2 – ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира» ДЗМ

Толстова Е.М. – 1, Беседина М.В. – 1, Зайцева О.В. – 1, Зайцева Н.С. – 1, Кузина С.Р. – 1, Хаспекоев Д.В. – 2, Сап А.С. – 2, Ткаченко Н.В. – 2, Турицев И.В. – 2, Смирнов Г.В. – 2, Беляева Т.Ю. – 2

Цель: Оценить активность системы тромбоцитарно-эндотелиального ответа у детей при деструктивных пневмониях (ДП), вызванных *S. pneumoniae*.

Материалы и методы: Обследовано 20 детей, 5,3±3,5 лет, госпитализированных в ДГКБ св. Владимира с диагнозом внебольничная пневмония, осложненная деструкцией легочной ткани. Плевральные осложнения отмечались у всех пациентов. Этиология подтверждалась определением ДНК *S. pneumoniae* в материале бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) или отделяемого из плевральной полости. Продолжительность госпитализации 13-38 койко-дней (25±7 к/д). 9 (45%) человек были привиты против пневмококка (Превенар 13). Результаты. Дети были госпитализированы на 3-10-е сутки от начала заболевания (7,1±2,1 дня). 14 получали антибиотики в других стационарах 1-6 дней. 13 (65%) были госпитализированы в ОРИТ. Уровень СРБ составил 240,7±95,6 мг/л и был тем ниже, чем дольше проводилась антибактериальная терапия до поступления ($r=-0,548$; $p=0,023$). Во всех случаях был повышен D-димер, маркируя значимость эндотелиального ответа. По мере развития заболевания, лизиса тромбов D-димер увеличивался ($r=0,588$; $p=0,013$). Тромбоциты (PLT) потребляются в микроциркуляторном русле при воспалении, участвуют в активации нейтрофильных внеклеточных ловушек. В динамике PLT увеличивались: от 263,1±115,4 до 651,5±217,6 ×10⁹/л ($p<0,01$). Низкие значения PLT при поступлении ассоциированы с более длительной госпитализацией ($r=-0,52$; $p=0,032$), большие исходные значения их среднего объема (MPV) положительно коррелировали с числом к/д ($r=0,614$; $p=0,009$).

Выводы: Во всех случаях тромбоцитарно-эндотелиальный ответ активирован. Для разработки эффективных методов терапии и профилактики ДП необходимо дальнейшее изучение участия механизмов иммунологического ответа.

50.

ОСОБЕННОСТИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Зайнобитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: оценка роли С-реактивного белка при затяжном течении внебольничной пневмонии у детей.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 96 детей с внебольничной пневмонией (ВП), из них 42 были с ВП затяжного течения (ВПЗТ), 54 – ВП острого течения, в возрасте от 1 года до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦП МЗ РУз. Отобранному контингенту детей проводили тщательное клинико-лабораторное обследование.

Результаты исследования и их обсуждение: Основным проявлением ВПЗТ был кашель, в основном влажный у 65,6% больных, у 34,4% – сухой, продолжительность влажного кашля составляла $3,3 \pm 0,3$ суток, сухого кашля – $3,1 \pm 0,1$ суток. Одышка смешанного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры была у 74,0% больных. Перкуторные изменения в легких у 63,5% имели укорочение легочного звука, у 36,5% наблюдался коробочный оттенок. При аускультации жесткое дыхание определялось в 85,4% случаях, у 14,6% ослабленное дыхание. Влажные хрипы, иногда в сочетании с крепитацией, прослушивались у 84,4% больных, сухие хрипы прослушивались у 63,5% больных. При рентгенологическом исследовании органов дыхания у 44,8% больных была диагностирована двухсторонняя очаговая пневмония. Уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП в начальном периоде болезни был существенно выше (в 6,7 раз) составляя $30,2 \pm 2,1$ мг/л, у детей ВПЗТ (в 12,2 раза) составляя $54,7 \pm 4,5$ мг/л. Уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВПЗТ (1,8 раз) выше по сравнению с ВП.

Выводы: Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка является информативным показателем в диагностике ВПЗТ у детей, их повышение подтверждают бактериальную природу патологического процесса, что можно использовать при выборе дифференцированной терапии.

51.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХОЛИТА У ДЕТЕЙ

Национальный детский медицинский центр, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М.

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения острого бронхолита у детей.

Пациенты и методы: Нами проведено комплексное клиническое обследование 45 детей с острым бронхолитом (ОБ) в возрасте от 2 мес. до 1 года. Обследование проводилось с учетом жалоб, анамнестических данных, общеклинических, лабораторных и результатов функциональных методов обследования.

Результаты: Общее состояние больных было расценено как очень тяжелое у 4,4% детей, тяжелое у 71,1% и среднетяжелое у 24,4% детей. Основными жалобами больных с ОБ, были кашель у 100,0%, одышка – у 100,0%, повышение температуры тела – у 42,2% детей, снижение аппетита – у 91,1%, бледность – у 84,4%, сухость кожных покровов – 33,3% и мраморность – 6,6%. Анализ клинических проявлений показал, что температурная реакция разной степени наблюдалась у 42,2% детей и чаще была субфебрильная, повышение температуры тела до 37°C отмечалось в 31,6% случаев, у 68,4% детей – до 37-38°C. Кашель был в основном, влажный в 86,7% случаев. Наблюдались признаки ДН в виде цианоза носогубного треугольника 80,0%, отмечалось усиление выдоха, тахипноэ с выраженным участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – 95,5%, раздувание крыльев носа 42,2% случаев. При аускультации у детей с ОБ жесткое дыхание определялось в 86,7% случаях, у 13,3% ослабленное дыхание. В основном у 84,4% больных с ОБ прослушивались влажные мелкопузырчатые хрипы, иногда в сочетании с крепитацией. В этиологической структуре ОБ у обследованных детей лидирует РС-вирус, он был выявлен у 60,0% больных.

Заключение: Таким образом, ОБ чаще болеют дети первых трех месяцев жизни, мальчики болеют чаще девочек. Для ОБ у детей характерны определенные клинические проявления, этиологическими агентами являются РС- вирус, что важно учитывать в клинической практике.

52.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз

Каримова Н.И., Муратова К.Р.

Цель исследования: выявить этиологические и клинические особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 65 детей, в возрасте 1-3 лет, госпитализированных в отделение пульмонологии РСНПМЦП с диагнозом острый обструктивный бронхит (ООБ). В ходе исследования оценивались показатели перинатального, аллергологического анамнеза и тип вскармливания.

Результаты исследования и их обсуждение: Среди обследованных детей (65) ООБ у мальчиков встречался в 2 раза чаще – 44 (67,7%), у девочек было соответственно – 21 (32,3%). При анализе анамнеза выявлено, что из 65 детей 58 (89,2%) родились доношенными и 7 (10,8%) от преждевременных родов. При этом из 58 доношенных пациентов 10 (17,2%) имели отягощенный анамнез по аллергическим заболеваниям, а из 7 недоношенных – 3 (42,9%). Среди ООБ, преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании 40 (61,5%). Госпитализация осуществлялась в среднем на 2-й день от начала заболевания. Были дети, госпитализированные позже 7-го дня от начала болезни – 9 (13,8%), из них у половины – выявлены вирусно-микробные ассоциации с участием RSV, HMPV, AdnV, HBoV со *Staphylococcus aureus*. Лидерами вирусно-микробных ассоциаций при обструктивном бронхите в 26,2% случаев достоверно являлись метапневмовирус и аденовирус в ассоциации с микоплазмой пневмонии или золотистым стафилококком ($P < 0,05$).

Выводы: Среди госпитализированных детей раннего возраста ООБ встречается в 2 раза чаще у мальчиков, на искусственном вскармливании. Ведущие этиологические агенты: метапневмовирус, аденовирус, риновирус. ООБ у детей раннего возраста в 26,1 % случаев вызывается вирусно-микробными ассоциациями, что существенно утяжеляло течение ООБ и вызывало необходимость применения антибиотиков.

53.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗ Руз

Шамсиев Ф. М., Муратова К.Р.

Цель исследования: Изучить клинические особенности острого бронхообструктивного синдрома у детей.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 120 детей в возрасте от 1 до 15 лет. Из них у 58,3% (70) больных диагностирован ООБ, у 41,7% (50) больных – ОБРТ. Всем детям был проведен анализ клинико-anamnestических данных.

Результаты: При поступлении в отделение детей с ООБ ведущим клиническим проявлением заболевания была ДН. Слабость отмечалась у 39 (55,4%) больных, аппетит был сниженным у 57 (81,8%) больных. Нарушение сна, бледность кожных покровов и одышка отмечались в 70 (100,0%) случаев. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 22 (31,8%) детей. Кашель был сухим у 57 (81,8%) больных, влажным – у 13 (18,2%) больных. На фоне жесткого дыхания выслушивались сухие хрипы у 55 (78,2%) больных, у 15 (21,8%) выслушивались влажные хрипы. При перкуссии определялся коробочный оттенок перкуторного звука у 62 (88,2%). Перкуторные изменения в легких у 59 (83,9%) имели укорочение легочного звука, у 53 (75,8%) наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука, который характерен для БО. Обострение ОБРТ характеризовалось острым (подострым) началом, кашлем, сухим – у 46 (92,0%), влажным – у 4 (8,0%) больных. Сухие хрипы определялись у 6 (12,0%) детей, влажные проводные хрипы у 44 (88,0%) детей. При рентгенологическом обследовании у 70 (100%) больных с ООБ отмечалась эмфизема лёгочной ткани, усиление бронхосудистого рисунка.

Выводы: результаты клинических наблюдений детей, больных во всех группах исследования показало, что при ОБ, наблюдается более длительное проявление одышки, пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких. При ОБ более выражены симптомы интоксикации, ДН, что более длительно проявляется клиническими признаками заболевания.

54.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Национальный детский медицинский центр

Шамсиев Ф.М, Шарипова Н.П.

Целью нашего исследования: выявление факторов вероятности развития острого бронхиолита у детей.

Материалы и методы: Нами проведено комплексное клинико- лабораторное обследование 45 детей в возрасте до одного года с острым бронхиолитом наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты: Среди больных с острым бронхиолитом детей от 1 до 3 месяцев было 73,3%, 3-6 месяцев – 17,8%, от 6 до 12 месяцев – 8,9%. Среди обследованных детей мальчики составляли 62,2%, а девочки – 37,8%. Факторы риска, которые встречались наиболее часто: недоношенность – у 35,6%, фактор пассивного курения – у 51,1%. Ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание приводит к развитию фоновых заболеваний (анемии, белково-энергетической недостаточности, рахита, аллергического диатеза). Обследованные дети в 48,9% случаях находились на искусственном вскармливании, и на естественном – находились всего лишь 22,2%. У детей с бронхиолитом могут выявляться такие сопутствующие заболевания как конъюнктивит, фарингит, отит. Положительный результат экспресс-теста или теста полимеразной цепной реакции на РС-вирус в большинстве случаев подтверждает его этиологическую роль в развитии бронхиолита. В этиологической структуре острого бронхиолита у обследованных детей лидирует РС-вирус, он был выявлен у 60,0% больных.

Заключение: Острым бронхиолитом чаще болеют дети первых трех месяцев жизни, мальчики болеют чаще девочек, факторами риска в основном являются дети, рожденные раньше срока гестации, пассивное курение и находящиеся на искусственном вскармливании. Острый бронхиолит у детей часто протекал на фоне сопутствующей патологии. Определение вируса, вызвавшего заболевание, может помочь избежать внутрибольничного инфицирования.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

55.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА АНТИБИОТИКИ

1 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Хабаровск,
2 – КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
Минздрава Хабаровского края, Хабаровск,
3 – ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва,
4 – ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Макаревич А.М. – 1,2, Зайцев А.А. – 3,4, Жолондзь Н.Н. – 1

Цель исследования: оценить частоту развития и клинические особенности лекарственного анафилактического шока (ЛАШ) на антибиотики, ошибки в диагностике и лечении.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 190 медицинских карт стационарных больных, проходивших стационарное лечение с аллергическими реакциями (АР) на лекарственные препараты.

Результаты: АР на антибактериальные препараты (АБП) составила 46,6% от общего количества случаев лекарственной аллергии. Из них, 17,4% – крапивница и ангиоотек, макулопапулезная экзантема – 23,7%. ЛАШ наблюдался в 5,8% и вызван бета – лактамными антибиотиками из группы цефалоспоринов, назначенных по поводу внебольничной пневмонии – 36,4%, респираторных инфекций верхних и нижних дыхательных путей – 18,2%, локальных гнойных инфекций – 27,3%, обострения сальпингоофорита и в рамках предоперационной подготовки – 18,2 %. В 72,7% случаев шок протекал по типичному варианту и завершился благоприятно. Летальность от всех случаев ЛАШ составила 1,6 %. Клинические случаи ЛАШ, закончившиеся летальным исходом, характеризовались: коротким промежутком времени между введением цефтриаксона и развитием симптомов шока, молниеносным развитием симптоматики с критическим падением артериального давления (АД) и исчезновением пульса, отсутствием кожных проявлений. Анализ оказания неотложной помощи выявил серьезные ошибки в диагностике и лечении ЛАШ, такие как, запоздалая диагностики анафилаксии, отсроченное по времени введение и низкие дозы адреналина, позднее начало проведения реанимационных мероприятий.

Выводы: исследование продемонстрировало отсутствие настороженности клиницистов на возможность развития ЛАШ при назначении АБП, позднюю диагностику и введение адреналина или использование его низких доз, отсроченное проведение реанимационного пособия.

56.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации имени И.М. Сеченова»

Беляева С.Н.

Анализ сенсibilизации пациентов с ХНЗЛ представляет интерес особенно на этапе формирования набора отечественных аллергенов.

Материалы и методы: карты с результатами аллергологического обследования 326 пациентов с бытовыми, пищевыми, бактериальными, пыльцевыми аллергенами, производимыми в 1982 году в СССР. Тестирование проводилось скарификационным и внутрикожным методами.

Результаты: среди бытовых аллергенов сенсibilизация у пациентов распределилась следующим образом – к домашней пыли 178 (54,6%), к шерсти овцы 118 (36,2%), к перу подушки 82 (25,2%), к шерсти собаки 45 (13,8%), к шерсти кошки 38 (11,7%), к библиотечной пыли 37 (11,3%). Пищевая сенсibilизация определялась к коровьему молоку и целому яйцу 18 (5,5%), к хеку 13 (4%), к треске 12 (3,7%). Пыльцевая сенсibilизация выявлена у 29 (8,9%) пациентов. Бактериальная сенсibilизация обнаружена у пациентов к нейссерии катаралис 174 (53,4%), протеею мирабилис 167 (51,2%), к стафилакокку гемолитическому 157 (48,2%), кишечной палочке 148 (45,4%), пневмококку 26 (8%), протеею ретгерис 22 (6,7%), энтерококку 5 (0,5%).

Выводы: таким образом, сенсibilизация к домашней пыли, нейссерии катаралис и протеею мирабилис являлись ведущими у пациентов с ХНЗЛ. Распределение сенсibilизации пациентов по бытовой и пищевой аллергии позволяет выявить основные виды необходимых для диагностики и лечения аллергенов в России.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

57.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

ГБУЗ МО МОНИКИ им М.Ф. Владимирского

Никишенков А.М., Иваницкий Л.В., Чернявская Т.К., Макарьянц Н.Н., Фролов Н.А., Воробьева Т.Н., Сычева А.А., Объедков И.В.

Введение: Пациенты с ИЗЛ нуждаются в постоянном врачебном контроле. Творческим научным коллективом ГБУЗ МО МОНИКИ была разработана и внедрена медицинская система дистанционного мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями «Медисимо».

Цели: Оценить индекс удовлетворенности CSAT использования функций телемедицинской системы «Медисимо» у пациентов с хроническими ИЗЛ. Материалы С июня 2024 года в системе Медисимо зарегистрировались 20 пациентов с различными ИЗЛ. Распределение по нозологиям: ИЗЛ неуточненного генеза с прогрессирующим фиброзом (ИЗЛ-ПФ) – 4 (20%), ИЗЛ ассоциированное с системной склеродермией – 4 (20%), Саркоидоз – 3 (15%), Системная красная волчанка – 3 (15%), Идиопатический легочный фиброз – 2 (10%), ИЗЛ с аутоиммунным компонентом – 2 (10%), Гиперчувствительный пневмонит – 1 (5%), ИЗЛ ассоциированное с болезнью Шегрена – 1 (5%). Методы Каждому пациенту, участвующему в программе телемедицинского патронажа «Медисимо» было предложено пройти опрос об удовлетворенности использования функций системы. Опрос проводился по 10 бальной шкале по каждой из функций системы и о программе в целом.

Результаты: Функция ежедневного напоминания о приеме лекарств – средний балл 9,3. Функция «дневник здоровья», где заполняются такие показатели, как пульс, давление, сатурация, количество пройденных шагов за день – средний балл 9,3. Функция «школа пациента», где можно ознакомиться с полезными видео и статьями для пациентов – средний балл 9,0. Функция «связь с врачом», где у пациента есть возможность задать вопрос специалисту – средний балл 9,0. Общая удовлетворенность от использования системы «Медисимо» – средний балл 9,6.

Вывод: Пациенты с хроническими интерстициальными заболеваниями легких имеют высокую удовлетворенность использованием системы дистанционного мониторинга.

58. ПОСТКОВИДНЫЙ ФИБРОЗ ЛЁГКИХ ИЛИ ИФЛ? (ОПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Кафедра поликлинической терапии, ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Российская Федерация, Пермь.

Барламов П.Н.

Цель исследования: Показать возможную связь COVID19 с фиброзом лёгких

Материалы и методы: Демонстрация истории болезни пациентки с клинической картиной идиопатического фиброза лёгких (ИФЛ), возникшей после перенесенного COVID19.

Результаты: Пациентка К. 64 лет. Неонатолог. Перенесла COVID19 в декабре 2023 г. Объём поражения 15%. Контрольное рентгенологическое исследование не делала. После болезни остался сухой кашель. Обратилась 25.04.2024 по поводу нарастающей с конца февраля 2024 одышки инспираторного характера. Не курит, профвредностей нет. Заболеваниями бронхолегочной системы не страдала. Мама больна бронхиальной астмой. При физикальном исследовании обнаружены мелкопузырчатые хрипы по типу «треска целлофана» в базально-латеральных отделах легких. SpO₂=95%, Пульс=81, АД=110/60. Тоны приглушены. Акцент в области лёгочной артерии. Проведенные стандартные иммунологические исследования оказались интактными. Компьютерная томография (КТ) 18.04.24: В базальных отделах лёгких определяются ретикулярные изменения, преимущественно в кортикальных отделах, редкие небольшие кисты. Спирометрия от 24.04.24: ФЖЕЛ=84%; ОФВ1=82%; ОФВ1/ФЖЕЛ=80%. Эхокардиография от 23.04.2024: Систолическое давление в лёгочной артерии: среднее=36, максимальное=46 мм. Рт. ст. Умеренная дилатация правых отделов сердца. Таким образом, характерная клиническая картина, рестриктивные нарушения при спирометрии, КТ – картина соответствующая обычной интерстициальной пневмонии, повышение давления в легочной артерии, дилатация правых отделов сердца, отсутствие изменений в лабораторных исследованиях свидетельствуют в пользу ИФЛ.

Выводы: Наличие чёткой последовательности возникновения симптомов ИФЛ после перенесенного COVID19 свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения их взаимосвязи.

59. СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ФИБРОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА АВГУСТ 2024 Г.

Клиника ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, отделение пульмонологии

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

Цель: провести анализ состояния регионального регистра пациентов с быстро прогрессирующим легочным фиброзом (ЛФ), получающих специфическую антифибротическую терапию в Республике Башкортостан в 2024 г.

На данный момент в регистр ЛФ включены 95 пациентов, в том числе с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) – 50 чел. из 95 (53%), гиперчувствительным

пневмонитом (ГП) – 32 чел. (34%), ревматологическими заболеваниями (РЗ) – 13 чел. (13%), в том числе – системной склеродермией 8 чел. (8%), ревматоидным артритом (РА) – 4 чел. (4%), болезнью Шегрена – 1 чел. (1%). Антифибротическую терапию нинтеданибом получают 80 из 95 пациентов с ЛФ (84%), в том числе часть больных ИЛФ и все больные ГП, РЗ. Терапию пирфенидоном получают 15 пациентов с ИЛФ (16%). Среди больных ИЛФ Соотношение нинтеданиб/пирфенидон 35/15. Возраст пациентов с ИЛФ в интервале от 52 до 85 лет, медиана – 68 лет, ГП – от 31 до 73 лет, медиана – 63,5 лет, $p < 0,01$ в сравнении с ИЛФ, РЗ – от 60 до 78 лет, медиана – 63 года. Распределение по полу М/Ж: ИЛФ – 24/26, ГП – 14/18, РЗ – 3/13 без достоверных различий. За 8 мес. 2024 г. по причине смерти выбыли 9 чел, в том числе с ИЛФ – 5 чел, ГП – 4 чел. возраст в интервале 45-66 лет, медиана – 67 лет. Вновь включены 9 пациентов, в том числе – ИЛФ -2 чел, ГП – 6 чел, РА – 1 чел., возраст в интервале 44-70 лет, медиана – 62,5 лет. Распространенность в регионе отдельных заболеваний с учетом уточненных диагнозов составляет для ИЛФ -12,5 случая на 1 млн насел., ГП – 8 случаев на 1 млн.насел.

60.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИФИБРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького МЗ РФ

Моногорова Н.Е., Шалаева И.В., Крюк М.А., Бедак А.С.

Цель: оценить результаты функциональных исследований, данных компьютерной томографии и эффективности антифибротической терапии у пациентов с постковидным пневмофиброзом.

Материалы и методы: нами были проанализированы данные 19 пациентов (13 мужчин и 6 женщин) с постковидным пневмофиброзом. Всем обследованным проводилась бодиплетизмография, компьютерная томография, определялась диффузионная способность легких, лабораторно-биохимические исследования: интерлейкин-6, С-реактивный белок, D-димер. Результаты: у всех пациентов по данным КТ имел место выраженный фиброз, у 5 с наличием «сотового легкого», у 7 формирование тракционных бронхоэктазов, кистозно-буллезная перестройка легочной ткани. Функциональные нарушения по данным бодиплетизмографии обнаружены у всех обследованных. У 11 проводилось измерение диффузной способности легких: DLCO в среднем $56,5 \pm 3,9\%$. В лабораторно-биохимических анализах выявлено повышение С-реактивного протеина, средние показатели $11,7 \pm 2,3$, интерлейкин-6 $8,8 \pm 1,2$, D-димер $520 \pm 23,4$. Антифибротическая терапия была назначена 4-м пациентам. На фоне терапии отмечалась по данным компьютерной томографии стабилизация процесса без прогрессирования.

Выводы: поствоспалительные интерстициальные заболевания легких ассоциированные с перенесенным инфекцией COVID-19 нуждаются в длительном наблюдении, с изучением маркеров системного воспаления, функциональных тестов и проведение ВРКТ. При наличии выраженного фиброза с формированием «сотового легкого» обсуждаются вопросы использования антифибротических препаратов.

61.

**СОЧЕТАНИЕ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА И ЭМФИЗЕМЫ (СЛФЭ):
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
И РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького МЗ РФ, ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина», г. Донецк
Моногарова Н.Е., Момот Н.В., Соловьева Е.М.

Цель: оценить данные анамнеза, инструментальных и лабораторных исследований у больных с сочетанием легочного фиброза и эмфиземы.

Материалы и методы: изучены данные 66 пациентов с идиопатическим легочным фиброзом, которым была проведена компьютерная томография высокого разрешения, бодиплетизмография, диффузионная способность легких (10-ти больным) и определены показатели кислотно-щелочного состояния (КЩС) венозной крови. У 60-ти пациентов была взята биопсия легкого с целью дифференциальной диагностики.

Результаты: по данным компьютерной томографии СЛФЭ было обнаружено у 16% пациентов: признаки эмфиземы в верхних отделах и легочного фиброза в базальных отделах. Наличие у больных парасептальной эмфиземы служило характерным отличием данной патологии от обструктивной болезни легких. По данным бодиплетизмографии у более чем 70% больных с наличием легочного фиброза и эмфиземы нарушений функции дыхания выявлено не было. Близкие к норме легочные объемы были связаны с взаимным нивелированием двух разнонаправленных патологических состояний: гиперинфляции вследствие эмфиземы и рестрикции в результате легочного фиброза. При проведении диффузионной способности легких, DLCO в среднем составил $61,4 \pm 5,1\%$. При изучении КЩС была выражена гипоксемия, показатель P_aCO_2 свидетельствовал о гипо- или гиперкапнии.

Выводы: для больных с сочетанием легочного фиброза и эмфиземы характерны нормальные результаты функциональных исследований, что не позволяет объективно оценить степень дыхательной недостаточности. Проведение диффузионной способности легких и КЩС крови является обязательным для такой категории пациентов.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

62. СООТНОШЕНИЯ ОБЪЁМА НЕПОРАЖЕННЫХ ЛЕГКИХ И ФОРСИРОВАННОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19

1. – ГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
2. – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4»,
3. – ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз»

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

Цель: Сравнение объёма непораженных легких по данным автоматизированной обработки компьютерных томограмм пациентов с COVID-19 и показателя форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ) по нормативу GLI 2012.

Материал и методы: Проведен анализ 155 КТ изображений больных COVID-19 с положительным ПЦР-тестом у 66 человек в группе летального исхода и у 89 человек в группе выживших с помощью программы АВТОПЛАН, разработанной в институте инновационного развития СамГМУ. Проведен подсчет объёмов легочной ткани, «матового стекла» и консолидации в мл. Объём непораженных легких рассчитывался как разность объёма легких и объёма «матового стекла» и консолидации. Показатели ФЖЕЛ рассчитывались по нормативу GLI 2012. Нами использованы должный показатель, а также нижняя и верхняя границы нормы, составляющие $\pm 1,645$ стандартного отклонения от должного показателя. Рассчитано соотношение объёма непораженных легких по КТ к трем показателям ФЖЕЛ (должный, нижняя и верхняя границы нормы) в процентах в двух группах непараметрического сравнения независимых групп U-критерием Манн-Уитни с достоверностью менее 0,05.

Результаты: При сравнительной оценке отношения объёма непораженных легких на КТ по обработке системой Автоплан и показателей ФЖЕЛ (должная, нижняя и верхняя границы нормы) выявлен достоверно более высокий процент в группе выживших пациентов 84,39% (95% ДИ 75,33-93,46) против 108,16% (95% ДИ 99,84-116,47) $p < 0,001$, 116,72% (95% ДИ 104,18-129,26) против 147,47% (95% ДИ 135,92-159,02) $p = 0,001$, 65,80% (95% ДИ 58,70-72,89) против 85,05% (95% ДИ 78,57-91,54) $p < 0,001$ соответственно.

Вывод: в группе выживших пациентов с поражением легких при COVID-19 получен достоверно более высокий процент соотношений объёма непораженных легких к должным значениям, нижней и верхней границам нормы ФЖЕЛ.

63.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОБЪЁМОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19

1. – ГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
2. – ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4»,
3. – ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз»

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

Цель: Сравнение легочных объёмов по данным автоматизированной обработки компьютерных томограмм пациентов с различными исходами COVID-19 и показателя форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ) по нормативу GLI 2012.

Материал и методы: Проведен анализ КТ изображений больных COVID-19 с положительным ПЦР-тестом у 66 человек (29 мужчин и 37 женщин, средний возраст 71,2 года) в группе летального исхода и у 89 человек (40 мужчин и 49 женщин, средний возраст 61,5 лет) в группе выживших с помощью программы АВТОПЛАН, разработанной в институте инновационного развития СамГМУ. Проведен подсчет объёмов легочной ткани, «матового стекла» и консолидации в мл. Показатели ФЖЕЛ рассчитывались по нормативу GLI 2012. Нами использованы должный показатель, а также нижняя и верхняя границы нормы, составляющие $\pm 1,645$ стандартного отклонения от должного показателя. Рассчитано соотношение объёма легких по КТ к трем показателям ФЖЕЛ (должный, нижняя и верхняя границы нормы) в процентах в двух группах непараметрического сравнения независимых групп U-критерием Манн-Уитни с достоверностью менее 0,05.

Результаты: При сравнительной оценке отношения объёма легких на компьютерной томограмме по автоматизированной обработке системой Автоплан и спирометрических показателей ФЖЕЛ (должная, нижняя и верхняя границы нормы) выявлен более высокий процент в группе благоприятного исхода COVID-19 104,88% (95% ДИ 96,06-113,71) против 116,97% (95% ДИ 109,38-124,56) $p=0,056$, 144,95% (95% ДИ 132,85-157,05) против 159,53% (95% ДИ 148,90-170,16) $p=0,092$, 81,81% (95% ДИ 74,86-88,76) против 91,97% (95% ДИ 86,07-97,87) $p=0,048$ соответственно.

Вывод: был выявлен достоверно более высокий процент соотношения объём легких/ФЖЕЛ верхняя граница нормы у пациентов с благоприятным исходом COVID-19.

МИКРОБИОЛОГИЯ

64.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1 – Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

2 – Курская областная многопрофильная клиническая больница, Курск, Россия

Гаврилюк Е.В. – 1,2, Шабанов Е.А. – 1,2, Байрамова Л.Ш. – 2, Прибылова Н.Н. – 1

Контроль микробного пейзажа у пациентов в пульмонологическом отделении является важным аспектом разработки эффективных способов профилактики и лечения заболеваний органов дыханий.

Цель: оценить микробный спектр в биологических жидкостях пациентов пульмонологического отделения.

Материалы и методы: Анализ результатов 1203 бактериологических исследований биологических жидкостей у пациентов пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» за период 2022-2023 гг.

Результаты: Из 1203 исследований биоматериалов из пульмонологического отделения бронхиальный аспират составлял 45,1% (543), мокрота – 29,7% (357), плевральная жидкость – 15,8% (190), а смыв с бронхов – 9,4% (113). Из 1203 посевов микробный рост был обнаружен в 884 случаев, что составило 73,5%, при этом максимальное количество роста было выявлено из мокроты – 88,0% , тогда как минимальный рост определялся в плевральной жидкости – 42,6%. Оценивая микробный пейзаж, установлено, что у пациентов пульмонологического отделения наиболее часто высевались *Streptococcus pyogenes* – 18,0%, *Klebsiella pneumoniae* – 15,6% и *Acinetobacter baumannii* – 14,9%, при этом *Pseudomonas aeruginosa* занимал 4-е место с 11,1% встречаемостью, а *Staphylococcus aureus* занимал 8-е место с 4,2% из положительных посевов. Наибольшая чувствительность *Streptococcus pyogenes* была определена к хлорамфениколу – у 90,5% пациентов, у которых он был выделен, а к клиндамицину чувствительность составила 89,5%, тогда как на третьем месте по чувствительности был азитромицин – 44,3%.

Выводы: У пациентов пульмонологического отделения наиболее часто положительные результаты посевов определяются в мокроте, в которой наиболее часто определялся *Streptococcus pyogenes* чувствительный к хлорамфениколу.

МУКОВИСЦИДОЗ

65.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

1 – ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
2 – ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ

Шакирова Г.Р. – 1,2, Гизатуллина Э.Д. – 2, Шаймуратов Р.И. – 2

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности таргетной терапии на малой выборке пациентов с муковисцидозом (МВ), получавших элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор и ивакафтор (ЕТІ), состоящих под наблюдением пульмонолога ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Материалы и методы: проанализированы данные пациентов с МВ, включенных в Федеральный регистр больных 14 высокозатратными нозологиями в Республике Татарстан (РТ) на июль 2024 г., получавших лечение препаратом ЕТІ. Оценивались респираторные жалобы, масса тела, частота обострений, потовая проба, параметры спирометрии (ОФВ1, ФЖЕЛ). Оценка безопасности проводилась по уровню АЛТ, АСТ, общего билирубина.

Результаты: в РТ 11 пациентов с МВ старше 18 лет получают таргетную терапию, 9 из которых – элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор и ивакафтор (ТН: Трикафта). Из них мужчин – 3 (33,3%), женщин – 6 (66,7%), средний возраст $23,1 \pm 7,7$ лет. Длительность приема препарата – $19,9 \pm 5,2$ месяцев (от 12 до 27 месяцев). Все пациенты отмечали купирование респираторной симптоматики. У всех пациентов отмечено снижение потовой пробы (до лечения $101,7 \pm 5,8$ ммоль/л против $59,3 \pm 3,9$ ммоль/л после лечения, Т-критерий Уилкиссона = 0,08), увеличение массы тела с $46,8 \pm 4,5$ кг до $53,2 \pm 6,3$ кг (Т-критерий Уилкиссона=0,002). Увеличение ОФВ1 – на 16,3% (Т-критерий Уилкиссона=0,0023), прирост ФЖЕЛ – на 16% от исходного (Т-критерий Уилкиссона=0,0025). Только у одного пациента за период наблюдения отмечена транзиторная гипербилирубинемия до двух норм, обострение было у двух пациентов.

Выводы: отмечен положительный эффект препарата ЕТІ в виде улучшения клинической симптоматики, снижения количества обострений и показателей потовой пробы, увеличения массы тела, улучшения функциональных показателей внешнего дыхания. Кроме того, следует отметить высокую безопасность препарата

66.

МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ИВАКАФТОР+ТЕЗАКАФТОР+ЭЛЕКСАКАФТОР

ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ

Пятеркина О.Г., Карпова О.А.

Цель: оценить безопасность и эффективность таргетной терапии трехкомпонентным препаратом у детей с муковисцидозом в республике Татарстан.

Материалы и методы: мониторинг проводился у 52 пациентов, получающих терапию трехкомпонентным препаратом от 1 до 3 лет. Все пациенты имеют мутации соответствующих классов для данной терапии. Средний возраст пациентов на старте терапии 11,5 лет, форма заболевания смешанная, снижение ОФВ1 менее 80% – 11 чел, менее 40% – 2 чел., бронхоэктазы у 78,3%, хронический риносинусит у 84,6%, цирроз печени – 2 чел. и сахарный диабет – 2 чел. Проведен мониторинг клинических и лабораторно-инструментальных обследований на старте терапии, через 2 недели, 1, 3, 6, 12 месяцев 1 года терапии, а затем ежеквартально.

Результаты: В результате исследования выявлены значительные улучшения показателей нутриативного статуса в течение первого года приема препарата выраженное и стабильное снижение значений потовой пробы у всех пациентов, улучшение показателей функции внешнего дыхания в среднем на 10-12%, снижение количества обострений, требующих госпитализации в стационар. У 27% пациентов отмечалось увеличение кашля и мокроты, ринорея в первые дни терапии, которые быстро купировались. У 3 чел. повышение печеночных проб, нормализовалось приемом гепатопротекторов. У 2 пациентов отмечались кожные высыпания, расцененные как токсико-аллергическая реакция, у 1 пациента отмечалась артериальная гипертензия с развитием энцефалопатии (отек головного мозга), у всех троих была временно приостановлена терапия.

Заключение: Современная таргетная терапиям МВ хорошо переносится, достигается быстрое улучшение состояния пациентов. Отмечается улучшение функции внешнего дыхания. При наличии нежелательных побочных явлений терапия была продолжена после купирования проявлений.

67.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ CFTR-МОДУЛЯТОРА ЭЛЕКСАКАФТОР/ТЕЗАКАФТОР/ИВАКАФТОР У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация ГАУЗ СО «ОДКБ», Екатеринбург, Российская Федерация

Васенёва Ю.О., Вахлова И.В.

Актуальность. В настоящее время актуальной задачей является анализ клинической эффективности таргетного лечения муковисцидоза, направленного на коррекцию функции хлорного канала.

Цель исследования: Провести оценку эффективности применения элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор у детей с муковисцидозом.

Материалы и методы: Элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор получали 35 детей основной группы от 6 до 17 лет – гетерозиготные носители мутации F508del. Кон-

трольную группу составили 25 детей с муковисцидозом 6-17 лет — носители других патогенных вариантов гена CFTR, не получавшие CFTR-модуляторы. Оценивали функцию органов пищеварения и ФВД на старте и через 12 месяцев.

Результаты: Через 12 месяцев терапии в основной группе получены значимые изменения ФВД: среднее значение (M(SD)) ФЖЕЛ возросло с 69,96 (19,83) до 85,08 (17,54)% ($p < 0,000$), ОФВ1 — с 67,57 (22,42) до 85,46 (20,07)% ($p < 0,000$); значимое увеличение панкреатической эластазы кала (уже через 6 месяцев, $p < 0,049$) (в контрольной — снижение, $p < 0,109$); значимое снижение проводимости пота — с 107,27 (15,47) до 62,74 (21,06) ммоль/л ($p < 0,000$), нормализация потового теста у 35,48 % пациентов. В основной группе значимо снизился уровень АСТ ($p < 0,004$), в контрольной — повысился ($p < 0,011$). Уровень АЛТ снизился лишь в основной группе ($p < 0,014$). Общий билирубин значимо возрос в основной группе ($p < 0,000$), а относительный риск гипербилирубинемии увеличился в 11 раз (ОР = 8,871 (1,227–64,134)). Нежелательных реакций, потребовавших отмены терапии, не отмечено.

Выводы: Применение элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор значимо улучшало функционирование органов дыхания, поджелудочной железы, ферментативную функцию печени.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

68.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И БЕЛОК-КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

1. ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
 2. Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Федерального государственного бюджетного научного учреждения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук
- Зулкарнеев Ш.Р. – 1, Корытина Г.Ф. – 1,2, Загидуллин Н.Ш. – 1

Актуальность. Современная диагностика идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) имеет ограниченную точность.

Цель: изучить уровни экспрессии в легочной ткани и мононуклеарах периферической крови у больных ИЛФ длинных некодирующих РНК – днРНК (TP53TG1, LINC00342, H19, MALAT1, DNМ3ОS, MEG3), микроРНК (miR-218-5p, miR-126-3p, miR-200a-3p, miR-18a-5p, miR-29a-3p) и белок-кодирующих генов (PTEN, TGFB2, FOXO3, KEAP1), регулирующих сигнальные пути TGF- β /SMAD3-, Wnt-, PI3K/AKT- в сравнении с контролем.

Материал: группа больных ИЛФ (n=33), контрольная группа (КГ), n=70.

Методы: образцы легочной ткани и крови получены у пациентов из группы ИЛФ и КГ, не получавших антифибротическую терапию. Уровни экспрессии генов анализировали методом RT-qPCR. Для определения уровня целевых днРНК и микроРНК использовали реагенты TaqMan и TaqMan MicroRNA.

Результаты: дифференциальная экспрессия в мононуклеарах больных ИЛФ в сравнении с КГ: днРНК – MALAT1 (Fold Change=3,809, P=0,0001), TP53TG1 (Fold Change=0,426, P=0,002), LINC00342 (Fold Change=1,837, P=0,045), микроРНК – miR-126-3p (Fold Change=0,102, P=0,003), miR-200a-3p (Fold Change=0,442, P=0,006), miR-18a-5p (Fold Change=0,154, P=0,003) и кодирующих генов – FOXO3 (Fold Change=4,604, P=0,003), PTEN (Fold Change=2,22, P=0,001). В легочной ткани больных ИЛФ изменены уровни экспрессии днРНК – TP53TG1 (Fold Change=0,209, P=0,03) и DNМ3ОS (Fold Change=4,759, P=0,05). По результатам множественной регрессии и ROC-анализа определена диагностическая модель ИЛФ, включающая одновременную оценку уровня экспрессии TP53TG1, MALAT1, PTEN в мононуклеарах в сочетании с miR-126-3p (AUC=0,97, SEN=0,80, SPE=0,96).

Выводы: исследование дифференциальной экспрессии днРНК, микроРНК и кодирующих генов может использоваться для повышения точности диагностики ИЛФ.

ОНКОЛОГИЯ

69.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИНВАЗИВНОЙ МУЦИНОЗНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ (ИМА) С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КИСТОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

(1) ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, (2) СПб ГМПБ№2

Мазур А.П. – 1, Бертова О.Н. – 2, Степаненко Т.А. – 2

Кистозные поражения легких представляют собой разнородную группу заболеваний, различных по происхождению и морфологическому строению, что требует верной интерпретации томограмм и своевременного выполнения биопсии легкого. Больная Л., 69 лет, госпитализирована в пульмонологическое отделение №2 ГМПБ№2 с жалобами на одышку в покое, малопродуктивный кашель. Больна несколько месяцев, рентгенологически выявлялись двусторонние изменения в легких. Пациентка обследована в 2х стационарах города, получала антибактериальную терапию, курсы СГКС, переведена с диагнозом ИЗЛ. При поступлении сатурация 90%, на респираторной поддержке O₂ 2 л/мин 96%. При РКТ грудной клетки с болюсным контрастированием выявляются двусторонние инфильтративные изменения и множественные очаги с полостями распада (кисты?). Выполнить гистологическую верификацию невозможно из-за тяжести состояния. Пациентке проведено обследование: исключены туберкулез, микобактериоз, бактериальная пневмония, микоз, не подтвержден васкулит. Наиболее вероятным считался онкологический процесс неуточненной локализации. На 24й день на фоне прогрессирующей дыхательной недостаточности наступил летальный исход. На аутопсии описаны плотные легкие и множественные кисты легких. При гистологическом исследовании секционного материала в ткани обоих легких выявлена муцинозная аденокарцинома со стелющимся типом роста. Локализация, форма опухолевого роста и наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах позволили отнести выявленную аденокарциному к первичной опухоли правого легкого с множественными внутрилегочными метастазами, метастазами в поджелудочной железе. Выявление множественных кистозных изменений требует дифференциальной диагностики, в том числе с опухолевым процессом, для принятия решения о морфологической верификации диагноза.

70.

СОЛИТАРНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ЛЕГКИЕ. ХИРУРГИЯ ИЛИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ?

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Магомедова К.М., Черниченко А.В., Пикин О.В., Мещерякова И.А., Плавник Р.Н., Герасимов В.А., Перфильева М.Ю.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения функционально неоперабельных больных с солитарными метастазами в легких.

Материал и методы: Из 133 пациентов в возрасте от 24 до 88 лет с солитарным метастазом в легкое 67 функционально неоперабельным проведена стереотаксическая лучевая терапия (СТЛТ) и 66 – метастазэктомия (МЭ). По полу и возрасту, морфологической структуре, размерам метастазов группы сравнимы ($P > 0,05$). Объем облучения: $GTV = CTV$, $PTV = CTV + 3\text{мм}$. СТЛТ проводили при ежедневном контроле положения мишени (XVI). В зависимости от локализации метастаза суммарную очаговую дозу (СОД) 40-60Гр при разовых очаговых дозах (РОД) 8-15Гр подводили с активной синхронизацией дыхания пациента (ABC) за 3-5 ежедневных фракций. МЭ выполняли в соответствии с общепринятыми стандартами торакальной хирургии. Атипичная резекция легкого 33 (50,0%), лобэктомия 29 (43,9%), сегментэктомия 2 (3,0%), пневмонэктомия 2 (3,0%).

Результаты: При динамическом наблюдении после СТЛТ (медиана 28 месяцев) у 18 (26,9%) пациентов в первые 6 месяцев отмечались явления лучевого пневмонита RTOG1, не требующие специального лечения. После МЭ (медиана 34 месяца) у 6 (9,1%) пациентов в п/о периоде отмечены осложнения, которые после коррекции, не требовали дальнейшего лечения и не снижали качество жизни пациента. Показатели 1 и 3-летнего ЛК и ОВ в группе СТЛТ составили 97,0%, 95,5% и 82,1%, 49,1%; в группе МЭ – 95,4%, 93,9% и 81,8%, 46,2% соответственно ($P > 0,05$).

Выводы: Полученные результаты подтверждают потенциальную возможность использования СТЛТ в клинической практике при солитарных метастазах в легкие как альтернативы хирургическому варианту лечения.

71.

ВОЗМОЖНОСТИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫХ ФОРМ РАКА ЛЕГКИХ

Московский научно-исследовательский онкологический институт им.П.А.Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 3

Перфильева М.Ю., Черниченко А.В., Мещерякова И.А., Плавник Р.Н., Герасимов В.А., Магомедова К.М.

Цель: Улучшение результатов лечения неоперабельных больных с локализованным первичным и рецидивным немелкоклеточным раком легких (НМРЛ).

Материал и методы: В исследовании включены 58 функционально неоперабельных больных (средний возраст 71 год) с морфологически подтвержденными ранними локализованными формами НМРЛ, из них у 11 (19,0%) рецидивы после лобэктомии. Аденокарцинома – 30(51,7%), плоскоклеточный рак – 24(41,4%), другие формы НМРЛ – 4(6,9%). Объем облучения: $GTV = CTV$, $PTV = CTV + 3\text{мм}$, максимальный объем облуче-

ния 91см³. Стереотаксическую лучевую терапию (СТЛТ) проводили при ежедневном контроле положения мишени (XVI). В зависимости от локализации опухоли суммарную очаговую дозу (СОД) 40-60Гр при разовых очаговых дозах (РОД) 8-15Гр подводили с активной синхронизацией дыхания пациента (АВС) за 3-5 ежедневных фракций.

Результаты: Лучевых реакций и/или осложнений при проведении СТЛТ не было. Через 3-7 месяцев после лечения у 26(44,8%) пациентов выявлен пневмонит в зоне полей облучения 1 степени (RTOG 1), не требовавший специального лечения. Полная резорбция опухоли отмечена у 81%, стабилизация размеров – у 19%. Признаков продолженного роста или рецидива не выявлено. При медиане наблюдения 30 месяцев 3-х летняя общая выживаемость – 50%. 3-х летняя онкоспецифическая выживаемость – 75,9%. Выводы. СТЛТ демонстрирует высокую эффективность лечения локализованных форм НМРЛ.

72.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЛОБЭКТОМИЙ И СЕГМЕНТЭКТОМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО IA СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ОПУХОЛИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер»

Фатеева Д.Л., Зинченко Е.И., Петров А.С., Коваленко А.И., Пищик В.Г.

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с IA стадией немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ), требующих выполнения видеоторакоскопических (ВТС) анатомических резекций.

Материал и методы: Сплошное нерандомизированное ретроспективное исследование данных 132 пациентов после ВТС лобэктомий и сегментэктомий, выполненных с 2010 по 2020 гг. в КБ №122 им. Л.Г. Соколова одной хирургической командой. Сравнение в группах ВТС лоб- и сегментэктомий, а также в 4 подгруппах пациентов: лобэктомии (N=45) и сегментэктомии (N=21) при размере опухоли до 2 см; лобэктомии (N=55) и сегментэктомии (N=11) при размере от 2 до 3 см.

Результаты: Группы сравнения сопоставимы по основным параметрам. Госпитальной летальности не было. Различий по послеоперационному койко-дню ($p=0.58$), числу удаленных лимфатических узлов ($p=0.52$) и проценту осложнений ($p=0.75$) не было. Отличия в группах и подгруппах выявлены по длине аппаратного шва – больше при сегментэктомии. В подгруппе с опухолью от 2 до 3 см мини-доступ был меньше при сегментэктомии, чем при лобэктомии ($p=0.009$), а сброс воздуха длительнее при удалении сегмента ($p=0.033$). Достоверных различий по отдаленным результатам, как в групповом, так и в подгрупповом анализе выявлено не было.

Выводы: ВТС лобэктомии и сегментэктомии безопасны и эффективны при IA стадии НМРЛ; ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с IA стадией НМРЛ после ВТС лоб- и сегментэктомий при размере опухоли ≤ 2 см статистически не различались; при размере от 2 до 3 см продолжительность сброса воздуха после сегментэктомий была выше ($p=0.033$); отдаленные результаты достоверно не различались между группами и подгруппами, что позволяет рассмотреть возможность расширения показаний к сегментэктомии при НМРЛ IA стадии в современных рекомендациях его лечения.

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

73.

РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Цель: Оценить взаимосвязь состояния кардиопульмонального резерва у пациентов с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) с параметрами раннего послеоперационного периода.

Материал и методы: В исследование вошли 124 пациента с ХТЭЛГ, поступившие для хирургического лечения в объеме легочной эндартерэктомии. Всем пациентам до операции проведено кардиопульмональное нагрузочное тестирование (КПНТ).

Результаты: Толерантность к физической нагрузке в изучаемой группе была снижена, пороговая мощность нагрузки составила 68 (52-75) Вт. Все пациенты характеризовались сниженными резервами дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Уровень VO_2 peak составил 13,5 (11,8–17,0) мл/мин/кг, эффективность легочной вентиляции (VE/VCO_2 slope) – 55 (42-67). Нарушение функции правых отделов сердца сопровождалось неадекватным сердечным выбросом, что выражается в сниженном значении кислородного пульса (9,8 (8,5-11,2) мл/1уд). Длительность госпитализации составила 20 (12-24) дней, госпитальная летальность – 7%. Среди осложнений раннего послеоперационного периода следует отметить развитие сердечной недостаточности в 26% случаев. Дыхательная недостаточность, потребовавшая продленной искусственной вентиляции легких, зарегистрирована в 31% случаев. Исходные значения VO_2 peak у пациентов с ХТЭЛГ обратно взаимосвязаны с развитием сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде (ОШ 0,56 (0,36-0,82), $p=0,02$), продленной искусственной вентиляцией легких (ОШ 0,43 (0,34-0,71), $p=0,001$) и с госпитальной летальностью (0,82 (ОШ 0,75-0,94), $p=0,03$).

Заключение: Состояние кардиопульмонального резерва у пациентов с ХТЭЛГ обладает прогностической ценностью в оценке риска развития осложнений и госпитальной летальности в раннем послеоперационном периоде после легочной эндартерэктомии.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

74. ГАЗОТРАНСМИТТЕР МОНООКСИДА АЗОТА И МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВОДОРОД

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
Зинчук В.В., Рабковская Е.М., Гуляй И.Э., Бабаева П.С.

Цель работы: изучить изменение содержания монооксида азота при действии молекулярного водорода.

Материалы и методы: объектом исследования являлась кровь, которая была разделена на 6 групп (n=9) по 4 мл. Первая и четвертая группы служили контролем. Во второй и пятой группах осуществляли обработку крови газовой смесью, содержащей 2-% водород, в термостатируемом сатураторе в течении 5 минут, а в группах три и шесть – 10 мин. Время инкубации для второй и пятой групп составляло 30 минут, для третьей и шестой – 60 минут. Продукция монооксида азота (NO) измеряли по содержанию нитрат/нитритов (NO₃⁻/NO₂⁻) в плазме крови с помощью реактива Грисса на спектрофотометре Solar PV1251C при длине волны 540 нм. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0. Достоверность полученных данных, с учетом размеров малой выборки, оценивали с использованием U-критерия Манна–Уитни.

Результаты: содержание нитрат/нитритов (NO₃⁻/NO₂⁻) при насыщении крови газовой смесью, содержащей 2-% водород, в течении 5 минут увеличивается при экспозиции 30 и 60 минут на 12,76% (p≤0,05) и на 15,35% (p≤0,05) соответственно по сравнению с контролем. Подобная тенденция наблюдается и под действием водорода в течении 10 минут, где содержание NO₃⁻/NO₂⁻ увеличивается по отношению к контролю на 15,43% (p≤0,05).

Выводы: результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что действие молекулярного водорода на кровь сопровождается увеличением концентрации нитрат/нитритов (NO₃⁻/NO₂⁻), что может влиять на кислородсвязывающие свойства крови за счёт внутриэритроцитарных механизмов регуляции.

75.

ВЛИЯНИЕ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ РЕГУЛЯТОРОВ НА ПРОДУКЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 12 И 17А ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Терехов И.В., Бондарь С.С.

Цель: Охарактеризовать роль ДНК-метилтрансферазы-3А (DNMT3A), гистон-деацетилазы (HD), компонента метилтрансферазного комплекса гистонов – протеина ASH2L и гистонацетилтрансферазы EP300 в регуляции продукции интерлейкинов (ИЛ) -12 и -17А при пневмонии.

Материал и методы: Исследовались образцы венозной крови пациентов с внебольничной бактериальной пневмонией обоего пола в возрасте 18-55 лет. 1 мл венозной крови разбавленной средой DMEM переносили во флаконы с 2 мкг ЛПС, 4 мкг конканавалина А и 4 мкг фитогемагглютинаина Р, которые инкубировали в течение 24 ч при 37°C, после чего в клеточных супернатантах методом ИФА определяли концентрацию ИЛ-12, -17А, а в клеточных лизатах – DNMT3A, HD, ASH2L, EP300. Взаимосвязи оценивали методом факторного регрессионного анализа в программе STATISTICA 13.0.

Результаты: Результаты анализа стандартизированных регрессионных коэффициентов (beta) регрессионного уравнения свидетельствуют о значимом положительном влиянии DNMT3A (beta = 14,3; p = 0,02), HD (beta = 6,0; p = 0,037) и ASH2L (60,0; p = 0,001) на продукцию ИЛ-12 (коэффициент детерминации регрессионного уравнения R² = 0,82; p = 0,002). DNMT3A и ASH2L при совместном влиянии способствовали снижению продукции ИЛ-12 (beta = -43,3; p = 0,0001). Продукция ИЛ-17А также отличалась положительной зависимостью от DNMT3A (beta = 36,3; p = 0,02), HD (beta = 7,7; p = 0,049), ASH2L (81,0; p < 0,001), а также EP300 (beta = 66,2; p < 0,001). Коэффициент детерминации регрессионного уравнения R² = 0,89; p = 0,001). DNMT3A и ASH2L при совместном влиянии способствовали снижению продукции ИЛ-12 (beta = -43,4; p = 0,0001).

Выводы: Взаимодействия между эпигенетическими факторами могут играть важную роль в регуляции адаптивного иммунного ответа, реализующегося с участием Т-хелперов 1 типа и Т-хелперов-17.

76.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОМ

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Терехов И.В., Бондарь С.С.

Цель: Охарактеризовать роль ДНК-метилтрансферазы-3А (DNMT3A), гистон-деацетилазы (HD), компонента метилтрансферазного комплекса гистонов – протеина ASH2L и гистонацетилтрансферазы EP300 в регуляции продукции провоспалительных цитокинов при стимуляции мононуклеарных лейкоцитов периферической крови пациентов с пневмонией липополисахаридом (ЛПС).

Материал: Образцы венозной крови пациентов с внебольничной бактериальной пневмонией обоего пола в возрасте 18-55 лет. Методы. 1 мл венозной крови раз-

бавленной средой DMEM переносили во флаконы содержащие 2 мкг ЛПС, 4 мкг конканавалина А и 4 мкг фитогемагглютинина Р. Образцы инкубировали в течение 24 ч при 37°C, после чего методом иммуноферментного анализа в клеточных супернатантах определяли концентрацию интерлейкинов (ИЛ) -1b, -6, фактора некроза опухоли-альфа (ФНО). В клеточных лизатах определяли концентрацию DNMT3A, HD, ASH2L, EP300. Взаимосвязи оценивали методом факторного регрессионного анализа с использованием программы STATISTICA 13.0.

Результаты: Концентрация ИЛ-1 характеризовалась отрицательной корреляцией с уровнем DNMT3A и EP300 и положительной – с содержанием HD и ASH2L. Продукция ИЛ-6 отрицательно коррелировала с уровнем DNMT3A и ASH2L ($p = 0,005$) и положительно – с HD ($p = 0,0001$). Продукция ФНО отличалась отрицательной корреляцией с уровнем HD ($p = 0,001$). Проведенный анализ показал, что взаимодействие между DNMT3A и HD характеризовалось статистически значимым отрицательным влиянием на продукцию ИЛ-1b ($p = 0,001$) и ИЛ-6 ($p = 0,021$) и положительным – на уровень ФНО ($p = 0,017$).

Выводы: Модификации ДНК и гистонов отличаются противоположным влиянием на уровень цитокинов. Регуляция продукции ИЛ-1b и ИЛ-6 отличается противоположным характером от регуляции ФНО.

77.

КИНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИКЛА NO И ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ С EDRF-ПОДОБНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России¹, ИБК РАН²

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

В работе представлена универсальная структурная модель цикла веществ с EDRF-подобной активностью, включая NO, которая учитывает известные к настоящему моменту данные о биологической роли NO и его метаболитов, взаимодействии соединений, участвующих в нитрозивном метаболизме, концепцию циклических изменений концентраций нитрозо- и нитрозилгемоглобина в крови и др. Нами сформулирована гипотеза, что для адекватного описания нитрозивного метаболизма в организме целесообразно выделить пул веществ с EDRF-подобной активностью, и уже относительно этого пула выстраивать схему цикла. В качестве составляющих пула были выбраны: непосредственно NO, динитрозильные железосерные комплексы (DNIC), S-нитрозотиолы (RSNO), нитрозогемоглобин (HbSNO). Сформированная модель включает в себя следующие блоки: • Блок веществ с EDRF-подобной активностью – NO, RSNO, DNIC, HbSNO; • Блок ферментативного синтеза с двумя подблоками: iNOS и cNOS, присутствует отрицательная обратная связь по типу продуктового угнетения; • Блок цикла HbSNO, рассмотрение которого актуально для сосудистого русла; • Необратимое расхождение: физиологические мишени (растворимая гуанилатциклаза, ADP-рибозилтрансфераза, другие Fe-содержащие ферменты и белки – митохондриальные ферменты, ферменты цикла Кребса, супероксидный радикал и т.п.); • Обратимое расхождение – NO₂-, NO₃- (актуально, большей частью, в кислой среде желудка, хроническом воспалении и т.д.). Предложенная универсальная модель цикла NO и других веществ с EDRF-подобной активностью открывает новые возможности в имитационном моделировании нитрозивного метаболизма в целом и его отдельных функциональных блоков, что исключительно важно для изучения патологических состояний, а также экстремальных состояний и воздействий, сложных или невозможных для изучения в клинике.

ПНЕВМОНИЯ

78.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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, Зулкарнеев Ш.Р. – 1.

Внебольничная пневмония (ВП) и метаболический синдром (МС) весьма распространены и имеют важное медико-социальное значение.

Цель: провести анализ влияния перенесенной ВП на реализацию сердечно-сосудистого риска у больных с МС.

Материал и методы: Проведен сравнительный анализ обращаемости за экстренной медицинской помощью в течение 12 мес. до госпитализации по поводу ВП и 12 мес. после перенесенной ВП у 104 больных с фоновым МС с использованием региональной медицинской информационной системы «ПРОМЕД». В течение 12 мес. после госпитализации по поводу ВП в сравнении с предыдущими 12 мес. у пациентов с МС отмечается значительный прирост частоты вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по всем причинам с 34 до 108 случаев ($p=0,005$), а также экстренных госпитализаций по всем причинам с 12 до 38 случаев ($p=0,003$). Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) преобладали в структуре вызовов СМП (37,1%) и составили 26,3% случаев экстренных госпитализаций. В структуре вызовов СМП по поводу сердечно-сосудистых заболеваний 64,9% составила гипертоническая болезнь, 24,9% – цереброваскулярные заболевания, 5,1% – острый коронарный синдром и транзиторные ишемические атаки. Медиана времени до первого вызова СМП по причине ССЗ составила 146 суток.

Выводы: в отдаленном периоде после перенесенной ВП у больных с фоновым МС значительно, в пределах трехкратного, увеличивается обращаемость за экстренной медицинской помощью, в структуре которой преобладают сердечно-сосудистые заболевания.

79.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ЦИФРОВОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

1 – ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ,

2 – ФГБОУ ВО Уфимский университет науки и технологий

Зулкарнеев Р.Х. – 1, Шахмаметова Г.Р. – 2, Насыров Р.В. –

2, Шакирзянов А.А. – 2, Зулкарнеев Ш.Р. – 1

Цель: трансформация действующих клинических рекомендаций по внебольничной пневмонии (ВП) в цифровую программно-алгоритмическую систему поддержки принятия решений (СППР) лечащим врачом. Разработана информационная модель КР, включающая онтологию предметной области и базу знаний. Осуществлен перевод КР с естественного языка на специально разработанный промежуточный мета-язык описания КР. На базе мета-представления КР произведен перевод в формальную алгоритмическую форму на стандартном языке программирования. Информационная структура СППР состоит из 148 «входных» параметров, характеризующих различные стороны развития ВП, которые анализируются с помощью 47 решающих правил в форме «если (входные критерии) то (рекомендация по диагностике, лечению, профилактике ВП)». СППР охватывает типичные клинические ситуации: первичная диагностика ВП, оценка тяжести ВП, необходимость госпитализации в стационар / ОРИТ, назначение антибактериальной терапии, профилактика ВП. В результате работы системы врач получает набор персонифицированных для конкретного пациента с ВП набор клинических рекомендаций с указанием их обоснованности и силы. Также СППР имеет возможность представить врачу оригинальный фрагмент текста КР для исключения разночтений. СППР может использоваться для оценки качества оказания медицинской помощи при ВП, а также для обучения и повышения квалификации врачей. Данная СППР не содержит элементов искусственного интеллекта (ИИ) и основана исключительно на содержании КР. Таким путем исключаются ошибки, свойственные ИИ, и представляющие значительную опасность в условиях реальной клинической практики.

80.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ИЛИ ИХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Терехов И.В., Бондарь С.С.

Цель исследования: Оценка влияния терапии ингибиторами интерлейкинов или их рецепторов (ГТ) на госпитальную летальность пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (НКИ) в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 14443 случая лечения НКИ в период с 2021 по 2022 г.г. в стационарах Калужской области. В структуре госпитализаций – 8,6% легкая форма НКИ (частота ГТ 4,1%, летальность 2,1%), 62,7% – средне-тяжелая (частота ГТ 11,7%, летальность 2,7%), 21,6% – тяжелая (частота ГТ 38,7%, летальность 16,5%), и 7,1% – крайне-тяжелая (частота ГТ 34,8%, летальность 87,8%). Выживаемость оценивали на 10 сутки (В10) и 30 сутки (В30) лечения. Анализ выживаемости проводили с использованием программы STATISTICA 13.0.

Результаты: Проведенный анализ показал, что применение ГТ не оказывало значимого влияния на исходы в группе легкой НКИ ($p = 0,74$). В группе средне-тяжелой НКИ без применения ГТ летальность составила 2,8% (В10 – 97,5%, В30 – 92,9%), с ГТ – 1,4% (В10 – 94,8, В30 – 87,2%), $p = 0,0003$. В группе тяжелой НКИ без ГТ летальность – 18,3% (В10 – 88,2%, В30 – 75,2%), с ГТ – 11,8% (В10 – 94,7%, В30 – 87,2%), $p < 0,001$. В группе крайне-тяжелой НКИ без ГТ летальность – 86,4% (В10 – 52,9%, В30 – 11,6%), с применением ГТ – 91,7% (В10 – 68,9%, В30 – 11,5%), $p < 0,001$.

Выводы: Наибольшая эффективность ГТ отмечена в группе тяжелой НКИ, где снижение абсолютного риска смерти составило 6,5%, число пациентов, которых нужно лечить с применением ГТ для предотвращения летального исхода составило 14. В группе крайне-тяжелой НКИ применение ГТ снижало риск летального исхода в краткосрочной перспективе, не приводя к снижению поздней госпитальной летальности. Преимуществ применения ГТ при легкой форме НКИ не выявлено.

81.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Терехов И.В.

Цель исследования: Оценка информативности провоспалительных цитокинов в диагностике тяжелой внебольничной пневмонии.

Материалы и методы: Обследовано 90 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 33 лет с нетяжелой внебольничной бактериальной пневмонией (ВП) и 70 пациентов с тяжелой ВП. В сыворотке венозной крови методом ИФА определяли концентрацию ИЛ-1 β , -8, -11, -12, -18, -17A, -20, -23, -33, МСР-1, ФНО α . Тяжесть ВП оценивали по шкале PORT. Результаты. Тяжелая ВП в сравнении с нетяжелой отличалась повышением уровня ИЛ-1 на 26,2% ($p = 0,0002$), ИЛ-8 на 15,6% ($p = 0,01$), ФНО α на 130,8% ($p = 0,00001$), ИЛ-11 на 16,3% ($p = 0,03$), ИЛ-12 на 18,5% ($p = 0,0002$), ИЛ-17A на 5,1% ($p = 0,57$), ИЛ-18 на 20,5% ($p = 0,002$), ИЛ-20 на 1,1% ($p = 0,82$), ИЛ-23 на 15,0% ($p = 0,007$), ИЛ-33 на 38,0% ($p = 0,00001$), МСР-1 на 17,4% ($p = 0,00001$). Оценка информативности цитокинов в диагностике тяжести ВП проводилась путем анализа характеристических кривых (ROC) с расчетом площади под ROC-кривой (AUC). Показатель AUC для ИЛ-1 составил 0,62, при концентрации 616,8 пг/мл, ИЛ-8 – 0,77, при концентрации 7,3 пг/мл, ФНО α – 0,98, при концентрации 195,0 пг/мл, ИЛ-11 – 0,74, при концентрации 7,9 пг/мл, ИЛ-12 – 0,8, при концентрации 8,3 /мл, ИЛ-17A – 0,64, при концентрации 9,9 пг/мл, ИЛ-18 – 0,55, при концентрации 12,4 пг/мл, ИЛ-20 – 0,46, при концентрации 5,7 пг/мл, ИЛ-23 – 0,52, при концентрации 3,9 пг/мл, ИЛ-33 – 0,68, при концентрации 4,8 пг/мл, МСР-1 – 0,69, при концентрации 7,7 пг/мл.

Выводы: Наибольшей информативностью в диагностике тяжелой ВП характеризуется концентрация ФНО α . Сравнительно высокой информативностью отличается уровень ИЛ-8 и ИЛ-12. Очевидно, что информативность отмеченных цитокинов в диагностике тяжелой ВП определяется их ролью в патогенезе заболевания.

82.

ТЕСТ НА ЗНАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О ПНЕВМОНИИ

КГП Поликлиника №4 г. Костанай

Земцова Т.Б., Сейдахметова Д.К., Мурзалина Г.Е.

Цели: Цель теста — оценить уровень знаний медицинских работников о пневмонии, её диагностике, факторах риска, профилактике и лечении. Также исследование должно определить влияние стажа работы на понимание ключевых аспектов пневмонии, включая клинические признаки и диагностические методы.

Материал и методы: В исследовании участвовали 72 медицинских работника, включая врачей и фельдшеров. Стаж участников распределён следующим образом: 31 человек (43,1%) имели стаж 3-5 лет, 16 человек (22,2%) – 1-3 года, 17 человек (23,6%) – 20 лет и более, и 8 человек (11,1%) – 10-20 лет. Участникам предложен тест, включающий вопросы по определению пневмонии, микробиологии, клиническим признакам, факторам риска, методам диагностики, профилактике, лечению и осложнениям.

Результаты: 87,5% участников правильно определили внебольничную пневмонию. 97,2% указали стрептококки пневмонии как частого возбудителя. Все респонденты (100%) правильно назвали одышку, кашель и лихорадку как основные клинические признаки. 98,6% респондентов назвали пожилой возраст, курение и хронические заболевания как факторы риска. 95,8% выбрали рентгенографию и КТ для диагностики. В профилактике пневмонии 72,2% указали на вакцинацию и гигиенические меры. 98,6% правильно указали лечебные мероприятия. Осложнения пневмонии упомянули 87,5% участников. 100% согласны, что избегание курения помогает предотвратить пневмонию. 69,4% правильно указали использование алгоритмов CURB-65 и CRB-65 для оценки тяжести пневмонии.

Выводы: Тест показал высокий уровень знаний медицинских работников о пневмонии, особенно в диагностике и лечении. Рекомендуется проводить дополнительные образовательные мероприятия для повышения осведомлённости о профилактике пневмонии и изменении образа жизни.

83.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ SARS-COV-2

ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Абулдинова О.А., Приходько О.Б.

Новая коронавирусная инфекция – одна из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Постковидный синдром значительно влияет на качество жизни пациентов, что подчеркивает необходимость поиска эффективных методов прогнозирования, диагностики и лечения.

Цель исследования: создание прогностической модели в развитии постковидного синдрома у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Объект исследования: 60 человек с постковидным синдромом. Выявление предикторов развития постковидного синдрома у пациентов проводилось с помощью дискриминантного и ROC анализа. Были отобраны три параметра, максимально характеризующие возможные дискриминации совокупности

между исследуемыми группами: параметр микроциркуляции в первые 72 часа от начала заболевания (ПМ), застойно-стазический тип гемодинамики через 2 недели от начала заболевания (ЗСТГ), тип пульсовой кривой А через 2 недели от начала заболевания (ТПКА) – $p < 0,001$. Дискриминантная функция, построенная согласно вычисленным коэффициентам: $F = 90,856 - 24,036 \times \text{ПМ} + 1,255 \times \text{ЗСТГ} + 0,847 \times \text{ТПКА}$, где 90,856 – константа. Дальнейший анализ показал, что переменная ЗСТГ вносит наибольший вклад в дискриминацию совокупностей канонической функции. Расчёты, выполненные с помощью ROC-анализа, подтвердили возможность использования переменных ПМ, ЗСТГ, ТПКА в качестве предикторов развития постковидного синдрома. Выявлена выраженная связь развития постковидного синдрома с показателями периферической микроциркуляции равными и превышающими пороговые значения для ПМ, ЗСТГ и ТПКА ($\chi^2=566,848$, $p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, в результате проведённого исследования продемонстрирована возможность использования показателей периферической микроциркуляции для выделения групп риска по развитию постковидного синдрома.

84.

ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ

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

Сулима М.В., Решетникова Л.К.

Введение: перенесенная пневмония на фоне лечения антибиотиками приводит к стойким изменениям микробиоты и формированию синдрома избыточного бактериального роста (СИБР).

Цель: выявить характер изменений микробиоты у лиц, перенесших пневмонию с явлением кишечной диспепсии и формированием СИБР. Определить тактику ведения таких больных.

Материалы и методы: были изучены данные обследования 34 пациентов с установленным диагнозом – пневмония (мужчин – 15, женщин – 19, средний возраст – 48 ± 4 года). Клинический диагноз СИБР в сочетании с пневмонией был выставлен в 21 случае из 34 наблюдения (61,2%). По анамнестическим данным характерные симптомы: вздутие (53%), опоясывающие боли (12%), диарея (24%). Исследование кала на микробиоту методом ПЦР-диагностики «Колонофлор» выявило нарушение микробиоты в основном (48%) за счет снижения бифидумбактерий 103-104 КОЕ/г и в (7%) появления грибов рода *Candida* 106 КОЕ/г. У пациентов в 56% при эндоскопическом обследовании выявлен синдром «манной крупы». Водородно-дыхательный тест подтвердил диагноз СИБР в (60%) случаев.

Вывод: пациентам в 61% случаев с сформировавшимся СИБР и изменениями микробиоты требуется назначение невсасывающегося антибиотика (рифаксимин не менее месяца) в оптимальной дозировке (200 мг 3 раза в день), метабиотиков (бактистатин 500 мг 2 раза в день) в течении месяца, что купирует болевой, диспептический синдромы, нормализует микробиоту, снимая депрессивное состояние.

85.

ИНФЕКЦИОННЫЙ БРОНХИОЛИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

ЯГМУ, ЯОКБ

Брусин С.И., Удальцова Н.Н.

Актуальность проблемы. Внебольничная пневмония (ВБП) характеризуется чрезвычайным разнообразием респираторных патогенов, клинической и рентгенологической картины. Инфекционный бронхиолит при этом, создает своеобразную рентгенологическую картину и расширяет дифференциально-диагностический круг.

Материал и методы: Клинический разбор истории болезни пациента М., 35 лет, находившегося в пульмонологическом отделении ЯОКБ с диагнозом: «Левосторонняя верхне- и нижнедолевая бронхопневмония». Заболел остро неделю назад, когда появились жалобы на подъем температуры до 39, сухой кашель, одышку, слабость. Самостоятельно принимал в течение 5 дней амоксициллин/клавуланат 875/125 по 1 т – 2 р/д. Лечение без эффекта, симптомы сохранялись. Общее состояние средней степени тяжести. В легких дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы над левым легким, больше над нижней долей. ЧД 17 в минуту. SpO₂-99%. ОАК: Лейкоциты-12,09x10⁹/л, п/я-6%, с/я-64%, лим-23%, м-5%, э-2%, Нв-163 г/л, тромбоциты-277x10⁹/л.СРБ-72,04мг/л, прокальцитонин-менее 0,5 нг/мл. Посев мокроты на микрофлору: этиологически значимой микрофлоры не обнаружено. ВК не обнаружены. На РКТ легких при поступлении: слева в нижней доле S 6,8,9,10 и верхней доле S3 имеются нечетко очерченные центрилобулярные узелки и по типу «матового стекла» и «дерево в почках». Также визуализировались зоны консолидации. Таким образом у пациента имелась характерная картина бронхиолопневмонии. Учитывая отсутствие эффекта на амоксициллин/клавуланат у пациента без факторов риска резистентной флоры было предположено участие в этиологии инфекционного процесса атипичных возбудителей (возможно в виде ко-инфекции). Поэтому пациенту был назначен левофлоксацин 1,0 в сутки. Нормализовалась температура, уменьшился объем инфильтрации. СРБ 9,8 мг/л.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

86.

БЕРИЛЛИОЗ

1. – ФГБОУ ВО МГУ им.М.В.Ломоносова, Москва, Россия.
2. – ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства» ФМБА, Москва, Россия

Котловская Е.В. – 1, Бабаджанова Г.Ю. – 1,2

Бериллий (Be) – лёгкий металл, применяющийся в различных сферах промышленности. Использование бериллия распространено в авиационной, атомной, оборонной промышленности и многих других отраслях. Бериллиоз – это диффузное гранулематозное воспаление легких, возникающее в результате реакции гиперчувствительности IV типа, связанное с контактом с бериллием и его соединениями и являющееся результатом иммунологического ответа на длительное профессиональное воздействие.

Целью данного исследования являлось: изучение бериллиевой болезни, ее распространенности, этиологии и патогенеза, а также оценка тяжести состояния пациентов с бериллиозом, современных методов диагностики и лечения этого заболевания. Имеются данные о токсическом воздействии бериллия у работников различных производств. Представлены сведения о пути распространения, патогенезе, клиническом проявлении, данные лабораторных и инструментальных методов диагностики данного заболевания. Бериллиоз проявляется неспецифическими респираторными симптомами, такими как: одышка, сухой кашель, затрудненное дыхание, боль в груди, общая слабость, повышенная утомляемость, артралгии и миалгии. Диагностика бериллиоза включает в себя стандартные методы медицинского обследования. Единственный специфический метод диагностики бериллиоза, позволяющий дифференцировать его от других интерстициальных заболеваний лёгких – тест на пролиферацию бериллиевых лимфоцитов. Представлено несколько клинических случаев, описывающих характер течения бериллиоза у различных пациентов, а также современных методов его лечения. Имеются данные о современных подходах к фармакологическому лечению бериллиоза. На данный момент препаратами выбора для лечения являются кортикостероиды, лечение носит симптоматический характер. Специфического лечения бериллиоза нет.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

87.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

1. – ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И. М. Сеченова», г. Ялта, Россия;

2. – Томский политехнический университет, г. Томск, Россия

Евстафьева Е.В. – 1, Дудченко Л.Ш. – 1, Барановская Н.В. – 2, Шуляк И.В. – 1

В зарубежных исследованиях задокументировано, что нарушение регуляции микроэлементов может играть существенную роль в патогенезе COVID-19. Однако эти исследования касаются в основном роли эссенциальных элементов, в то время как в условиях химического загрязнения окружающей среды малоизученными остаются токсичные микроэлементы, которые все активнее вовлекаются в промышленное производство и окружающую среду и оказывают негативное влияние на здоровье.

Целью исследования явилась: характеристика особенностей микроэлементного статуса 30 пациентов, перенесших COVID-19. Методом нейтронно-активационного анализа в цельной крови было определено содержание 27 элементов: эссенциальных (Na, Ca, Cr, Fe, Co, Zn, Se), условно эссенциальных (Br, As), токсичных (Sb, Ag, Th, U, Au, Ba, Sr, Hg) и редко встречающихся МЭ (Sc, Rb, La, Ce, Sm, Yb, Lu, Hf, Cs, Tb, Ta, Eu). Сравнительную оценку их содержания проводили относительно значения медианы для всей группы в целом. У 28 обследованных имел место в разной степени выраженный дисбаланс, у 2-х – только в сторону повышенного содержания. Однако, если отклонения от медианы по всей видимости могут быть связаны с другими неучтенными факторами, то характерные для постковидного синдрома возможные общие закономерности микроэлементного «портрета» следует искать у тех пациентов, содержание элементов у которых соответствует медиане группы. Среди таковых особенно выделяются Hf, Ta, Eu, Au, отклонение которых от медианы практически не наблюдалось. Необходим дальнейший поиск характерных для постковидного синдрома особенностей микроэлементного статуса, определение степени отклонений путем сравнения содержания микроэлементов со здоровыми людьми с целью разработки реабилитационных мероприятий по коррекции микроэлементного баланса.

88.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

1. – ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан;
2. – Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Абдуллаев А.Х. – 1, Маткомбаров Ж.А. – 2, Арипов Б.С. – 1

Цель: Изучить эффективность комплексной реабилитации больных хронической обструктивной болезнью лёгких(ХОБЛ) с сопутствующим остеоартритом(ОА).

Материалы и методы: Больные ХОБЛ 2-степени тяжести с ОА II стадии(20 с ОА коленных суставов, 10 полиостеоартритом и 12 – ОА тазобедренных суставов) на фоне базисного лечения и приема фитопрепарата(экстракты левзеи сафроловидной, плодов боярышника, шиповника, календулы, мяты перечной гвоздичного дерева, солодки, аниса и алоэ), занимались по индивидуально подобранным программам ЛФК по заболеваниям легких и суставов. В комплекс включали ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотную микроволновую, крайне высокочастотную, магнито- или лазеротерапию, массаж. Изучали функцию внешнего дыхания(ФВД), показатели пикфлоуметрии, С-реактивный белок(СРБ), общий анализ крови и мокроты. Статус здоровья оценивали с использованием общего вопросника SF36.

Результаты: У обследуемых уменьшилась одышка до $1,2 \pm 0,15$ и кашель до $1,1 \pm 0,1$ баллов на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по данным пикфлоуметрии до $347,4 \pm 21,2$ л/мин. Установлена положительная динамика показателей ФВД и клинико-биохимических исследований. Уменьшились/прошли явления воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с лабораторными показателями(СРБ, лейкоциты, СОЭ, мокрота). Начиная со 2-й недели уменьшились боли и признаки ОА, более значимые у больных с гонартрозом: уменьшение боли при движении по визуальной аналоговой шкале(ВАШ) к 3-му месяцу до 29 ± 3 и боли в покое до 12 ± 3 мм, а индекс Лекена до $4 \pm 0,4$. У больных полиостеоартритом уменьшение боли при движении до 27 ± 4 мм к 3-му месяцу наблюдений(в покое до 13 ± 4 мм).

89.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ LYS198ASP EDN1 У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И. М. Сеченова», г. Ялта, Россия; Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

Дудченко Л.Ш., Белоглазов В.А., Андреева Г.Н., Яцков И.А.

Состояние после COVID-19 – постковидный синдром (ПКС) проявляется мульти-симптомностью, патогенетической основой которой является эндотелиальная дисфункция. Исследование генетических вариантов вазоактивных и ангиогенных факторов, регулирующих сосудистый эндотелий, представляется целесообразным. Цель исследования: изучить состояние вазоактивных факторов эндотелина EDN1, ангиотензина AGT2 при генетическом полиморфизме Lys198Asp EDN1 у па-

циентов с ПКС в популяции крымчан. Обследован 91 пациент, жители Крыма, в период санаторно-курортного лечения по поводу ПКС. Выделение ДНК и постановку аллель-специфической ПЦР осуществляли с помощью наборов «Литех». Проведено комплексное клиническое, функциональное, лабораторное обследование, с определением EDN1 и AGT2 иммуноферментным анализом. По результатам генетического исследования пациенты распределились на генотипы: AA, AL и LL. Из 91 пациента, включенного в исследование, 65 (71,4 %) составили гомозиготы LL, 25 (27,5 %) – гетерозиготы LA, и с генотипом AA оказался 1 человек (1,1%). Сравнение проведено между генотипами AL и LL. По возрасту и полу группы были сопоставимы. По исходным клинико-функциональным характеристикам статистически значимых различий между группами не обнаружено. Клинико-биохимические показатели обследования статистически значимо не отличались от референсных значений в обеих группах, тогда как показатели вазоактивных факторов были существенно выше, чем в контрольной группе условно здоровых людей. Группа гетерозигот AL имела более выраженные отклонения. Таким образом, в выборке крымчан преобладала аллель L(Lys). При формировании санаторно-курортного лечения пациентов с ПКС, несмотря на относительно стабильные показатели стандартного обследования, необходимо учитывать факторы риска развития эндотелиальных нарушений.

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

90.

СЛУЧАЙ ЭКСТРАЛОБАРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ (ЭЛС) У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО С ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА (ПРС)

1 – ФГКУ «301 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Хабаровск,
2 – КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
Минздрава Хабаровского края, Хабаровск,
3 – ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва,
4 – ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Макаревич А.М. – 1,2, Зайцев А.А. – 3,4

Цель работы: Приводится клиническое наблюдение военнослужащего, у которого ЭЛС в сочетании с ПРС был установлен в 38 лет. Мужчина, некурящий, ранее был здоровым. Процесс дебютировал с редких эпизодов легочной инфекции (2012, 2019 и 2023 г.) с малопродуктивным кашлем, выраженным болевым синдромом в грудной клетке, с локализацией «пневмонических» изменений в заднебазальном отделе левого легкого. Ведущими клиническими признаками явились малопродуктивный кашель, интенсивная боль в грудной клетке слева, кровохарканье в виде «плевков» красного цвета до 1–2 столовых ложек. При изучении архива рентгенограмм органов грудной клетки (ОГК) с 2012 г. левое легкое больше в объеме, с повышенной воздушностью легочной ткани в базальных отделах за счет обедненного сосудистого рисунка. При компьютерной томографии (КТ) грудной клетки – ангиографии в заднебазальном отделе слева определяется пирамидальной формы образование, полностью прилегающее к диафрагме, размерами 14×14×11 см с эмфизематозными изменениями, разделенное листком плевры от функционирующей легочной ткани левого легкого, без связи с бронхиальным деревом. Имеет автономное кровоснабжение от грудного отдела аорты диаметром 0,88 см на уровне Th11 позвонка. Венозный отток осуществляется через ветвь нижней легочной вены диаметром 0,77 см непосредственно в левое предсердие. По эхокардиографии выявлен врожденный порок сердца в виде двустворчатого аортального клапана с аортальной регургитацией 1 степени.

Выводы: Диагностика врожденных пороков развития у взрослых является сложной задачей. Однако, эпизоды респираторных инфекций, протекающие с кровохарканьем, выраженным болевым синдромом, должны стать дополнительным поводом для полноценного обследования и выполнения КТ грудной клетки с контрастным усилением.

91.

ПЕРВИЧНАЯ ЦИЛИАРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ СБОРКИ ДИНЕИНОВЫХ РУЧЕК

НИКИ педиатрии и детской хирургии им. академика Ю. Е. Вельтищева
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ

Мизерницкий Ю.Л., Новак А.А., Пронькина Т.Н.

Цель: Изучение клинических особенностей детей с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД), обусловленных аномалиями в генах, кодирующих сборку белков динеиновых ручек.

Материалы и методы: В исследование включено 80 детей с ПЦД, обследованных в отделении пульмонологии Института Вельтищева. Детям проведено полное секвенирование генома. Отобраны 30 детей с указанными выше генетическими дефектами.

Результаты: Чаще всего выявлялись дети с патогенными вариантами гена DNAH5 46,6% (у 14 из 30). У большинства 56,6% (у 17 из 30) детей наблюдалась инверсия внутренних органов (синдром Картагенера). В большинстве случаев дети рождались доношенными 93,24% (n=28), имели патологические состояния перинатального периода в 80% (n=24) случаев. Среди которых ринит новорожденных встречался у 63,3% (n=19) детей, врожденная пневмония – у 33,3% (n=10), ОРДС – у 16,6% (n=5). Средний возраст дебюта заболевания составил 1,3 месяца, а диагноз верифицировался в среднем в 5,5 лет. У детей с инверсией внутренних органов диагноз верифицирован раньше – в среднем в 16 мес, среди детей без инверсии – в 10 лет 1 мес. У всех детей наблюдался ежедневный кашель (в среднем, с 5,8 мес.), затруднение носового дыхания (в среднем, с 6 мес.) и рецидивирующие респираторные инфекции (в среднем, с 7,4 мес.). При анамнестической оценке течения заболевания определялся хронический риносинусит у 56,6% (n=17), средний отит – у 46,6% (n=14) и кондуктивная тугоухость – у 23,1% (n=7) детей.

Выводы: У детей с ПЦД, обусловленной дефектами в генах, кодирующих сборку белков динеиновых ручек, чаще встречается инверсия внутренних органов, что позволяет раньше заподозрить данный диагноз. Для них характерно ранее начало заболевания, уже в течение первых месяцев жизни, с широким спектром клинических проявлений.

92.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Клиника ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева

Калашников М.В., Акулина Л.А., Бровко М.Ю., Абдурахманов Д.Т., Моисеев С.В.

Цели работы: Изучить частоту, спектр и клиническое значение поражения легких (ПЛ) при аутоиммунном гепатите (АИГ).

Материалы и методы: В проспективное одноцентровое когортное исследование включали 41 пациента с АИГ. Критерием невключения было наличие перекреста с первичным билиарным холангитом, первичным склерозирующим холангитом и системными заболеваниями соединительной ткани. ПЛ диагностировали и класси-

фицировали на основании результатов компьютерной томографии органов грудной клетки. Сравнивали показатели в группах пациентов имевших и не имевших ПЛ.

Результаты: В когорте преобладали женщины ($n = 37, 90,2\%$), медиана возраста составила 52 (25,0; 63,0) года. Длительность наблюдения была 34 (28,0; 42,0) месяца. Различные варианты ПЛ были диагностированы у 15 (36,6%) пациентов. Поражения дистальных дыхательных путей (ДДП) обнаруживали у 10 (24,4%), очаговые поражения легких – у 4 (9,8%), интерстициальные поражения легких (ИПЛ) – у 2 (4,9%), сухой плеврит – у 1 (2,4%), тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) – у 1 (2,4%) пациента. ПЛ легких протекало бессимптомно у 39 пациентов. У пациентки 40 лет с неклассифицируемым ИПЛ были малопродуктивный кашель, лихорадка, одышка, после лечения ГКС наблюдали положительную динамику ИПЛ. У другой больной 67 лет ТЭЛА сегментарных ветвей, манифестировавшая одышкой и кашлем, была первым клиническим проявлением бессимптомно протекавшего АИГ. Пациенты с ПЛ были старше (55,0 и 32,0 лет, $p < 0,01$), имели более высокий уровень С-РБ (6,1 и 1,0 мг/л, $p < 0,083$) и чаще имели внепеченочные аутоимунные поражения (100,0 и 26,9%, $p < 0,001$).

Выводы: ПЛ обнаруживали более чем у трети пациентов с АИГ. Наиболее распространенным вариантом ПЛ были поражения ДДП. ПЛ характеризовались благоприятным течением и редко преобладали в клинической картине болезни.

93.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЕФИЦИТА АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького МЗ РФ, ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина», г. Донецк
Глухов А.В., Закомолдина Т.В., Бедак А.С.

Цель: оценить сложность диагностики дефицита альфа-1-антитрипсина, характер течения; определить перечень необходимых исследований для дифференциальной диагностики.

Материалы и методы: изучен длительный анамнез заболевания больной Р., 1969г., которая поступила в пульмонологическое отделение в сентябре 2023г. с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, ходьбе и разговоре, редкий кашель с трудноотделяемой мокротой, дискомфорт в грудной клетке, ощущение хрипов в груди, чувство нехватки воздуха, остановки дыхания во сне. До этого неоднократно получала лечение в стационаре с диагнозом: «Хроническая обструктивная болезнь легких, четвертая стадия, тяжелое течение, клиническая группа Е, фаза тяжелого обострения; буллезная эмфизема легких; локальный пневмофиброз нижней доли правого легкого, дыхательная недостаточность третьей степени. Наследственный анамнез: у отца – буллезная эмфизема легких, у тети и бабушки по линии отца те же симптомы, что и у нее, неоднократно лечились по поводу ХОБЛ, эмфиземы.

Результаты: учитывая отягощенный семейный анамнез, был заподозрен дефицит альфа-1- антитрипсина. У больной была взята кровь на его концентрацию. Результат – 725,7 мг/л – ниже допустимых значений.

Выводы: к сожалению, в практическом здравоохранении врачи редко проводят дифференциальную диагностику эмфиземы легких со случаями, когда данная патология развивается на фоне дефицита альфа-1-антитрипсина. Данная клиническая ситуация подтверждает наличие у больной данного заболевания. Вопросы дифференциальной диагностики имеют большое значение для тактики ведения больных.

САРКОИДОЗ

94.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

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

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

Заболеваемость и распространенность саркоидоза в Вооруженных Силах Республики Беларусь (ВС РБ) сохраняются на высоком уровне, не имея тенденции к снижению. Среди факторов, определяющих прогноз и исход данного патологического состояния, показатели функции внешнего дыхания (ФВД) играют важную роль.

Целью проведенного исследования: анализ функции внешнего дыхания у военнослужащих с саркоидозом. В исследование включены 138 военнослужащих с впервые выявленным саркоидозом, проходивших стационарное обследование и лечение в 432 Главном военном клиническом медицинском центре ВС РБ. Женщин было 8 (5,8%), мужчин – 130 (94,2%). Возраст пациентов – от 18 до 48 лет ($26,6 \pm 0,5$). Спирометрия выполнялась на отечественном аппарате «МАС-1». У 125 (90,6%) пациентов из общего числа обследованных показатели ФВД соответствовали антропометрическим данным и возрастной норме. Снижение жизненной емкости легких зарегистрировано у 10 пациентов (7,2%). Форсированная жизненная емкость легких была снижена у 4 пациентов (3,1%, $n=127$), а объем форсированного выдоха за первую секунду – у 8 военнослужащих (5,8%). В целом обструктивный тип вентиляционных нарушений наблюдался у 2,2% пациентов, рестриктивный – у 2,9%, смешанный – у 4,3%. Нарушение ФВД не было ассоциировано с курением, $ОШ=1,11$ (95% ДИ: 0,34-3,63), $p=0,8604$, $\chi^2=0,031$ и контингентом военнослужащих (прохождение службы по контракту или призыву), $ОШ=0,48$ (95% ДИ: 0,14-1,66), $p=0,2358$, $\chi^2=1,4058$. Таким образом, только у 9,4% военнослужащих с саркоидозом отмечено нарушение ФВД. Полученные результаты свидетельствуют о том, что саркоидоз органов дыхания у военнослужащих характеризуется низкой частотой функциональных нарушений бронхолегочной системы.

95.

КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ ПРОЦЕССЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

1. – Гродненский государственный медицинский университет
2. – Гродненская университетская клиника

Глуткина Н.В. – 1, Зинчук Вл.В. – 2

Цель работы: изучение кислородзависимых процессов у пациентов с заболеваниями легких.

Материал и методы: Первую группу составляли 15 лиц с коронавирусной инфекцией. Вторую группу составляли 15 пациентов с саркоидозом легочно-медиастинальная формой. Группа сравнения состояла из 15 соматически здоровых лиц. Забор крови осуществлялся из локтевой вены на фоне восстановленного оттока, в которой определяли основные показатели кислородтранспортной функции крови.

Результаты: У пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 по сравнению со здоровыми лицами, наблюдалось снижение SO_2 , pCO_2 увеличение pH крови. Выявлен рост показателя $p50_{станд}$ (на 14,0 %, $p < 0,05$), что, очевидно, является типичной реакцией на гипоксию в тканях, возникшую из-за недостаточности легочного кровообращения. Показатель $p50_{реал}$ увеличился по сравнению с контрольной группой на 6,4 %, $p < 0,05$. При саркоидозе легочно-медиастинальной формы по сравнению со здоровыми лицами, наблюдалось снижение SO_2 (с 65,4 (60,6; 67,8) до 41,50 (36,0; 49,8), $p < 0,05$, %), pO_2 (с 40,0 (38,0; 47,0) до 23,0 (18,3; 29,0), $p < 0,05$, мм рт.ст.) увеличение pH крови.

Выявлено: снижение показателя $p50_{реал}$ (26,80 (24,70; 31,40), $p < 0,05$, в сравнении со здоровыми 28,2 (27,9; 29,1) мм рт.ст.), при неизменном $p50_{станд}$. У пациентов с коронавирусной инфекцией отмечается ухудшение основных показателей оксигенации крови и рост сродства гемоглобина к кислороду. При саркоидозе наблюдается ухудшение кислородсвязывающих свойств крови, и как следствие, снижение адекватного обеспечения кровотоком тканевых потребностей в кислороде.

96.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ САРКОИДОЗЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

1. – ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,
2. – ГБУЗ РБ ГКБ № 13, 3-КГ «Мать и дитя» г. Уфа

Асадуллина Г.В. – 1, Галинурова Э.Р. – 2, Кашапова А.Р. – 3,
Ивченкова А.Ф. – 2, Кострюкова А.Д. – 2, Чехова Е.М. – 2

Саркоидоз – системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулём в различных органах. Наиболее часто поражаются легкие и внутригрудные лимфатические узлы. Поражение сердца встречается достаточно редко, может клинически манифестировать в виде нарушения ритма и проводимости, внезапной сердечной смерти, приводить к развитию сердечной недостаточности. Пациент Х., 36 лет, в марте 2023 года отметил появление резко нарастающей слабости, предобморочное состояние, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь, выявлена атриовентрикулярная (АВ) блокада 3 степени, экстренно госпитализирован в Республиканский кардиоцентр для имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). В декабре 2023 года появились жалобы на сухой кашель и одышку, при лучевом обследовании впервые выявлено диссеминированное поражение легких в виде

множественных перилимфатических очагов и увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Из анамнеза: отец страдает саркоидозом. Больной обследовался у фтизиатра, заподозрен саркоидоз и для уточнения диагноза направлен в Уральский НИИ фтизиопульмонологии, где по результатам проведенного клинического и лабораторно-инструментального обследования был выставлен диагноз: Полиорганный саркоидоз с поражением легких, внутригрудных лимфатических узлов, сердца (саркоидоз миокарда), 2 стадия, подострое течение. ДН0. Назначена терапия метилпреднизолоном по схеме, на фоне которой больной отмечает улучшение общего состояния, уменьшение одышки. Представленный случай демонстрирует клинический дебют саркоидоза у молодого мужчины с поражения сердца и развития серьезных осложнений в виде АВ блокады 3 степени, требующей имплантации ЭКС, назначения патогенетической терапии для предупреждения развития неблагоприятных исходов.

97. ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ ГОДИЧНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания,
Благовещенск, Россия

Игнатьева Е.А., Приходько А.Г., Перельман Ю.М.

Цель работы: На основании данных КТ выявить изменения состояния бронхов у больных саркоидозом органов дыхания (СОД), получавших глюкокортикостероидную терапию в течении года.

Материал и методы: В исследованы 12 пациентов обоих полов с СОД, у которых на фоне приема глюкокортикостероидов наблюдалась положительная (n=6) и стабильная (n=6) рентгенологическая динамика. Исходно и через год с помощью спирометрии анализировали ОФВ1 (% долж.), прирост ОФВ1 в ответ на ингаляцию сальбутамола, выполняли общую плетизмографию с определением ОЕЛ, ООЛ, ООЛ/ОЕЛ. По данным КТ, с помощью инструмента AirwayInspector программного обеспечения 3DSlicer, измеряли внутренний (ВДБ, мм) и наружный (НДБ, мм) диаметры, толщину (ТСБ, мм) и плотность (ПСБ, HU) стенки апикального бронха правого легкого.

Результаты: Средние значения ОФВ1 исходно и через год: $101,3 \pm 20,3$ и $99,8 \pm 12,2\%$ долж., соответственно ($p > 0,05$). Прирост ОФВ1 после ингаляции сальбутамола исходно: $5,9 \pm 7,8\%$, а через год – $7,8 \pm 6,4\%$ ($p > 0,05$). Средние значения ОЕЛ, ООЛ, ООЛ/ОЕЛ за год значимо не изменились: $110 \pm 3,9$ и $99,9 \pm 4,8$; 136 ± 14 и $99 \pm 13,6$; 119 ± 9 и $95 \pm 9\%$ долж., соответственно ($p > 0,05$). В то же время была зарегистрирована статистически значимая динамика показателей КТ: ВДБ уменьшился с $1,95 \pm 0,19$ до $1,59 \pm 0,08$ мм ($p < 0,05$), НДБ с $3,93 \pm 0,22$ до $3,42 \pm 0,13$ мм ($p < 0,05$). Средние значения ТСБ достоверно не изменились ($1,99 \pm 0,09$ и $1,83 \pm 0,08$ мм, $p > 0,05$). ПСБ имела тенденцию к снижению с -360 ± 39 до -448 ± 52 HU ($p > 0,05$). Выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи между изменением ВДБ и ОЕЛ ($r = -0,76$; $p = 0,0183$), ООЛ ($r = -0,69$; $p = 0,0395$).

Заключение: КТ высокого разрешения обеспечивает контроль над эффективностью кортикостероидной терапии эндобронхиального гранулематозного воспаления, вносящего вклад в формирование бронхообструктивного синдром

98.

СРАВНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, У КОТОРЫХ ПРОЦЕСС ПЕРЕШЁЛ В РЕМИССИЮ С ТЕМИ, У КОГО РАЗВИЛСЯ ЛЁГОЧНЫЙ ФИБРОЗ

Казанский государственный медицинский университет Минздрава России. Казанский (Приволжский) федеральный университет.

Визель А.А., Визель И.Ю., Шакирова Г.Р., Визель Л.А.

Саркоидоз – эпителиоидноклеточный гранулёматоз неизвестной природы, прогнозирование течения которого пока находится на стадии изучения.

Целью данной работы: сопоставить пациентов с двумя крайними исходами саркоидоза – полной лучевой ремиссии и развития лёгочного фиброза.

Материал и методы: Из 2565 записей данных пациентов у 372 пациентов наступила полная ремиссия, подтверждённая компьютерной томографией высокого разрешения (КТВР), а у 84 произошло развитие фиброза. Формирование электронной базы проводилось с помощью специально разработанной диалоговой программы, а последующая статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS-18 (IBM). Значимыми принимались различия достигающие не менее $p < 0,05$.

Результаты: Среди пациентов с развитием фиброза было значимо больше мужчин, чем женщин, они были старше по возрасту, их индекс массы тела в четыре раза чаще был ниже нормальных значений, у 16,7% пациентов изначально были признаки фиброза (позднее обращение). Синдром Лёфгрена в 3,5 раза реже встретился у пациентов с развившимся позднее фиброзом, у них чаще были повышены уровни общих иммуноглобулинов А, М, G. Пациенты с развитием фиброза в 2 раза чаще получили на первичном этапе курс противотуберкулёзной терапии, ИГКС – в 4 раза, СГКС – более чем в 2 раза, метотрексат – в 5 раз чаще, лефлуномид – в 12 раз чаще, эфферентная терапия – в 3,5 раза. Все различия были значимыми. Частота применения витамина Е, пентоксифиллина и НПВС не имела значимых различий.

Заключение: Развитие фиброза чаще встречалось у пациентов с саркоидозом, поздно обратившихся к специалисту-пульмонологу, необоснованно получавших противотуберкулёзную терапию, системные глюкокортикостероиды без периода ожидания, что привело к последующей активной терапии иммуносупрессивными препаратами второго ряда.

99.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САРКОИДОЗА

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ

Шаповалова Т.Г., Архангельская Е. Е., Чапаева Н.С.

Цель исследования: Продемонстрировать клинический случай генерализованного саркоидоза у пациентки С., 36 лет.

Материалы и методы исследования: Анализ историй болезни пациентки С., 36 л. Результаты исследования. Пациентка С., 36 л впервые отметила пятнистую сыпь на коже нижних конечностей, отечность периорбитальных областей, век, колющие боли в глазах в мае 2021 г. С июля присоединились жалобы на общую слабость, снижение толерантности к физической нагрузке и повышение температуры тела до

38°C. Выполнила ВРКТ органов грудной клетки, где была выявлена медиастинальная, корневая лимфаденопатия и очаговая перилимфатическая диссеминация. Консультирована фтизиатром, специфический процесс исключен. В августе присоединились жалобы на головокружение, шаткость походки, ухудшение зрения. Диагноз саркоидоза был верифицирован при помощи ВАТС. В сентябре пациентка впервые была госпитализирована в отделение пульмонологии ГУЗ СГКБ№ 8. По данным МРТ головного мозга выявлены мелкие единичные очаги в белом веществе субкортикально и перивентрикулярно. На фоне начатой терапии метипредом в дозе 16 мг в сутки у пациентки нормализовалась температура тела, уменьшилась слабость, полностью купировались неврологические симптомы, уменьшилось головокружение, исчезла сыпь на ногах.

Вывод: У пациентки в дебюте заболевания были выявлены внутригрудная лимфаденопатия, очаговая перилимфатическая диссеминация, узловатая эритема, сочетающиеся с поражением нервной системы. На фоне терапии системными глюкокортикоидами была достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика, купированы неврологические симптомы, что позволило снизить дозу метипреда до поддерживающей 8 мг в сутки.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

100.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА КУРЯЩИХ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

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

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

В настоящее время, в связи с популярностью альтернативных сигарет, актуально проведение исследований о влиянии данного вида курения на физиологические и патофизиологические процессы в легких. Нами было проведено сравнительное исследование показателей свободнорадикального окисления конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) до и после теста с физической нагрузкой. Контрольную группу составили 50 некурящих добровольцев. Группа 1 (n=40) – курящие табачные сигареты, группа 2 (n=40) – курящие электронные сигареты. Возраст испытуемых составил 20-25 лет, все были относительно здоровы без диагностированных заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Стаж курения – $3,2 \pm 0,8$ лет. Всем проводилось исследование содержания метаболитов оксида азота (суммарная концентрация нитратов и нитритов) и активности супероксиддисмутазы (СОД) до и после теста с физической нагрузкой. Выявлено, что в группе 1 и 2 наблюдалось более интенсивное повышение метаболитов NO в КВВ после физической нагрузки (в 2,35 и 3,22 раза соответственно в сравнении с 1,4 раза контрольной группы некурящих), что свидетельствует о большей активации свободнорадикальных механизмов. Следует заметить, что донагрузочные показатели достоверно отличались только в группе 1 и были в 1,28 раза ниже, чем в контрольной группе. Активности СОД у группе 2 оказалась в 2,17 раза ниже, чем у некурящих. В группе 1 не выявлено отличий в активности СОД. Физическая нагрузка вызвала интенсификацию активности фермента во всех 3-х группах, при этом показатель оказался более высоким в группе 1 (в 2,2 раза по сравнению с некурящими), в группе 2 не выявлено достоверных отличий от некурящих. Таким образом, любой вид курения приводит к изменению метаболической реактивности организма в ответ на физическую нагрузку.

101.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТЕЙ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Лукьянова М.В., Чернова А.А., Козин А.С.

Цель: Изучить распространенность и особенности курения традиционных и электронных сигарет среди студентов медицинского и юридического факультетов.

Материал и методы: Среди 244 обучающихся на лечебном факультете и 50 студентов юридического факультета проводили опрос с помощью стандартизированной анонимной анкеты. Средний возраст составил 21 (19; 27) лет.

Результаты: 1-ая группа включала 56 (19%) курящих, 2-ая – 238 (81%) не курящих студентов. Больше количество курильщиков обучались на юридическом факультете 20 (40%) по сравнению с 36 (15%) студентами лечебного факультета ($p < 0,001$). Достоверных отличий по частоте вредной привычки между юношами и девушками выявлено не было. Большинство респондентов первой группы ($n=43$; 76,8%) курят электронные сигареты, 13 человек (23,2%) – обычные сигареты, 15 студентов (26,8%) используют оба вида сигарет. При этом девушки значительно чаще выбирают электронные сигареты: в 93% случаев ($n=27$) против 59% юношей ($n=16$; $p=0,003$). В группе 1 у 24 (42,9%) человек наблюдалось более двух респираторных инфекций в год, в группе 2 – у 173 (27,3%) ($p=0,0015$). При этом количество студентов, регистрирующих более двух респираторных инфекций в год, преобладало среди курящих электронные сигареты: 65 (27,3%) и 17 (58,6%) соответственно ($p < 0,001$). Подобные различия выявлены между некурящей группой и курильщиками традиционных сигарет: 65 (27,3%) против 7 (58,3%) ($p=0,022$). Среди курильщиков респираторные инфекции встречались одинаково часто, независимо от типа выкуриваемых сигарет ($p=0,986$).

Выводы: Большинство курящих, особенно девушки, предпочитают электронные сигареты, почти треть опрошенных используют комбинацию электронного и классического курения. Курящие студенты чаще болеют респираторными инфекциями.

102.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ О ПРОБЛЕМЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ/ВЕЙПИНГА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Ставрополь, Россия

Дзанаев Н.А., Малыхин Ф.Т., Ушакова М.Е.

Цель: выяснить информированность студентов вузов о вреде табакокурения и вейпинга.

Материалы, методы: с помощью адаптированного опросника в 2024 г. проведено простое, открытое, поперечное исследование, с анонимным онлайн-анкетированием студентов и анализом полученных показателей.

Результаты: Онлайн-анкетирование прошли 215 человек, из них 80,5% – женщины, 19,5% – мужчины. Средний возраст опрошенных $20,5 \pm 2,1$ года. Большинство респондентов – студенты СтГМУ – 65,1%, РНИМУ – 14,4%, МГЮА – 5,1%, СКФУ – 4,2%, ПМГМУ. Среди респондентов из медицинских вузов – 49,3% студентов лечебных факультетов и 16,3%

педиатрических. Большая часть студентов не курит сигареты (86,0%, $p < 0,05$), 9,8% опрошенных курят редко, 3,2% часто. Никогда не использовали вейп 38,6%; пробовали 25,1%; активно парящих 11,6%. Предлагали попробовать сигареты и вейп 69,5% респондентов. Считают сигареты и вейп вредными для здоровья 99,1% опрошенных ($p < 0,05$). Большинство опрошенных получали информацию об этом из СМИ – 24,3%; 17,2% от родителей, 13,9% от учителей в школе, 12,8% – от преподавателей, 12% – от врачей. У 50,7% респондентов члены семьи, а также близкие родственники являются курильщиками, а 15,8% ранее курили. Если вейпы полностью запретят, то 58,8% респондентов будут отталкиваться от ситуации, бросят парить 30%, вовсе перейдут на сигареты – 11,3%. Знают о содержании вредных веществ в сигаретах и жидкостях для вейпа 83,7% респондентов, о существовании EVALI 32,1% (в том числе 26,5% студентов-медиков).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о довольно высокой распространённости курения и вейпинга среди студенческой молодежи, а также о подверженности воздействию вторичного табачного дыма в исследуемой популяции, несмотря на высокую информированность об их негативном воздействии на организм человека.

103.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА TAS2R38 НА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», Благовещенск, Россия.

Наумов Д.Е., Гассан Д.А., Котова О.О., Шелудько Е.Г., Перельман Ю.М.

Цель исследования: оценить эффект полиморфизмов гена рецепторов горького вкуса TAS2R38 на предрасположенность к курению среди больных бронхиальной астмой (БА) и у здоровых лиц.

Материалы и методы: было обследовано 238 больных БА (средний возраст $44,1 \pm 1,04$ года, 35,7% курильщиков) и 195 здоровых добровольцев (средний возраст $40,0 \pm 0,81$ лет, 51% курильщиков). Полиморфизмы rs713598 (с.145G>C, р.А49Р), rs1726866 (с.785C>T, р.А262V) и rs10246939 (с.886A>G, р.1296V) генотипировали методом асимметричной LATE-ПЦР или ПЦР с анализом плавления продуктов амплификации с высоким разрешением.

Результаты: полиморфизм rs1726866 оказывал влияние на предрасположенность к курению, но только среди больных БА. Носительство генотипа ТТ чаще встречалось среди куривших больных, по сравнению с не курившими (51,7% против 33,8%, $p = 0,006$ для доминантной модели). Все полиморфизмы имели эффект на курение ≥ 10 пачка-лет при БА, при этом фактором предрасположенности служили генотип GG по полиморфизму rs713598 ($p = 0,02$), генотип ТТ по rs1726866 ($p = 0,002$) и генотип AA по rs10246939 ($p = 0,005$). Среди частых диплотипов с курением у больных БА был ассоциирован AVI/AVI, который встречался среди куривших в 52,2%, а среди не куривших лишь в 34,7% ($p = 0,02$). Связь данного диплотипа с курением ≥ 10 пачка-лет также была более сильной (встречаемость 60,9% против 34,7% среди больных с индексом курения ≥ 10 и < 10 пачка-лет соответственно, $p = 0,002$). Влияние редких диплотипов на предрасположенность к курению установить не удалось.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что полиморфизмы гена TAS2R38 оказывают значимое влияние на предрасположенность к курению среди больных БА, но не в контрольной группе. Исследование выполнено при поддержке РНФ (№23-15-00372).

ТУБЕРКУЛЕЗ

105.

ПОСЛЕДСТВИЕ COVID-19 ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТАМИ

1. – РУМ Минздрава России, Москва, Россия,
2. – ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишина А.В. – 1,2, Мишин В.Ю. – 1, Лежнев Д.А. – 1

Цель исследования: изучить последствие COVID-19 при коморбидности туберкулеза легких (ТЛ), оппортунистических инфекций органов дыхания (ОИОД) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом (ИД).

Материалы и методы: Обследовано 58 больных с коморбидностью ТЛ и ОИОД с IV стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 29-53 лет, мужчин было 48 и женщин – 10, из них у 29 – год назад был диагностирован COVID-19 (1-я группа) и 29 – без COVID-19 (2-я группа).

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: $17,9 \pm 0,56$ и $18,2 \pm 0,51$ кл./мкл крови ($p > 0,05$). Пневмококковая пневмония была диагностирована в 1-й группе у 34,5%, а во 2-й – у 27,6%, стрептококковая – в 13,8% и в 17,2%, пневмоцистная – в 24,1% и в 20,6%, кандидозная – в 31,0% и в 34,5%, вирусная, вызванная Herpes virus simplex – в 26,7% и в 24,1% и Cytomegalovirus hominis – 20,6% и 17,2% ($p > 0,05$). Через 1 год наблюдения у всех больных клинического излечения не установлено. Значительное улучшение у больных 1-й группы было в 24,1% и 2-й – в 20,7%, прогрессирование – в 31,0% и в 41,4% и летальный исход – в $41,3 \pm 9,1$ (у 12) и в $37,9 \pm 9,0$ (у 11) ($p > 0,05$). Прогрессирование и летальный исход связаны с отсутствием приверженности к лечению, наркозависимостью, генерализованным туберкулезом и прогрессировании ОИОД.

Заключение: Последствие COVID-19 у больных при коморбидности ТЛ, ОИОД у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с ИД практически не отличаются от пациентов без COVID-19. Прогрессирование и летальный исход связаны с отсутствием приверженности к лечению, наркозависимостью, тяжелыми и генерализованным туберкулезом и ОИОД.

105.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ПНЕВМОЦИСТНОЙ И ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. – РУМ Минздрава России, Москва, Россия,
2. – ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишин В.Ю. – 1, Мишина А.В. – 1,2, Лежнев Д.А. – 1

Цель исследования: изучить клинико-рентгенологические проявления и диагностику коморбидности туберкулеза легких (ТЛ), кандидозной, пневмококковой и стрептококковой пневмонии (КП, ПКП и СКП) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом (ИД).

Материалы и методы: Обследовано 60 больных ТЛ, из них 30 – с коморбидностью ТЛ, КП и ПКП и 30 – с ТЛ, КП и СКП, с IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 29-53 лет, мужчин было 38 и женщин – 22. У 30 пациентов с ТЛ, КП и ПКП в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже выявлены *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida albicans* и *Streptococcus pneumoniae* (1-я группа), а у 30 – с ТЛ, КП и СКП – *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* (2-я группа).

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: $19,9 \pm 0,56$ и $19,8 \pm 0,51$ кл./мкл крови ($p > 0,05$). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными кожными проявлениями. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и инфильтративные изменения. Площадь поражения легких была 100% и практически сопоставимой.

Заключение: Больные ТЛ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, представляют собой группу высокого риска развития КП, при этом высока частота развития ПКП и СКП, и они должны регулярно подвергаться профилактическим исследованиям с использованием микробиологические и молекулярно-генетические исследования диагностического материала из респираторной системы с целью их экстренной госпитализации для назначения своевременного этиологического лечения и снижения летальности данного тяжелого контингента больных.

106.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХОБЛ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ЛЕГКИХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. – РУМ Минздрава России, Москва, Россия,
2. – ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишина А.В. – 1,2, Мишин В.Ю. – 1,2, Лежнев Д.А. – 1

Цель исследования: изучить клинику и особенности диагностики коморбидности туберкулеза легких (ТЛ), ХОБЛ и оппортунистических инфекций легких (ОИЛ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: Обследовано 34 больных с коморбидностью ТЛ, ХОБЛ и ОБЛ (1-я группа) и 34 – с ТЛ и ОБЛ (2-я группа) IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе про-

грессирования, без антиретровирусной терапии, 4В стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования и при отсутствии антиретровирусной терапии, в возрасте 27-56 лет. Диагноз ХОБЛ установлен на основании клинико-anamnestических данных и функциональных методов исследования: спирография с измерением ОФВ1 за 1-ю секунду, ФЖЕЛ и подсчетом ОФВ1/ФЖЕЛ \leq 0,7.

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 23,2 \pm 0,44 и 24,1 \pm 0,39 кл./мкл крови ($p>0,05$). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными и сердечно-сосудистыми проявлениями. В 1-й группе преобладала бактериальная и пневмоцистная пневмония, а во 2-й – герпес- и цитомегаловирусная пневмония. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс с участками инфильтрации и консолидацией по типу «матового стекла». Площадь поражения легких у больных 1-й и 2-й группы составляла 100% и была практически сопоставимой.

Заключение: Больные с коморбидностью ТЛ, ХОБЛ и ОИЛ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется выраженным иммунодефицитом, генерализацией туберкулеза и преобладанием бактериальной и пневмоцистной пневмонии, а с коморбидностью ТЛ и ОИЛ – с преобладанием герпес- и цитомегаловирусной пневмонии, при этом необходима комплексная этиологическая диагностика для адекватного и своевременного лечения.

107.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ГЕРПЕС- И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. – РУМ Минздрава России, Москва, Россия,

2. – ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишин В.Ю. – 1, Мишина А.В. – 1,2, Лежнев Д.А. – 1

Цель исследования: изучить особенности клиники и диагностики коморбидности туберкулеза легких (ТЛ), герпес- и цитомегаловирусной пневмонии (ГВП и ЦМВП) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: Обследовано 40 больных, из них 20 – с коморбидностью ТЛ и ГВП и 20 – с ТЛ и ЦМВП, с IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 29-52 лет, мужчин было 28 и женщин – 12. У 20 пациентов с ТЛ и ГВП в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже выявлены *Mycobacterium tuberculosis* и *Herpes simplex virus* (1-я группа), а у 20 – с ТЛ и ЦМВП – *Mycobacterium tuberculosis* и *Cytomegalovirus hominis* (2-я группа).

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 18,9 \pm 0,56 и 19,1 \pm 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 и у 4 – пневмоцистная пневмония, а во 2-й группе, соответственно; у 6 и 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 100% и практически сопоставимой. Заключение. Больные с коморбид-

ностью ТЛ и ГВП и с ТЛ и ЦМВП на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характеризуется выраженным иммунодефицитом, генерализацией туберкулеза, наличием нескольких оппортунистических болезней легких и этиологическая диагностика возможна при комплексном микробиологическом, вирусологическом и молекулярно-генетическом исследовании для адекватного и своевременного лечения

108.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского;
ГБУЗ РК «Крымский Республиканский Клинический Центр Фтизиатрии и
Ппульмонологии»

Юсупалиева М.М., Филоненко А.В., Яворская Н.И.

Цель: Изучить приверженность населения Республики Крым (РК) к вакцинации (ВАК) против туберкулеза (ТБ), оценить роль вакцины БЦЖ в предотвращении развития ТБ у детского населения РК.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное когортное исследование, в которое включены все новорожденные дети (Д) в 2023 году и Д, у которых выявлен ТБ в 2023. За последние 10 лет в РК показатель заболеваемости (ЗБ) по ТБ всего населения снизился на 52,4%, Д от 0-14 лет на 22%, и подростков на 49,8%. Рост заболеваемости в 2023 году в РК у детского населения увеличился на 29,5%, связан с выявлением ТБ у Д, из числа жителей новых территорий РФ. В то же время, показатель ЗБ постоянного детского населения, из числа жителей РК, снизился на 13,9%.

Результаты: В настоящее время в РФ для профилактики ТБ проводится массовая ВАК новорожденных вакциной БЦЖ и БЦЖ-М. За 2023 год в РК родилось 13052 ребенка, из них привито БЦЖ в р/д 11349 (86,9%), не вакцинировано 1703 чел (13,1%). Допривито в поликлиниках 1067 детей. Не привито 628 чел, из них по мед.отводу (МО) 130 чел (20,7%), по противопоказаниям (ПП) (B20; R75; Z21) 63 чел (10%), отказ (ОТК) 435 (69,3%). Из числа Д не ВАК в прошлом, нуждались в БЦЖ 2587 чел. Из них охвачено пр. Манту 1324 чел (51,3%); привито 689 чел (26,6%); остались не привитыми 1898 (73,4), из которых по МО-159 чел (8,4%), ПП-109 (5,7%), ОТК-1630 (85,9%). Данные из 169 стран показывают, что глобальный охват ВАК БЦЖ составил 90% (во всех регионах ВОЗ он превышает 80%). В возрастной структуре ЗБ активной формой ТБ в РК преобладают Д от 0-14 лет, но среди Д 0-4 года преобладают Д, непривитые БЦЖ-60% от заболевших, из них 1 ребенок до 1 года с туберкулезной формой ТБ ВГЛУ и 1 ребенок до 1 года с туберкулезом с летальным исходом.

Выводы: Таким образом прослеживается связь заболевания ТБ у детей первых 4х лет жизни с вакцинацией БЦЖ.

109.

НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С КАВИТАЦИЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ МНОГОЧИСЛЕННЫХ КИСТОВИДНЫХ СТРУКТУР

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

Ермилов О.В. – 1,2; Третьяков А.Ю. – 1; Бочарова М.А. – 2

Пациент поступил в клинику с лихорадкой до 39,0, одышкой при умеренной нагрузке, редким сухим кашлем. КТ ОГП выявило легочную диссеминацию (также определялась ранее в последние 3 года – отрицательная динамика), утолщение интерстиция, участок инфильтрации в верхней доле левого легкого. В условиях отделения торакальной хирургии выполнена биопсия верхней и нижней доли, плевры слева. Гистологическое исследование выявило множественные неказеофицирующие эпителиоидноклеточные гранулемы, единичные кетки Пирогова-Лангханса, лимфоцитарную инфильтрацию. В условиях пульмонологического отделения проводилась терапия кортикостероидами, а также комбинированная антибактериальная противогрибковая терапия. В течение 3-х недель отмечалась отрицательная КТ-динамика в виде диффузной интерстициальной инфильтрации на фоне ретикулярных изменений и кистовидных структур с тонкими стенками, с тенденцией к слиянию, признаки напряженного пневмоторакса справа. За время 4-х недельного пребывания бактериологические, цитологические и ИФА-исследования не выявили значимой специфической и неспецифической инфекционной патологии, коллагеноза, онкологических заболеваний. При повторном анализе отделяемого ТБД получен результат посева на МБТ (++) . Больной переведен в специализированное отделение. В настоящее время пациент проходит лечение в условиях отделения фтизиатрического стационара, где также повторно получен рост МБТ в отделяемом ТБД, а также в биоптатах легкого. В данном клиническом примере остается дискуссионной причинно-следственная связь между туберкулезным процессом и преморбидном фоне – диссеминированными и интерстициальными изменениями легочной ткани, так как особенности рентгенологической картины и ее динамика не может быть полностью объяснена туберкулезом легких.

110.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

Челнокова О.Г., Дмитриева А.П., Скрыпник Н.В.

Цель: Изучить особенности диагностики туберкулеза у лиц старше 60 лет, разработать алгоритм диагностики туберкулеза у данной возрастной группы.

Материалы и методы: Когортное ретро- и проспективное исследование, включающее 63 пациента с впервые выявленным туберкулезом в 2013-2024 гг. старше 60 лет. Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ «Statistica» v.13.0.

Результаты: Туберкулез был выявлен по обращению с жалобами бронхо-легочного и интоксикационного характера у 32% больных, при обследовании по поводу других заболеваний у 27%, при профилактической флюорографии у 36%, у 5% больных туберкулез диагностирован на аутопсии. У 10% больных процесс был принят за злокачественный, а 14% пациентов лечились несколько раз по по-

воду пневмоний. Сроки выявления туберкулеза от обращения за медицинской помощью у 64% более месяца. В структуре наиболее часто встречались диссеминированная (34%) и инфильтративная (14,9%) формы. Высокий удельный вес внелегочных форм (11%). Бактериовыделение встречалось в 39,3% случаев, полости распада в 26,6% случаев, МЛУ МБТ в 6,7% случаев. Иммунодиагностика проведена 54% больным: проба Манту с 2 ТЕ: положительная реакция – 60%, отрицательная – 40%; проба с АТР: положительная реакция – 35%, отрицательная – 65%. T-SPOT.TB проведен 15,9% больным, в 100% положительный. Разработан алгоритм диагностики, включающий дифференцированное применение иммунологических методов, а также автоматизированная система поддержки принятия решений для скрининга для врачей ОЛС.

Выводы: Учитывая позднюю диагностику туберкулеза и распространенные формы, а также неинформативность проб с туберкулином, АТР у лиц старше 60 лет, был разработан алгоритм диагностики туберкулеза у данной возрастной группы.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

111.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПНЕВМОНЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

1 – Санкт-Петербургский НИИ Фтизиопульмонологии МЗ РФ;
2 – ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России;
3 – Санкт-Петербургский Государственный Университет

Денисова Н.В. – 1, Кокорина Е.В. – 1, Зинченко Ю.С. – 1, Кирюхина Л.Д. – 1,2,
Серезвин И.С. – 1, Аветисян А.О. – 1, Яблонский П.К. – 1,3

Хирургический метод – важный этап в лечении туберкулеза легких (ТЛ), эффективность которого снижена у лиц с нарушением функции легких. Для оценки операбельности и выбора объема резекции необходим расчет прогнозируемых постоперационных показателей (ППО). Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) может ухудшать течение и исход ТЛ, а при прогнозировании завышать ППО, что может исказить представления об операбельности и наличии осложнений у пациента.

Цель: оценка влияния степени тяжести ХОБЛ на точность прогнозирования послеоперационной функции легких у пациентов с ТЛ.

Материалы: Включено 84 пациента старше 18 лет с верифицированным ТЛ, без оперативных вмешательств на легких ранее. Выполнен комплекс функциональной диагностики (КИФВД) до и через 4–10 недель после операции. Рассчитаны ППО значения по формуле, с учетом доли кровотока в удаляемом легком. Сформированы 3 группы в зависимости от ОФВ1: 1 группа – GOLD 1 (ОФВ1 > 80% должн.), n = 15; 2 группа – GOLD 2 (ОФВ1 50–79% должн.), n = 41; 3 группа – GOLD 3,4 (ОФВ1 < 49% должн.), n = 28. Выполнялся тест Манн-Уитни, сопоставлялись постоперационные показатели (ПО) с ППО, достоверность – p < 0,05.

Результаты: В группе 1 достоверных различий между ПО и ППО показателями вентиляции легких не выявлено (p > 0,05), однако ППО ДСЛ/АО был ниже ПО (48,6±11.8 и 69.3±20,9, p < 0,05). В группе 2 ППО ОЕЛ, ЖЕЛ и ДСЛ достоверно выше ПО (76,3 и 64,5; 66,7 и 52,0; 45,2 и 38,5; p < 0,05). В группе 3 ППО ОФВ1, ОЕЛ и ЖЕЛ достоверно выше ПО (39,4 и 34,7; 82,0 и 67,6; 57,9 и 48,4; p < 0,05). ППО и ПО ДСЛ не отличались.

Выводы: Достоверных отличий ПО и ППО значений респираторных параметров у пациентов с ТЛ при ХОБЛ GOLD 1 не выявлено. Но при GOLD 2-4 по значения достоверно ниже ППО, что затрудняет адекватную оценку операбельности пациентов.

112.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ И НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации,

2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства,

3 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

Кокорина Е.В. – 1, Новицкая Т.И. – 1, Кирюхина Л.Д. – 1,2, Яблонский П.К. – 1,3

Одним из наиболее информативных и прогностически значимых функциональных исследований легких для оценки физиологических особенностей газообмена, является определение диффузионной способности легких (ДСЛ).

Цель исследования: изучить зависимость параметров диффузионной способности легких от морфологических изменений легких у пациентов с туберкулезом легких (ТЛ) по данным гистологического исследования операционного материала.

Материалы и методы: В исследование включены 35 пациентов (34,5 лет (26,3-41,4), 8М/27Ж) с верифицированным диагнозом ТЛ, которым было проведено исследование диффузионной способности легких на дооперационном этапе, а также выполнен хирургический этап лечения и гистологическое исследование операционного материала. Анализировали параметры ДСЛ по монооксиду углерода и гистологические характеристики фрагментов ткани зоны специфического поражения.

Результаты: Выявлена умеренная отрицательная взаимосвязь ДСЛ с наличием участков сформированных рубцовых изменений легочной ткани, окружающей очаг специфического поражения (-0,46), и железистыми разрастаниями бронхиального эпителия (-0,51), а также с количеством слоев стенки каверны (-0,36). Взаимосвязей с активностью специфического воспаления, отеком, гиперемией и другими изученными гистологическими характеристиками фрагментов ткани зоны поражения не выявлено. Также была выявлена умеренная положительная связь между наличием рубцовых изменений и железистых разрастаний с размером наиболее крупного фокуса (0,37; 0,43) и суммарного объема зон поражения (0,45; 0,43) по данным компьютерной томографии (КТ).

Заключение: Выявленные корреляции подтверждают, что состояние легочного газообмена у пациентов с ТЛ взаимосвязано с морфологическими изменениями легочной ткани, формирующимися при хроническом течении заболевания.

113.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КИСЛОРОДНОЙ ДЕСАТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ

1 – ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,

2 – ОГАУСО СРЦ им. Чучкалова,

3 – ГУЗ УОКБ

Гноевых В.В. – 1, Чернова Н.Г. – 1, Смирнова А.Ю. – 1, Земсков Е.А. – 1,

Крестьянинов М.В. – 1, Шорохова Ю.А. – 2, Шалашова Е.А. – 3, Галушина И.А. – 3

Цель: оценить клиническое значение кислородной десатурации гемоглобина (КДГ) у больных бронхиальной астмой (БА) при проведении теста с 6-минутной ходьбой (6-MWT).

Материалы и методы: 79 больным БА проводили спирометрию, тест 6-MWT с мониторингом оксигенации крови (SpO₂) с поправкой на HbCO. Пациенты были разделены на «десатураторов» (38%, основная группа–ОГ) и «недесатураторов» (62%, контрольная группа–КГ). К ОГ относили пациентов со снижением SpO₂ во время 6-MWT на ≥4 % до уровня <90%. Статистическую обработку выполняли с помощью программы «Статтех».

Результаты: Тяжёлые обострения БА чаще встречались в ОГ. Десатурационно-дистанционное отношение (DDR) во время 6-MWT составило в ОГ 1,30 [0,80; 3,70] против 0,05 [0,00; 0,30] в КГ (p<0,001). Уровни SpO₂ до, во время и после 6-MWT были ниже в ОГ при более выраженном диспноэ. Поддержание кислородотранспортной функции крови достигалось в ОГ за счёт тахикардии. Более выраженная бронхиальная обструкция в ОГ сочеталась с меньшим эффектом от лечения. ОФВ₁ <60% после лечения сохранился у 56,6% пациентов ОГ и лишь у 27,8% больных КГ. При идентичном показателе пачка/лет сочетание БА и ХОБЛ встретилось у 50% «десатураторов» против 10,2% у больных КГ.

Выводы: КДГ при 6-MWT, выявленная у 1/3 больных БА, ассоциирована с увеличением DDR, усилением диспноэ, более выраженной реакцией ССС на физическую нагрузку, ухудшением лёгочной вентиляции при более частом сочетании БА и ХОБЛ.

114.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ОСЦИЛЛЯТОРНОЙ МЕХАНИКИ НА ДИСФУНКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

1. – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

2. – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России

3. – Санкт-Петербургский государственный университет

Сысоева В.В. – 1, Кирюхина Л.Д. – 1,2, Яблонский П.К. – 1,3

Дыхательные мышцы (ДМ) обеспечивают альвеолярную вентиляцию. У пациентов с хроническими заболеваниями легких дыхательная недостаточность может усугубляться дисфункцией ДМ. У пациентов с туберкулезом легких (ТЛ) выявляют как обструктивные, так и рестриктивные нарушения.

Цель: оценить взаимосвязь дисфункции ДМ и осцилляторной механики (ОМ) у больных ТЛ.

Материалы и методы: Обследовано 214 пациентов с ТЛ. Определяли максимальные окклюзионные давления в ротовой полости: P_{lmax} и P_{Emax}; параметры ОМ: R₅, R₂₀ – резистанс при частоте осцилляций 5 и 20 Гц, R₅-R₂₀ – частотная зависимость резистанса; F_{res} – резонансная частота, A_X – площадь под кривой X в частотном диапазоне от 5 Гц до F_{res}, Z₅ – общее дыхательное сопротивление на частоте 5 Гц, R_c – сопротивление центральных дыхательных путей (ДП), R_p – сопротивление периферических ДП, E_{rs} – эластичность дыхательной системы. Использовался корреляционный анализ Спирмена, критерий Манна-Уитни, с уровнем достоверности p<0,05.

Результаты: Выделено 2 группы: 1-я без нарушения функции ДМ (n=106), 2-я со сниженной силой ДМ (n=108). Выявлена достоверная взаимосвязь умеренной силы P_{lmax} и R_p (rs=-0,31); P_{Emax} и Z₅, R₅, A_x, R_c, R_p, E_{RS} (rs=-0,36, -0,33, -0,33, -0,37, -0,4, -0,3 соответственно). Значимо группы отличались по показателям: A_X, (0,3±0,53 в 1-й группе и 0,71±1,54 во 2-й группе); R₅-R₂₀ (0,02±0,06 в 1-й группе и 0,05±0,11 во 2-й группе).

Выводы: У пациентов с ТЛ показатели ОМ оказывали более значимое влияние на силу мышц выдоха, чем вдоха. По сравнению с пациентами без дисфункции ДМ, у пациентов со снижением силы ДМ были выше частотная зависимость резистанса и площадь реактанса, что отражает неравномерность вентиляции вследствие поражения дистальных путей и повышение эластического сопротивления легких.

115.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ РЕЗЕРВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И С РАКОМ ЛЕГКОГО, ИМЕЮЩИХ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ В ОБЪЕМЕ ЛОБЭКТОМИИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Матвеева У.И., Кирюхина Л.Д., Яблонский П.К.

Скрытые нарушения функции внешнего дыхания хорошо выявляются при кардиопульмональном нагрузочном тестировании (КПНТ) – дозированной физической нагрузке с регистрацией показателей вентиляции, газообмена, работы сердечно-сосудистой системы. «Золотым стандартом» оценки функциональной способности пациента остается оценка пикового потребления O₂. Расчет потребления O₂ включен в алгоритмы предоперационной оценки риска у пациентов с раком легких (РЛ). Для пациентов с туберкулезом легких (ТЛ) такие исследования не проводились.

Материалы и методы: В исследование включены 59 пациентов с верифицированным ТЛ (44 года [29,0-54,0], 39М/20Ж) и 31 пациент с верифицированным РЛ (64 года [59,0-73,0], 20М/11Ж), имеющие показания к хирургическому лечению в объеме лобэктомии. Всем пациентам выполнялась спирометрия, КПНТ. В качестве описательных статистик использовались медиана (Me) и квартили. Для оценки различий между группами применялся U-критерий Манна – Уитни.

Результаты: ОФВ1, % от должного и ФЖЕЛ, % от должного в исследуемых группах статистически значимо не различались. В группе пациентов с ТЛ $\dot{V}O_2 \max$ Me = 24,15 [19,4-28,6] мл/кг/мин, в группе пациентов с РЛ Me = 18,74 [15,6-21,2] мл/кг/мин, $p < 0,001$. У пациентов с ТЛ отмечается меньшая физическая работоспособность (нагрузка в Ватт, % от должного) Me = 77,00% [61,0-96,7], у пациентов с РЛ Me = 88,05% [75,00-108,11], $p = 0,01$. У пациентов с ТЛ анаэробный порог (процент от должного МПК) Me = 47,76% [37,5-55,9], в группе пациентов с РЛ Me = 57,95% [45,55-69,08], $p = 0,0068$.

Выводы: В группе пациентов с ТЛ более высокие абсолютные значения максимального потребления кислорода, однако ниже физическая работоспособность, ниже толерантность к физической нагрузке (ниже анаэробный порог, % от должного максимального потребления кислорода).

ХОБЛ

116.

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И ГЕНОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В КЛЕТОЧНОЕ СТАРЕНИЕ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1. – Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, Уфа, 450054, Пр. Октября, 71, Россия;

2. – Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, Россия

Корытина Г.Ф. – 1,2, Маркелов В.А. – 1,2, Азнабаева Ю.Г. – 2, Ахмадишина Л.З. – 1, Загидуллин Н.Ш. – 2

С целью оценки вклада генов, вовлеченных в ключевые сигнальные каскады связанные с окислительным стрессом и клеточным старением в молекулярный патогенез ХОБЛ проведена оценка профиля экспрессии длинных некодирующих РНК (TP53TG1, LINC00342, H19, MALAT1, DNM3OS, MEG3) и белок-кодирующих генов (PTEN, TGFB2, FOXO3, KEAP1) в мононуклеарных клетках крови больных с ХОБЛ (n=92) и контрольной группы (n=81).

Установлено значимое снижение уровней экспрессии TP53TG1 (FCh=0.1532, P=0.0001), DNM3OS (FCh=0.5176, P=0.0076) и TGFB2 (FCh=0.3639, P=0.0001). Уровни экспрессии MALAT1 (FCh=6.983, P=0.0001) и LINC00342 (FCh=2.874, P=0.0029) у больных ХОБЛ были увеличены. По результатам множественного регрессионного и ROC-анализа, была определена высокоинформативная прогностическая модель, которая включала одновременную оценку уровня экспрессии TP53TG1 и TGFB2 (AUC=0.92, чувствительность – 73.2%, специфичность – 92.3%). Установлена положительная корреляция уровней экспрессии MALAT1, DNM3OS, TGFB2, FOXO3 и KEAP1 с параметрами функции легочного дыхания.

Таким образом, впервые показано изменение профиля экспрессии TP53TG1, LINC00342, DNM3OS у больных ХОБЛ. Дифференциально экспрессирующиеся длинные некодирующие РНК и белок-кодирующие гены функционально вовлечены в регуляцию широкого спектра процессов, таких как апоптоз, воспаление, фиброгенез, эпителиально-мезенхимальный переход, что указывает на активную роль процессов клеточного старения в молекулярном патогенезе ХОБЛ. Финансирование работы. Исследование поддержано грантом Российского научного фонда № 23-25-00019

117.

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

1. – ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», Медицинский институт, г. Улан-Удэ.

2. – Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ.

Шпак И.И. – 1,2; Дугарова И.Д. – 2.

Цель: выявить коморбидные состояния у пациентов с ХОБЛ на стационарном этапе лечения в реальной практике.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 148 пациентов с диагнозом ХОБЛ, пролеченных в пульмонологическом отделении в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» в 2023 году.

Результаты: анализ показал, что в преобладающем числе исследуемых были мужчины (92,6 %). Группа пациентов в возрасте 40-60 лет составила 18% , в основном были пациенты 60-90 лет, что составило 82%. Преобладало тяжелое течение ХОБЛ в большинстве случаев с ДН тяжелой степени тяжести, что составило 72,9% и крайне тяжелой степени тяжести 24%. По МСКТ данным преобладал эмфизематозный паттерн рентгенологических изменений, что составило 62,5%, бронхоэктазы были выявлены у 22,2 % больных, буллезные изменения представлены в 15,3% случаев. Достоверно известно, что с повышением возраста пациентов количество заболеваний растет. По литературным данным 50% больных в возрасте старше 65 лет имеет в среднем – 3 заболевания, а у половина из них ≥ 5 . При анализе пациентов с ХОБЛ в отделении пульмонологии выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – у 90% больных, ишемическая болезнь сердца-46%, сахарный диабет – 20%, неврологические заболевания -14%,онкология – 11%, заболевания желудочно-кишечного тракта- 7%, заболевания опорно-двигательного аппарата- 5%. В основном представлены пациенты с сочетанной патологией более 3 нозологий. У 88 % пациентов зарегистрировано курение, у 54,5% больных индекс курильщика выше 40. Кроме этого, у 25,3% пациентов с ХОБЛ индекс массы тела выше 30.

Выводы: Таким образом, среди пациентов с ХОБЛ преобладали возрастные пациенты мужского пола для которых характерна большая тяжесть заболевания.

118.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ В НОЧНЫЕ ЧАСЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ГБУЗ НО «Городская больница № 28» Пульмонологический консультативный центр г. Н. Новгород, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ г. Н. Новгород.

Боронин К.А. – 1, Болдина М.В. – 2

Цель: изучить распространенность и тяжесть ночной гипоксии и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: Проанализировано 38 пациентов с ХОБЛ, наблюдающихся на базе пульмонологического консультативного центра ГБ №28 г.Нижнего Новгорода.

Средний возраст пациентов составил $64,39 \pm 8,4$ лет, из них 4 (10,6%) женщин и 34 (89,4%) мужчин. 7 (18,4%) пациентов имели бронхитический, 15 (39,5%) – эмфизематозный и 16 (42,10%) – смешанный фенотип ХОБЛ. Доля пациентов с GOLD I составила 2,66%, GOLD II – 34,21%, GOLD III – 44,73%, GOLD IV – 18,4%. Избыточный вес имели 4 (10,5%) больных, ожирение I ст. – 8 (21,05%), II ст. – 7 (18,42%), III ст. – 3 (7,89%), нормальный вес – 14 (42,14%). Всем пациентам проводилась спирометрия с бронходилатационным тестом, компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), ночная пульсоксиметрия (НП) и кардиореспираторный мониторинг.

Результаты: По результатам скрининговой НП гипоксия выявлена в 100% случаев. Она не зависела от фенотипа заболевания и степени выраженности обструктивных нарушений. Уровень ночной гипоксии в группах составил: GOLD I – 70% (1 пациент с ожирением III ст. и СОАС), GOLD II – $86 \pm 4,75\%$, GOLD III – $82 \pm 7,75\%$, GOLD IV – $82 \pm 8,36\%$. СОАС был выявлен у 20 (52,63%) пациентов: легкой степени тяжести – у 9 (45%) обследуемых, средней – у 6 (30%), тяжелой – у 5 (25%). У пациентов с СОАС уровень десатурации был значимо ниже ($79,2 \pm 7,5\%$) по сравнению с пациентами без СОАС ($87,1 \pm 4,15\%$).

Выводы: Данные результаты свидетельствуют о необходимости проведения НП каждому пациенту с ХОБЛ, как скринингового метода диагностики с целью определения дальнейшей тактики ведения. Полученные данные требуют дальнейшего исследования и анализа на большей выборке пациентов.

119.

РОЛЬ NT-PROBNP В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, г. Благовещенск
Сычёва Т.В.

Цель исследования: Проанализировать уровень N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в стадии обострения в зависимости от категории болезни и степени тяжести одышки.

Методы исследования: В исследование включены 100 человек с ХОБЛ в фазе обострения. Из них 82 мужчин и 18 женщин. Средний возраст 61 ± 6 лет. Средняя длительность ХОБЛ $9,0 [4,5; 13,0]$ лет. Пациенты разделены в соответствии с категоризацией GOLD 2011 г. на группы А, В, С, D. В группу А включены 21 больной с низким риском обострений, симптомы не выражены, в группу В – 24 больных с низким риском обострений, симптомы выражены, в группу С – 16 больных с высоким риском обострений, симптомы не выражены, в группу D – 39 больных с высоким риском обострений, симптомы выражены. Уровень мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа («Thermo Scientific WellWash», Финляндия) с помощью набора реагентов NTproBNP-ИФА-БЕСТ (ЗАО Вектор-Бест, Россия). Пограничное значение NT-proBNP по рекомендации производителя 125 пг/мл. Степень одышки оценивали по шкале mMRC. Статистическую обработку данных производили с помощью стандартных методов.

Результаты: Уровень NT-proBNP, превышающий пороговый, зарегистрирован в группе А у 3 человек (14,3%), в группе В – у 11 (47,8%), в группе С – у 13 (86,6%), в группе D

– у 26 человек (66.6%). Достоверно значимое различие установлено между группами А и С ($p < 0,0001$), А и D ($p < 0,0001$). По результатам анкетирования mMRC, степень одышки более 2 баллов отмечена у 3 пациентов в группе А, у 10 в группе В, у 13 в группе С, у 33 в группе D. Выявлена прямая корреляционная связь выраженности одышки по шкале mMRC с повышенным уровнем NT-proBNP.

120.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

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

Цель: Изучить приверженность и эффективность лечения у больных ХОБЛ при использовании фиксированной тройной комбинации будесонид 160 мкг, гликопирония бромид 7,2 мкг, формотерола фумарат 5 мкг.

Материалы и методы: в исследование были включены 17 пациентов с тяжелым течением ХОБЛ (1-я группа), которым была рекомендована терапия фиксированной тройной комбинацией будесонид, гликопирония бромид, формотерола фумарат. 2 репрезентативную по полу и возрасту группу, 16 человек, составили пациенты с тяжелым течением ХОБЛ, получавшие будесонид и формотерол. Наблюдение за больными осуществлялось на протяжении 6-ти месяцев, фиксировались следующие конечные точки: госпитализация в связи с обострением ХОБЛ, уровень провоспалительных цитокинов, функция внешнего дыхания, динамика приверженности к лечению, количество баллов теста по контролю над ХОБЛ (САТ).

Результаты: через 6 месяцев приема фиксированной тройной комбинации у больных 1 группы выявлено улучшение приверженности к лечению в виде снижения доли не приверженных пациентов с ХОБЛ на 14,1%; статистически значимо снизилась средняя частота обострений по сравнению с пациентами 2 группы, обнаружено увеличение ОФВ1 с $39,2 \pm 3,8\%$ до $58,3 \pm 2,9\%$ у больных 1 группы по сравнению со 2 группой ($38,2 \pm 3,4\%$ до $53,1 \pm 3,6\%$), а также статистически значимое снижение уровня провоспалительных цитокинов. Тест САТ в 1 группе показал $11 \pm 2,6$ баллов, во 2-ой – $20 \pm 3,2$ баллов. Вывод: результаты исследования подтвердили точку зрения, согласно которой приверженность играет существенную роль в эффективности лечения больных ХОБЛ.

121.

ВЛИЯНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ООО «МЕДСИ-Волгоград», ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, ГБУЗ ЛРКБ Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О.

Цель исследования: изучить влияние тройной фиксированной комбинации (беклометазон+гликопиррония бромид+формотерол) на клинические симптомы и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) тяжелого течения.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 16 пациентов ХОБЛ со значительным снижением функции легких (ОФВ1 $47,2 \pm 2,34\%$, ЖЕЛ – $61,9 \pm 4,58\%$). Средний возраст пациентов – $53,9 \pm 1,4$ года, средняя продолжительность заболевания – $9,1 \pm 0,35$ лет. Все пациенты до начала исследования и лечения предъявляли жалобы на продуктивный кашель различной степени выраженности и одышку. Степень одышки определялась по шкале Борга, качество жизни – по респираторному опроснику госпиталя Св. Георгия. Пациентам был назначен препарат беклометазон+гликопиррония бромид+формотерол 100+10+6 мкг по 2 вдоха два раза в сутки. Контроль результатов лечения проводился через 3 месяца от начала лечения.

Результаты исследования: через 3 месяца от начала лечения тройной фиксированной комбинацией степень одышки снизилась на 14,9%. Все пациенты отметили улучшение отхождения мокроты. Показатель ОФВ1 улучшился на $76,3 \pm 4,38\%$, показатель ЖЕЛ – соответственно, на $65,3 \pm 2,34\%$. Общий показатель качества жизни до начала лечения составлял $47,2 \pm 5,32\%$, компонент симптомов – $51,94 \pm 4,83\%$, и компонент влияния – $45,10 \pm 1,96\%$. После курса лечения общий показатель качества жизни – $42,28 \pm 3,82\%$, компонент активности – $49,92 \pm 4,05\%$ и компонент влияния – $38,67 \pm 1,96\%$ (общий показатель качества жизни у исследованных больных повысился на 10,24%, компонент влияния на 14,28%, компонент активности значительных изменений не продемонстрировал).

122.

ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

СПБ ГБУЗ городская поликлиника № 106

Серов А.Н.

Цели: изучение особенностей ХОБЛ у молодых людей. Материалы: 9 пациентов в возрасте от 35 до 39 лет, 8 мужчин, 1 женщина.

Методы: анамнез, особенно в детстве, оценка факторов риска – курение, профессиональные вредности, оценка одышки по mMRC, спирометрия, КТ лёгких.

Результаты: 2 родились недоношенными, у 2 был спонтанный пневмоторакс, у 2 – термическое поражение лёгких, курение у всех 9 пациентов, средний ИК 18 пачек/лет, начало курения в 14-15 лет, профессиональные вредности – у 5, средний балл по mMRC 1,1, средний ОФВ1 73,9, ОФВ1/ФЖЕЛ после бронходилататора 0,68. Проба с 400 мкг Сальбутамола отрицательная у всех 9 пациентов в динамике. По КТ

изменения выявлялись у всех: бронхоэктазы у 4, эмфизема у 3 (дефицита альфа1 антитрипсина не было), смешанные изменения – у 2.

Выводы: основной фактор риска ХОБЛ у молодых – курение, особенно его раннее начало. Течение заболевания на фоне адекватного лечения требует дальнейшего изучения.

123.

ЭФФЕКТЫ ЛИПОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ХОБЛ GOLD 2

ФГБОУ «Петрозаводский государственный университет» Мединститут.

Бахирев А.М.

Цель: изучить состав жирных кислот (ЖК) мембран эритроцитов (МЭ) при ХОБЛ вне обострения с фоновой липотропной терапией.

Материалы и методы: на протяжении 2016-2018 гг обследовались мужчины 41-48.5 лет: с ХОБЛ 2 по критериям GOLD вне обострения, «стажем» 3-6,5 лет: с базисной терапией 22 больных (1 группа) и 23 (2 группа) с дополнительным приемом розувастатина 10 мг/сут и целевыми параметрами липидного спектра. Все – без активного курения, поражения почек и эндокринной системы, ожирения, а обострения ХОБЛ завершили за 2-3 месяца до забора материала. Методом газожидкостной хроматографии определён состав ЖК МЭ, оценён в относительных % от общей суммы с использованием прикладной программы Statistica 6,1.

Результаты: Основные отличия в структуре МЭ больных 1 группы отражались параметрами ЖК: характерные для ХОБЛ накопление 20:4n-6 до $18,3 \pm 0,5$ (против $13,04 \pm 0,2$), ее метаболита – докозатетраеновой (22:4n6) до $2,36 \pm 0,25$ против $3,21 \pm 0,32$, синхронный дефицит n-3 ЖК – эйкозапентаеновой 20:5n-3 ($0,53 \pm 0,04$ вместо $1,2 \pm 0,03$) и докозапентаеновой 22:5n-3 ($1,72 \pm 0,05$ вместо $2,03 \pm 0,02$). Т.о., индекс 20:4n-6/20:5n-3 возрастал почти в 3 раза. В группе 2 сравнительно меньшей была убыль n-3 ЖК – эйкозапентаеновой 20:5n-3 ($0,82 \pm 0,03$ вместо $1,2 \pm 0,03$) и докозапентаеновой 22:5n-3 ($1,8 \pm 0,05$ вместо $2,03 \pm 0,02$), что улучшало индекс 20:4n-6/20:5n-3 (повышен в 2,42 раза), снижало частоту обострений (на 12,5 %) и госпитализаций (на 3, 5%) в год.

Заключение: хотя в МЭ шло накопление насыщенных и n6 ПН ЖК, квоты предшественников и метаболитов арахидоновой ЖК, отмечен положительный плеiotропный и патогенетический вклад С на структурном и клиническом уровнях

124.

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДНОЙ ДЕСАТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, РФ

Смирнова А.Ю., Гноевых В.В., Арсентьев Ф.П., Земсков Е.А., Чернова Н.Г., Крестьянинов М.В.

Актуальность: известно, что частые госпитализации у пациентов ХОБЛ приводят к сокращению жизни и ускоренному снижению лёгочной вентиляции, что может ухудшить оксигенацию крови, особенно при физической нагрузке.

Цель: оценить клиническое значение кислородной десатурации гемоглобина (КДГ) во время 6-минутного нагрузочного теста (6-MWT) у больных ХОБЛ с частыми госпитализациями.

Материалы и методы: Основную группу [ОГ, n=28 (47%)] больных ХОБЛ составили пациенты с частыми госпитализациями (>1/год), а контрольную группу [КГ, n=32 (53%)] – с редкими госпитализациями (\leq 1/год). Анализировали лёгочную вентиляцию и оксигенацию крови (в покое и при 6-MWT), прогноз 5-летней выживаемости по DOSE-индексу и морфофункциональные характеристики эритроцитов (Er) методом атомно-силовой микроскопии. Во время 6-MWT определяли десатурационно-дистанционное отношение (DDR) и O₂-Gap index – потребность в дополнительном потоке O₂ для поддержания SpO₂ на уровне \geq 88% во время 6-MWT.

Результаты: Показатели лёгочной вентиляции были хуже в ОГ (p<0,05). В покое состояние оксигенации крови в группах не различалось (p>0,05). Доля «десатураторов» по результатам 6-MWT составила 78,9% в ОГ против 36,8% в КГ (p=0,002) при росте продолжительности эпизодов снижения SpO₂ \geq 4% от исходного уровня (p=0,010), что закономерно сопровождалось увеличением DDR и O₂-GAP-индекса (p=0,011). Уровни Er, гемоглобина, гематокрита и средний объём Er в ОГ были снижены (p<0,05). Сила адгезии, индекс шероховатости Er и модуль Юнга в ОГ и КГ не различались. Риск летальных исходов по DOSE-индексу у пациентов ОГ был выше (p<0,001), чем в КГ, составив 6,0 [5,0; 7,0] против 4,0 [3,0; 5,0].

125.

ОЦЕНКА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИСТАТИНА С У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Бакина А.А., Павленко В.И.

Все чаще исследователи изучают особенности ренальной дисфункции при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) различных фенотипов, при этом перспективным является метод оценки функции почек при помощи расчета скорости клубочковой фильтрации по цистатину С сыворотки крови (СКФ-ЦисС), что и определило актуальность нашего исследования.

Цель исследования: оценить СКФ-ЦисС у лиц ХОБЛ с частыми обострениями.

Материал и методы: в исследование включены 53 пациента 45-59 лет (мужчины – 96%) с ХОБЛ II-III степени тяжести бронхиальной обструкции по GOLD с частыми обострениями (за год перенесли \geq 2 обострений или 1, которое привело к госпитализации). В исследование не включали лиц с патологиями, независимо от ХОБЛ, ухудшающими ренальную функцию. СКФ-ЦисС рассчитывали по формуле СКД-EPi. При статистической обработке использовали классические методики.

Результаты: уровень СКФ-ЦисС общей когорте пациентов составил 95[71;107] мл/мин./1,73 м². У 53% (n=28) лиц СКФ-ЦисС была нормальной (\geq 90 мл/мин./1,73 м²), однако из них у 11 человек отмечались признаки гиперфильтрации, что, по некоторым данным, может являться начальным проявлением нарушения функции почек. 41% (n=22) участников имели СКФ-ЦисС в пределах 60-89 мл/мин./1,73 м² (незначительно снижена), 6% (n=3) – умеренно сниженную СКФ-ЦисС (45-59 мл/мин./1,73 м²).

Заключение: при оценке СКФ-ЦисС при ХОБЛ с частыми обострениями мы выявили ее снижение различных уровней, а в 20,7% случаев обнаружены признаки ренальной гиперfiltrации. Следовательно, фенотип ХОБЛ с частыми обострениями может являться группой риска по развитию нарушения функции почек, требующей динамического мониторинга СКФ, в том числе с применением ЦисС, который в свете современных исследований является ранним преclinical маркером хронической болезни почек.

126.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 НА ЧАСТОТУ ОБОСТРЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

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

Обострения являются неотъемлемой частью хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и определяют качество жизни пациента и прогноз.

Цель: изучить частоту обострений за предыдущий год (ЧОГ) и временной промежуток между обострениями у больных ХОБЛ в зависимости от наличия ковидного анамнеза через 12 месяцев.

Материалы и методы: исследование выполнено в рамках научного проекта, одобренного грантом РФФИ (№22-25-00592) в 2022-2023 гг. В амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 133 больных ХОБЛ стабильного течения, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=90) – лица, имеющие в анамнезе COVID-19 (инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2), и 2-я группа (n=43) – пациенты, не имеющие ковидного анамнеза. Контрольные точки исследования: K1- первичный осмотр, K2- явка через 12 месяцев после перенесенного COVID-19 (1-я группа) или после первичного осмотра (2-я группа). Статистический анализ проведен с помощью программ Statistica 10.0.

Результаты: в точке K1 ЧОГ в 1-й и 2-й группах достоверно не отличалась и была равна 1[1;2] и 1[1;2] раз/год, соответственно. В точке K2 в 1-й группе показатель значительно увеличился, по отношению ко 2-й группе, и составил 2[0;3] раз/год ($p < 0,01$). При этом относительный риск развития частых обострений в 1-й группе был в 1,6 раз выше, чем во 2-й группе ($OR=1,64 [1,02;2,62]$, $Se=0,77$, $Sp=0,40$). У пациентов с частыми обострениями в году в точке K2 оценен временной промежуток между обострениями. В 1-й группе время до наступления следующего обострения составило $6,35 \pm 0,5$ месяцев, в то время как во 2-й группе $8,4 \pm 0,4$ месяцев ($p < 0,01$).

Таким образом, у пациентов ХОБЛ перенесенный COVID-19 через 12 месяцев приводит к увеличению риска развития «частых обострений» в 1,6 раза и сокращению временного промежутка между обострениями.

127.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

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

Решетникова Л.К., Сулима М.В.

Цель работы: изучение состояния тиреоидного статуса у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: Создано две группы исследуемых. Первую группу составили 20 пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести ХОБЛ в возрасте от

46 до 68 лет. Этиологический фактор у всех пациентов включал курение, индекс курильщика составил $15,0 \pm 2,0$. Во вторую группу вошли 20 практически здоровых субъектов такого же возраста. Все пациенты с ХОБЛ находились на стационарном лечении и были соответствующим образом обследованы. Всем лицам, включенным в объект наблюдения, определяли содержание главного тиреоидного гормона трийодтиронина Т4 и тиреотропного гормона ТТГ, контролирующего уровень Т4 через гипофиз. Повышение ТТГ свидетельствует о недостатке гормонов щитовидной железы и наоборот.

Результаты: в контрольной группе содержание трийодтиронина Т4 составило 12,03 нмоль/л, а содержание тиреотропного гормона ТТГ – 3,29 мЕ/л. Во второй группе уровень Т4 был ниже нормы и составил 6,9 нмоль/л ($p < 0,05$), тогда как уровень ТТГ превышал нормальные показатели и составил 8,8 мЕ/л, ($p < 0,05$). Отмечена тесная отрицательная корреляция между Т4 и степенью тяжести ХОБЛ (метод Спирмэна, $R = -0,68$, $p < 0,05$), а с ТТГ корреляция выражена слабо ($R = 0,22$, $p > 0,05$).

Вывод: в результате обследования выявлено, что полученные данные изучения тиреоидных гормонов у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ отличались от нормальных показателей по типу гипотиреоза и коррелировали со степенью тяжести.

128.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького МЗ РФ

Семендяева Е.В., Шевченко Д.Ф., Голубова О.А.

Цель: оценить влияние ожирения на показатели сомнологического исследования, такие как: индекс кардиоваскулярного риска, апноэ/гипопноэ сна, выраженность сатурации/десатурации.

Материалы и методы: в исследования включены пациенты ХОБЛ в количестве 57 человек. Средний возраст – $54,4 \pm 1,4$. Все больные ХОБЛ были распределены на две группы. Первая – без сопутствующего ожирения, вторая – больные ХОБЛ в сочетании с ожирением ($ИМТ > 30$ кг/м²). Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, объективного статуса и показателей функции дыхания.

Результаты: у обследованных пациентов ХОБЛ 1 и 2 группы индекс апноэ/гипопноэ (АНИ) составил в среднем $6,51 \pm 0,91$, при этом в 1 группе он колебался от 0,7 до 30,1, в среднем $7,73 \pm 1,6$. У больных же второй группы при наличии коморбидной патологии он достоверно был выше показателей контрольной и 1 группы. В среднем составил $10,77 \pm 2,12$. Длительность самого продолжительного апноэ у обследованных пациентов колебалась до 58 с, у пациентов ХОБЛ в сочетании с ожирением этот показатель был максимальным 76 с. Показатели средней сатурации колебались от 78 до 97% и составили в среднем $93,24 \pm 4,2$. Индекс кардиоваскулярного риска в среднем составил $0,45 \pm 0,04$. При этом у больных 1 группы ХОБЛ средние показатели составили $0,43 \pm 0,07$, второй группы ХОБЛ+ожирение $0,41 \pm 0,07$.

Выводы: полученные результаты сомнологического исследования показывают, что у пациентов ХОБЛ при наличии сопутствующего ожирения значительно увеличивается продолжительность и частота апноэ/гипопноэ за 1 минуту, достоверно снижены показатели сатурации, повышен индекс кардиоваскулярного риска.

129.

АССОЦИАЦИИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПОМ ЧАСТЫХ ОБОСТРЕНИЙ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р.

В последние годы возрос интерес к изучению у пациентов с ХОБЛ тревоги и депрессии, влияющих на уровень комплаентности, тяжесть и частоту обострений заболевания.

Цель: оценить уровень тревоги и депрессии у пациентов с частыми обострениями ХОБЛ.

Материал и методы: на фоне коррекции терапии ХОБЛ и коморбида 60 пациентам с частыми обострениями ХОБЛ проводилось исследование динамики состояния по шкале одышки mMRC, оценочного теста САТ в ассоциации с динамикой тревоги и депрессии (шкалы HADS).

Результаты: средний возраст пациентов (55 мужчин, 5 женщин) составил $66,02 \pm 6,5$ лет. На первом визите ≥ 2 баллов по шкале одышки имели 88,3% пациентов, далее через каждые 3 месяца 76,7%, 76,7%, 68,3% и 68,3% пациентов, соответственно ($p_{1,4} < 0,001$). По результатам теста САТ ≥ 10 баллов имели 81,7%, 85%, 83,3%, 81,7%, 71,7% пациента ($p_{1,5} < 0,001$). Клиническая тревога была выявлена у 15% пациентов, далее у 15%, 11,7%, 11,7%, 10% ($p > 0,05$). Клиническая депрессия – у 21,7%, 26,7%, 18,3%, 16,7%, 21,7% ($p > 0,05$). Тревогу и депрессию в начале исследования имели 11,7% пациентов, в конце исследования – 6,7% ($p > 0,05$). Была выявлена прямая связь заметной тесноты между показателями тестов САТ и mMRC ($r = 0,631$; $p < 0,001$), прямая связь умеренной тесноты показателей САТ с уровнем депрессии ($r = 0,383$; $p < 0,001$) и с уровнем тревоги ($r = 0,31$; $p < 0,001$), прямая связь умеренной тесноты между уровнем одышки и депрессии ($r = 0,359$; $p < 0,001$).

Выводы: Значимое снижение уровня одышки было зафиксировано после 9 месяцев наблюдения, а показателей теста САТ – после 12. Число пациентов с клинической депрессией в течение года было не более 26,7%, а с клинической тревогой – не более 15%. При снижении выраженности симптомов ХОБЛ количество пациентов с клинической тревогой уменьшилось в 1,5 раза, а с тревогой и депрессией – в 1,7 раз.

130.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО ПГМУ имени академика Е.А.Вагнера МЗ РФ, Пермь

Шаврин А.П.

Цель: Исследовать взаимосвязи показателя ОФВ1 с латентными внутриклеточными инфекциями, показателями воспаления и иммунной системы по данным искусственной нейронной сети.

Методы: У 54 пациентов ХОБЛ 1 стадии, стабильного течения (мужчины 34, женщины 20), средний возраст $56,7 \pm 0,8$ г. проведено исследование объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), определение в плазме крови количества С-реактивного

белка (CRP), фактора некроза опухоли-альфа (TNF α), интерлейкинов -1 и 8 (IL), антител JgG к цитомегаловирусу (CMV), вирусу герпеса 1 типа (HSV-1), хламидии пневмонии (*Ch.pneumoniae*) тест-системами SeroELISA (США) и определение количества Т-лимфоцитов крови. Для выявления взаимосвязей между изучаемыми показателями применяли математическое моделирование с помощью искусственных нейронных сетей. чувствительность результатов тестирования вводимых параметров составляет 89%, специфичность 91%, точность классифицирования 79%.

Результаты: Искусственная нейронная сеть выявила наличие взаимосвязей между ОФВ1 и некоторыми исследуемыми факторами. Так CRP и IL-8 негативно влияют на показатель ОФВ1. Увеличение количества Т-лимфоцитов оказывает положительное влияние на ОФВ1, а при их снижении происходит снижение показателя ОФВ1 до величин, указывающих на наличие бронхиальной обструкции. У пациентов с высокой вирусной нагрузкой цитомегаловирусом (IgG CMV более 100 ЕУ/мл) выявлено негативное влияние на показатель ОФВ1 хламидий пневмонии (значимость признака 35.8%). Уменьшение количества Т-лимфоцитов сопровождается снижением ОФВ1 (значимость признака 31.2%).

Заключение: По результатам проведенного исследования можно предположить, что активность цитомегаловирусной инфекции может способствовать снижению показателя ОФВ1 при наличии *Ch.pneumoniae* и ослабления факторов иммунитета.

131.

АНАЛИЗ СИСТЕМНЫХ УРОВНЕЙ ГРАНУЛОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОГО И МАКРОФАГАЛЬНОГО КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», Благовещенск, Россия.

Наумов Д.Е., Сугайло И.Ю., Гассан Д.А., Котова О.О., Шелудько Е.Г., Горчакова Я.Г.

Цель исследования: проанализировать концентрации гранулоцитарно-макрофагального (ГМ-КСФ) и макрофагального (М-КСФ) колониестимулирующих факторов в плазме крови больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и лиц без бронхиальной обструкции.

Материалы и методы: в исследование было включено 53 куривших больных ХОБЛ (средний возраст 63,7 \pm 1,28 года) и 24 человека без бронхиальной обструкции (средний возраст 51,5 \pm 2,03 год), из них 46% курильщики. Показатели вентиляционной функции легких измеряли с помощью спирометрии форсированного выдоха. Концентрации ГМ-КСФ и М-КСФ определяли в плазме крови обследованных методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты: ГМ-КСФ определялся у 60% обследованных, а М-КСФ в 84% образцов. Уровень М-КСФ был значимо снижен у больных ХОБЛ по сравнению с группой контроля (0,99 (0,39-2,10) пг/мл против 2,18 (0,55-3,43) пг/мл, $p=0,04$). Медианное значение ГМ-КСФ, напротив, было выше при ХОБЛ, хотя различия с контрольной группой были незначимы (0,57 (0,0-2,49) пг/мл против 0,28 (0,0-1,81) пг/мл, $p>0,05$). Соотношение ГМ-КСФ/М-КСФ составляло 0,17 (0,0-2,30) у больных ХОБЛ и 0,15 (0,0-0,80) у лиц без бронхиальной обструкции ($p>0,05$). Концентрации М-КСФ и ГМ-КСФ не коррелировали между собой, а также не были связаны с возрастом, анамнезом курения и показателями вентиляционной функции легких.

Выводы: снижение уровня М-КСФ может иметь значение в патогенезе ХОБЛ, учитывая важную роль данного фактора в дифференцировке противовоспалительных М2 макрофагов.

132.

ОСОБЕННОСТИ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 ГМУ при АП РУз, Многопрофильный Медицинский Центр M-clinic, г. Ташкент

Курбанова Г.А.

ХОБЛ – распространенное заболевание гетерогенной природы, характеризующееся прогрессирующим ограничением воздушного потока и системным воспалением вследствие длительного воздействия вредных частиц или аэрополлютантов. Пациенты жалуются на хроническую и прогрессирующую одышку, кашель и выделение мокроты. Спирометрия имеет важное значение в диагностике, стадировании и мониторинге ХОБЛ, при этом стоит учитывать показатели ОФВ1 и соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ – при менее 0,7 подтверждает диагноз ХОБЛ. Однако данные тесты не всегда информативны на ранних стадиях заболевания.

Целью нашего исследования: сравнительная оценка результатов бодиплетизмографии(БПГ) и спирометрии у больных с ХОБЛ А группы.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 28 больных с ХОБЛ группы А, средний возраст составил 48,4 лет. Все больные имели стаж курения. Были проведены исследования: спирометрия и бодиплетизмография. Все больные наблюдаются в данной стадии в течении в среднем 3,6 лет.

Результаты исследования: Из 28 больных ХОБЛ А группы у 18 (64,3%) было выявлено снижение ОФВ1 ниже 82,73%, у остальных – показатели были выше 86,5%, снижение показателя ОФВ1/ФЖЕЛ до 0,66. Данные БПГ выявили уровень Raw у 25 больных (89,3%) был в пределах 0,39 – 0,68 (в среднем 0,44) кПа с/л, 3 больных данный показатель варьировал от 0,21 до 0,33 (в среднем 0,28). Изменения других показателей не были выражены, лишь у 8 больных (28,6%) ООЛ был более 130% от должного, что свидетельствует о возможной гиперинфляции – наличии "воздушных ловушек"

Выводы: Сравнительные исследования спирометрии и БПГ показали лучшие диагностические характеристики последнего исследования. Так, диагностические возможности БПГ в 1,4 раза лучше данных спирометрии в ранней диагностике ХОБЛ с целью профилактики прогресса заболевания.

133.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

Курбанова Г.А.

За последние десятилетия отмечается рост хронической неинфекционной патологии, среди которой особое место отведено хронической обструктивной болезни легких. ХОБЛ – неуклонно прогрессирующее гетерогенное заболевание, занима-

ющее третье место по причине смертности и инвалидизации в мире с распространенностью до 384 млн случаев, а в республике Узбекистан до 168 случаев на 10 000 населения. Увеличение числа случаев ХОБЛ происходит вследствие роста промышленного производства, добычи полезных ископаемых, использования биотоплива, вдыхания продуктов сгорания табака, использования новых систем табакокурения. ХОБЛ является экономически затратным заболеванием в плане диагностики и лечения, в связи с чем в приоритете остаются профилактика его развития и ранняя диагностика. На сегодняшний день отмечается недостаточное проведение организационных мер по профилактике данного заболевания. Алгоритм ведения пациентов с ХОБЛ в первую очередь включает модификацию факторов риска: снижение экспозиции к внешним и домашним аэрополлютантам, отказ от курения, предупреждение риска респираторных инфекций. В этой связи был определен поиск средства индивидуальной профилактики поражения респираторного тракта вредоносными частицами и инфекционными агентами у пациентов данной патологии. Нами разработана маска для защиты органов дыхания из натурального шелка, обладающего от природы антисептическими, бактерицидными, высокими гигиеническими свойствами. Шелковое волокно состоит на 70% из фиброина, содержащего антибактериальный фермент лизоцим. Фильтр из шелкового волокна благодаря сорбционным свойствам дополнительно удерживает аэрозольные частицы табачного дыма и токсичных компонентов газовой фазы. 3-слойная шелковая маска может быть рекомендована как средство индивидуальной профилактики при ХОБЛ.

ЭНДОСКОПИЯ

134.

НЕОБХОДИМЫЙ МИНИМУМ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОСКОПИИ ПАЦИЕНТАМ С ДИССЕМНИРОВАННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЛЁГКИХ

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

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

Цель: Определение необходимого объёма дополнительных диагностических эндобронхиальных манипуляций (ДДЭМ), направленного на исключение (подтверждения) опухолевого процесса и специфического туберкулёзного процесса при наличии лёгочной диссеминации.

Методы исследования: Проанализированы результаты 403 первичных лечебно-диагностических бронхоскопий, выполненных пациентам с диссеминированными процессами в лёгких различного генеза с 2006 по 2023 г.г.

Результаты: Был выработан следующий объём ДДЭМ в данной клинической ситуации: при проведении бронхоскопии пациенту с лёгочной диссеминацией визуальный эндобронхиальный осмотр должен дополняться проведением диагностического бронхоальвеолярного лаважа с последующим проведением общего анализа жидкости бронхоальвеолярного лаважа, исследованием на наличие атипичных клеток, определение кислотоустойчивых микобактерий методом бактериоскопии осадка по Цилю-Нильсену. В случае подозрения на саркоидоз, как этиологии диссеминации, целесообразно проводить биопсию слизистой бронхов (даже при отсутствии видимых локальных изменений) с целью выявления в ткани специфических гранулём.

Заключение: Данный объём ДДЭМ далеко не всегда является достаточным, но это должен быть минимальный объём возможностей как эндоскопического кабинета, так и лабораторной и патологоанатомической служб лечебного учреждения.

135.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

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

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

Цель: оценить частоту и проявления геморрагического эндобронхиального синдрома у пациентов с обострением хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

Методы исследования: Проанализирована частота и проявления геморрагического эндобронхиального синдрома (ГЭС) по данным первичных лечебно-диагностических бронхоскопий, проведённых в эндоскопическом кабинете ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4» за период с 2014 по 2023 г.г. пациентам с обострением ХОБЛ и с внебольничными пневмониями на фоне ХОБЛ (при этом были исключены случаи, выявленные в период функционирования ковидного госпиталя на базе стационара Самарской городской больницы №4). Из исследования также исключались случаи выявленного рака лёгкого или туберкулёза лёгких у пациентов с ХОБЛ. Общее количество учтённых наблюдений составило 12811 исследований (100,000%).

Результаты: Всего выявлено 252 случаев (1,967%) выявленного ГЭС у пациентов исследуемой группы в различных вариантах (геморрагическая примесь бронхиального секрета, линейные разрывы слизистой, точечные и сливные геморрагии). При этом было отмечено 168 эпизодов (1,312%): у больных с обострением ХОБЛ и 84 случая (0,656%) проявления ГЭС у пациентов с внебольничной пневмонией на фоне ХОБЛ. При этом кровохарканье, как клиническое проявление ГЭС, было выявлено только в 174 случаях (1,359%).

Заключение: В пульмонологическом стационаре проявления ГЭС можно охарактеризовать как нечастые, но и не казуистические. К тому же далеко не всегда имеется его клинический эквивалент – кровохарканье.

136.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНТРАКОТИЗАЦИИ ПЕРИБРОНХИАЛЬНЫХ И БИФУРКАЦИОННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ

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

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

Цель: оценить частоту выявления пигментированных подслизистых эндобронхиальных образования, ассоциируемых с поражением лимфоидного аппарата трахеобронхиального дерева.

Методы исследования: Проанализирована частота выявления пигментированных подслизистых эндобронхиальных образования по данным первичных лечебно-диагностических бронхоскопий, проведённых в эндоскопическом кабинете ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4» за период с 2014 по 2023 г.г. (13612 исследований (100,000%).

Результаты: Выявлено 138 эпизодов антракотизации перибронхиальных и бифуркационных лимфатических узлов (1,014%). При этом в 12 случаях (0,089%) в проекции субэпителиального пигментного пятна на слизистой бронха выявлялось зияющее или обтурированное свищевое устье, позволяющее предположить наличие бронхолимфонодулярного свища. В разрез с бытующими в научной литературе представлениями о туберкулёзной или профессиональной причине такой антракотизации, среди пациентов не отмечались профессиональные заболевания органов дыхания. Активный туберкулёзный процесс был подтверждён лишь в 6 случаях (0,044%) и у 7 пациентов (0,052%) отмечался туберкулёз лёгких в анамнезе.

Заключение: Эндобронхиальные признаки антракотизации перибронхиальных и бифуркационных лимфатических узлов являются редкой, но не казуистической находкой. Вопросы этиологии этих образований остаются открытыми. Возможно, к антракотизации могут приводить различные причины, в частности перенесённый туберкулёз перибронхиальных и бифуркационных лимфатических узлов.

137.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕГО БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

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

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: Определение частоты выявления остеохондропатии трахеи и бронхов по данным первичных лечебно-диагностических бронхоскопий.

Методы исследования: Проанализирована частота выявления остеохондропатии трахеи и бронхов по данным первичных лечебно-диагностических бронхоскопий, проведённых в эндоскопическом кабинете ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4» за период с 2014 по 2023 г.г. (13612 исследований (100,000%).

Результаты: За отчётный период выявлено 10 случаев остеохондропатии трахеи и бронхов (0,073%); при этом в 8 случаях (0,059%) процесс ограничивался только изменениями в трахее и в 2-х случаях (0,015%) изменениям в трахее сопутствовали такие же изменения в главных бронхах. Эндобронхиальные были типичны: узелковые белесоватые бугорки каменной плотности, бледная «растянутая» слизистая между ними, положительный симптом «песка». Клинические проявления отсутствовали; выявление остеохондропатии трахеи и бронхов носило характер находки.

Заключение: Остеохондропатия трахеи и бронхов является достаточно редкой находкой и чаще всего протекает субклинически.

138.

ВАРИАНТ ДИСТОПИИ ЯЗЫЧКОВОГО БРОНХА.

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

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: Описание интересного случая аномалий ветвления трахеобронхиального дерева в области левого главного бронха.

Методы исследования: Бронхоскопия была выполнена гибким бронхоскопом FB-18RBS (Pen-tax). Показанием к проведению бронхоскопии явилось упорное течение инфильтративного процесса в лёгких на фоне проводимой терапии.

Результаты: В процессе проведения бронхоскопии было выявлено отхождение язычкового бронха не от левого верхнедолевого бронха, а от левого главного бронха на уровне отхождения левого промежуточного бронха. При этом язычковый бронх находился латерально, а левой промежуточный бронх – медиально, давая картину бифуркации. При этом язычковый бронх, как в норме, был образован слиянием левых сегментарных бронхов В4 и В5. Левый же верхнедолевой бронх распадался на сегментарные образования В1+2а, В1+2в, В1+2с и В3. В эндоскопическом заключении эта ситуация была отражена следующим образом: ... «Дистопия язычкового бронха (язычковый бронх отходит от левого главного бронха)»...

Заключение: Данная сочетанная аномалия ветвления трахеобронхиального дерева была выявлена совершенно случайно, не определяла клиническую картину и носила характер находки.

139.

СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНОМАЛИИ ВЕТВЛЕНИЯ БРОНХОВ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО

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

Штейнер М.Л. –1,2

Цель: Описание интересного случая аномалий ветвления трахеобронхиального дерева в области верхней доли правого лёгкого.

Методы исследования: Бронхоскопия была выполнена гибким бронхоскопом FB-18RBS (Pentax). Показанием к проведению бронхоскопии явилось отсутствие динамики инфильтративного процесса в нижней доле правого лёгкого. Полученный смыв был направлен в бактериологическую лабораторию для определения кислотоустойчивых микобактерий методами посева и бактериоскопии осадка.

Результаты: В процессе проведения бронхоскопии было выявлено обычное отхождение правого верхнедолевого бронха, но который распадался только на два сегментарных бронха. По локализации отхождения эти бронхи были идентифицированы, как сегментарные бронхи В1 и В3. Чуть ниже на 9' был обнаружен бронх, отходящий от правого промежуточного бронха и имеющий направление, характерное для сегментарного бронха В2. При этом бронх отходил примерно на середине расстояния между верхнедолевым и среднедолевым бронхами правого лёгкого.

Отхождение сегментарного бронха не от верхнедолевого бронха (n), а фактически от бронха предшествующей генерации, каковым является промежуточный бронх (n-1), позволило применить к этой аномалии термин, предложенный нами ранее: "отдельный" бронх". Однако эта аномалия сочеталась с дистопией, т.к. "отдельный" сегментарный бронх B2 отходил не от главного, а от промежуточного бронха. В бронхологическое заключение была вынесена следующая формулировка данной комбинированной аномалии: "... "Отдельный" дистопированный сегментарный бронх B2, отходящий от правого промежуточного бронха...".

Заключение: Данная сочетанная аномалия ветвления трахеобронхиального дерева была выявлена совершенно случайно, не определяла клиническую картину и носила характер находки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

140.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕЙПИНГА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России

Андрянова А.В., Шаповалова Т.Г.

Электронные сигареты (вейп-системы) – это группа устройств с батарейным питанием, создающая для вдыхания аэрозольную форму никотина или других веществ за счет нагревания специальных жидкостей. Широкому распространению среди молодежи способствовало новизна данной формы курения и мнение об ее относительной безопасности.

Цель: уточнить частоту распространения потребления вэйп-систем среди студентов медицинского университета, отношение студентов к данному девайсу, наличие симптомов, связанных с поражением бронхолегочной системы.

Материалы и методы: проведено добровольное, непринудительное, анонимное анкетирование 1000 студентов медицинского университета различных факультетов с помощью оригинального опросника.

Результаты: В результате анкетирования выявлено, что 20% студентов являются активными курильщиками, из которых 176 человек используют вейп-системы). Основным типом используемых устройств среди анкетированных были ПОД-системы, которые более просты в обслуживании и эксплуатации. Около 45% потребителей использовали данные девайсы более 20 раз в течение дня. Средний возраст начала пользования данными устройствами составил 17-18 лет. Наиболее частыми причинами, побудившими опрошенных использовать данные устройства, являлись любопытство (32%) и желание расслабиться (25%). Более половины потребителей признали свою зависимость от электронных сигарет. Среди анкетированных потребителей около 50% отметили появление кашля на фоне длительного (более 12 мес.) пользования электронными сигаретами.

Выводы: среди студентов медицинского университета выявлена негативная тенденция к использованию электронных сигарет. Более половины анкетированных студентов отметили появление респираторных симптомов на фоне длительного пользования данными устройствами.

141.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ COVID-19 НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2020-2021 ГОДОВ.

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Цель: Анализ показателей заболеваемости и смертности всего населения Российской Федерации от COVID-19 в 2020-2021 гг.

Материал и методы исследования: Оценка данных по первичной заболеваемости (ПЗ) и показателей смертности (ПС) населения Российской Федерации (РФ) по федеральным округам (ФО) в 2020-2021 гг. от COVID-19 (класс XXII U07.1 и U07.2 по МКБ-10) с использованием статистической информации Минздрава России и Росстата.

Результаты: В 2020 г. ПЗ COVID-19 составила 3 391,1 случаев на 100 тыс. всего населения, в 2021 г. – 8 085,7 случаев на 100 тыс. всего населения (рост 2,4 раза). В 2021 г. максимальные показатели ПЗ COVID-19 регистрировались в Северо-Западном ФО (10 625,6), Уральском ФО (9 684,2), Центральном ФО (8 969,4 случаев на 100 тыс. всего населения). Среди субъектов РФ максимальная ПЗ COVID-19 в 2021 г. зафиксирована в г. Санкт-Петербурге Северо-Западного ФО (13 814,5 на 100 тыс. всего населения). В структуре смертности от болезней органов дыхания в 2021 г. ПС от COVID-19 занял второе место. ПС от COVID-19 в 2021 г. увеличился в 3,2 раза (319,1 случаев смерти на 100 тыс. населения) по сравнению с 2020 г. (с 98,8 случаев смерти на 100 тысяч населения). Рост отмечен во всех восьми ФО РФ. В 2021 г. ПС от COVID-19 выше среднероссийского регистрировались в Северо-Западном ФО (370,5), Центральном ФО (367,7), Уральском ФО (355,1 случаев смерти на 100 тыс. населения). Максимальные ПС от COVID-19 отмечались Оренбургской области ПФО – 472,6 на 100 тыс. населения.

Выводы: Особенностью 2020-2021 годов явилась эпидемия потенциально тяжёлой, острой респираторной инфекции COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV), оказавшей значительное влияние на заболеваемость и смертность населения во всех ФО РФ и деятельность системы здравоохранения в целом.

142.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2016-2021 ГГ.

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Цель: Изучение общей заболеваемости (ОЗ) населения по данным обращаемости за медицинской помощью и показателей смертности (ПС) от пневмонии всего населения Российской Федерации (РФ) (J12-J16, J18, МКБ-10) в 2016-2021 гг.

Материалы и методы: Анализ статистической информации Минздрава России и Росстата о заболеваемости и ПС по причине пневмонии в РФ и по федеральным округам (ФО) в 2016-2021 гг.

Результаты: Пневмонии занимали ведущее место в структуре ОЗ болезнями органов дыхания всего населения РФ в 2021 г. (1 366,6 на 100 тыс. всего населения). В 2021 г. показатель ОЗ вырос в 2,95 раза по сравнению с 2016 г. (462,5 случаев на 100 тыс.

всего населения; $p < 0,001$), в 2,6 раза в сравнении с 2019 г. (524,4 случаев на 100 тыс. всего населения; $p < 0,001$). В период 2019-2021 гг. ПС от пневмонии населения РФ увеличился в 3,1 раза: 2019 г. – 16,3 на 100 тыс. населения (40,4% в структуре ПС от БОД), 2021 г. – 51,3 ($p < 0,001$) на 100 тыс. населения (65,3% в структуре ПС от БОД). ПС от пневмонии выше среднероссийского уровня в 2021 г. регистрировались в ДВФО (81,9), СФО (63,9), ПФО (66,5), ЮФО (66,7 на 100 тыс. населения).

Заключение: В период 2019-2021 гг. отмечался рост ОЗ и ПС от пневмоний, что потребовало дополнительных мер по увеличению объема и повышению качества медицинской помощи населению при этом заболевании.

РАЗНОЕ

143.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

1. – ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
2. – ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ

Шакирова Г.Р. – 1,2, Залилова А.Ш. – 2, Гизатуллина Э.Д. – 2

Цель: анализ применения антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии (ВП) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) по данным многопрофильного стационара Республики Татарстан (РТ).

Материал и методы: отобрано 223 случая с ВП и 211 случаев с ХОБЛ, госпитализированных в многопрофильный стационар РТ в 2018, 2019 и 2023 гг. (вне периода пандемии COVID-19).

Результаты: заболевшие ВП были значимо моложе пациентов с ХОБЛ: 53,7±19,4 года против 65,7±10,1 года ($p<0,0001$). Стартовая антибактериальная терапия у пациентов с ХОБЛ: цефтриаксон – 39,3%, левофлоксацин – 17,5%, амоксициллин/клавулановая кислота – 17,1%, цефтазидим – 8,1%, ампициллин/сульбактам – 6,6%, цефотаксим – 4,3%; при ВП: левофлоксацин – 28,3%, цефтриаксон – 20,2%, амоксициллин/клавулановая кислота – 15,7%, ампициллин/сульбактам – 12,6%, меропенем – 5,8%, азитромицин – 4,5%. Двойную антибактериальную терапию получили 81,4% пациентов с ВП и только 18% пациентов с ХОБЛ ($\chi^2 = 169,658$; ДИ 95% 11,679-30,738; $p<0,0001$). Длительность госпитализации была значимо выше в группе пациентов с ВП – 11,3±6,3 дней, в группе с ХОБЛ – 9,2±3,3 дней ($p<0,0001$) и достоверно выше при наличии сопутствующей патологии у пациентов с ВП (11,7±6,7 дней против 9,1±3,9 дней, $p<0,005$), тогда как у пациентов с ХОБЛ длительность госпитализации была значимо выше у пациентов старше 65 лет (9,8±3,3 дней против 8,4±3,1, $p=0,001$).

Выводы: наиболее часто в качестве стартовой антибактериальной терапии как при ВП (75,5%), так и при ХОБЛ (80,5%) применяли: цефтриаксон, левофлоксацин, ИЗП. Комбинированная антибактериальная терапия проведена в 81,4% случаев при ВП и в 18% при ХОБЛ. Риски длительной госпитализации определялись наличием сопутствующей патологии у госпитализированных пациентов с ВП, тогда при ХОБЛ – возрастом пациентов.

144.

ФАРМАКОЭКОНОМИКА ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

1. – ГБУЗ «Городская поликлиника №3», Улан-Удэ,
2. – ФГБОУ ВПО Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра поликлинической терапии и организации здравоохранения, Улан-Удэ

Доржиева Д.Д. – 1, Григорьева Е.В. – 2, Осипова И.П. – 2

Цель исследования: Анализ терапии бронхиальной астмы (БА) с целью изучения фармакоэкономики противоастматических средств.

Материалы и методы: Административная база данных «Бурятфармация» за последние три года (2021-2023гг). Основными структурообразующими элементами являются рецепт на лекарственный препарат (ЛП) и его номер, международное непатентованное наименование (МНН), дозировки, лекарственная форма, производитель ЛП, количество отпущенных упаковок и стоимость ЛП, информация о пациенте. Статистическая обработка проводилась с использованием пакетов программы Excel.

Результаты: Фармакоэкономический анализ назначений ЛП больным БА на территории Республики Бурятия в рамках реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) показал, что в среднем за год финансовые затраты на базисную противоастматическую терапию ЛП по МНН составляли: будесонид/формотерол – 15750017 руб. (69% от общего бюджета на противоастматическую терапию), сальметерол/флутиказон – 4716782 руб. (21%), беклометазон/формотерол – 2061788 руб (9%). Короткодействующий бета2-агонист (КДБА) сальбутамол в качестве монотерапии получает 134 человека (3%), затраты на который составили 124727 руб. (1%) от общего бюджета.

Выводы: В республике Бурятия в программе ОНЛС преобладают комбинации противоастматических ЛП, содержащих формотерол, используемые в качестве базисного лечения и терапии по требованию, что соответствует актуальным клиническим рекомендациям. В то же время сохраняется определенная доля монотерапии КДБА, назначаемой по ОНЛС, затраты на которую целесообразно перераспределить на более эффективные ЛП.

Проведенный анализ демонстрирует позитивные тенденции назначений противоастматической терапии в республике Бурятия и мотивирует к отмене КДБА в качестве монотерапии.

145.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА ИЗМЕНЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРЕНИРОВОЧНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

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

Запруднова Е.А. – 1, Кузнецова В.А. – 1, Владыкина П.Ю. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Ли Т.В. – 2, Попова Н.А. – 2

Целью исследования: определение влияния физической деятельности на свободнорадикальную и антиоксидантную активность слюнной жидкости организма молодых людей, не занимающихся спортом и студентов – спортсменов. Участниками

исследования стали 40 добровольцев в возрасте 18-20 лет. Группа 1 включала 10 девушек и 10 юношей, не занимающихся спортом, группа 2 – 10 девушек и 10 юношей – спортсменов. Все участники не имели диагностированных заболеваний и не курили. Проводился забор до и после занятия физической активностью. Определялась активность каталазы, и содержание нитритов в слюне. До нагрузки показатели нитритов и каталазы достоверно не отличались во всех группах. Физические упражнения способствовали повышению исследуемых показателей у всех студентов. После нагрузки содержание нитритов наибольшее у девушек, из группы 1, а наименьшее – у юношей спортсменов ($106,8 \pm 6,2$ мкМ и $19,1 \pm 4,1$ мкМ, соответственно). При этом у юношей содержание нитритов после нагрузки оказалось меньше, чем у девушек и отличалось на 79,03% в обеих группах. Активность каталазы слюны у девушек из группы 1 оказалась в 1,38 раза ниже, чем у юношей. Аналогичный результат был обнаружен в группе 2. Таким образом, активность антиоксидантной системы у юношей выше, чем у девушек. Активность каталазы в группе 2 превышала в 1,4 раза её показатели в группе 1, причем такая разница наблюдалась как между девушками, так и между юношами обеих групп. Эта разница составляла 40%. Таким образом, регулярные занятия спортом способствуют наименьшему росту показателей свободного окисления в организме и, наоборот, наибольшей интенсификации антиоксидантной защиты. Причём, в большей степени это характерно для юношей.

146.

ДОМИНИРУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ РЕСПИРАТОРНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ

Государственное учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Майсеенко В.И., Буйневич И.В., Ануфриев А.В.

Описано увеличение разнообразия бактериальных видов при хронических заболеваниях легких, чаще со сдвигом сообщества от типа Bacteroidetes, доминирующего в микробиоме здоровых легких, к типу Proteobacteria.

Цель работы: изучить микробиоту легких у пациентов, имеющих недифференцированные патологические процессы в легких. Материалы и методы: ткань легкого забирали при помощи видеоассистированной торакоскопической резекции (ВАТС); изучение микробного разнообразия проводили методом высокопроизводительного секвенирования с использованием протокола, основанного на анализе вариабельных регионов гена 16s рРНК

Результаты: Было обследовано 36 пациентов, которым выполнена ВАТС с диагностической целью. В предоперационном периоде им проводилось обследование по общепринятой схеме, но использование традиционных диагностических возможностей не позволило установить диагноз. Проведение ВАТС позволило гистологически верифицировать диагноз туберкулеза у 41,7% пациентов, аденокарциномы у 33,3%, саркоидоза-16,7%, гамартомы-8,3%. Изучена плотность и микробное разнообразие легочной микробиоты полученных образцов на различных таксономических уровнях. Из-за таксономического разнообразия приведены только доминирующие таксоны на уровне типа: Proteobacteria (здесь и далее в скобках медианы относительной представленности таксонов, >97%), Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Fusobacteria представлены в меньшем количестве (1%); на уровне

класса Gammaproteobacteria (57,4%), Betaproteobacteria (27,9%), Alphaproteobacteria (12,7%), в меньшем количестве – Bacilli, Bacteroidia, Chitinophagia, Clostridia (>0,1, но<1%), Flavobacteria, Actinomyceta, Deltaproteobacteria(>0,005%).

Выводы: микробиом здоровых легких представлен Bacteroidetes и Firmicutes, но в анализируемых нами образцах Proteobacteria >97%

147.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНА РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СЕРОВОДОРОДА В ПЛАЗМЕ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Меленц М.А., Зинчук В.В., Гуляй И.Э., Волошко П.Э.

Цель: изучить влияние озона различной концентрации на содержание сероводорода (H₂S) в плазме.

Материалы и методы: объектом исследования являлись белые беспородные крысы, которым осуществляли введение озонированного 0,9% раствора NaCl с различной концентрацией озона. Раствор 0,9% NaCl с заданной концентрацией озона получали путем барбатирования с помощью озонотерапевтической установки УОТА-60-01 (ООО «Медозон», Россия). Концентрацию сероводорода (H₂S) в плазме крови определяли спектрофотометрическим методом, основанном на реакции между сульфид-анионом и кислым раствором р-фенилендиамина в присутствии хлорного железа.

Результаты: содержание H₂S в плазме крови в группе со средней концентрацией озона увеличилось в сравнении с контролем. Содержание данного газотрансмиттера в группах с минимальной и высокой концентрациями озона не изменилось в сравнении с контролем.

Выводы: таким образом, результаты, проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что увеличение содержания сероводорода при введении озона средней концентрацией имеет значение для проявления физиологических эффектов данного фактора, в частности изменение кислородного гомеостаза, тогда как более низкие и высокие концентрации озона не приводят к изменению содержания газотрансмиттера в плазме экспериментальных животных.

148.

АЛИРОКУМАБ В ПРАКТИКЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

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

Цель исследования: оценить эффективность применения алирокумаба у пациентов с атерогенной дислипидемией в реальной клинической практике

Материал и методы: В исследование включены 13 пациентов : 7 (54%) мужчин и 6 (46%) женщин в возрасте от 37 до 64 лет (средний возраст 52,9±6,98); 9 (69,2%) из них с ИБС; 4 (30,8%) – с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа. Семейная гиперлипидемия отмечена у 3 (25,4%) пациентов, смешанная – у 9 (69,2%). К группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО)

отнесены 9 (69,2%) пациентов; к группе высокого риска – 4 (30,8%). Алирокумаб в составе комбинированной терапии вводился в дозе 150 мг подкожно 1 раз каждые 2 недели пациентам с гиперлипидемией очень высокого риска, в дозе 75 мг – пациентам с высоким риском ССО. В течение 6 месяцев оценивались сроки достижения целевых уровней ЛПНП; возникновение первичных конечных точек: развитие ИМ, прогрессирующей стенокардии, ОНМК.

Результаты: Все пациенты (100%) с высоким риском ССО достигли целевой уровень ХС-ЛПНП через 3 месяца лечения; 77,8% пациентов очень высокого риска – в течение 6 месяцев. Побочных эффектов, в том числе местного характера, отмечено не было. Дестабилизации течения ИБС, а также новых случаев ОНМК не наблюдалось

Выводы: Применение алирокумаба в реальной клинической практике способствовало стабильному течению ИБС; достижению в течение 6 месяцев лечения целевых показателей ХСЛНП у 84,6% пациентов с атерогенной дислипидемией

149.

ОТ ВЕЙПА ДО РЕАНИМАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА EVALI У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

Хабаровский филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт охраны материнства и детства. КГБУЗ «Городская клиническая больница» имени профессора А.М. Войно-Ясенецкого

Книжникова Е.В., Адливанкина Т.М., Черезов С.А., Цыкало О.В., Шведок Т.В., Беляков А.А.

Цель: демонстрация клинического наблюдения вейп-ассоциированного поражения легких (синдром EVALI) у молодого пациента.

Материалы и методы: представлено клиническое наблюдение синдрома EVALI у 20-летнего пациента. Результаты: пациент Т., 20 лет, поступил в пульмонологический стационар на 1-й день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на кашель с мокротой розового цвета, тошноту, частые позывы на рвоту, плохое самочувствие. Из анамнеза: курение вейпа в течение 4 месяцев, в последние 3 дня курение 10-15 вдохов до 80 раз в сутки. SpO₂ 83-85% в покое. На СКТ ОГК выявлено двустороннее полисегментарное интерстициальное поражение легких с зонами «матового стекла». Объем поражения: справа ~55%, слева ~75%. Лабораторно: лейкоциты 18,3 *9/л, нейтрофилы 89%, РБ 245.6 мг/л, получены отрицательные результаты анализов на респираторные вирусы, вирус гриппа, SARS COV-2 методом ПЦР и химико-токсикологическое исследование мочи, в том числе на каннабиоиды, исключены другие клинически значимые инфекции органов дыхания. Проведены ЭФГДС, бронхоскопия, УЗИ внутренних органов.

Проведено лечение: ИВЛ (14 часов), системные глюкокортикостероиды (преднизолон), антибактериальная терапия (левофлоксацин), инфузионная терапия. На фоне лечения купирована дыхательная недостаточность, по СКТ ОГК – регресс поражения легких. Пациент выписан на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение: приведенный клинический случай демонстрирует, что у молодых пациентов синдром EVALI может протекать в тяжелой форме с развитием острой дыхательной недостаточности, требующей проведения ИВЛ. Своевременная диагностика и адекватная терапия позволяют добиться быстрого улучшения состояния.

150. ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Кравченко Н.Ю., Молостова Т.Н., Кунеевская И.В., Гайчиева З.Н., Каган Л.Г.,
Скребкова Л.Д., Каповая Н.Ю., Макарова М.А., Зубаирова П.А., Марычева Н.Ю.

Спирометрия является самым простым функциональным методом для выявления нарушений лёгочной вентиляции. Исследование функции дыхания у пациентов с кашлем, заложенностью в грудной клетке и «свистящим дыханием, позволяет объективно оценить тяжесть бронхиальной обструкции, проследить динамику вентиляционных нарушений, оценить эффективность лечения тяжелой бронхиальной астмы (ТБА).

Наиболее воспроизводимым интегральным показателем бронхиальной проходимости является объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1). В качестве нижней границы нормы ОФВ1 используется 80% от должных значений. Однако у пациентов с бронхиальной астмой (БА) этот показатель может превышать средние популяционные значения, и даже при обострении оставаться в пределах нормы.

Сравнительный анализ основных параметров течения ТБА у пациентов с ОФВ1 ниже 60% от должного с подгруппой больных, у которых ОФВ1 более 60% показал, что низкий уровень бронхиальной проходимости ассоциирован с курением, наличием коморбидности, избыточной массой тела. Данные пациенты чаще не имели адекватной базисной терапии – 31,1% против 20,6%, вследствие чего злоупотребляли коротко действующими бета-агонистами (КДБА) – 57,1% против 26,5%. Кроме этого, они были подвержены более частым и более тяжёлым обострениям заболевания, требующим госпитализации в 68,6% случаев, в том числе в отделение реанимации с использованием ИВЛ в 13,2% случаев. Повышение таких лабораторных параметров, как уровень IgE (39% против 18,2%) и эозинофилов крови (34,1% против 20,6%) отмечено у большего количества пациентов, имеющих уровень ОФВ1<60% от должного (Таблица 1).

Таким образом, адекватная базисная терапия, предотвращающая злоупотребление КДБА, отказ от курения, снижение избыточной массы тела, адекватное лечение коморбидных заболеваний способны уменьшать уровень бронхообструкции и снижать частоту и тяжесть обострений заболевания.

Таблица 1. Характеристика пациентов ТБА в зависимости от уровня ОФВ1.

Параметр	ОФВ1>60% от должного	ОФВ1<60% от должного	Значимость р
Общее количество, n	1067	993	
Возраст	60 (51:65)	62 (54:70)	p<0,05
ФЖЕЛ,% от должного	89(77,8:98,6)	62,6 (51,4:74,2)	p<0,01
ОФВ1,% от должного	77 (65,8:85)	43,9 (36,4:52,3)	p>0,05
Прирост ОФВ1, % от исходного	3,8 (2,2:3,3)	6,8 (2,1:13,9)	p>0,05
ОФВ1/ФЖЕЛ, % от должного	73,1 (63,5:80,6)	59,3 (50:67,6)	p<0,05
Курящие	264 (24,8%)	415 (41,8%)	p<0,01
Коморбидные пациенты, n(%)	576 (54%)	775 (78%)	p<0,01
Пациенты с ИМТ более 30 кг/м2, n (%)	180 (16,9%)	300 (30,2%)	p<0,01
Неадекватная базисная терапия, n (%)	220 (20,6%)	309 (31,1%)	p>0,05

Таблица 1. Продолжение

Параметр	ОФВ1>60% от должного	ОФВ1<60% от должного	Значимость р
Частое использование КДБА, n(%)	283 (26,5%)	567 (57,1%)	p<0,01
>3 обострений в год, n(%)	490 (45,9%)	686 (69,1%)	p<0,05
Количество госпитализированных, n (%)	425(39,8%)	681 (68,6%)	p<0,05
Количество пациентов на ИВЛ, n (%)	100 (9,3%)	131 (13,2%)	p<0,05
Пациенты с уровнем IgE более 100 МЕ/мл, n (%)	194(18,2%)	387 (39%)	p<0,01
Пациенты с эозинофилией более 300 кл/мкл, n (%)	220(20,6%)	339 (34,1%)	p<0,05

*различия считались достоверными при p<0,05

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ**Авторы тезисов****XXXIV Национального Конгресса по болезням органов дыхания****А**

Абдуллаев А.Х. 75
Абдуллаев С.К. 36
Абдурахманов Д.Т. 78
Абубикиров А.Ф. 14, 15, 16
Абулдинова О.А. 70
Аветисян А.О. 94
Адливанкина Т.М. 124
Азнабаева Ю.Г. 99
Акулина Л.А. 78
Алексеев А.А. 13
Алексенцева А.В. 7
Алиева Ф.М. 37
Андреев Ю.Ю. 18, 29
Андреева Г.Н. 75
Андрянова А.В. 117
Антипова Е.П. 7
Антонюк М.В. 18
Ануфриев А.В. 122
Арипов Б.С. 75
Арсентьев Ф.П. 104
Архангельская Е. Е. 83
Асадуллина Г.В. 81, 123
Ахмадишина Л.З. 99
Ахметжанова Ш.К. 10

Б

Бабаджанова Г.Ю. 73
Бабаева П.С. 64
Бабушкина Г.В. 123
Багишева Н.В. 6, 7
Базилевич А.Ю. 102
Байкова Л.В. 50
Байрамова Л.Ш. 55
Бакина А.А. 105
Барановская Н.В. 74
Бардов В.С. 102
Барламов П.Н. 50
Бахирев А.М. 104
Бедак А.С. 12, 51, 79
Белоглазов В.А. 75
Белоиван Н.И. 21
Белоусов А.М. 7
Беляева С.Н. 48
Беляева Т.Ю. 42
Беляков А.А. 124
Бертова О.Н. 60

Беседина М.В. 42
Биктагиров Ю.И. 112, 113
Бикташев Т.Р. 67
Биличенко Т.Н. 39, 118
Болдина М.В. 100
Болдина М.В. 26
Бондарь С.С. 41, 65, 68
Борискина О.С. 35
Боронин К.А. 100
Бочарова М.А. 92
Бровко М.Ю. 78
Брусин С.И. 72
Буйневич И.В. 122
Быстрицкая Е.В. 118

В

Васенёва Ю.О. 57
Ватанская И.Ю. 103
Вахлова И.В. 57
Везикова Н.Н. 17
Визель А.А. 83
Визель И.Ю. 83
Визель Л.А. 83
Виткина Т.И. 19
Владыкина П.Ю. 121
Волошко П.Э. 123
Воробьева Т.Н. 49

Г

Гаврилюк Е.В. 11, 55
Гайчиева З.Н. 125
Галинурова Э.Р. 81
Галушина И.А. 96
Гассан Д.А. 27, 28, 87, 109
Герасимов В.А. 61
Гизатуллина Э.Д. 56, 120
Глуткина Н.В. 81
Глухов А.В. 79
Гноевых В.В. 96, 104
Голубова О.А. 107
Горбунова К.В. 32
Горчакова Я.Г. 109
Грахова М.А. 26
Григорьева Е.В. 121
Губаева А.М. 123
Гуляй И.Э. 123
Гуляй И.Э. 64
Гунтупова Л.Д. 9

Д

Демура О.В. 102
Демьяненко Н.Г. 14, 15, 16
Денисова Н.В. 94
Дехарь В.В. 7
Джабраилова Л.В.-У. 34
Дзанаев Н.А. 86
Дмитриева А.П. 92
Долгиева М.Н. 10
Доржиева Д.Д. 121
Дорофеева И.В. 18, 29
Дугарова И.Д. 100
Дудченко Л.Ш. 74, 75

Е

Евстафьева Е.В. 74
Евтюшкина С.Н. 23
Елисеева Т.И. 28, 32, 35
Емельянов А.В. 23
Ермилов О.В. 92

Ж

Жемчужнова Н.Л. 21
Жестков А.В. 112, 113
Жолондзь Н.Н. 47

З

Загидуллин Н.Ш. 59, 99
Зайнобитдинова С.Н. 42
Зайцев А.А. 38, 47, 77
Зайцева Н.С. 42
Зайцева О.В. 42
Закомолдина Т.В. 79
Залилова А.Ш. 120
Запруднова Е.А. 85, 121
Захарова А.И. 24
Захарова И.А. 9
Зейналова А.А. 12
Земсков Е.А. 96, 104
Земцова Т.Б. 20, 70
Зиннатуллина А.Р. 108
Зинченко Е.И. 62
Зинченко Ю.С. 94
Зинчук В.В. 64, 123
Зинчук Вл.В. 81
Знахуренко А.А. 23
Зубаирова П.А. 125
Зулкарнеев Р.Х. 50, 67, 68
Зулкарнеев Ш.Р. 59, 67, 68
Зырянов Т.С. 21

И

Ибишева А.Х. 34
Иваницкий Л.В. 49
Ивченкова А.Ф. 81

Игнатьева Е.А. 81
Исламова Г.А. 50
Исматуллаева С.С. 8

К

Каган Л.Г. 125
Казак И.К. 10
Казаков Н.В. 39
Калашников М.В. 78
Камелева А.А. 29
Камелева А.С. 18
Каменская О.В. 63
Каповая Н.Ю. 125
Каримова Н.И. 31, 35, 44, 45
Карпова О.А. 57
Качнова А.С. 18, 29
Кашапова А.Р. 81
Кирюхина Л.Д. 94, 95, 97
Киселева Н.В. 26
Климанов И.А. 28, 32, 35, 66, 85, 121
Клинкова А.С. 63
Книжникова Е.В. 124
Княжеская Н.П. 29, 18
Коваленко А.И. 62
Козин А.С. 86
Козлова Я.И. 17
Козырева Л.С. 50
Кокорина Е.В. 94, 95
Колесник А.С. 32
Кондратьева Е.В. 19
Корымасов Е.А. 113
Корытина Г.Ф. 59, 99
Костинова А.М. 18, 29
Кострова И.В. 5
Кострюкова А.Д. 81
Котлобовская Е.В. 73
Котова О.О. 87, 109
Кравченко Н.Ю. 29, 35, 125
Красильникова С.В. 32
Крестова Е.И. 32
Крестьянинов М.В. 96, 104
Кривощёков Е.П. 113
Крюк М.А. 51
Ксенофонтова Н.В. 9
Куделя Л.М. 25
Кузина С.Р. 42
Кузнецова В.А. 121
Кулик Е.Г. 106
Кунеевская И.В. 125
Курбанова Г.А. 110

Л

Лазаренко Л.Л. 102
Лазуткин Н.Н. 102

Лазуткина Е.Л. 102
Лежнев Д.А. 88, 89, 90
Лешенкова Е.В. 23
Ли Т.В. 85, 121
Лизункова И.В. 39
Липовецкая Ю.О. 103
Логинова И.Ю. 63
Лукьянова М.В. 86
Лучникова Т.А. 5
Лысенко В.А. 13
Люлю И.В. 17

М

Магомедова К.М. 61
Мазаева Л.А. 14, 15, 16
Мазур А.П. 60
Майсеенко В.И. 122
Макаревич А.М. 38, 47, 77
Макарова М.А. 125
Макарова Н.В. 9
Макарьянц Н.Н. 49
Макова Е.В. 53, 54, 112, 113
Мальхин Ф.Т. 86
Манжилеева Т.В. 25
Маркелов В.А. 99
Марычева Н.Ю. 125
Матвеева У.И. 97
Маткомиллов Ж.А. 75
Медведев А.В. 14, 15, 16
Меленц М.А. 123
Метельский С.М. 80
Мещерякова И.А. 61
Мизерницкий Ю.Л. 78
Мирхайдаров А.М. 22
Митусова И.В. 7
Мишарин В.М. 28, 66, 85
Мишин В.Ю. 88, 89, 90
Мишина А.В. 88, 89, 90
Можина Л.Н. 25
Моисеев С.В. 78
Моисеева М.В. 6, 7
Молостова Т.Н. 125
Момот Н.В. 52
Моногарова Н.Е. 51, 52
Мордык А.В. 6, 7
Моховиков Г.И. 17
Музюкова С.А. 123
Мунасыпова А.Р. 22
Муратова К.Р. 44, 45
Мурзалина Г.Е. 70

Н

Нарышкина С.В. 106
Насыров Р.В. 68

Наумов Д.Е. 27, 28, 87, 109
Никитин П.А. 39
Никишенков А.М. 49
Николаева А.А. 21
Новак А.А. 78
Новиков Н.В. 11
Новицкая Т.И. 95

О

Объедков И.В. 49
Озерская И.В. 37
Оленицкая Е.С. 103
Омарова Ж.Р. 39
Осипова И.В. 7
Осипова И.П. 121

П

Павленко В.И. 105, 106
Пашкевич А.В. 13
Перельман Ю.М. 30, 82, 87
Перкина А.С. 39
Перфильева М.Ю. 61
Петров А.С. 62
Пикин О.В. 61
Пирогов А.Б. 27, 28, 30
Пищик В.Г. 62
Плавник Р.Н. 61
Плужникова А.П. 26
Поздеева О.Г. 9
Попова Н.А. 66, 85, 121
Поротникова С.С. 63
Прибылов В.С. 11
Прибылов С.А. 11
Прибылова Н.Н. 11, 55
Приходько А.Г. 27, 28, 30, 81
Приходько О.Б. 5, 70
Пронькина Т.Н. 78
Пятеркина О.Г. 57

Р

Рабковская Е.М. 64
Раевский К.П. 24
Решетникова Л.К. 71, 106
Рожкова Н.Д. 18
Романцова Е.Б. 5

С

Савинчева А.С. 21
Самсонова М.В. 39
Сар А.С. 42
Саченко В.В. 80
Сейдахметова Д.К. 20, 70
Семендяева Е.В. 107
Сергеева Г.Р. 23
Серезвин И.С. 94

Серов А.Н. 103
Скребкова Л.Д. 125
Скрыпник Н.В. 92
Смирнов Г.В. 42
Смирнова А.Ю. 96, 104
Смирнова М.С. 21
Соболев А.Д. 24
Соловьева Е.М. 52
Соодаева С.К. 28, 32, 35, 66, 85
Соперна Ш. 37
Степаненко Т.А. 60
Стрекозова И.П. 103
Стрельцова В.В. 7
Сугайло И.Ю. 109
Сулима М.В. 71, 106
Сысоева В.В. 96
Сычева А.А. 49
Сычёва Т.В. 101

Т

Танков С.В. 7
Тарловская Е.И. 26
Татаурова Н.Н. 32
Темнов А.А. 66
Терехов И.В. 41, 65, 68, 69
Тихонова Л.Н., 102
Ткаченко Н.В. 42
Толстова Е.М. 42
Третьяков А.Ю. 92
Трошина И.А. 26
Турищев И.В. 42
Туш Е.В. 32, 35

У

Убайдуллаева Н.Н. 8
Удальцова Н.Н. 72
Урумбоева З.О. 31
Успанова Л.С. 34
Устинов М.С. 53, 54
Устинова В.М. 53, 54
Ушакова М.Е. 86

Ф

Фархутдинов У.Р. 67
Фатеева Д.Л. 62
Федоров С.Е. 80
Филоненко А.В. 91
Фролов Н.А. 49

Х

Хайдарова Ф.А. 8
Хамитов Р.Ф. 108
Хаспекоев Д.В. 42
Хильдихароева А.Б. 34
Хорошаева А.В. 32, 85
Храмова Р.Н. 28
Хромова А.М. 85

Хусаинова Е.С. 25

Ц

Цыкало О.В. 124

Ч

Чапаева Н.С. 83
Челнокова О.Г. 92
Черезов С.А. 124
Черкашин Д.В. 24
Черниченко А.В. 61
Чернова А.А. 86
Чернова Н.Г. 96, 104
Чернявская Т.К. 49
Чернявский А.М. 63
Чехова Е.М. 81

Ш

Шабанов Е.А. 11, 55
Шаврин А.П. 108
Шадрин И.Ю. 19
Шаймуратов Р.И. 56
Шакирзянов А.А. 68
Шакирова Г.Р. 56, 83, 120
Шалаева И.В. 51
Шалашова Е.А. 96
Шаменова Е.Г. 20
Шамсиев Ф.М. 36, 43, 44, 45, 46
Шаповалова Т.Г. 83, 177
Шапран А.А. 6
Шарипова Н.П. 35, 43, 46
Шарова Н.В. 24
Шахгиреева М.Р. 34
Шахмаметова Г.Р. 68
Шахов А. В. 32
Шведок Т.В. 124
Шевченко Д.Ф. 12, 107
Шелудько Е.Г. 87, 109
Шестова К.А. 123
Шилова А.К. 39
Шмелёв Е.И. 14, 15, 16
Шорохова Ю.А.
Шпак И.И. 100
Штейнер М.Л. 112, 113, 114, 115

Щ

Шуляк И.В. 74
Щербакова Л.Э. 6

Ю

Юсупалиева М.М. 91

Я

Яблонский П.К. 94, 95, 96, 97
Яворская Н.И. 91
Ярошовец В.В. 80
Яушев М.Ф. 13
Яцков И.А. 75

Содержание

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В., Лучникова Т.А. 5

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
Шапран А.А., Багишева Н.В., Мордык А.В., Моисеева М.В., Щербакова Л.Э. 6
3. АНАЛИЗ КОМОРБИДНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ Е ПО GOLD-2023
Танков С.В., Алексенцева А.В., Дехарь В.В., Осипова И.В., Белоусов А.М., Митусова И.В. 7
4. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ И COVID-19: В ФОКУСЕ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
Стрельцова В.В., Багишева Н.В., Мордык А.В., Моисеева М.В., Антипова Е.П. 7
5. КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНОМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА
Убайдуллаева Н.Н., Хайдарова Ф.А., Исмагуллаева С.С. 8
6. ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Ксенофонтова Н.В., Захарова И.А., Поздеева О.Г. 9
7. ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЫ С АНТИГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ (ДИАСКИНТЕСТ) В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.
Макарова Н.В., Гунтупова Л.Д. 9
8. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
Казак И.К., Долгиева М.Н., Ахметжанова Ш.К. 10
9. СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА ПРИ ТУПОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
Прибылов В.С., Шабанов Е.А., Прибылов С.А., Гаврилюк Е.В., Прибылова Н.Н., Новиков Н.В. 11
10. ИНДАПАМИД/ПЕРИНДОПРИЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС И АГ НА ФОНЕ БРОНХИТИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ХОБЛ
Прибылов В.С., Шабанов Е.А., Прибылов С.А., Гаврилюк Е.В. 11
Прибылова Н.Н., Новиков Н.В. 11

11. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ
С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Бедак А.С., Зейналова А.А., Шевченко Д.Ф. 12
12. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
И ТЯЖЕСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ
Яушев М.Ф., Алексеев А.А., Лысенко В.А. 13
13. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО
ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
Пашкевич А.В. 13
14. ОЦЕНКА ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И. 14
15. ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И. 15
16. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ
Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И. 15
17. ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРСЕНСИТИВНЫМ ПНЕВМОНИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС)
Медведев А.В., Абубекиров А.Ф., Мазаева Л.А., Демьяненко Н.Г., Шмелёв Е.И. 16

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

18. ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ
Люлю И.В., Моховиков Г.И., Везикова Н.Н., Козлова Я.И. 17
19. ДИНАМИКА ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИМПУЛЬСНОГО
НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОСТАТИЧЕСКОГО ПОЛЯ
Рожкова Н.Д., Антонюк М.В. 18
20. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У ПАЦИЕНТА С ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ
ПОЛИАНГИТОМ (ЭГПА) НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕПОЛИЗУМАБОМ
*Андреев Ю.Ю., Камелева А.С., Костинова А.М., Качнова А.С.,
Дорофеева И.В., Княжеская Н.П.* 18
21. ДИЗРЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА
ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Кондратьева Е.В., Виткина Т.И., Шадрин И.Ю. 19
22. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.
Земцова Т.Б., Сейдахметова Д.К., Шаменова Е.Г. 20

23.	ОСОБЕННОСТИ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Зырянов Т.С., Жемчужнова Н.Л., Белоиван Н.И.</i>	21
24.	УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ДАННЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА <i>Смирнова М.С., Николаева А.А., Савинчева А.С.</i>	21
25.	КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Мирхайдаров А.М., Мунасыпова А.Р.</i>	22
26.	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Евтюшкина С.Н.</i>	23
27.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ <i>Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В.</i>	23
28.	ЗНАЧЕНИЕ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА ДЛЯ ВЫБОРА ИНГАЛЯЦИОННОГО УСТРОЙСТВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА ФОРМОТЕРОЛ/БУДЕСОНИД В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (АКЦЕНТ НА ТУРБУХАЛЕР) <i>Черкашин Д.В., Шарова Н.В., Соболев А.Д., Захарова А.И., Раевский К.П.</i>	24
29.	ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ГИБТ) <i>Манжилеева Т.В., Куделя Л.М., Можина Л.Н., Хусаинова Е.С.</i>	25
30.	ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ОСТРЫЙ ПЕРИОД COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Киселева Н.В., Тарловская Е.И., Болдина М.В.</i>	26
31.	ФЕКАЛЬНЫЙ ЗОНУЛИН И КИШЕЧНЫЙ ЭНДОТОКСИН – МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Грахова М.А., Трошина И.А., Плужникова А.П.</i>	26
32.	ИНТЕРЛЕЙКИН-22 У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ <i>Приходько А.Г., Пирогов А.Б., Наумов, Д.Е., Гассан Д.А.</i>	27
33.	МАРКЕРЫ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БА И ОЖИРЕНИЕМ. ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ ЛОНГИТУДНОГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Храмова Р.Н., Елисеева Т.И., Соодаева С.К., Климанов И.А., Мишарин В.М.</i>	28
34.	СОДЕРЖАНИЕ IFN- γ И IL-4 У БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Приходько А.Г., Пирогов А.Б., Наумов, Д.Е., Гассан Д.А.</i>	28

35.	НОВЫЕ ВЫЗОВЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ <i>Костинова А.М., Камелева А.А., Качнова А.С., Дорофеева И.В., Андреев Ю.Ю., Княжеская Н.П., Кравченко Н.Ю.</i>	29
36.	ДИНАМИКА ПУЛА МАКРОФАГОВ И IFN- γ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ БОЛЬНЫХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ОТВЕТ НА ИНГАЛЯЦИЮ ХОЛОДНОГО ВОЗДУХА <i>Пирогов А.Б., Приходько А.Г., Перельман Ю.М.</i>	30
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ		
37.	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Урумбоева З.О., Каримова Н.И.</i>	31
38.	ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЗАЛЬНЫХ И СИНОНАЗАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ С СОДЕРЖАНИЕМ В НОСОВОМ СЕКРЕТЕ БИОМАРКЕРОВ ЛОКАЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ <i>Красильникова С.В., Колесник А.С., Крестова Е.И., Елисеева Т.И., Шахов А. В., Татаурова Н.Н.</i>	32
39.	ВЗАИМОСВЯЗЬ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) <i>Горбунова К.В., Туш Е.В., Елисеева Т.И., Соодаева С.К., Климанов И.А., Хорошаева А.В.</i>	32
40.	НЕФЕРМЕНТАТИВНЫЕ АНТИОКСИДАНТНЫЕ СИСТЕМЫ: РОЛЬ БИЛИРУБИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО НУТРИТИВНОГО СТАТУСА	
41.	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ <i>Ибишева А.Х., Шахгиреева М.Р., Джабраилова Л.В-У., Хильдихароева А.Б., Успанова Л.С.</i>	34
42.	ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ НЕКОНЪЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА (НБ) И СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (БА) <i>Борискина О.С., Туш Е.В., Елисеева Т.И., Соодаева С.К., Климанов И.А., Кравченко Н.Ю.</i>	35
43.	ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ <i>Каримова Н.И., Шарипова Н.П.</i>	35
44.	ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОГО СТАТУСА И ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ <i>Абдуллаев С.К., Шамсиев Ф.М.</i>	36
45.	ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ И ПРАВИЛЬНОСТИ ТЕХНИКИ ИНГАЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Алиева Ф.М., Соперна Ш., Озерская И.В.</i>	37

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

46. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ БРОНХОЛЕГОЧНЫЙ АСПЕРГИЛЛЕЗ (АБЛА) НА ФОНЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, ДИАГНОСТИКА И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА (ВВЭ)
Макаревич А.М., Зайцев А.А., 4 38

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

47. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА: ОТ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА К ЛЕЧЕНИЮ
Лизункова И.В., Шилова А.К., Биличенко Т.Н., Перкина А.С., Никитин П.А., Казаков Н.В., Самсонова М.В., Омарова Ж.Р. 39

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

48. ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРОДУКЦИЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, ОСЛОЖНЕННОЙ ОРДС
Терехов И.В., Бондарь С.С. 41

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

49. ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО S. PNEUMONIAE
Толстова Е.М., Беседина М.В., Зайцева О.В., Зайцева Н.С., Кузина С.Р., Хаспеков Д.В., Сар А.С., Ткаченко Н.В., Турищев И.В., Смирнов Г.В., Беляева Т.Ю. 42
50. ОСОБЕННОСТИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ
Зайнобитдинова С.Н., Шамсиев Ф.М. 43
51. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ
Шарипова Н.П., Шамсиев Ф.М. 43
52. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Каримова Н.И., Муратова К.Р. 44
53. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф. М., Муратова К.Р. 45
54. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ
Шамсиев Ф.М., Шарипова Н.П. 46

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

55. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА АНТИБИОТИКИ
Макаревич А.М., Зайцев А.А., Жолондзь Н.Н. 47

56. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Беляева С.Н. 48

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

57. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Никишенков А.М., Иваницкий Л.В., Чернявская Т.К., Макарьянц Н.Н., Фролов Н.А., Воробьева Т.Н., Сычева А.А., Обьедков И.В. 49
58. ПОСТКОВИДНЫЙ ФИБРОЗ ЛЁГКИХ ИЛИ ИФЛ? (ОПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)
Барламов П.Н. 50
59. СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ФИБРОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА АВГУСТ 2024 Г.
Козырева Л.С., Исламова Г.А., Байкова Л.В., Зулкарнеев Р.Х. 50
60. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИФИБРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ ПНЕВМОФИБРОЗОМ
Моногарова Н.Е., Шалаева И.В., Крюк М.А., Бедак А.С. 51
61. СОЧЕТАНИЕ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА И ЭМФИЗЕМЫ (СЛФЭ): КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
Моногарова Н.Е., Момот Н.В., Соловьева Е.М. 52

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

62. СООТНОШЕНИЯ ОБЪЁМА НЕПОРАЖЕННЫХ ЛЕГКИХ И ФОРСИРОВАННОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19
Устинов М.С., Макова Е.В., Устинова В.М. 53
63. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОБЪЁМОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И СПИРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19
Устинов М.С., Макова Е.В., Устинова В.М. 54

МИКРОБИОЛОГИЯ

64. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
Гаврилюк Е.В., Шабанов Е.А., Байрамова Л.Ш., Прибылова Н.Н. 55

МУКОВИСЦИДОЗ

65. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ
Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д., Шаймуратов Р.И. 56

66. МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ИВАКАФТОР+ТЕЗАКАФТОР+ЭЛЕКСАКАФТОР
Пятёркина О.Г., Карпова О.А. 57
67. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ CFTR-МОДУЛЯТОРА ЭЛЕКСАКАФТОР/ТЕЗАКАФТОР/ИВАКАФТОР У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ
Васенёва Ю.О., Вахлова И.В. 57

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

68. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И БЕЛОК-КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ
Зулкарнеев Ш.Р., Корытина Г.Ф., Загидуллин Н.Ш. 59

ОНКОЛОГИЯ

69. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИНВАЗИВНОЙ МУЦИНОЗНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ (ИМА) С МНОЖЕСТВЕННЫМИ КИСТОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ
Мазур А.П., Бертова О.Н., Степаненко Т.А. 60
70. СОЛИТАРНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ЛЕГКИЕ. ХИРУРГИЯ ИЛИ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ?
Магомедова К.М., Черниченко А.В., Пикин О.В., Мещерякова И.А., Плавник Р.Н., Герасимов В.А., Перфильева М.Ю. 61
71. ВОЗМОЖНОСТИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫХ ФОРМ РАКА ЛЕГКИХ
Перфильева М.Ю., Черниченко А.В., Мещерякова И.А., Плавник Р.Н., Герасимов В.А., Магомедова К.М. 61
72. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ЛОБЭКТОМИЙ И СЕГМЕНТЭКТОМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО IА СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ОПУХОЛИ
Фатеева Д.Л., Зинченко Е.И., Петров А.С., Коваленко А.И., Пищик В.Г. 62

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ ЛЕГКИХ. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ТЭЛА

73. РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Каменская О.В., Клинова А.С., Логинова И.Ю., Поротникова С.С., Чернявский А.М. 63

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

74. ГАЗОТРАНСМИТТЕР МОНООКСИДА АЗОТА И МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВОДОРОД
Зинчук В.В., Рабковская Е.М., Гуляй И.Э., Бабаева П.С. 64
75. ВЛИЯНИЕ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ РЕГУЛЯТОРОВ НА ПРОДУКЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 12 И 17А ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Терехов И.В., Бондарь С.С. 65

76. ОСОБЕННОСТИ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДОМ
Терехов И.В., Бондарь С.С. 65
77. КИНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИКЛА NO И ДРУГИХ ВЕЩЕСТВ С EDRF-ПОДОБНОЙ АКТИВНОСТЬЮ
Попова Н.А., Соодаева С.К., Климанов И.А., Мишарин В.М., Темнов А.А. 66

ПНЕВМОНИЯ

78. ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Бикташев Т.Р.,2, Зулкарнеев Р.Х., Фархутдинов У.Р., Зулкарнеев Ш.Р. 67
79. СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ЦИФРОВОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Зулкарнеев Р.Х., Шахмаметова Г.Р., Насыров Р.В., Шакирзянов А.А., Зулкарнеев Ш.Р. 68
80. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ИЛИ ИХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ ОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
Терехов И.В., Бондарь С.С. 68
81. ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ
Терехов И.В. 69
82. ТЕСТ НА ЗНАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О ПНЕВМОНИИ
Земцова Т.Б., Сейдахметова Д.К., Мурзалина Г.Е. 70
83. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В РАЗВИТИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ SARS-COV-2
Абулдинова О.А., Приходько О.Б. 70
84. ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ
Сулима М.В., Решетникова Л.К. 71
85. ИНФЕКЦИОННЫЙ БРОНХИОЛИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Брусин С.И., Удальцова Н.Н. 72

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

86. БЕРИЛЛИОЗ
Котловская Е.В., Бабаджанова Г.Ю.,2. 73

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

87. МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ
С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ
Евстафьева Е.В., Дудченко Л.Ш., Барановская Н.В., Шуляк И.В. 74
88. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ
С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Абдуллаев А.Х., Маткомилев Ж.А., Арипов Б.С. 75
89. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ LYS198ASP EDN1
У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ
Дудченко Л.Ш., Белоглазов В.А., Андреева Г.Н., Яцков И.А. 75

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

90. СЛУЧАЙ ЭКСТРАЛОБАРНОЙ ЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ (ЭЛС)
У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО С ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА (ПРС)
Макаревич А.М., Зайцев А.А. 77
91. ПЕРВИЧНАЯ ЦИЛИАРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ У ДЕТЕЙ
С ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ СБОРКИ ДИНЕИНОВЫХ РУЧЕК
Мизерницкий Ю.Л., Новак А.А., Пронькина Т.Н. 78
92. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ
ОДНОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Калашников М.В., Акулина Л.А., Бровко М.Ю., Абдурахманов Д.Т., Моисеев С.В. 78
93. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЕФИЦИТА
АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНА
Глухов А.В., Закомолдина Т.В., Бедак А.С. 79

САРКОИДОЗ

94. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ САРКОИДОЗЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Метельский С.М., Федоров С.Е., Саченко В.В., Ярошовец В.В. 80
95. КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЕ ПРОЦЕССЫ У ПАЦИЕНТОВ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Глуткина Н.В., Зинчук Вл.В. 81
96. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ САРКОИДОЗЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
*Асадуллина Г.В., Галинурова Э.Р., Кашапова А.Р., Ивченкова А.Ф.,
Кострюкова А.Д., Чехова Е.М.* 81
97. ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ
ГОДИЧНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ
Игнатьева Е.А., Приходько А.Г., Перельман Ю.М. 82

98. СРАВНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, У КОТОРЫХ ПРОЦЕСС ПЕРЕШЁЛ В РЕМИССИЮ С ТЕМИ, У КОГО РАЗВИЛСЯ ЛЁГочный ФИБРОЗ
Визель А.А., Визель И.Ю., Шакирова Г.Р., Визель Л.А. 83
99. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САРКОИДОЗА
Шаповалова Т.Г., Архангельская Е. Е., Чапаева Н.С. 83

ТАБАКОКУРЕНИЕ

100. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОНДЕНСАТЕ ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА КУРЯЩИХ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ
Запруднова Е.А., Хромова А.М., Соодаева С.К., Климанов И.А., Ли Т.В., Попова Н.А., Хорошаева А.В., Мишарин В.М. 85
101. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТЕЙ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ
Лукьянова М.В., Чернова А.А., Козин А.С. 86
102. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ О ПРОБЛЕМЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ/ВЕЙПИНГА
Дзанаев Н.А., Малыхин Ф.Т., Ушакова М.Е. 86
103. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА TAS2R38 НА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ
Наумов Д.Е., Гассан Д.А., Котова О.О., Шелудько Е.Г., Перельман Ю.М. 87

ТУБЕРКУЛЕЗ

105. ПОСЛЕДСТВИЕ COVID-19 ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТАМИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Лежнев Д.А. 88
105. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ПНЕВМОЦИСТНОЙ И ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишин В.Ю., Мишина А.В., Лежнев Д.А. 89
106. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХОБЛ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ЛЕГКИХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишина А.В., Мишин В.Ю., Лежнев Д.А. 89
107. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ГЕРПЕС- И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мишин В.Ю., Мишина А.В., Лежнев Д.А. 90
108. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ
Юсупалиева М.М., Филоненко А.В., Яворская Н.И. 91

109. НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С КАВИТАЦИЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ МНОГОЧИСЛЕННЫХ КИСТОВИДНЫХ СТРУКТУР
Ермилов О.В., Третьяков А.Ю.; Бочарова М.А. 92
110. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ
Челнокова О.Г., Дмитриева А.П., Скрыпник Н.В. 92

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

111. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПНЕВМОНЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.
Денисова Н.В., Кокорина Е.В., Зинченко Ю.С., Кирюхина Л.Д., Серезвин И.С., Аветисян А.О., Яблонский П.К. 94
112. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ И НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Кокорина Е.В., Новицкая Т.И., Кирюхина Л.Д., Яблонский П.К. 95
113. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КИСЛОРОДНОЙ ДЕСАТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ
Гноевых В.В., Чернова Н.Г., Смирнова А.Ю., Земсков Е.А., Крестьянинов М.В., Шорохова Ю.А., Шалашова Е.А., Галушина И.А. 96
114. ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ОСЦИЛЛЯТОРНОЙ МЕХАНИКИ НА ДИСФУНКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
Сысоева В.В., Кирюхина Л.Д., Яблонский П.К. 96
115. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ РЕЗЕРВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И С РАКОМ ЛЕГКОГО, ИМЕЮЩИХ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ В ОБЪЕМЕ ЛОБЭКТОМИИ
Матвеева У.И., Кирюхина Л.Д., Яблонский П.К. 97

ХОБЛ

116. АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ ДЛИННЫХ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И ГЕНОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В КЛЕТОЧНОЕ СТАРЕНИЕ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Корытина Г.Ф., Маркелов В.А., Азнабаева Ю.Г., Ахмадишина Л.З., Загидуллин Н.Ш. 99
117. АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
Шпак И.И., Дугарова И.Д. 100

118.	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ В НОЧНЫЕ ЧАСЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Боронин К.А., Болдина М.В.</i>	100
119.	РОЛЬ NT-PROVNP В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ <i>Сычёва Т.В.</i>	101
120.	ПРИМЕНЕНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Лазуткина Е.Л., Бардов В.С., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Тихонова Л.Н., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н.</i>	102
121.	ВЛИЯНИЕ ТРОЙНОЙ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Ватанская И.Ю., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П., Липовецкая Ю.О.</i>	103
122.	ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Серов А.Н.</i>	103
123.	ЭФФЕКТЫ ЛИПОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ХОБЛ GOLD 2 <i>Бахирев А.М.</i>	104
124.	ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДНОЙ ДЕСАТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ <i>Смирнова А.Ю., Гноевых В.В., Арсентьев Ф.П., Земсков Е.А., Чернова Н.Г., Крестьянинов М.В.</i>	104
125.	ОЦЕНКА СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИСТАТИНА С У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ <i>Бакина А.А., Павленко В.И.</i>	105
126.	ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19 НА ЧАСТОТУ ОБОСТРЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ <i>Кулик Е.Г., Павленко В.И., Нарышкина С.В.</i>	106
127.	СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ <i>Решетникова Л.К., Сулима М.В.</i>	106
128.	ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Семендяева Е.В., Шевченко Д.Ф., Голубова О.А.</i>	107
129.	АССОЦИАЦИИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХОБЛ У ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПОМ ЧАСТЫХ ОБОСТРЕНИЙ <i>Хамитов Р.Ф., Зиннатуллина А.Р.</i>	108

130. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ
Шаврин А.П. 108
131. АНАЛИЗ СИСТЕМНЫХ УРОВНЕЙ ГРАНУЛОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНОГО И МАКРОФАГАЛЬНОГО КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Наумов Д.Е., Сугайло И.Ю., Гассан Д.А., Котова О.О., Шелудько Е.Г., Горчакова Я.Г. 109
132. ОСОБЕННОСТИ В ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Курбанова Г.А. 110
133. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Курбанова Г.А. 110

ЭНДОСКОПИЯ

134. НЕОБХОДИМЫЙ МИНИМУМ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОСКОПИИ ПАЦИЕНТАМ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЛЁГКИХ
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Макова Е.В. 112
135. ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭНДОБРОНХИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ.
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Макова Е.В. 113
136. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНТРАКОТИЗАЦИИ ПЕРИБРОНХИАЛЬНЫХ И БИФУРКАЦИОННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ.
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Макова Е.В., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П. 113
137. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕГО БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА
Штейнер М.Л. 114
138. ВАРИАНТ ДИСТОПИИ ЯЗЫЧКОВОГО БРОНХА.
Штейнер М.Л. 115
139. СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНОМАЛИИ ВЕТВЛЕНИЯ БРОНХОВ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЁГКОГО
Штейнер М.Л. 115

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

140. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЕЙПИНГА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Андрянова А.В., Шаповалова Т.Г. 117

141. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ COVID-19 НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2020–2021 ГОДОВ.
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. 118
142. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 2016-2021 ГГ.
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. 118
- РАЗНОЕ**
143. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
Шакирова Г.Р., Залилова А.Ш., Гизатуллина Э.Д. 120
144. ФАРМАКОЭКОНОМИКА ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ
Доржиева Д.Д., Григорьева Е.В., Осипова И.П. 121
145. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА ИЗМЕНЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРЕНИРОВОЧНЫХ УПРАЖНЕНИЙ
Запруднова Е.А., Кузнецова В.А., Владыкина П.Ю., Соодаева С.К., Климанов И.А., Ли Т.В., Попова Н.А. 121
146. ДОМИНИРУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ РЕСПИРАТОРНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ
Майсеенко В.И., Буйневич И.В., Ануфриев А.В. 122
147. ВЛИЯНИЕ ОЗОНА РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СЕРОВОДОРОДА В ПЛАЗМЕ
Меленц М.А., Зинчук В.В., Гуляй И.Э., Волошко П.Э. 123
148. АЛИРОКУМАБ В ПРАКТИКЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
Шестова К.А., Бабушкина Г.В., Губаева А.М., Асадуллина Г.В., Музюкова С.А. 123
149. ОТ ВЕЙПА ДО РЕАНИМАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА EVALI У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА
Книжникова Е.В., Адливанкина Т.М., Черезов С.А., Цыкало О.В., Шведок Т.В., Беяков А.А. 124
150. ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Кравченко Н.Ю., Молостова Т.Н., Кунеевская И.В., Гайчиева З.Н., Каган Л.Г., Скребкова Л.Д., Каповая Н.Ю., Макарова М.А., Зубаирова П.А., Марычева Н.Ю. 125

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

АВТОРЫ ТЕЗИСОВ

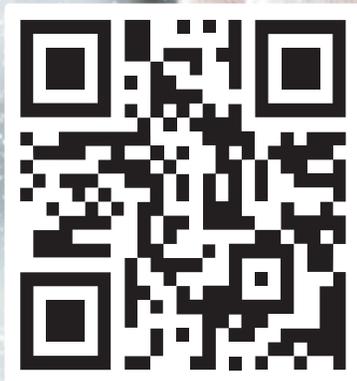
XXXIV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ



Более 40 лет компания «Къези» помогает людям дышать.

Мы считаем, что каждый человек должен вдыхать воздух без усилий и проживать каждый момент своей жизни.

Къези — это международная биофармацевтическая группа компаний с фокусом на научные исследования, специализирующаяся на разработке и реализации инновационных терапевтических решений в области пульмонологии, лечения редких заболеваний и специализированной терапии. Миссия компании — повышать качество жизни людей и действовать ответственно в интересах общества и окружающей среды.



ООО «Къези Фармасьютикалс»,
Россия, 127015, г. Москва, ул. Вятская,
д. 27, стр. 13, 3-й этаж. Бизнес-центр «Фактория».
Тел.: +7 495 967 12 12. Факс: +7 495 967 12 11. Email: info.ru@chiesi.com
TRI_01_03_24_PRINT_RUS

МУКОЛИТИК-
АНТИБИОТИК

ФЛУИМУЦИЛ®-АНТИБИОТИК ИТ

N-ацетилцистеин + тиамфеникол

Лиофилизат для приготовления раствора
для ингаляций и инъекций



Прямое муколитическое
действие



Антибактериальное
действие

РУ: П N012977/01



ФЛУИМУЦИЛ®- АНТИБИОТИК ИТ

Лиофилизат для приготовления раствора для
инъекций и ингаляций

Тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат
(в пересчете на тиамфеникол) 500 мг
В комплекте с растворителем
Для внутримышечного и местного применения
Стерильно
3 флакона с лиофилизатом
3 ампулы с растворителем

ТЕРАПИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФЛУИМУЦИЛ®

N-ацетилцистеин

Шипучие таблетки



Прямое муколитическое
действие



Антиоксидантное
действие



Фибринолитическое
действие*



Цитопротекторное
действие



Противовоспалительное
действие



Активен при гнойной
мокроте

МУКОЛИТИК-
АНТИОКСИДАНТ



ФЛУИМУЦИЛ®
МУКОЛИТИЧЕСКОЕ
СРЕДСТВО
600 мг

Ацетилцистеин
Таблетки шипучие

30 таблеток шипучих
для приготовления раствора
для приема внутрь

Zambon

РУ: П N012975/01

* За счет стимуляции мукозных клеток бронхов, секрет которых лизирует фибрин.

ООО «Замбон Фарма». Россия, 119002, Москва, Глазовский пер., д. 7. Тел: (495) 933-38-30/32.

RU-FLUI-RES-2400118

Zambon

ЭЛЬМУЦИН®

ИННОВАЦИЯ ОТ КАШЛЯ В XXI ВЕКЕ



СПОСОБСТВУЕТ:

- ВЫВЕДЕНИЮ МОКРОТЫ¹
- СНЯТИЮ ВОСПАЛЕНИЯ²
- ПОДДЕРЖКЕ ЛЕГОЧНОГО ИММУНИТЕТА^{1*}



Подробнее на сайте Elmucin.ru

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эльмуцин®, РУ ЛП- N(000429)-(РГ-РУ) от 31.05.2023 г.
2. В. М. Свистушкин, Г. Н. Никифорова, А. В. Меркушина. Новые возможности мукоактивной терапии у больных с патологией респираторного тракта, Медицинский совет 2019:3:66-70 * За счет повышения уровня IgA у пациентов с обструктивными заболеваниями легких.
N-M-ELM-2023_09-111171

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Собственные разработки
и продукты для
импортозамещения

Масштабное
биотехнологическое
производство

Партнерство с ведущими
научными центрами

Представительства
в России и за рубежом

10 000+ **23**
единиц продукции года на рынке

5 000+ **11**
высококвалифицированных производственных площадок
сотрудников

Группа компаний «Р-Фарм» –
один из лидеров инновационных
технологий здоровья

«Р-Фарм» предлагает комплексные решения для системы здравоохранения и специализируется на исследованиях, разработке, производстве и коммерциализации лекарственных средств, лабораторного оборудования, медицинской техники, а также товаров для красоты и здоровья.

rpharm.ru



Р-ФАРМ
Инновационные
технологии
здоровья



Реклама АО «Р-Фарм»
rpharm.ru

LANCET

На острие медицинских технологий

АО «Ланцет» — современная дистрибьюторская компания, один из лидеров бюджетного сегмента фармацевтического рынка России. Мы сотрудничаем с ведущими мировыми производителями инновационных медицинских продуктов и предлагаем комплексные решения для различных терапевтических направлений от диагностики до лечения и реабилитации.

Наши приоритетные направления:



Средства визуализации



Пульмонология



Онкология



Медицинская реабилитация



Менеджмент крови



Анестезиология и реаниматология



Ревматология

АО «Ланцет»
ОГРН 1057746183417 ИНН 7718538045
Юридический адрес: 107553, г. Москва,
ул. Большая Черкизовская, д. 24 А, строение 1, офис No 527
Телефон: +7 (495) 646-56-65
info@lancetpharm.ru



РОССИЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО

Российское респираторное общество – региональная общественная организация, объединяющая врачей, работающих в области респираторной медицины



@SPULMO

Основные направления деятельности

- образование врачей • развитие научных идей
- поддержка молодых ученых • международная интеграция

Общество ежегодно проводит национальные конкурсы по болезням органов дыхания, конкурсы молодых ученых, выставки, региональные конференции, школы для врачей, издает монографии, руководства и клинические рекомендации.

WWW.SPULMO.RU

Дыши легко!

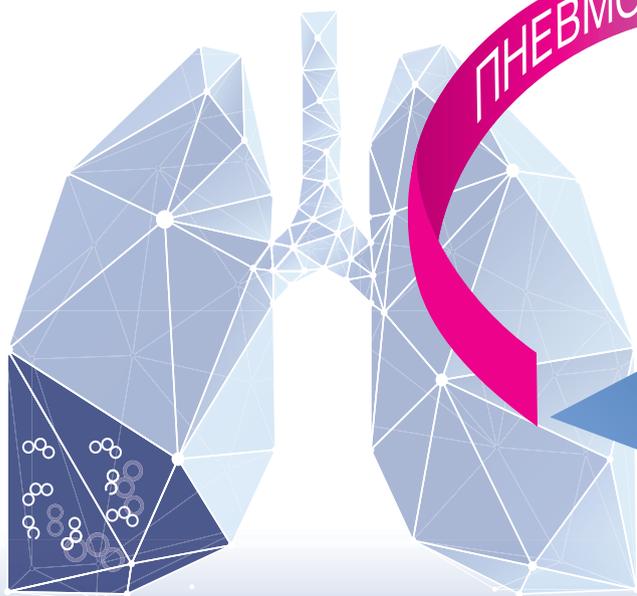


ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА
Опубликовано на правах рекламы в соответствии с Федеральным законом от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе»

Превенар 13

Пневмококковая полисахаридная конъюгированная вакцина (13-валентная, адсорбированная)

Сочетание **ХСН*** и **пневмонии** повышает риск летального исхода¹



Вакцинация против пневмококковой инфекции **снижает риск смерти** у пациентов с ХСН^{2,3}

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата Превенар® 13

ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ Вакцина для профилактики пневмококковой инфекции полисахаридная, конъюгированная, адсорбированная.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: суспензия для внутримышечного введения.

Вакцина Превенар® 13 содержит 13 пневмококковых капсульных полисахаридов: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F конъюгированных с белком-носителем CRM197 и адсорбированных на фосфате алюминия.

Вспомогательные вещества: натрия хлорид, янтарная кислота, полисорбат 80, вода для инъекций.

ОПИСАНИЕ: Гомогенная суспензия белого цвета.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- активная иммунизация для профилактики пневмококковых инфекций, включая инвазивные (в том числе менингит, бактериемия, сепсис, тяжелые пневмонии) и неинвазивные (внебольничные пневмонии и средние отиты) формы заболеваний, вызываемые *Streptococcus pneumoniae* серотипов 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F от 6 недель жизни и далее без ограничения по возрасту;
- в рамках национального календаря профилактических прививок (если применимо);
- у лиц групп повышенного риска развития пневмококковой инфекции.

Вакцинация проводится в рамках национального календаря профилактических прививок (если применимо) согласно утвержденным срокам, а также лицам групп риска по развитию пневмококковой инфекции: с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. ВИЧ-инфекцией, онкологическими заболеваниями, получающим иммуносупрессивную терапию; с анатомической/функциональной аспленией; с установленным кохлеарным имплантом или планирующиеся на эту операцию; пациентам с подтеканием спинномозговой жидкости; с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и сахарным диабетом; больным бронхиальной астмой; недоношенным детям; лицам, находящимся в организованных коллективах (детские дома, интернаты, армейские коллективы); перенесшим острый средний отит, менингит, пневмонию; длительно и часто болеющим детям; пациентам, инфицированным микобактерией туберкулеза; всем лицам старше 60 лет; табакокурящим лицам.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- гиперчувствительность к действующим веществам, любому из вспомогательных веществ, или дифтерийному анатоксину.
- применение препарата Превенар 13, как и других вакцин, следует отложить у лиц с острыми тяжелыми фебрильными заболеваниями. Однако наличие легкой инфекции, такой как простуда, не требует откладывания срока вакцинации.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Способ применения

Вакцину вводят внутримышечно. Предпочтительным местом вакцинации у младенцев является передне-наружная поверхность бедра (латеральная широкая мышца бедра), а у детей и взрослых – дельтовидная мышца плеча. Рекомендованный курс – 0,5 мл младенцам первых лет жизни, далее детям и взрослым. Вакцину Превенар 13 запрещено вводить внутривенно.

С учетом редких случаев анафилактических реакций, имеющих при применении любых вакцин, вакцинируемый пациент должен находиться под медицинским наблюдением в течение как минимум 30 мин после иммунизации.

Места проведения иммунизации должны быть обеспечены средствами протившоковой терапии.

Если начата вакцинация Превенар 13, рекомендуется завершить ее также вакциной Превенар 13. При вынужденном увеличении интервала между инъекциями любого из приведенных выше курсов вакцинации введения дополнительных доз Превенар 13 не требуется. График иммунизации против пневмококковой инфекции определяется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок (если применимо) и официальными рекомендациями.

Схема вакцинации

Возраст	Схема вакцинации	Интервалы и дозировка
от 6 нед. до 6 мес.	3+1 или 2+1	Индивидуальная иммунизация: 3 дозы с интервалом не менее 1 мес. между введениями. Первая доза препарата может быть введена уже в возрасте не менее шести недель. Ревакцинация однократно в 11–15 мес. Массовая иммунизация детей: 2 дозы с интервалом не менее 2 мес. между введениями. Ревакцинация однократно от 11–15 мес.
7–11 мес.	2+1	2 дозы с интервалом не менее 1 мес. между введениями. Ревакцинация однократно на втором году жизни
12–23 мес.	1+1	2 дозы с интервалом не менее 2 мес. между введениями
2 года и старше	1	Однократно

Взрослые в возрасте ≥ 18 лет и лица пожилого возраста

Рекомендуется введение одной дозы препарата. Необходимость в ревакцинации вакциной Превенар 13 не установлена. Если применение 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакцины считается целесообразным, следует сначала вводить вакцину Превенар 13 независимо от статуса вакцинации другими пневмококковыми вакцинами.

Особые группы пациентов

У пациентов после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток рекомендуется серия иммунизации, состоящая из 4 доз препарата Превенар 13 по 0,5 мл. Первая серия иммунизации состоит из введения трех доз препарата: первая доза вводится с третьего по шестой месяц после трансплантации. Интервал между введениями должен составлять 1 месяц. Ревакцинирующую дозу рекомендуется вводить через 6 месяцев после введения третьей дозы.

Недоношенным младенцам (рожденные на < 37 неделе беременности) рекомендуется четырехкратная вакцинация. Первая серия иммунизации состоит из 3 доз. Первую дозу обычно вводят в возрасте 2 месяцев. Интервал между дозами составляет не менее 1 месяца. Первую дозу вакцины можно вводить

в возрасте не менее 6 недель. Введение четвертой (бустерной) дозы рекомендовано в возрасте от 11 до 15 месяцев.

Данные о применении препарата Превенар 13 у беременных женщин отсутствуют. В связи с этим следует избегать применения препарата Превенар 13 в течение беременности.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ (НЯ)

Очень часто (≥ 1/10): снижение аппетита, головная боль, сыпь, гипертермия, раздражительность, затвердение/отек или болезненность в месте введения, сонливость, нарушение качества сна, покраснение и/или припухлость в месте введения размером 2,5–7,0 см (после ревакцинации и у детей старшего возраста (2–5 лет)), ограничение движений верхней конечности (сильное – у взрослых лиц в возрасте от 18 до 39 лет), диарея, рвота (у взрослых в возрасте от 18 до 49 лет), атралгия, миалгия (у взрослых). Часто (≥ 1/10, до < 1/10): рвота, диарея, головная боль, сыпь, крапивница или сыпь, напоминающая крапивницу (в возрасте от 6 до 17 лет), повышение температуры тела >39 °С, ограничение движений в месте введения (в связи с возникновением боли), покраснение и/или припухлость в месте введения размером 2,5–7,0 см (после курса вакцинации у детей в грудном возрасте). См. полный перечень НЯ в ОХЛП.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ И ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ: хранить в холодильнике (от 2 до 8 °С). Не замораживать.

Превенар 13 стабилен при хранении при температуре ниже 25 °С в течение 4 дней. По окончании указанного периода Превенар 13 необходимо использовать или утилизировать.

СРОК ГОДНОСТИ: 3 года.

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ:

Пфайзер Инк., США, 66 Харсон Бульвар Ист, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк 10001-2192 Тел.: +1 (212) 733-23-23

<https://www.pfizer.com/contact/email>

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДЕРЖАТЕЛЯ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СОЮЗА: Претензии потребителей направлять по адресу: Российская Федерация (а также для Республики Армения и Кыргызской Республики)

ООО «Пфайзер Инновации» Адрес: 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на набережной» (Блок С); Тел.: +7 (495) 287-50-00; Факс: +7 (495) 287-53-00; Эл.почта: Russia@pfizer.com



www.pfizermedinfo.ru
PP-PRV-RUS-0270 15.03.24
На правах рекламы

Материал предназначен для работников системы здравоохранения

ООО «Пфайзер Инновации»
Россия, 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на набережной» (блок С)
Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300
www.pfizer.ru



* ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

1. Руководство по клинической иммунологии в респираторной медицине / Под ред. М.П. Костинова, А.Г. Чучалина. 2-е изд., доп. М.: Группа МДВ, 2018. 304 с. 2. Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая сердечная недостаточность», 2020. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156.1> (дата обращения – 06.05.2022). 3. Marques Antunes M. et al. Pneumococcal vaccination in adults at very high risk or with established cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis // Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2021 Jan 25; 7 (1): 97–106. doi: 10.1093/ehjqcco/qcaa030.