Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Российское респираторное общество

ISBN 978-5-901450-23-9
9 785901 450239

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

XXXV НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Москва, 2025 г.

ПСК ФАРМА

Отечественная биофармацевтическая компания

ВСЯ ПАЛИТРА РЕСПИРАТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Респикомб® Эйр (БЕК/ФОРМ)

Респифорб® (БУД/ФОРМ)

Респинекс® (ГЛИ)

Респисальф® (САЛ/ФЛУ)

Респиум® (ТИО)

Респирафен® (ИПР/ФЕН)

Респихейл® (ГЛИ/ИНД)

Беклометазон Эйр

Респифорб® Комби (БУД/ФОРМ)

Имеются противопоказания. Перед применением необходима консультация специалиста.
141983, Московская обл., г. Дубна, ул. Программистов, д. 5, стр. 1-6,
тел.: +7 (499) 400 1699, факс: +7 (496) 218 1919
На правах рекламы.

С ЗАБОТОЙ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

РУ лекарственного препарата Респинекс® ЛП-№(000743)-(РГ-RU) от 04.05.2022; РУ лекарственного препарата Респикомб® Эйр ЛП-№(001646)-(РГ-RU) от 11.01.2023; РУ лекарственного препарата Респифорб® ЛП-№(001439)-(РГ-RU) от 02.10.2023; РУ лекарственного препарата Респисальф® ЛП-№(000624)-(РГ-RU) от 20.09.2023; РУ лекарственного препарата Респиум® ЛП-№(004298)-(РГ-RU) от 16.01.2024; РУ лекарственного препарата Респикомб® Комби ЛП-№(005623 от 02.03.2023; РУ лекарственного препарата Беклатазон Эйр ЛП-№(007979 от 23.03.2022; РУ лекарственного препарата Респихейл® ЛП-№(000664)-(РГ-RU) от 18.03.2025; РУ лекарственного препарата Респирафен® ЛП-006510 от 14.06.2022.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Российское
респираторное общество

XXXV Национальный конгресс по болезням органов дыхания

с международным участием

СБОРНИК ТРУДОВ КОНГРЕССА

г. Москва, 2025

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

С23

С23 Сборник трудов конгресса. XXXV Национальный конгресс
по болезням органов дыхания; – М. : ДизайнПресс, 2025. – 168 с.
ISBN 978-5-901450-23-9

УДК 616.2.(082)

ББК 54.12

Сборник трудов конгресса. XXXV Национальный конгресс по болезням органов дыхания
14 – 17 октября 2025 года.
ООО «ДизайнПресс», 113054, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, стр. 3
Подписано в печать 7.10.2025. 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

32 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

35 ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

36 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

38 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

40 ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

41 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

45 ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

49 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

54 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

56 МИКРОБИОЛОГИЯ

57 МУКОВИСЦИДОЗ

58 НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

59 ОНКОЛОГИЯ

62 ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

67 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

68 ПАТОФИЗИОЛОГИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

72 ПНЕВМОНИЯ

84 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

87 РАЗНОЕ

91 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

94 РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

101 САРКОИДОЗ

106 ТАБАКОКУРЕНИЕ

109 ТУБЕРКУЛЕЗ

122 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

125 ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

126 ХОБЛ

140 ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ. РАДИАЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ

142 ЭНДОСКОПИЯ

147 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1.
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск

Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В.

Актуал**ьность исследования:** обусловлена неуклонным ростом числа больных бронхиальной астмой (БА), в том числе, среди женщин репродуктивного возраста, отмечаемым во всем мире.

Цель: Определить взаимосвязь клинического течения БА и показателей пикфлоуметрии у пациенток с БА в динамике беременности.

Материал и методы: Изучены клинико-анамнестические данные, показатели пиковой скорости выдоха (ПСВ) – у 246 беременных с БА (у 126 – с легкой БА, у 92 – со среднетяжелой, у 28 – с тяжелой) в зависимости от уровня контроля заболевания и 30 беременных без бронхолегочной патологии (группа сравнения). Пикфлоуметрия проводилась в течение 2 – 3 недель в динамике I, II и III триместров беременности.

Результаты: У больных с легкой БА показатели ПСВ находились в пределах 80,5% от должных величин в утренние и 98% – в вечерние часы, достоверно не отличаясь от группы сравнения. При этом колебания ПСВ в течение суток были более выраженными, чем в контрольной группе, составляя в I триместре 11,5%, во II – 14%, в III – 16% вследствие более низких утренних значений ПСВ. У больных со среднетяжелой и тяжелой БА показатели ПСВ достоверно отличались от группы сравнения, составляя при среднетяжелой до 53% от должных величин утром, до 78% – в вечером; при тяжелой, соответственно: 42,5% и 62,5%. Наиболее выраженная суточная вариабельность ПСВ была у пациенток со среднетяжелой БА с увеличением срока беременности, суточная разница показателей ПСВ в I триместре – 21,5%, в III триместре – 26%, при тяжелой – 17% и 19%. Наибольшее снижение утренних значений ПСВ отмечалось при тяжелой БА: средний утренний показатель ПСВ в III триместре был в 1,5 раза меньше, чем в I, в то время как при легкой и среднетяжелой соответствующие показатели были: 1,1; 1,21.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ИЛИ СЛУЧАЙНОЕ СОЧЕТАНИЕ?

1. Ставропольский государственный медицинский университет,
2. Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В. –1 , Беккер Р.А – 2.

Цель исследования: проанализировать клинический случай коморбидной депрессии у пациентки с идиопатической лёгочной гипертензией (ИЛГ) и оценить эффективность патогенетически ориентированного лечения с учётом общих механизмов заболевания.

Материалы и методы: Пациентка 54 лет, постменопаузальная, с вазореактивной формой ИЛГ и депрессивным эпизодом средней степени тяжести. Антидепрессанты не назначались из-за неопределённости их влияния на лёгочную гемодинамику. Базовая терапия ИЛГ включала бозентан, берапрост, тадалафил, нифедипин. Дополнительно применены препараты, влияющие на инсулинорезистентность, воспаление и окислительный стресс.

Результаты: С учётом вовлечённости системного воспаления, эндотелиальной дисфункции и метаболических нарушений в патогенез обеих патологий, добавлены метформин, пиоглитазон, статин, ралоксифен, витамин D, омега-3 ПНЖК, антиоксиданты, DHEA и мелатонин. Комплексная терапия привела к стойкой ремиссии депрессии, снижению одышки, повышению толерантности к нагрузке. Состояние остаётся стабильным на протяжении 12 месяцев.

Выводы: Лечение коморбидной депрессии при ИЛГ требует междисциплинарного подхода. Использование препаратов, модулирующих общие патогенетические звенья, может быть безопасной и эффективной альтернативой традиционной терапии.

3.
ТУПАЯ ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ТУПОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ СЕРДЦА И АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МИОКАРДА

1. ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;
2. ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия;
3. ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», Белгород, Россия

Ермилов О.В. – 1,2, – 1, Бочарова М.А. – 2, Солошенко В.В. – 3

В работу включено 26 пациентов (муж., n=17; жен., n=9). Изолированная тупая закрытая травма легких (ТЗТЛ; ушиб) диагностирована в 34,6% случаев. У всех больных данный клинический вариант имел благоприятное течение с самостоятельным разрешением. Разрыв легкого наблюдался в 15,4% случаев, пневмоторакс в 11,5%. По 1 случаю приходилось на гемоторакс и разрыв бронха. Острая дыхательная недостаточность (ОДН) развилась у 38,5% пациентов, пневмония – у 15,4%; у 34,6% имелась костно-травматическая патология, по 2 примера подкожной эмфиземы и пневмомедиастинума. В 15,4% ТЗТЛ сочеталась с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). В нашем исследовании в 50% случаев ТЗТЛ сочеталась с патологией сердца (тупая закрытая травма сердца (ТЗТС), инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и без него (ИМбпST), стресс-индуцированная кардиомиопатия (КМП)). В частности, у пациента 28 лет развился ИМбпST (2-й тип) в результате снижения перфузии в бассейне девой передней нисходящей артерии. У пациента 59 лет с ушибом в области S9,10 левого легкого ТЗТС осложнилась диссекцией в среднем отделе левой передней нисходящей артерии и повторным ИМпST передней стенки ЛЖ с блокадой ПВВЛНПГ. У пациента 46 лет с разрывом (S6) и ушибом (S 6,9) правого легкого, пневмомедиастинумом, ОРДС, переломом правой ключицы и грудины, ЧМТ развилась стресс-индуцированная КМП, осложнившаяся острой ЛЖ-недостаточностью с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. У 1 пациента с атипичным синдром Лемьера развилась субмасивная ТЭЛА в бассейне правой ветви ЛА на фоне ушиба S 1, 2 левого легкого и пароксизмом трепетания предсердий в дебюте. Высокая частота сочетания ТЗТЛ с ТЗТС или опосредованным травмой его поражением требует снижения степени гипоксического (ишемического) и токсического повреждения миокарда, в том числе определяемых ОДН.

4.
ФЕРМЕНТЫ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Больница Пущинского научного центра РАН, г. Пущино, Россия

Косякова Н.И., Акуденко М.В.

Цель: изучить в динамике показатели ферментов энергетического обмена у пациентов с организующейся пневмонией в постковидном периоде.

Материалы и методы: Обследовано 298 пациентов с клинико-лабораторным и инструментальным подтверждением организующейся пневмонии в постковидном периоде, которые были распределены по возрасту на 3 группы:1гр. (п=46) – пациенты в возрасте от 18лет до 39; 2 гр. (п=121) в возрасте от 40 до 59 лет и 3 группа (п=131)-60 лет и старше. Ферменты энергетического обмена-СДГ и ЛДГ (сукцинатдегидрогеназу и лактатдегидрогеназу) определяли в динамике цитобиохимическим

методом (ЦБХ) в лимфоцитах периферической крови пациентов в 2023 и 2024годах. Статистическая обработка с использованием компьютерной программы Statistica 10.

Результаты: В 1 группе активности СДГ и ЛДГ практически не изменились и имели близкие значения при обследовании у пациентов в динамике в 2023 и в 2024 гг. Гиперактивация активности СДГ наблюдалась у пациентов 2 гр. в 2023 г. и в течение года наблюдалась тенденция к снижению (на 18%),Значения активности ЛДГ у пациентов 2гр.возросли в 2024 году на 29%, что настораживает и требует более тщательного наблюдения и контрольного КТ органов дыхания. В группе 3, у пациентов 60 лет и старше, наблюдаемое в 2023 г. значительное снижение активностей как СДГ, так и ЛДГ, в течение года увеличились лишь на 13% и 10% соответственно. Сохранение такого дефицита внутриклеточной энергии в организме в течение года, на фоне проводимых реабилитационных мероприятий требует дополнительного внимания и индивидуального определения соотношения ЛДГ/СДГ – эффект Варбурга (ЭФВ).

Выводы: Выявленные нарушения баланса ферментов энергетического обеспечения клеток указывают на вторичную митохондриальную дисфункцию в постковидном периоде.

5.
ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Владивостокский филиал федерального государственного бюджетного научного учреждения «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, г. Владивосток, Российская Федерация

Лобова Т.Г. Виткина Т.И.

Введение. Риск формирования постковидных нарушений у больных бронхиальной астмой возрастает за счет уже имеющегося местного и системного воспалительного процесса.

Цель: Выявить особенности взаимодействия гематологических показателей, инфламмасомы (NLRP3) и газдермина D (GSDMD) у пациентов с БА спустя шесть месяцев после реконвалесценции от COVID-19.

Материалы и методы: В обследование вошло 86 человек (41±5 лет) с БА легкой степени тяжести частично контролируемого течения, из них 52 – перенесших COVID-19, подтвержденный ПЦР-тестом; 34 – с отрицательными результатами ПЦР на SARS-CoV-2. Контроль – 15 условно здоровых лиц с отрицательными результатами ПЦР на SARS-CoV-2. В ранний период реконвалесценции, спустя месяц, три и шесть выполняли клинический анализ крови (Mindray 6800 Plus), СОЭ (VES-matic CUB 200). ИФА методом определяли содержание NLRP3 и GSDMD (BEP 2000). Корреляцию оценивали по методу Спирмена в программе Statistica 10.

Результаты: Выявлено, что через шесть месяцев после реконвалесценции от COVID-19 наблюдается высокий уровень взаимодействия показателей, характеризующих интенсивность системного воспалительного процесса у пациентов с легкой БА, перенесших COVID-19 в легкой форме. Наибольшая интенсивность взаимосвязей зафиксирована для NLRP3, возрастание его содержания коррелирует с нейтрофи-

лезом (r=0,90), повышенным СОЭ (r=0,96). Уровень экспрессии GSDMD также коррелирует с СОЭ (r=0,89), лейкопенией (r=0,94).

Выводы: У больных БА спустя шесть месяцев наблюдаются высокие показатели NLRP3 и GSDMD, коррелирующие с маркерами воспаления. Длительно поддерживающийся гипервоспалительный процесс, включающий запуск пироптотических механизмов, может приводить к формированию такого грозного состояния как постковидный синдром.

6.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИСТЕМНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ВАСКУЛИТ С ЭОЗИНОФИЛИЕЙ

1. ГБУЗ «НЦРБ» им. Б.Б. Бекботова отделение пульмонологии,
2. ГБУЗ «НЦРБ» им. Б.Б.Бекботова, районная поликлиника

Нальгиева М.А – 1, Бузуртанова З.Х. –2, Муталиева М.Б

Цель: Демонстрация сложности диагностики и лечения системного некротизирующего васкулита (код по МКБ-10: MZ0.1). Пациент:Мужчина. Основные проявления: поражение легких, ЛОР-органов, периферической нервной системы и кожи. Эозинофилия достигла 64%, индекс BVAS составил 12.Анамнеззаболевания:в 2020 году начались проблемы с дыханием (одышка, кашель). Диагноз “ХОБ” был уточнен на “БА”, однако лечение показало низкую эффективность. В сентябре 2022 года МСКТ выявила изменения в легких и лимфаденопатию средостения. КТ мозга не выявила очагов, однако была отмечена дополнительная структура в левой лобной области. Уровень лейкоцитов – 12.47×10^9/л, гемоглобин – 142 г/л. С сентября 2023 года состояние ухудшилось: слабость, онемение, усугубляющаяся одышка (потеря 8 кг за два месяца). Невролог поставил диагноз: нейропатия неясной этиологии. Анализы повторно показали высокую эозинофилию.сопутствующие заболевания: – Пресбиопия (H52.4), гиперметропия (H52.2) – Начальная катаракта (H25.1), ангиопатия сетчатки (H35.0) – Дисфункция мейбомиевых желез – Аксональная полиневропатия нижних конечностей.

Лечение: Пациент был госпитализирован в гематологическое отделение для дальнейшего обследования. При стернальной пункции обнаружены гранулоциты и высокий уровень эозинофилов. Начальная терапия метипредом улучшила состояние. В дальнейшем назначены стероиды (преднизолон), что также дало положительный результат. 04.10.2023 года выполнена повторная КТ, которая показала пневмосклероз.

Заключение: Эффективное взаимодействие между специализированными службами здоровья является ключевым элементом в восстановлении пациента.

7.
ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОРЗ

ГБУЗ ПК ГДКБ №3 им И.П Корюкиной, г. Пермь

Подлужная М.А.

Цель: определить особенности изменения ССС у детей с ОРЗ

Материалы и методы: в исследование были включены 30 детей для проведения сравнительного анализа. Возраст обследованных пациентов – 3 ± 6 лет, из них мальчи-

ков – 19 (63%), девочек – 11 (36%). С ОРВИ – 17 человек – 56%, острый бронхит с обструктивным синдромом у 6 (20%). Детей с острым обструктиным ларингитом – 7 чел. – 23%. Всем пациентам были проведены ЭКГ, эхокардиография. Исследование уровня КФК и КФК – МВ у 10 человек. Проводилась оценка частоты сокращений сердца, частоты и глубины изменения сегмента ST. Определяли частоту возникновения аритмий: единичных наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. Одновременно с протекающей болезнью у пациентов выявилось инфекционно-токсическое поражение сердца в виде кардиомиопатий – 30%. Изменения ЭКГ проявлялись в виде синусовой брадиаритмии – 13%, аритмии – 23%, тахикардии – 20%, укорочение интервала PQ у 16 % , нарушение проведения по ПНПГ – 50%, неспецифические изменения сегмента ST – 6 %, нарушение внутрижелудочковой проводимости – 6 %,выражены потенциалы правого желудочка – 20%, диффузные метаболические нарушения в миокарде (умеренно выраженные) – 10%, удлинение интервала QT – 6%, паузы ритма с заместительными сокращениями на выходе – 6%, эпизоды СА-блокады II степени I типа – 6 %. Изменения на Эхокардиографии в виде снижения сократительной функции ЛЖ (ФВ 47-60%) – 33%. Утолщение миокарда ЛЖ – 16%. Увеличение размеров ЛЖ – 26%. Избыточная трабекулярность ЛЖ – 16%, ЛГ разной степени выраженности – 16%, надклапанный стеноз ЛА – 10%. Гидроперикард – 10 %. Мышечный ДМЖП – 13%. ФОО – 20%. ДХЛЖ – 40%.

Результаты: Оценка результатов показала наибольшую частоту тахикардий у детей с респираторной патологией. Отмечается высокая частота встречаемости малых аномалий развития сердца.

8.
АСПЕКТЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА

ГБУЗ РК «АНИИ им. И.М. Сеченова», г. Ялта, Республика Крым, РФ

Дудченко Л.Ш., Андреева Г.Н., Соловьева Е.А.

Патогенетической причиной постковидного синдрома (ПКС) является эндотелиальная дисфункция, маркерами которой является эндотелин-1 (EDN1). Для восстановления пациентов рационально использовать реабилитацию в условиях санаторно-курортных учреждений.

Цель исследования: изучить взаимосвязь EDN1 у пациентов с ПКС в зависимости от сроков восстановительного периода.

Материалы и методы: в исследование было включено 190 пациента с диагнозом ПКС, проходивших курс реабилитации в условиях санаторно-курортного учреждения. В комплексе обследования, проведенного до и после курса реабилитации, пациентам определялся уровень EDN1 иммуноферментным анализом.

Результаты: По результатам исследования была выделено 4 группы в зависимости от того, сколько времени прошло после острой фазы заболевания: I группа – до 6 месяцев 27 человек (14,06%); II группа – от 6 до 12 месяцев, 39 человек (20,31%); III группа – от 12 до 24 месяцев, 64 человека (33,34%); IV группа – более 24 месяцев, 62 человека (32,29%). При поступлении в санаторно-курортное учреждение все пациенты предъявляли жалобы, связанные с перенесенным заболеванием, не зависимо от срока давности. Уровень EDN1 в крови пациентов по группам составил: I-52,3 нг/мл [33,3-62,5], II-39,4 нг/мл [26,4-50,0], III-23,2 нг/мл [16,0-40,7], IV-18,7 нг/мл

[16,5-21,7]. Статистически значимые различия были выявлены между группами II и IV p=0,02, I и IV p=0,033.

Выводы: Наблюдение за пациентами с постковидным синдромом, приезжающими в санаторно-курортное учреждение с разной длительностью заболевания и сохраняющимися клиническими симптомами продемонстрировало тенденцию к снижению уровня эндотелина, что свидетельствует об уменьшение эндотелиальной дисфункции и снижении риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений.

9.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

КУЗ Воронежской области «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С.Похвисневой»

Артемов А.Н., Здобникова С.Н., Эфрон Г.В.

Нетуберкулезные микобактерии – условно-патогенные бактерии, вызывающие заболевание на фоне снижения иммунитета. Псориатический артрит считается Т-клеточно-опосредованными заболеваниями с активацией и дисбалансом клеточного иммунитета. Больной поступил в диагностическое отделение с жалобами на боли в суставах, спине, кашель с мокротой. Псориазом болен около 20 лет, не лечился. Несколько лет работал на металлургическом заводе в Норильске. В последние годы беспокоили боли в суставах, кашель, снижение веса. В 2023 году впервые были назначены метотрексат, метипред. Тогда же выявлены на МСКТ ОГК множественные очаги и бронхоэктазы, крупная полость в верхней доле правого легкого (трактовалась, как абсцесс). КУМ не выявлялись. К моменту поступления имелась контрактура коленных суставов, передвигался на кресло-каталке, имел 1 группу инвалидности. Состояние удовлетворительное, температура тела 36,6*С, SpO2 – 97%, ЧДД – 16 в минуту. Фибробронхоскопия – признаки сообщения субсегментарной ветви БС2а справа с полостью деструкции. На МСКТ ОГК полость с толстыми стенками 40 мм в диаметре, множественные очаги обсеменения в легких. При обследовании мокроты и содержимого бронхов микобактерии туберкулеза скопически люминесцентным методом, посевами на жидкие и плотные питательные среды, а также ДНК МБТ методом ПЦР в реальном времени и системой GeneXpert не выявлены. В одном анализе мокроты выделена ДНК НТМБ. На 42 день обследования в мокроте и содержимом бронхов на жидких питательных средах получен рост культуры, идентифицированной как медленнорастущая M.malmoense. Высокая степень идентичности морфологической и рентгенологической картины микобактериоза и туберкулеза легких, схожесть клинических данных, жалоб пациента, требует обоснованной должным образом постановки диагноза.

10.
ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ СЕРОТИПЫ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии имени академика Ш.А. Алимова, Ташкент. Узбекистан

Налибаева Р., Ливерко И.

Введение. Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) часто осложняются бактериальными инфекциями, при этом Streptococcus pneumoniae играет значительную роль в прогрессировании заболевания. Анализ серотипового пейзажа популяции важен для эпидемиологического мониторинга, персонификации антибактериальной терапии, определения степени вирулентности и инвазивности, а также для усовершенствования или модификации существующих вакцин.

Методы: Из биоматериала носоглотки ПЦР-серотипирование было проведено у 202 пациентов ХОЗЛ на Str. pneumoniae, которая отмечена у 97 пациентов. Серотипирование проводилось при помощи мультиплексного ПЦР аппарата realtime.

Результаты: В данных образцах носоглоточной слизи выявлены 14 серотипов 1 (1.46%), 2-Prob (2.4%), 3 (0.5%), 5 (7.9%), 9L/N-Prob (7.3%), 14 (6.3%), 16-Prob (2.4%), 16F-Prob (3.1%), 17-Prob (4.1%), 19A (8.3%), 19F (6.2%), 23-A 7 (3,4%), 23F (4.3%), 37-Prob (5.3%) и 10 серогрупп 6A/6B,6C/6D (8.4%), 7F/7A (3.5%), 9V/9A (5.8%), 11A/11D-Prob (6.3%), 12F/12A/12B/44/46-Prob (4.9%), 15A/15F-Prob (5.8%), 18C/18B/18A/18F (8.8%), 22F/22A-Prob (8.2%), 33F/33A (4.3%), 33F/33A/37-Prob (2.9%) Str. pneumoniae. Наиболее часто встречающимися серотипами и серогруппами являются: в большей степени превалировал серотип 5-18 (8,74%), в меньшей 9L/N-15 (7.28%) и 7F/7A-14 (6.80%), в равной степени присутствовали серогруппа 11A/11D-13 (6.31%), и серотипы 14-13 (6.31%), 16F-13 (6.31%).

Заключение: Сопоставимая частота встречаемости региональных серотипов и серогрупп с вакцинными превенар-13 по совпадаемостипоказало, что частота по циркулирующим серотипам и серогруппам составляет 50%, что в свою очередь является не достаточным для профилактики ПИ.

11.
КОМОРБИДНОСТЬ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

РСНПМЦФиП

Абдуганиева Э.А., Кучкарова Ш.А.

Цель: Определить влияние коморбидной патологии в форме ишемической болезни сердца (ИБС) на активность аниткоагуляционной системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: В исследование были включены 45 пациентов с ХОБЛ (GOLD2016) тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести заболевания, и 45 пациентов с ХОБЛ и сопутствующей ИБС, в форме стенокардии напряжения 2-3 функционального класса. Группы были сопоставимы по возрасту и по полу.

Результаты: Антитромбин 3 у пациентов с тяжелой ХОБЛ составил 97,75±1,94%, а у пациентов с крайне тяжелой степенью ХОБЛ составило 98,2±1,1%. При измерении

взаимосвязи данного показателя с тяжестью ХОБЛ корреляционная зависимость не обнаружена. Количество протеина С у пациентов с тяжелой степенью ХОБЛ составила 2,45±0,3 мг/мл; у пациентов с крайне тяжелой ХОБЛ уровень протеина С составил 2,28±0,23 мг/мл. Контрольная группа, ХОБЛ, ХОБЛ+ИБС: Антитромбин 3,% 98,9±1,9, 96,86±0,85, 100,51±1,22. Протеин С, мг: 1,13±0,07, 1,15±0,04, 0,90±0,02 . Превалирующий уровень антитромбина 3 при фенотипе ХОБЛ+ИБС свидетельствует о компенсаторном повышении антикоагуляционного фактора. Количество протеина С у пациентов с коморбидной ХОБЛ по сравнению с пациентами с изолированной ХОБЛ снижается.

Выводы: У больных ХОБЛ отмечен компенсированный уровень антикоагуляционных факторов, обеспечивающих равновесие системы коагуляция-антикоагуляция, преимущественно за счет показателей антитромбина 3 и протеина С. Фенотип ХОБЛ – ИБС проявляется менее устойчивой антикоагуляционной стабильностью и характеризуется встречаемостью сниженных параметров протеина С ниже 55% от нормы, что является показателями претромботического риска.

12. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (АМЛОДИПИНОМ/ИНДАПАМИДОМ/ПЕРИНДОПРИЛОМ) ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С БРОНХИТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

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

Цель работы: сравнить результаты лечения частой коморбидной патологии – бронхитического фенотипа ХОБЛ с ИБС, АГ при применении амлодипина/периндоприла и амлодипина/индапамида/периндоприла.

Материалы и методы: работа проводилась на базе ОБУЗ «КОМКБ» г. Курска у пациентов с коморбидной легочно-сердечной патологией. Рандомизированы на 2 группы: 1 группа – 45 пациентов с ИБС, АГ, ХОБЛ, получавших терапию амлодипином/периндоприлом в дозе 2,5 мг/10 мг 1 раз в сутки на фоне общепринятой терапии ИБС, АГ и ХОБЛ. 2 группа – 38 пациентов с коморбидной патологией, которые в связи с недостаточной эффективностью антигипертензивной терапии в течение 1 недели, были переведены на тройную комбинацию амлодипин/периндоприл/индапамид в дозе 5 мг/2,5 мг/5 мг. С помощью аппарата FukudaDenchi (Япония) была проведена сравнительная оценка применения основных показателей артериальной ригидности СРПВ,CAVI, цСАД, цПАД.

Результаты: через 3 месяца у пациентов исследуемых групп на фоне проводимой терапии установлена нормализация АД цСАД, цПАД, со снижением СРПВ в группе с амлодипином/периндоприлом с 13,4+0,22 до 10,4+0,13 м/с ($p<0,02$) с уменьшением индекса аугментации с 1,14+0,05 до 1,10 + 0,02 ($p<0,01$). У 38 пациентов, которые были переведены на тройную комбинацию амлодипин/периндоприл/индапамид в дозе 5 мг/2,5 мг/5 мг через 3 месяца терапии мы констатировали нормализацию цСАД и цПАД с уменьшением индекса аугментации с 1,18+0,0590 до 1,02+0,03 ($p<0,001$), а также нормализация САД с установленным снижением недостаточной вазодилатации в 1 группе больных с 62,5% до 20% ($p<0,01$) а во второй группе с 78% до 10% ($p<0,001$).

Выводы: Таким образом, в ходе проделанной работы установлено преимущество комбинированной гипотензивной терапии амлодипином/индапамидом/периндоприлом на показатели артериальной ригидности.

13.
ВЗАИМОСВЯЗЬ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, ГАУЗ "РКПД МЗ РТ"

Яушев М.Ф., Алексеев А.П., Ярощенко В.П.

Цель исследования: оценить влияет ли курс бронхолитической терапии ХОБЛ на результаты противотуберкулезной химиотерапии (ПХТ) больных туберкулезом (ТБ).

Материалы и методы исследования: сравнили результаты ПХТ у впервые выявленных больных ТБ в 2-х группах – основной (26 чел.), прошедшей 3 мес. курс гликопиррония бромида (ГБ) (17 чел.) или комбинации ГБ и индакатерола (9 чел.), и группе сравнения без ХОБЛ (30 чел.), получавших только ПХТ без бронхолитиков. Группа сравнения формировалась по типу случай-контроль со сходными клинико-рентгенологическими особенностями и статистически не отличалась по структуре клинических форм, выраженности деструктивного процесса, частоте МЛУ-ТБ. В обеих группах ТБ был представлен двумя формами – инфильтративным и диссеминированным ТБ легких в соотношении 84,6%/15,4% (основная) и 83,3%/16,7% (сравнения), МЛУ-ТБ был выявлен у 51,7% и 48,3% больных соотв., бактериовыделение выявлено у 61,5% и 100% соотв. Сравнение проводили как в целом, так и отдельно в подгруппах с МЛУ-ТБ и с лекарственно-чувствительным ТБ (ЛЧ-ТБ).

Результаты: по критерию сроков абациллирования достоверные отличия между получавшими курс бронхолитиков и нет выявлено не было. В то же время эффективность ПТХ оказалась достоверно выше в основной группе по критерию – время закрытия полостей распада (соотв. 4,37±1,66 и 8,2±4,21 мес. (p=0,023) для ЛЧ-ТБ; 6,4±2,26 и 10,9±5,32 мес. (p=0,033) для МЛУ-ТБ), а по группе в целом без учета наличия МЛУ – по времени регрессии рентгенологических проявлений (соотв. 5,0±1,99 и 7,6±3,59 мес. (p=0,005)) и времени исчезновения лабораторных признаков активности ТБЛ (соотв. 4,5±2,87 и 9,3±7,28 мес. (p=0,0031)). Таким образом, наши исследования показали положительный эффект бронхолитической терапии сопутствующей ХОБЛ на результаты ПТХ при ТБ.

14.
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФАРМАКОГЕНЕТИКА БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Хамитов Р.Ф., Саттарова Ф.И.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) определяет значимый вклад в смертность населения.

Цель: Анализ научной медицинской литературы, посвященной генетическим полиморфизмам ХОБЛ в сочетании с ССЗ и фармакогенетике лечебных подходов.

Материалы и методы: В соответствии с поставленной целью по базам PubMed и eLibrary изучены зарубежные и отечественные публикации за период с 2000 по 2025 год по ключевым словам «β2-agonists», «генетический полиморфизм», «genepolymorphism».

Результаты: Помимо общих факторов риска и звеньев патогенеза ХОБЛ и ССЗ выявлены и двухсторонние генетические взаимосвязи. ZhaozhongZhuetal. обнаружили локусы, влияющие на системное воспаление и оксидативный стресс, которые были ассоциированы как с ИБС, так и с ХОБЛ. Было выявлено 22 локуса, связанных с АГ и ХОБЛ. Ассоциация ХОБЛ с ССЗ вызывала немало дискуссий об эффективности и безопасности бронхолитической терапии, в первую очередь, β-агонистов. Это привело к изучению фармакогенетики препаратов, назначаемых при ХОБЛ. Особое место в исследованиях занимает ген ADRB2, кодирующий β2-адренорецептор. Однако были получены противоречивые результаты о роли генетических полиморфизмов данного гена в работе рецептора. Kehinde O. etal. (2023г) описали роль гена CYP2D6 в метаболизме β_2-агонистов и теофиллинов. Генетические полиморфизмы данного гена могут влиять на скорость распада препарата и к снижению эффективности терапии, что может потребовать коррекции назначаемой дозы.

Выводы: Изучение генетических полиморфизмов ХОБЛ объективизирует перспективы для персонификации подходов к прогнозированию, профилактике и лечению ХОБЛ с сердечной коморбидностью.

15. ПОРАЖЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ

ФГБОУ ВО Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск

Белогорохов В.С., Антонов В.Н.

Введение: Миастения – аутоиммунное заболевание, сопровождающееся мышечной слабостью. В литературе отсутствуют исследования с оценкой функционального статуса бронхолегочной системы и частоты поражений респираторного тракта.

Цель исследования: комплексная оценка функционального статуса бронхолегочной системы и частоты поражений респираторного тракта у пациентов с миастенией.

Материалы и методы: Проведен анализ данных 38 пациентов с диагнозом «Миастения» – 28 женщин (73,6%) и 10 мужчин (26,4%). Средний возраст составил 54.4 ± 18.36 лет. Медиана продолжительности заболевания составила 7,5 лет. Проведен комплекс функциональных легочных тестов: импульсная осциллометрия, спирометрия, бодиплетизмография, DLCO, оценка максимального давления вдоха и выдоха. Степень одышки оценивалась по шкале mMRC, толерантность к физическим нагрузкам оценивалась при помощи теста 6-минутной ходьбы.

Результаты: Клинически значимая одышка (mMRC ≥2 баллов) отмечалась у 34,2 % (n=13). Во время теста 6-минутной ходьбы менее 500 метров прошли 28,9% (n=11). Обструктивные нарушения выявлены у 31,5% (n=12), рестриктивные у 15,7% (n=6), смешанные нарушения у 2,6% (n=1). Импульсная осциллометрия выполнена у 17 пациентов, обструктивные изменения проксимальных отделов выявлены у 52,9% (n=11), мелких дыхательных путей у 11,7% (n=2). Определение диффузионной спо-

собности легких (DLCO) выполнено у 10,5 % пациентов. Снижение DLCO и VA отмечалось у всех обследуемых, снижение KCO у 2,6%. Снижение максимального давления вдоха и выдоха отмечено у 31,5% (n=12).

Выводы: Результаты исследования демонстрируют высокую частоту функциональных нарушений у пациентов с миастенией. Полученные данные обосновывают необходимость интеграции пульмонологического скрининга в стандарт ведения пациентов с миастенией.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

16.
АНАЛИЗ УРОВНЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ВНЕПЛАНОВОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1. ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова», Санкт-Петербург, Россия,
2. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Линцов А.Е. – 1, Солиев А.К. – 2,

У больных бронхиальной астмой (БА) были ранее выявлены повышенные уровни хромосомных аберраций в лимфоцитах. Поскольку в основе цитогенетической нестабильности лежат нарушения репарации ДНК, представляется важным анализ репарации ДНК у больных БА с различными фенотипами.

Цель исследования: изучение репарационной способности ДНК в лимфоцитах больных аллергической и неаллергической БА.

Материалы и методы: обследовано 58 пациентов в возрасте от 16 до 70 лет. Интенсивность (%) спонтанного и УФ-индуцированного внепланового синтеза (ВС) ДНК (СВС и ИВС, соответственно) исследована в краткосрочной культуре лимфоцитов периферической крови. Интенсивность ВС ДНК определялась методом авторадиографии. Индекс стимуляции репарации ДНК (ИСР) определялся как отношение значений ИВС к СВС. Контрольную группу составили 15 практически здоровых индивидуумов.

Результаты: Выполненный анализ показал, что в лимфоцитах больных БА, по сравнению со здоровыми, достоверно ($p<0.02$) повышены уровни СВС (2.9±0.20% и 1.9±0.30%, соответственно), а значения ИСР достоверно ($p<0.001$) снижены (2.4±0.14 и 4.4±0.51, соответственно). При этом уровни ИВС в лимфоцитах больных БА и в контрольной группе достоверно не различались (6.6±0.43% и 7.4±1.20%, $p>0.05$). При сравнительном анализе репаративного синтеза ДНК у пациентов с различными фенотипами БА обнаружено достоверно более низкие значения ($p<0.05$) интенсивности ИВС (5.6±0.56% и 7.2 ±0.58%, соответственно) и ИСР (2.1±0.13 и 2.7±0.24, соответственно) в лимфоцитах больных НАБА по сравнению со значениями у больных АБА.

Выводы: Таким образом, в лимфоцитах больных БА выявлены измененные по сравнению с контрольной группой практически здоровых индивидуумов параметры репаративного синтеза ДНК и установлена связь данных изменений с фенотипом заболевания.

17.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫХ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В МОНИТОРИНГЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России

Соодаева С.К., Климанов И.А., Хорошаева А.В., Попова Н.А., Татаурова Н.Н., Мишарин В.М.

Введение: Ограничения традиционных методов диагностики бронхиальной астмы обусловлены их инвазивностью и недостаточной чувствительностью на доклинических стадиях. Оценка оксидативного стресса и биомаркеров воспаления дыхательных путей в неинвазивных биологических средах приобретает всё большую значимость.

Цель: исследование современных научных подходов к диагностике и мониторингу БА с использованием маркеров оксидативного стресса и интеграции данных для создания прогностической модели.

Результаты: Выявлено, что маркеры оксидативного стресса (8-изопростан, малоновыйдиальдегид, глутатион) демонстрируют корреляцию с тяжестью БА и функциональными показателями. Особое внимание уделялось комплексному мультипараметрическому подходу, интегрирующему молекулярные и инструментальные методы, что позволяет повысить точность диагностики и мониторинга. Ограничения существующих методов заключаются в высокой стоимости и необходимости стандартизации.

Выводы: Внедрение комплексного мониторинга оксидативного и нитрозивного статуса с использованием неинвазивных биомаркеров способствует развитию персонализированной медицины, улучшению ранней диагностики и оптимизации лечения и профилактики БА. Дальнейшее усовершенствование и стандартизация данных методик необходимы для их адаптации в клинические протоколы российских лечебных учреждений.

18.
РАННЯЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ НИТРОЗИВНОГО СТАТУСА

1. ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России,
2. Владимирский государственный университет

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

Введение: Бронхиальная астма (БА) остается значимой медико-социальной проблемой с высоким уровнем заболеваемости и поздней диагностикой на этапе клинических проявлений. Существующие методы диагностики ограничены по информативности на ранних стадиях и требуют инвазивных процедур.

Цель: Изучить возможности ранней неинвазивной диагностики БА у лиц молодого возраста посредством оценки маркеров нитрозивного метаболизма, включая фракционное содержание оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) и метаболитов NO в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ).

Результаты: Анализ современных данных показал, что ключевыми маркерами ранней диагностики БА являются нитраты >45 мкМ и нитротирозины>8 нг/мл, которые достоверно коррелируют с клиническими параметрами заболевания и тяжестью обострений (r=-0.54). Выявлено, что методы FeNO и анализ КВВ обладают высокой диагностической ценностью, несмотря на ограниченную стандартизацию и влияние внешних факторов. Технологии молекулярной диагностики позволяют выделить субклинические процессы воспаления без необходимости инвазивных процедур.

Выводы: Комплексное использование оценок нитрозивного статуса способствует значительно более раннему выявлению БА, что позволит внедрить персонализированные подходы в первичную диагностику и контроль заболевания с перспективой снижения экономической нагрузки на здравоохранение. Необходимы дальнейшие исследования для стандартизации методик и расширения клинических доказательств, что станет основой для внедрения подобных алгоритмов в практику респираторных служб.

19.
ТЕРАПИЯ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 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: Терапия тяжелой бронхиальной астмы (ТБА) может включать длительное применение системных глюкокортикостероидов, что неизбежно сопровождается развитием серьезных побочных эффектов и формированием коморбидности. Высокий риск обострений у пациентов с гормонозависимой ТБА диктует необходимость поиска новых терапевтических подходов. Цели исследования: Изучить особенности течения гормонозависимой ТБА в Республике Карелия.

Материалы и методы: В исследование включили 80 пациентов с ТБА и 14 с гормонозависимой ТБА, которые получали 5 ступень базисной терапии согласно клиническим рекомендациям. Оценивали данные анамнеза, результаты лабораторных и функциональных исследований, использовали опросник АСТ.

Результаты: Медиана возраста пациентов значимо не различалась и составила в группе пациентов с гормонозависимой (ГЗ ТБА) 61 [55;63] лет, пациентов с ТБА 56,5 [49;66] лет. Средняя продолжительность течения заболевания в группе пациентов с гормонозависимой ТБА–18±12,2 лет, у пациентов с ТБА–18,4±15,5, p=0,014. У большинства пациентов выявлена аллергическая (атопическая) форма заболевания, в группе гормонозависимой ТБА 11 (78,6%), в группе ТБА–56 (70,0%). В группе гормонозависимой ТБА зарегистрировано значимо большее количество обострений (2 (2;3) vs 1 (1;2), p=0,0001); большая доля пациентов с абсолютным количеством эозинофилов в сыворотке крови ≥ 150 кл/мкл (56 (70,0%) vs 5 (35,7%), p=0,014). Показатель ОФВ1 в обеих группах снижен: ГЗ ТБА – 63,0 [43,2; 85,0], ТБА – 72,5 [52,5; 94,0]. Среднее количество баллов согласно АСТ-тесту составило у пациентов ГЗ ТБА – 15±5,5, в группе ТБА – 16±5,5 баллов.

Выводы: Пациенты с гормонозависимой ТБА в Республике Карелия имеют тяжелое течение заболевания, высокие риски обострений, отсутствие контроля над симптомами, не смотря на терапию сГКС.

20.
ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ НА CD8+ КЛЕТКАХ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МИКРОТОКСИКАНТОВ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ

Владивостокский филиал ФГБНУ "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: оценить динамику изменений рецепторного профиля Т-цитотоксических клеток у пациентов с бронхиальной астмой (БА) разной степени тяжести и при нагрузке твердыми взвешенными частицами (ТВЧ) invitro.

Материалы и методы: В исследование вошли 304 человека (средний возраст – 42,5±4,4 года): 131 с лёгкой БА, 113 – с БА средней степени тяжести. 60 человек составили группу контроля. Оценивали экспрессию CD124+, CD126+, CD282+ и CD284+ на CD8+ клетках на проточном цитометре BD FACSCanto II. Нагрузка ТВЧ осуществлялась в дозе 1 мг на 1 мл крови. Вычисляли медианы и квартили, статистическая значимость различий оценена по критерию Манна-Уитни.

Результаты: В отличие от лиц с лёгкой БА, у больных БА средней степени тяжести статистически значимо повышена экспрессия рецепторов по сравнению с группой контроля: CD124+ на 217% ($p < 0,001$), CD284+ на 103% ($p < 0,001$), CD126+ на 96% ($p < 0,001$), CD282+ на 23% ($p < 0,01$). При БА средней степени тяжести по сравнению с лёгкой БА увеличена экспрессия CD124+ на 173% ($p < 0,001$), CD284+ на 83% ($p < 0,001$), CD126+ на 74% ($p < 0,001$). Воздействие ТВЧ При лёгкой БА вызывает повышение экспрессии CD284+ на 8% ($p < 0,05$), CD282+ на 43% ($p < 0,05$), CD126+ на 23% ($p < 0,05$), CD124+ на 18% ($p < 0,01$). При БА средней степени тяжести нагрузка ТВЧ приводит к усилению экспрессии CD284+ на 24% ($p < 0,001$), CD282+ на 62% ($p < 0,001$), CD124+ на 12% ($p < 0,01$), CD126+ на 19% ($p < 0,05$).

Выводы: Усиление экспрессии рецепторов к IL-4, к IL-6, TLR2 и TLR4 при БА коррелирует с увеличением тяжести и снижением контроля над заболеванием. Выявленные изменения рецепторного профиля CD8+ клеток могут приводить к утяжелению бронхиальной астмы, твёрдые взвешенные частицы вносят значительный вклад в этот процесс.

21.
АКТИВНОСТЬ Δ-5 И Δ-6 ДЕСАТУРАЗ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Бочарова Н.В., Сидлецкая К.А., Богомаз Т.Т., Кондратьева Е.В., 152

Нарушение метаболизма жирных кислот (ЖК) является одним из механизмов формирования хронического воспаления при бронхиальной астме (БА). Ферменты Δ-5 и Δ-6 десатуразы (D5D и D6D) являются основными регуляторами метаболизма длинноцепочечных полиненасыщенных ЖК ω-3 и ω-6 семейств. Был проведен

анализ жирнокислотного состава плазмы и лейкоцитов крови больных БА легкой (23 чел.) и средней (15 чел.) степени тяжести частично контролируемого течения и условно здоровых добровольцев, группы были сопоставимы по возрасту и полу. Содержание ЖК оценивали методом газовой хроматомасс-спектрометрии (GCMS-QP2020, Shimadzu). Активность десатураз рассчитывали по соотношению ЖК продукт/субстрат ферментов (D5D – 20:4n-6/20:3n-6, D6D – 18:3n-6/18:2n-6). У больных БА легкой степени тяжести показатель активности D5D снижался относительно контрольной группы на 7,4% ($p \leq 0,01$) в плазме крови и на 27,4% ($p \leq 0,001$) в лейкоцитах; показатель активность D6D возрастал на 2,9% ($p \leq 0,01$) в плазме крови и на 8,3% ($p \leq 0,001$) в лейкоцитах. У пациентов с БА средней степени тяжести показатель активности D5D в плазме крови не имел статистически значимых отличий, в лейкоцитах данный параметр был ниже на 3,1% ($p \leq 0,01$) относительно контрольных значений. Показатель активности D6D в плазме крови был повышен на 14,2% ($p \leq 0,001$), в лейкоцитах – на 26,7% ($p \leq 0,001$) в сравнении с контролем. Таким образом, в ходе исследования установлено подавление Δ-5 десатуразной активности в плазме и лейкоцитах крови при БА легкой степени тяжести, снижение активности D5D в лейкоцитах при среднетяжелой БА. Показано, что прогрессирование БА сопровождается возрастанием Δ-6 десатуразной активности в плазме и лейкоцитах крови, что указывает на возможность использования данного показателя в качестве биомаркера утяжеления течения БА.

22.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Барламов П.Н.

Одной из важнейших проблем сбора анамнеза, обследования и лечения пациентов БА является общение, завоевание доверия этих пациентов.

Цель исследования: дать оценку психоэмоциональным особенностям различных групп больных бронхиальной астмой (БА).

Обследовано 129 пациентов БА в возрасте от 18 до 56 лет. Мужчин – 49, женщин – 80. Первую группу составили 73 больных БА легкого течения из которых 36 имели легкое интермиттирующее течение, а 37 – легкое персистирующее. Аллергический фенотип был у 35 человек. Смешанной вариант – у 38. Во Вторую группу были включены 56 человек со среднетяжелым течением БА. В этой группе преобладали лица со смешанной формой БА (38 человек). По полу и возрасту больным БА соответствовала контрольная группа относительно здоровых людей в количестве 30 человек. Кроме стандартного обследования проведено исследование эмоционально-личностной сферы при помощи теста многостороннего исследования личности (тест МИЛ) в модификациии Ф.Б.Березина с соавт., 1976 г. Усредненный профиль личности больных БА характеризовался общим достоверным его подъемом на невротических (1,2,3 и 7) шкалах ($p<0,01$ – 0,001), как в группе с легким течением заболевания, так и, особенно высоким подьемом, в группе больных средней тяжести БА. Это «средняя температура по больнице». При детальном изучении полученных данных мы выделили 7 групп психоэмоционального статуса этих пациентов: с нормальным (адаптивным) профилем личности 36 (28,3%), истерическим 21 (16,5%), астеническим 22 (17,3%), тревожнофобическим 17 (12,6%), гипоманиакальными тенденциями 12(10,2%), психопатическим 19 (14,7%) и чертами особого модуса мышления и поведения 2 (4,7%).

23. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГБУЗ "Челябинская областная клиническая больница"

Гатауллина О.А.

Цель: выявить прогностические маркеры 5-летнего риска развития тяжелой бронхиальной астмы (ТБА).

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы данные 101 пациента с диагнозом неконтролируемой ТБА: 88 женщин и 13 мужчин. Медиана возраста (Me) постановки диагноза ТБА составила 57 лет ± 12 лет, Me возраста постановки первичного диагноза БА любой степени тяжести – 44 года ± 15 лет, общий стаж заболевания БА до постановки диагноза ТБА (Me)- 11 лет ± 9 лет, а время от первичного диагноза БА до ТБА – 6 лет ± 8 лет. Для целей исследования из 101 пациента было отобрано 43 для исследуемой группы, с развитием ТБА в течение 5 лет, что являлось «исходом» в данном исследовании. Взаимосвязь между фактором риска (ФР) исходом оценивалась методом четырехпольных таблиц, с оценкой p-value по Фишеру (с поправкой на множественные сравнения) и коэффициента сопряженности Пирсона (C). Сила связи с ФР оценивалась по φ-критерию и рекомендациям Rea& Parker.

Результаты: в результате проведенного исследования выявлено, что возраст диагноза БА после 40 лет и курение являются статистически значимыми ФР развития ТБА в течение 5 лет (p < 0,1, φ-0,239, C- 0,232 и p< 0,1, φ-0,249, C- 0,242 соответственно, сила связи – средняя. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, аллергический ринит для 5-летнего прогноза ТБА были статистически незначимы, при этом сила связи между этими ФР и исходом была несущественная. Сопутствующий полипозный риносинусит, гастро-эзофагеальнаярефлюксная болезнь, непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов также были статистически незначимы, но сила связи между ними и исходом была слабая, что требует дальнейшего изучения на большей выборке пациентов. Таким образом, первичный диагноз БА после 40 лет и курение являются ФР развития ТБА в течение 5 лет.

24. КОНЦЕНТРАЦИЯ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

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

Тяжелое течение COVID-19 ассоциировано с увеличением IFN-γ. Влияет ли его содержание на течение бронхиальной астмой (БА) после COVID-19, не изучено.

Цель: Оценить уровень IFN-γ в сыворотке крови больных БА, переболевших COVID-19. Материал и методы. 34 больных БА средней степени тяжести (1 группа), переболевших COVID-19, обследованы спустя 6-12 месяцев после болезни. Группу сравнения (2 группа) составили 43 больных БА средней степени тяжести, не болевших данной инфекцией. Оценивали уровень контроля над заболеванием (ACT, ACQ5), функ-

цию внешнего дыхания по данным спирометрии (Easy on-PC nddMedizintechnik AG, Швейцария), в сыворотке крови определяли IFN-γ коммерческими наборами LEGENDplex™ Human T HelperCytokinePanelsVersion 2 на проточном цитометре FACS Canto II (BectonDickinson, США).

Результаты: АСТ в 1 группе составил 12[11; 14] баллов, во 2 группе 15,5[10; 21] баллов (p=0,021), ACQ5 соответственно 2,86±0,23 и 2,12±0,24 баллов (p=0,031), ОФВ1 71,1±3,8 и 75,0±3,4% от должного (p>0,05), ОФВ1/ЖЕЛ 64,9±1,7 и 66,1±1,5% (p>0,05), СОС25-75 41,2±3,2 и 43,0±3,0% от должного (p>0,05), прирост ОФВ1 на сальбутамол 19[2,0; 23,0] и 10,0[5,0; 19,0]% (p>0,05). Уровень IFN-γ в сыворотке крови больных 1 группы был существенно выше, чем во 2 группе: 20,2[8,3; 66,7] и 9,4[5,7; 19,0] пг/мл, соответственно (p=0,024). У больных 1 группы IFN-γ тесно коррелировал с АСТ (p=0,005), у 80% из них отсутствовал контроль над БА.

Выводы: Более высокое содержание IFN-γ у больных БА средней степени тяжести, переболевших COVID-19, ассоциируется с низким контролем над заболеванием, вероятно обусловленным участием IFN-γ в гипервоспалении при инфицировании SARS-CoV-2, поляризацией иммунного ответа по Th1 типу, иммунной дисрегуляцией, способствующей как утяжелению COVID-19, так и течения БА.

25. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У КУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

Приходько А.Г., Нахамчен Л.Г., Перельман Ю.М.

Потеря контроля над астмой в зимний период года часто возникает у больных с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей.

Цель: Прогнозирование достижения контроля заболевания у курящих больных лёгкой бронхиальной астмой (БА) с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей (ХГДП). Материал и методы: Обследовано 45 курящих пациентов БА легкой степени тяжести с ХГДП дважды с интервалом 6 месяцев. Обследование включало оценку контроля заболевания по вопроснику АСТ, спирометрию с проведением пробы с сальбутамолом, выполнение бронхопровокационной пробы 3-минутной изокапнической гипервентиляции холодным (-20°С) воздухом, сбор индуцированной мокроты с определением её клеточного состава.

Результаты: Ретроспективно больные разделены на 2 группы в зависимости от достижения контроля над заболеванием (контроль – неконтроль) спустя 6 месяцев после первоначального обследования. Посредством дискриминантного анализа определены показатели, наилучшим образом разделяющие группы пациентов: объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1, % долж.) и количество эпителиальных клеток в индуцируемой мокроте (Э, %). Построено дискриминантное уравнение вида: D = -0,84×ОФВ1 – 3,311×Э, где D – дискриминантная функция с граничным значением, равным -91,28. Использование уравнения открывает возможность прогнозирования достижения контроля у курящего больного БА с ХГДП: при D, равной или большей граничного значения, прогнозируют отсутствие контроля астмы через 6 мес., при величине D меньше граничного значения прогнозируют достижение контроля. Способ защищен патентом РФ № 2838801.

Заключение: Предложенный способ открывает возможность своевременно проводить коррекцию базисной противовоспалительной терапии у курящих больных БА с ХГДП до наступления холодного сезона года.

26.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания

Перельман Н.Л.

Цель: Выявить степень влияния комплекса наследственных, климатических, социальных, структурно-функциональных, клинических и психологических факторов на общие и специфические параметры КЖ больных БА. Материал и методы: В открытом поперечном наблюдательном исследовании «случай-контроль» в когорте из 406 больных БА проанализировано с использованием корреляционного анализа влияние 15 наиболее значимых эндогенных и экзогенных факторов, формирующих КЖ.

Результаты: Анализ разносторонних корреляционных связей показал, что наибольшее влияние на КЖ оказывает гиперреактивность дыхательных путей различной модальности, а также такие эндо- и экзогенные факторы как фиксированная бронхиальная обструкция, курение, терапия, избыточный вес, тревога и депрессия, кооперативность. В общем КЖ, оцениваемым по вопроснику SF-36, самое выраженное факторное влияние пришлось на физический компонент жизнедеятельности (42% связей) и социальную сторону (38% связей). Критерии КЖ, характеризующие ментальную сферу, оказались подверженными влиянию примерно 20% эндо- и экзогенных факторов. Общее количество критериев КЖ по вопроснику AQLQ, коррелировавших с теми или иными факторами, было существенно меньшим, чем при использовании SF-36. За рамками тестовых возможностей AQLQ оказались генетическая предрасположенность, гендерный фактор, гиперреактивность дыхательных путей на физическую нагрузку и место постоянного проживания.

Заключение: Качество жизни у больных БА – системообразующий показатель, сформированный в результате воздействия комплекса эндо- и экзогенных факторов и отражающий уровень функционирования в различных сферах жизнедеятельности человека. Измерение связанного со здоровьем КЖ важно для оценки текущего состояния пациента, динамики заболевания и выбора терапии.

27.
ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ COVID-19

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенск, Россия

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

Возможности высокоразрешающей компьютерной томографии (КТ) грудной клетки в исследовании функционального состояния дыхательных путей при COVID-

19-ассоциированной пневмонии у пациентов с бронхиальной астмой (БА) не определены.

Цель: На основании данных КТ оценить изменения бронхов у больных БА, перенесших пневмонию COVID-19. Материал и методы. Обследовано 49 больных среднетяжелой БА. В 1 группу включены 25 больных, переболевших COVID-19 пневмонией, во 2 группу – 24 переболевших вне-больничной пневмонией в период 2021-2022 гг. Оценивали контроль над астмой (АСТ), ОФВ1 с определением реакции бронхов (ОФВ1) на сальбутамол по данным спирометрии, Rawex, ОЕЛ, ООЛ, ООЛ/ОЕЛ по данным бодиплетизмографии. При КТ с помощью инструмента AirwayInspector программного обеспечения 3DSlicer измеряли внутренний диаметр (ВДБ, мм), толщину (ТСБ, мм), плотность (ПСБ, HU) стенки апикального бронха правого легкого на вдохе.

Результаты: В 1 группе АСТ был ниже, чем во 2 группе (12,5[11;14] и 18[15;21] баллов, соответственно, p=0,012). Спирометрические показатели ОФВ1 (71,2±4,1 и 72±3,7 %, p0,05) и ОФВ1 (13,5[1;21] и 12,5[8;24,5] %, p0,05) достоверно не различались, в то время как бронхиальное сопротивление было выше у пациентов 1 группы (Rawex 221±33 и 138±17,7 %, p=0,042). Средние значения ОЕЛ (104,8±3,9 и 112±4 %, p0,05), ООЛ (134±11,6 и 152,2±10,3 %, p0,05), ООЛ/ОЕЛ (119,9±6,8 и 131,1±6,5 %, p0,05) не различались между группами. КТ-показатели проходимости и плотности стенки бронха были хуже в 1 группе: ВДБ – 1,56±0,09 и 2,17±0,17 мм (p=0,005), ПСБ -458,4±22,7 и -279,6±44,4 HU (p=0,004). ТСБ составила 2,07±0,06 и 2,17±0,06 мм, соответственно (p0,05).

Заключение: КТ регистрирует более значимые нарушения бронхиальной проходимости у больных БА, перенесших пневмонию COVID-19.

28. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИРУСИНДУЦИРОВАННОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА)

ООО "МЕДСИ-Волгоград", г. Волжский,

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

Для предупреждения затяжного характера заболевания, быстрого регресса основных симптомов заболевания назначали патогенетически обоснованное лечение с использованием препарата (N-[2-(1H-Имидазол-4-ил)-этил]-6-оксо-δ-лактам (N-[2-(1H-Imidazol-4-yl)-ethyl]-6-oxo-δ-lactamum), механизм противокашлевой активности которого реализуется на уровне периферических звеньев кашлевого рефлекса. 32 пациента с БА легкого и среднетяжелого течения в фазе обострения, спровоцированного вирусной инфекцией, в возрасте 18-60 лет, были разделены на 2 группы, (основная – 20 человек, 12 – контрольная группа). Пациенты I группы с выраженным кашлевым вариантом, наряду с общепринятой терапией, дополнительно получали в комплексе лечебных мероприятий препарат N-[2-(1H-Имидазол-4-ил)-этил]-6-оксо-δ-лактам (N-[2-(1H-Imidazol-4-yl)-ethyl]-6-oxo-δ-lactamum), по 40 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней. Проводили исследование клинических, функциональных, проявлений до и после лечения, степень выраженности в трахеобронхиальном дереве оценивали при проведении ФБС. Итак, при использовании N-[2-(1H-Имидазол-4-ил)-этил]-6-оксо-δ-лактам (N-[2-(1H-Imidazol-4-yl)-ethyl]-6-oxo-δ-lactamum), уже на 3-5 сутки лечения у пациентов основной группы уменьшалась выраженность кашля. Было отмечено более выраженное уменьшение выраженности одышки и количества приступов удушья

в течение суток у больных I группы, в сравнении с пациентами II группы. Кроме того, положительные изменения касались и показателей СПГ-исследования: ФЖЕЛ – 64±3,8%, рОФВ1-60,3±3,7%, р0,05. При бронхологическом исследовании было отмечено уменьшение воспаления слизистой оболочки ТБД, в сравнении со II группой – недостоверно. Таким образом, Препарат N-[2-(1H-Имидазол-4-ил)-этил]-6-оксо-δ-лактам (N-[2-(1H-Imidazol-4-yl)-ethyl]-6-oxo-δ-lactamum), оказывает бронхолитическое, противовоспалительное, противокашлевое действие. Уменьшает проявления бронхоспазма и воспаления в дыхательных путях, снижает гиперсекрецию слизи. Улучшает функцию дыхания и уменьшает выраженность и частоту возникновения респираторных симптомов.

29.
ПРИМЕНЕНИЕ ДУПИЛУМАБА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИПОЗНЫМ ЭТМОИДИТОМ

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

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

Цель: Изучить эффективность применения дупилумаба у больных тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: в исследование были включены 12 пациентов с тяжелым течением неконтролируемой БА и полипозным этмоидитом (1-я группа), которым была рекомендована терапия дупилумабом (1-я доза – 400 мг, затем – 200 мг п/к 1 раз в 2 недели). 2 репрезентативную по полу и возрасту группу, 10 человек, составили пациенты с тяжелым течением БА, получавшие ИГКС и СГКС. Наблюдение за больными осуществлялось на протяжении 24 месяцев, фиксировались следующие конечные точки: частота обострений, уровень ИЛ 4 и ИЛ 13, уровень IgE, содержание эозинофилов в крови, функция внешнего дыхания, качество жизни согласно опроснику AQLQ (S).

Результаты: через 24 месяца приема дупилумаба у больных 1 группы выявлено: клинически значимое увеличение предбронходилатационного значения ОФВ1, которое наблюдалось уже на 12-й неделе: с 38,2±2,6% до 60,3±2,5% по сравнению со 2 группой (37,9±3,4% до 49,1±3,7%), частота тяжелых обострений, приводящих к госпитализации и/или посещениям отделений неотложной помощи, снизилась на 43,5% по сравнению со 2 группой – 23,8%, а также статистически значимое снижение уровня ИЛ 4 и ИЛ 13, уровня IgE и абсолютного числа эозинофилов крови. Статистически значимое улучшение показателей AQLQ(S) были зарегистрированы уже через 2 недели и это улучшение сохранялось на протяжении 24-х недель. У 100 % пациентов улучшилось носовое дыхание и у 70% восстановилось обоняние. У больных 2 группы (+) динамики со стороны носового дыхания не отмечено.

Вывод: результаты исследования показали высокую эффективность препарата дупилумаб в лечении больных тяжелой неконтролируемой БА в сочетании с полипозным этмоидитом.

30. ВЛИЯНИЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ НА СИМПТОМЫ, ФУНКЦИЮ ЛЕГКИХ И МАРКЕРЫ Т2-ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

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

Мирхайдаров А.М., Мунасыпова А.Р., Шагабутдинова О.А., Габзалилова С.Р., Рафикова И.Ф., Хайрнасова Т.Ф.

Цель: оценить влияние таргетной терапии (ТТ) препаратом бенрализумаб на динамику симптомов, функцию внешнего дыхания (ФВД) и маркеры Т2-воспаления при тяжелой бронхиальной астме (ТБА). Методы: под наблюдением находились 22 пациента (17 женщин и 5 мужчин) с ТБА в возрасте 34-72 лет. Средний возраст составил 55,7±11,3 лет, средняя длительность заболевания – 20,2±10,2 лет. Все пациенты получали терапию 5 ступени согласно клиническим рекомендациям и рекомендациям GINA. По показаниям была назначена ТТ препаратом бенрализумаб. Исходно и в процессе ТТ через 12 месяцев оценивали степень контроля ТБА при помощи опросника ACQ-5, ФВД методом спирометрии и уровень маркеров Т2-воспаления (эозинофилов крови).

Результаты: до начала ТТ ежедневные симптомы ТБА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) отмечали 21 (95,4%) больных, ночные симптомы – 18 (81,8%) больных. У них число баллов по шкале ACQ-5 составило в среднем 2,5±2,3, ОФВ1 составил 65,36 ± 23,37%, а средний уровень эозинофилов крови – 365 кл/мкл. На фоне ТТ контроль над астмой был достигнут у 14 (63,6%) пациентов, число баллов ACQ-5 снизилось до 0,56 ±2,4, частичный контроль достигнут у 8 (36,3%) пациентов, число баллов ACQ-5 составило 1,17±0,21. В динамике ОФВ1 увеличился в среднем до 71,12±14,8%, а средний уровень эозинофилов крови снизился до 175 кл/мкл.

Выводы: таргетная терапия при тяжелой бронхиальной астме препаратом бенрализумаб значительно уменьшает клинические проявления заболевания, улучшает функцию легких, снижает уровень маркеров Т2-воспаления.

31. КЛИНИЧЕСКАЯ РЕМИССИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

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

Цель: оценить достижение критериев клинической ремиссии (КР) у больных тяжелой бронхиальной астмой (ТБА) при использовании разных вариантов терапии.

Материалы и методы: в течение 5 лет проспективно наблюдались 129 больных ТБА (мужчин 29%) в возрасте 18-81 год (ср. возраст 55 лет), 85 из которых получали стандартное лечение ИГКС/ДДБА±тиотропий±СГКС (группа 1), у 44 пациентов дополнительно применялась ГИБТ: омализумаб – 9 чел, меполизумаб – 8 чел, бенрализумаб – 11 чел и дупилумаб – 16 чел (группа 2). Ежегодно оценивалось соответствие критериям КР: отсутствие тяжелых обострений, потребности в СГКС, полный/частичный контроль симптомов ACQ-5 и оптимизированная функция легких (ОФВ1≥80%/прирост ОФВ1≥100 мл).

Результаты: Тяжелые обострения через 1 год отсутствовали у 15% больных 1 группы и 23% 2-й группы (p>0,05), через 2 года – у 25% и 36% (p>0,05), 3 года – у 27% и 36% (p>0,05), 4 года – у 25% и 43% (p<0,05) и через 5 лет – у 24% и 43% больных (p<0,05). В ходе наблюдения >80% больных в обеих группах не нуждались в СГКС, контроль симптомов и оптимизация функции легких отмечались примерно у 1/3 больных 1 группы и 1/2 пациентов 2 группы. Все 4 компонента КР были достигнуты через 1 год у 8% больных 1 группы и 18% 2-й группы (p>0,05), через 2 года у 10% и 18% (p>0,05), через 3 года – у 7% и 26% (p<0,01), через 4 года – у 5% и 26% (p<0,001) и через 5 лет – у 7% и 22% (p<0,05).

Заключение: Достижение 4 компонентов КР чаще отмечалось у больных ТБА, получавших ГИБТ по сравнению с применявшими только стандартную терапию.

32.
ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

1. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),
2. ФГБНУ НИИ медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова

Цидильковская Э.С. – 1, 2, Хермасси У. – 1

Современные формы бронхиальной астмы характеризуются мультифакториальностью, большой вариабельностью течения, сложным патогенезом с участием различных иммунных и не иммунных механизмов. Обследованы больные аллергическим, неаллергическим и смешанным фенотипами профессиональной бронхиальной астмы (ПБА) и бронхиальной астмы непрофессионального генеза. Основными патогенетическими звеньями бронхиальной астмы являются воспаление и бронхообструкция, механизмы развития которых реализуются на уровне медиаторов и клеток. У больных аллергическим и смешанным фенотипами бронхиальной астмы как профессионального так и непрофессионального генеза определили достоверное увеличение средней концентрации общего IgE, по сравнению с неаллергическим фенотипом. При исследовании цитокинов в сыворотке крови у больных неаллергическим фенотипом ПБА и бронхиальной астмы непрофессионального генеза, выявили достоверное увеличение концентрации интерлейкинов (IL) IL-10, IL-18, IL-6 и ФНО по сравнению с аллергическим и смешанным фенотипом. При бронхиальной астме непрофессионального генеза определили умеренную отрицательную корреляцию IL-6 и ЖЕЛ (γ=-0,6983; p=0,0116), ФЖЕЛ (γ=-0,4664; p=0,0047), МОС50 (γ=-0,4284; p=0,0103), МОС75 (γ=-0,4250; p=0,0109). Установили сильную положительную корреляцию эмфиземы с ФНО (γ=0,7326; p=0,0032), с IgM (γ=0,8140; p=0,0013), с ЦИК (γ=0,7262; p=0,0038), умеренную положительную корреляцию эмфиземы и ИЛ-6 (γ=0,5582 p=0,0260). При ПБА выявили умеренную отрицательную корреляцию сенсибилизации к профессиональным аллергенам и ЖЕЛ (γ=-0,6220; p=0,0080), ФЖЕЛ (γ=-0,4388; p=0,0245), ОФВ1 (γ=-0,3911; p=0,0449). Также определили умеренную отрицательную корреляцию IgE и МОС25 (γ=-0,3988; p=0,0026), МОС50 (γ=-0,4740; p=0,0003).

33.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОЗИРОВАННЫХ ПОРОШКОВЫХ ИНГАЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Лавгинова Б.Б., Трушенко Н.В., Авдеев С.Н.

Ингаляционная терапия представляет собой основной метод лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА). Эффективность терапии зависит от правильной техники ингаляции, приверженности пациента лечению и адекватного усилия вдоха при использовании дозированных порошковых ингаляторов (ДПИ), которое оценивается по пиковому инспираторному потоку (ПИП).Целью исследования было изучение распространенности субоптимальных для ДПИ значений ПИП, а также выявление факторов, значимо влияющих на уровень ПИП у пациентов с ХОБЛ и БА в амбулаторной практике.

Результаты: в исследование вошел 91 пациент – 61 пациент с БА и 30 пациентов с ХОБЛ. При измерении ПИП пациенты с БА отличались от пациентов с ХОБЛ более высокими показателями ПИП как до объяснения (70 (50-85) vs. 55 (47-65), p=0,010) и после объяснения правильной техники ингаляции (90 (70-95)vs. 65 (60-75), p=0,0001). Доля пациентов с субоптимальными показателями ПИП исходно составляла 34% в группе БА и 63% – в группе ХОБЛ. После обучения правильной технике ингаляции доля пациентов с субоптиальным ПИП значительно снизилась в обеих группах: до 10% в группе БА, и до 23% в группе ХОБЛ (p <0,0001). При этом в ходе ROC анализа наиболее значимыми факторами, существенно ограничивающими вероятность достижения у пациента оптимального ПИП, необходимого для эффективного использования ДПИ были возраст ≥60 лет (Se 76,9%, Sp 61,5%, AUC 0,767, p<0,0001), ФЖЕЛ ≤70% долж (Se 83,3%, Sp 46,2%, AUC 0,710, p=0,007) и ОФВ1 ≤45% долж. (Se 79,5%, Sp 64,2%, AUC 0,751, p<0,0001)

Вывод: Многие пациенты не достигают нужного ПИП для эффективной терапии ДПИ из-за ошибок ингаляции или объективных факторов (возраст, снижение функции лёгких). Измерение ПИП перед назначением ДПИ повысит эффективность лечения.

34.
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕНЫ СХЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ФГБОУ ВО Южно-Уральский медицинский университет, Челябинск

Каретникова А.В., Антонов В.Н.

Цель: изучить основные причины смены таргетной терапии у пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Проанализированы данные 37 пациентов. В их анамнезе был выявлен факт смены биологического препарата по поводу лечения тяжёлой бронхиальной астмы (ТБА). Средний возраст 61,3 ±12,7 лет (34 (91,8%) женщин и 3 (8,2%) мужчин). Средний возраст постановки диагноза БА 36,37±15,3 лет. Средний возраст начала таргетной терапии 55,86±12,5 лет. 40.5% (n=15) принимали меполизумаб, 32.4% (n=12) реслизумаб, 27% (n=10) омализумаб.

Результаты: Смена препарата проведена после старта лечения в течение года у 16,2 % (n=6), 2х лет у 37,8 % (n=14), 3х лет и более у 45,9% (n=17). Перевод на бенрализумаб произведен у 62,1% (n=23), на меполизумаб у 35.1% (n=13), на дупилумаб у 27,0% (n=10), на омализумаб 2,7% (n=1).

Основные причины: проблемы с поставкой препарата 54,0% (n=20), учащение проявлений БА 35,1% (n=13). Новый пересмотр проведен у 10,8% (n=4) из-за увеличения потребности в преднизолоне для достижения контроля. Переход с реслизумаба был проведен у 100% вследствие проблем с поставкой (n=20), у 75% (n=9) на бенрализумаб, у 16% (n=3) на дупилумаб. Отказ от меполизумаба включает в 53,3% (n=8) проблемы с поставкой, в 33.3% (n=5) усиление одышки, в 13% (n=2) появление боли в суставах. 73,3% (n=9) получают бенрализумаб, 13,3% (n=20) дупилумаб, 13,3% (n=20) омализумаб. Пересмотр терапии омализумабом выполнен по причине учащения одышки у 77,7% (n=7), появления болей в голеностопных суставах, нарушении ритма сердца, тремора у 22,2% (n=2).

Выводы: В результате чаще всего смена таргетной терапии проведена с меполизумаба, реслизумаба. Основные причины пересмотра терапии: проблемы с поставкой препаратов, отсутствие контроля бронхиальной астмы. Чаще переход проведён на бенрализумаб.

35. АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ГОРЬКОГО ВКУСА TAS2R НА ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ С ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Конев А.В., Наумов Д.Е., Конева К.А., Сугайло И.Ю., Шелудько Е.Г., Перельман Ю.М.

Цель исследования: изучить взаимосвязь экспрессии рецепторов горького вкуса TAS2R4/5/14/20/31/38 на лейкоцитах периферической крови с вентиляционными нарушениями у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: в исследование было включено 99 больных БА (43,9±1,75 года, 44% мужчин) преимущественно средней тяжести (73%) с неконтролируемым (69%) течением заболевания. Показатели функции внешнего дыхания определяли с помощью спирометрии. Экспрессию рецепторов TAS2R определяли с помощью непрямой проточной цитометрии на лимфоцитах, моноцитах и гранулоцитах периферической крови. Значения экспрессии представлены в форме нормализованной медианной интенсивности флуоресценции (nMFI).

Результаты: значимые корреляции были выявлены между экспрессией TAS2R на лимфоцитах и показателями вентиляционной функции легких, измеренных на фоне бронхолитика (сальбутамол 400 мкг): ОФВ1 – с TAS2R5 (ρ=0,20, p=0,05), TAS2R20 (ρ=0,23, p=0,02), TAS2R31 (ρ=0,21, p=0,04), TAS2R38 (ρ=0,25, p=0,01); ИТ – с TAS2R5 (ρ=0,20, p=0,04), ПОС – с TAS2R5 (ρ=0,23, p=0,02), TAS2R14 (ρ=0,22, p=0,03), TAS2R31 (ρ=0,22, p=0,03), TAS2R38 (ρ=0,26, p=0,01); МОС25 – с TAS2R5 (ρ=0,29, p=0,004), TAS2R14 (ρ=0,26, p=0,008), TAS2R20 (ρ=0,24, p=0,002), TAS2R31 (ρ=0,22, p=0,03), TAS2R38 (ρ=0,27, p=0,006). Нарушение вентиляционной функции легких, определенное как ОФВ1<80%, сочеталось со сниженной экспрессией на лимфоцитах

TAS2R20 (1,6 (1,1-1,9) против 1,8 (1,5-2,1), p=0,03), TAS2R31 (2,1 (1,7-2,4) против 2,4 (1,9-2,9), p=0,03), TAS2R38 (1,6 (1,2-1,8) против 1,9 (1,6-2,3), p=0,002).

Выводы: экспрессия большинства TAS2R на лимфоцитах снижается по мере нарастания вентиляционных нарушений у больных БА, при этом наиболее частые ассоциации обнаруживаются для TAS2R5/31/38. Исследование поддержано РНФ (№23-15-00372).

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

36. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И АНАМНЕСТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский государственный медицинский университет

Тожидинов У.А., Каримова Н.И.

Цель исследования: изучить особенности клинико-анамнестических проявлений бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: нами обследовано 120 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет с диагнозом бронхиальной астмы (БА), проходивших стационарное лечение в РСНПМЦП. Из них легкая персистирующая форма БА выявлена у 35,8% пациентов (43); среднетяжелая – у 35% детей (42); тяжелая – у 29,6% (35).

Результаты: анализ полного анамнеза обследованных детей выявил: у 86,6% матерей различные осложнения беременности, у 80,0% отмечались ОРЗ, у 82,5% имелась умеренно тяжелая анемия во время беременности. Недоношенность и рождение в асфиксии наблюдались у 7,2% и 21,6% детей. Основным клиническим признаком БА у 100% была экспираторная одышка, сопровождавшаяся участием вспомогательных мышц при дыхании. Частота дыхания у детей до 8 лет > 45 вдохов в минуту, а у детей старше 10 лет > 48 вдохов в минуту. Продолжительность одышки составляла в среднем 4,2±0,2 суток. Цианоз носогубного треугольника фиксировали у 49,1% больных продолжительностью 5,5±0,3 суток. Пероральные хрипы наблюдались у 100%, продолжительность их составила 5,2±0,2 суток. Перкуторные изменения в легких отмечались у 43,1%. Аускультативно у 58,3% выявлялось жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы, продолжавшиеся в среднем 6-7 суток. У 41,7% прослушивались свистящие сухие хрипы, продолжительность которых составляла 6,5±0,3 суток.

Выводы: при среднем и тяжелом течении БА наблюдается более продолжительное проявление одышки, пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких, а также эмфизематозное расширение легких с обеих сторон и горизонтальное расположение ребер. При выраженном бронхоспазме проявляются более выраженные симптомы интоксикации и ДН, что проявляется длительными клиническими признаками заболевания.

37.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Ташкентский государственный медицинский университет, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Сабиров М.А., Каримова Н.И., Файзуллаева Н.Х.

Цель исследования: изучить анамнестические данные и провести анализ факторов риска развития бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: обследовано 120 детей в возрасте от 5 до 15 лет с БА, находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз и аллергологии. Из них 35,8% (43) больных с БА легкой, 35% (42) с БА среднетяжёлой, 29,6% (35) с БА тяжёлой персистирующей формами.

Результаты: проведенный факторный анализ показал, что наиболее высокий риск возникновения БА возможен при наличии осложнения течения беременности (RR=1,05; OR=5,08), перенесенных заболеваний во время беременности (RR=1,6; OR=4,2) и искусственного вскармливания ребёнка (RR=1,7; OR=2,6). Наследственная отягощенность аллергического фона у детей с БА фиксировалась в 2 раза чаще (у 78,3% (94) матерей и у 38,3% (96) отцов). У некоторых детей отмечалась двусторонняя наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями 31,6% (38). Также был выявлен факт курения родителей при ребенке у 63,0% (75). Факторный анализ выявил наиболее высокий риск возникновения БА при наличии аллергических заболеваний у родителей (RR=2,3; OR=3,6) и курения родителей (RR=1,4; OR=2,05). Факторный анализ фонового состояния и сопутствующей патологии показал, что наиболее высокий риск возникновения БА возможен при наличии остаточных явлений рахита (RR=1,8; OR=2,6), атопического дерматита (RR=2,04; OR=8,6), заболеваний ЛОР-органов (RR=1,5; OR=2,9).

Выводы: на основании полученных результатов можно заключить, что среди основных факторов риска развития БА можно выделить наследственную отягощённость, особенности питания матери в период беременности и лактации, ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание, неблагоприятное течение пери-, интранатального периодов и коморбидный фон.

38.
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ташкентский государственный медицинский университет, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии

Каримова Н.И., Сабиров М.А., Файзуллаева Н.Х.

Цель исследования: изучить особенности цитокинового статуса при бронхиальной астме у детей.

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

Результаты: Развитие заболевания с иммунопатогенетической основой следует рассматривать с точки зрения эффекторных звеньев иммунной системы, участие которых в патологических процессах во многом обусловлено каскадом цитокинов. Для выявления особенностей иммунного статуса и его роли в патогенезе бронхиальной

астмы, нам представлялось интересным изучить цитокиновый статус. Исследование цитокинов показало, что у практически здоровых детей продукция IL-1β колебалась незначительно (14–69 пг/мл) и в среднем составило 52,4±3,5 пг/мл. У больных бронхиальной астмой в приступный период показатели IL -1β были достоверно повышены и достигали 96,8±5,7 пг/мл (P<0,01). Показатели IL -8 в группе детей больных бронхиальной астмой в период ремиссии составили 19,8±1,4 пг/мл. Исследование цитокинов показало, что у больных бронхиальной астмой в приступный период уровень IL-1 и IL-8 были достоверно повышены по сравнению с показателями в группе детей больных бронхиальной астмой в период ремиссии (P<0,01). По нашим данным, спонтанная продукция IL-8 у больных в 3,7 раза выше, чем в контроле (P<0,001).

Выводы: Таким образом, гиперпродукция провоспалительных цитокинов IL -1β и IL -8 в сыворотке крови свидетельствует о серьезных нарушениях в работе иммунной системы, угнетении неспецифической защиты и специфического иммунитета при бронхиальной астме у детей, что в дальнейшем негативно сказывается на течении заболевания.

39.
ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОНТАКТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России

Малышева А.С., Семерник О.Е., Лебеденко А.А., Успенская Е.В., Тарасова Е.А., Кинева К.В.

Межклеточная коммуникация является одним из ключевых механизмов возникновения заболеваний легких, что подтверждается немалым числом исследований. При бронхиальной астме (БА) определенные ионные каналы участвуют в регуляции бронхоконстрикции, воспалении дыхательных путей и продукции слизи. Основные белки, принимающие участие в формировании этих каналов, – это коннексин (Cx43) и паннексин (Px1). Исследование их у больных с БА представляет научный и практический интерес.

Цель исследования: изучение концентрации Cx43 и Px1 в сыворотке крови у детей с БА.

Материалы и методы: Проведено проспективное обследование 125 больных БА, а также 30 пациентов I и IIa групп здоровья, включенных в группу контроля. Количественное определение уровня Cx43 и Px1 в сыворотке крови проводилось иммуноферментным анализом с использованием наборов SEA277Hu и SEE788Hu, Cloud-Clone. Corporation, Ухань, КНР.

Результаты: Большинство больных имели легкое течение БА [68 (54,4%) человек] в то время, как среднетяжелые проявления заболевания отмечались – у 36 (28,8%) детей, а тяжелые – у 21 (16,8%) пациента. Установлено, что у больных БА показатели Cx43 (0,24 [0,19; 0,34] нг/мл) превышают результаты, установленные в группе контроля – 0,16 [0,13; 0,19] нг/м (p= 0,0002). Значения, зарегистрированные в группе пациентов с тяжелым течением заболевания выше, чем в группе с легкими проявлениями заболевания [p < 0,0001]. А средние значения Px1 в сыворотке крови детей, с установленным диагнозом БА (0,20 [0,17; 0,26] нг/мл) также выше показателей контрольной группы (0,16 [0,14; 0,17]) [p = 0,014], но при этом концентрация его у больных с различной степенью тяжести заболевания не имеет достоверных отличий (p = 0,122).

Заключение: Белки щелевых контактов являются значимыми факторами в патогенезе БА.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2 ß

1. Омский государственный медицинский университет, Россия, Омск.
2. Омская центральная районная больница, Россия, Омск.

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

Цель исследования: изучить эффективность, безопасность и переносимость длительного применения рекомбинантного интерферона альфа-2β у детей, проживающих в сельской местности в качестве средства профилактики острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Материал и методы: В простое, проспективное исследование на базе БУЗОО «Омская центральная районная больница» включено 155 детей от 2 до 18 лет. I этап – пациентам группы 1 (n=80) назначался препарат в профилактической дозе (при согласии родителей) на весь эпидемиологический сезон 1 раз в день в возрастной дозировке) в течение 3 месяцев, в группе 2 (n=75) – профилактическую терапию дети не получала. II этап – при развитии ОРВИ, препарат назначался в лечебной дозировке в течении 7 дней. Контрольные визиты: на 3-й день, 5-й, 7-й день от начала терапии. На I этапе оценивалась эффективность интерферона альфа-2b в качестве средства профилактики; на II этапе исследования оценивалась эффективность терапии ОРВИ.

Результаты: На I этапе – в группе 1 на фоне применения интерферона альфа-2b в профилактических дозах, зафиксировано 13 случаев ОРВИ, в группе 2 – 132 случая (p=0,000). При развитии ОРВИ, были получены статистически значимые различия по тяжести течения ОРВИ у заболевших пациентов: в группе 1 легкое течение ОРВИ наблюдалось в 100% случаев, в группе 2 – лишь в 64% (p=0,000). Продолжительность ОРВИ в группе 1 – 4,5 дня; в группе 2 – 6,8 дня.

Заключение: Применение рекомбинантного интерферона альфа-2b в профилактической дозе 1 раз в день в течение всего эпидсезона (3 месяца) у детей разного возраста уменьшает частоту ОРВИ. При развитии ОРВИ у лиц, получавших профилактический курс, заболевание протекало легко, выздоровление наблюдалось быстрее, чем в группе сравнения.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

41.
ПАТОЛОГИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

1. ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, Российская федерация.
2. БУЗОО «Омская центральная районная больница», Омск, Российская федерация.

Щербакова Л.Э. – 1, 2, Парамут С.С. – 1, Мордык А.В. – 1, Багишева Н.В. – 1, 2, Шапран А.А. – 1

Актуальность: У ВИЧ-инфицированных пациентов патология бронхо-легочной системы занимает одно из ведущих меств структуре соматической патологии. Сниженный иммунный ответ повышает восприимчивость, как к инфекционным, так и неинфекционным заболеваниям органов дыхания.

Цель исследования: Анализ частоты и структуры инфекционной и неинфекционной патологии бронхолегочной системы у пациентов с ВИЧ-инфекцией, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы: В простое, ретроспективное исследование на базе БУЗОО «Омской Центральной районной больницы» включено за период с 2020 по 2024 годы выявлено 678 человек с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и их обсуждения: Из 678 пациентов с ВИЧ-инфекцией, соматическая патология различных классов выявлена у 227 человек (33,4%). Среди них неинфекционная патология бронхолегочной системы диагностирована в 54 случаях (23,8%). В качестве отдельных нозологий рассматривались хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА), хронический бронхит (ХБ). ХОБЛ выявлена у 15 человек (27,7%), БА у 6 человек (11,1%), ХБ у 33 человек (61,1%) от всей патологии бронхолегочной системы. Туберкулез органов дыхания у ВИЧ-инфицированных пациентов, проживающих в сельской местности за анализируемый период выявлен у 85 человек (12,5%).

Выводы: 1. Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией за пятилетний период у 33,4% была выявлена различная соматическая патология. 2. Соматическая патология бронхо-легочной системы составила практически ¼ случаев (23,8%) среди ВИЧ-инфицирананных пациентов. 3. ХБ в структуре бронхолегочной патологии составил 61,1% случаев, ХОБЛ 27,7%, реже всего бронхиальная астма (11,1%). 4. Туберкулез органов дыхания у пациентов с ВИЧ-инфекцией за 5 лет был выявлен у 12,5% пациентов.

42.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

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

Парамут С.С. – 1, Щербакова Л.Э. – 1, Шапран А.А. – 1,2, Мордык А.В. – 1, Багишева Н.В. – 1,2

Актуальность: Антиретровирусная терапия продлевает жизнь ВИЧ-инфицированных пациентов, сопровождаясь увеличением вероятности развития соматической патологии, включая бронхиальную астму (БА) и хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ) на фоне иммунодефицита и хронического воспаления. Частота этих патологий у ВИЧ-инфицированных в зависимости от места проживания изучена недостаточно.

Цель исследования: Оценить частоту БА и ХОБЛ у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от места проживания.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование на базе БУЗОО «Городская поликлиника №10» и БУЗОО «Омская Центральная районная больница» включено 1386 пациентов с ВИЧ-инфекцией: группа 1 – 708 в городе (389 мужчин, 319 женщин); группа 2 – 678 в селе (395 мужчин, 281 женщина). Me (25;74) возраста 44,5 (40; 49) года.

Результаты и их обсуждение: БА была диагностирована у 3 пациентов в городе (0,4%) и у 6 – в селе (0,8%). ХОБЛ – у 7 городских (0,99%) и 15 сельских пациентов (2,21%) ($p>0,05$). Отмечена тенденция к более частому выявлению ХОБЛ в селе, что может быть связано как с социальными (высокой распространенностью курения в данной когорте, условия проживания (отопление твёрдым топливом) и/или работы (сельское хозяйство)), так и медицинскими факторами (нежелание или позднее обращение, отказ от планового, профилактического обследования). Низкая уровень диагностики требует активного привлечения ВИЧ-инфицированных пациентов к ежегодной диспансеризации, плановому флюорографическому обследованию с последующим своевременным назначением адекватной терапии для предупреждения неблагоприятного влияния коморбидной соматической патологии бронхолегочной системы на организм ВИЧ-инфицированного пациента, снижения качества и продолжительности жизни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

43. ПАЦИЕНТ С СИНДРОМОМ МУНЬЕ-КУНА, НАБЛЮДАВШИЙСЯ ДЛИТЕЛЬНО КАК БОЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

1. Медцентр клиника Весна Медикал ГРУП, Пермь,
2. ГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава РФ

Барламов О.П. – 1, Барламов П.Н. – 2

Синдром Мунье-Куна (СМК) – редкая патология, протекающая с атрофией эластической ткани и гладких мышц трахеи и бронхов, приводящей к выраженному их расширению. К сожалению, данную патологию диагностируют поздно.

Цель публикации: иллюстрация истории болезни пациента, которому диагноз СМК был установлен в возрасте 45 лет. На приеме пациент жаловался на одышку смешанного характера в покое. Кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты до 50 мл. Считает больным себя с 90 х годов. Диагностирована бронхиальная астма эндогенная форма, тяжелое течение, ХОБЛ 4 ст., смешанный фенотип, дискинезия трахеи, Трахеобронхомегалия. Перенесенная НКВИ в 2020 году. Профвредности нет. Обнаружена сенсибилизация к пыльце деревьев (береза, ольха). Курил 11 лет по 10 сигарет в день, 5 лет назад отказался. Общее состояние средней степени тяжести. Диффузный цианоз. Отмечаются пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Грудная клетка правильной формы. Пальпация грудной клетки безболезненная. При перкуссии – притупление перкуторного звука слева над нижней долей. Там же ослабленное дыхание. Сухие, свистящие хрипы по всем легочным полям. Влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон под лопатками. Тоны сердца без особенностей. МСКТ ОГК 25.01.23 – релаксация купола диафрагмы слева. Трахебронхомегалия. Множественные «буллезные изменения в легких», бронхоэктазы. ЖЕЛ-51%, ОФВ1-38% Проба с сальбутамолом слабо положительная.

Диагноз: Трахеобронхомегалия. ХОБЛ 4 ст с частыми обострениями, смешанный фенотип, бронхоэктазы, эмфизема легких, дискинезия трахеи и главных бронхов 3 степени, ДН 2-3 степени. Диагноз поставлен на основании многосрезовой рентгеновской компьютерной томографии, которая позволяет наиболее отчетливо определить локализацию, распространенность патологического процесса.

44.
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Хабаровска»

Зайкова-Хелимская И.В., Онищенко И.В., Давыдова Ю.В.

Цель работы: описать случай системной склеродермии, протекающей с изолированным интерстициальным поражением лёгких в рамках междисциплинарной проблемы.

Материал и методы: Клинический случай.

Результаты: Женщина 48 лет с 2021 после COVID-19 отмечала одышку и непродуктивный кашель. До июня 2022г трижды лечилась в стационаре по поводу поражения легких на фоне НКИ, КТ4. Ранее у врачей не наблюдалась, ФЛГ не проходила. После выписки продолжила прием преднизолона (5 мг/сутки), с частичным эффектом. В ноябре 2022 г. в КБ РЖД-Медицина г.Хабаровск выявлена тяжёлая лёгочная гипертензия, формирование фиброза и «сотового» лёгкого, медиастинальная лимфаденопатия, тяжёлые нарушения ФВД по смешанному типу. Получала лечение по поводу «Двусторонней интерстициальной пневмонии с формирование пневмофиброза в базальных отделах легких». Рекомендованное обследование у ревматолога не прошла. Назначенное лечение (сГКС, бронхолитики, АЦЦ) получала, но одышка прогрессировала. В марте 2023года зафиксирована фибрилляция предсердий, дилатация камер сердца, прогрессирование фиброза легких. Назначена антифибротическая терапия, длительная кислородотерапия. Через 2 месяца появился феномен Рейно, выявлен только АНФ 1:5120, диагностирована системная склеродермия. Назначена терапия ревматолога: преднизолон, нинтеданиб и циклофосфамид с временной положительной динамикой. В сентябре 2023 года на фоне иммуносупрессивной терапии развилась тяжёлая пневмония и несмотря на интенсивную терапию, пациентка скончалась. На вскрытии склеродермия подтвердилась.

Вывод: Случай иллюстрирует сложности диагностики склеродермии, дебютировавшей поражением лёгких, которые трактовались как последствия COVID-19. Необходима ревматологическая настороженность при нетипичном быстром прогрессировании двустороннего лёгочного фиброза.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

45. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕГКИХ

ФГБУ Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза Минздрава России

Холодков Н.И., Ставицкая Н.В.

У пациентов, перенесших спинальную травму на уровне шейного отдела высокий удельный вес составляет осложнения в виде респираторных нарушений. Травмы ныряльщика с повреждением на уровне С4-С6 позвонков осложняются острой дыхательной недостаточностью ввиду тотальной закупорки бронха мокротой. Под визуальным контролем электроимпедансного томографа легких диагностируется авентиляция пораженного отдела с сохранной перфузией ткани. Инсуффлятором-аспиратором проводится перкуссионная вентиляция малообъемным высокопоточным воздухом, с давлением на вдохе в 30 см водного столба и с давлением на выдохе в 65 см водного столба в соотношении 0,5:3 проводится аспирация содержимого бронхиального дерева. Фибробронхоскопия с взятием бронхоальвеолярного лаважа выявляет диффузный эндобронхит со слизисто-гнойным секретом. План реабилитации оптимизируется проведением интрапульмональной перкуссии с последующей глубокой аспирацией содержимого трахеобронхиального дерева, экстрапульмональной вибрационной терапией, ингаляционной терапией; медикаментозная терапия оптимизирована добавлением антибиотикотерапии. В течении 10 дней количество санационных мероприятий под визуальным контроле функции респираторной системы снизилось с 10-12 до 2-3 в сутки. Посев бронхоальвеолярного лаважа выделяет культуру микроорганизмов Delftiaacidovorans в КОЕ/мл равным 10^5. К концу реабилитации пациент маршрутизируется на следующий этап, деканюлируется, вертикализируется до 70 градусов, контрольные методы диагностики без отрицательной динамики. Метод электроимпедансной томографии легких используется не только как монитор оценки функции респираторной системы в интенсивной терапии, но и как средство скрининга, оценки динамики, контроля лечебно-диагностических процедур у широкой когорты пациентов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

46. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентский государственный медицинский университет

Темиров С.А., Каримова Н.И.

Цель исследования: изучить микробиологические особенности затяжного течения внебольничной пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования: В исследование вошло 26 детей с внебольничной пневмоней затяжного течения (ВПЗТ), в возрасте от 1 года до 15 лет (I группа). Исследование мокроты на микрофлору осуществляли путем забора мокроты утром, натощак, и определяли по бактериоскопическому методу в мазках, окрашенных по Граму.

Результаты: результаты бактериологического исследования показали, что в более чем половине случаев в посевах мокроты обнаружены бактерии рода Streptococcus, из них преимущественно Streptococcus mitis. Анализ данных показал, что в посевах в 32,1% случаях отмечался рост Staphylococcus aureus, в 21,4% Haemophilus influenzae, 14,3% Micoplasma pneumoniae, 14,3% Streptococcus pneumonia. У детей из группы сравнения преимущественно отмечался рост Streptococcus mitis (36,6%), реже Streptococcus salivarius (13,3%), Streptococcus parauberius (16,6%), и Streptococcus pneumoniae (10,0%). Затяжное течение ВП обусловлено ростом Staphylococcusaureus, Haemophilusinfluenzae, Micoplasmapneumoniae, Streptococcuspneumonia, что необходимо учитывать при назначении антибактериальной пневмонии. Оценить этиологическую значимость обнаруженных инфекционных агентов, таких как S. mitis, S. salivarius, S. parauberius, N.subqlava сложно, т.к. для них нехарактерно развитие воспаления в легочной ткани.

Выводы: микробиологические исследования показали, что у детей с ВПЗТ значительное место в этиологической структуре занимает Staphylococcus aureus, который трудно поддаётся лечению антибактериальными препаратами первой линии, ввиду высокой резистентности к ним, что является одной из основных причин затяжного течения ВП.

47.
ОСОБЕННОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, Ташкентский государственный медицинский университет

Авезова З.Ш., Каримова Н.И.

Цель исследования: изучить особенности формирования антибактериальной резистентности возбудителей внебольничной пневмонии у детей.

Материалы и методы: было обследовано 100 детей с ВП в возрасте от 1 до 15 лет. Определение чувствительности к антибиотикам проводили путём добавления антибиотиков в различных концентрациях к выделенной культуре микроорганизмов.

Результаты: По результатам бактериологического исследования у больных с ВП в 37,5% случаев установлен штамм Staphylococcusaureus, в 27,5% – к Streptococcuspneumonia, в 15,0% – Klebsiellapneumonia и у 20,0% – H.influenzae. Staphylococcusaureus в 100% случаев имели чувствительность к цефоперазону, карбапенемам, в 60% – к амоксициллину, цефотаксиму, цефепиму, в 40% – к амикацину и только в 20% – к макролидам. Наибольшее число штаммов Staphylococcusaureus были в 100% резистентны к β-лактамам, в 80% к макролидам, в 40% цефтазидиму и только в 20% к цефтриаксону и нитрофурантоину. При оценке штаммов Streptococcuspneumonia в 80% случаев определен высокий уровень чувствительности к препарату цефотаксим, в 60% – к цефепиму, цефоперазону, макролидам и только в 20% – к амоксициллину и карбапенам. Результаты изучения чувствительности Streptococcuspneumoniae позволили в качестве рекомендуемых средств для эмпирической АБТ при ВП использовать цефотаксим, цефепим, цефоперазон и макролиды.

Выводы: полученные данные указывают на высокий процент резистентности высеянных микроорганизмов к ряду широко используемых антибиотиков, так в 100% случаев определена чувствительность Staphylococcusaureus к цефоперазону; в 80% случаев Streptococcuspneumoniae – к препарату цефотаксим. Учитывая данный факт при назначении АБТ необходимо предупредить вторичную контаминацию антибиотикорезистентными штаммами.

48.
АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАЗВИТИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский государственный медицинский университет

Мирзакулов С.А., Каримова Н.И.

Цель исследования: разработать и изучить методы профилактики затяжного течения внебольничной пневмонии у детей.

Материалы и методы: обследованы 180 детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет с внебольничной пневмонией затяжного течения (ВП ЗТ). В I группу входили 80 детей, получавших только базисную терапию (БТ) и II группу 100 детей получавших базисную терапию + препарат «лиофилизированный бактериальный лизат» по схеме. Иммуноферментным методом определялись иммунологические показатели и проводился детальный анализ полученных данных.

Результаты: при ВПЗТ наблюдалось достоверное снижение относительного количества числа CD3+ -лимфоцитов 45,4±0,9% и CD4+ -лимфоцитов до 29,1± 0,8%, снижение CD8+- лимфоцитов до 16,4±0,6%, с достоверным повышением относительного количества CD20+- лимфоцитов, что составило 29,7±0,6%. Наблюдалось изменение гуморального звена иммунитета, которое выражалось понижением уровня в сыворотке крови IgA и IgM, что составило 46,2±2,6мг%; 91,3±3,2 мг% соответственно. После проведенного профилактического лечения наблюдался прирост относительного, числа CD3+ -лимфоцитов, составляющий 52,2±1,9%, достоверный по отношению показателей I группы больных (P<0,001). Субпопуляции лимфоцитов, несущие маркеры CD8+, также имели положительную динамику. Происходит стимуляция альвеолярных макрофагов, которые выделяют цитокины, защищающие организм от инфекций, увеличивается количество Т-лимфоцитов, количество защитных антител класса IgA, стимулируется выработка защитных молекул адгезии, снижается количество антител класса IgE.

Выводы: своевременное лечение очагов хронической инфекции, рахита, анемии и коррекция нарушения питания, проведение профилактических мероприятий наряду с использованием лиофилизированного бактериального лизата уменьшает частоту развития ВПЗТ у детей.

49.
ПОСТИНФЕКЦИОННАЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

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

Манукян А.С., Приходько А.Г.

Введение: Постинфекционная бронхиальная гиперреактивность у детей недостаточно изучена.

Цель: Оценить динамику функции внешнего дыхания у детей с постинфекционной бронхиальной гиперреактивностью.

Материалы и методы. 19 детей перенесших острую респираторную инфекцию с верифицированной осмотической гиперреактивностью дыхательных путей обследованы двукратно: при первом обращении и спустя 6 месяцев. У 53% детей при первом обращении была обнаружена Mycoplasmapneumoniae. Обследование включало клинический осмотр, спирометрию (ОФВ1, ЖЕЛ, СОС25-75), оценку реакции бронхов на ингаляцию сальбутамола (ΔОФВбл) и на бронхоповокационную пробу с ультразвуковой ингаляцией дистиллированной водой (ΔОФВ1идв).

Результаты: При первом визите возраст детей составил 9 [8; 11]лет, вес 28 [24; 42]кг, ОФВ1 88 [77; 109]%, ЖЕЛ 91 [81; 108]%, СОС25-75 73 [55; 96]%, ΔОФВбл 5,5 [0,5; 6,5]%, ΔОФВидв -12 [-14; -10]%, ΔОФВ1/ЖЕЛидв -10 [-12; -8,1]%, ΔСОС25-75идв -26,4 [-29; -21,5]%. Спустя 6 месяцев после лечения ОФВ1 увеличился с 1,85±0,21 до 1,97±0,19 л (прирост 0,12±0,07л; p=0,11), ЖЕЛ – с 2,27±0,23 до 2,6±0,28 л (прирост 0,325±0,195 л; p=0,121), СОС25-75 – с 1,98±0,3л/с до 1,99±0,26л/с (прирост составил 0,008±0,13л/с; p=0,949), после пробы с сальбуталомΔОФВбл 5 [-1; 8]% (p=0,333), после пробы ИДВ ΔОФВ1идв составила -1,0[-8,5; 9,9]% (p=0,006), ΔОФВ1/ЖЕЛидв -0,82 [-7; 4,25] (p=0,006); ΔСОС25-75 -2,2 [-20,5; 21,2]% (p=0,012). Через 6 месяцев из 19 обследованных детей у 2 сохранялась гиперреактивность дыхательных путей на пробу ИДВ, у 4 – парадоксальный прирост показателей на тест с ИДВ.

Выводы: Спустя 6 месяцев у 30% детей с постинфекционной гиперреактивностью дыхательных путей сохраняется изменённая реактивность бронхов, что подчёркивает важность мониторинга респираторных инфекций в данной группе.

50.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, Ташкентский государственный медицинский университет

Муратова К.Р., Каримова Н.И.

Цель исследования: изучить роль микробиоты кишечника в развитии синдрома свистящего дыхания у детей с острым бронхитом.

Материалы и методы: исследование микробиоты кишечника проводилась 120 детям с ОБ с ССД в возрасте 1-3 лет, в соответствии со стандартами современной клинической микробиологии.

Результаты: У всех обследованных детей наблюдались резкие снижения содержания бифидо- и лактобактерий по сравнению с показателями здоровых детей. Уровень бифидобактерий составлял (3,8±0,2) lgКОЕ/г, относительно (8,27±0,10) lgКОЕ/г в группе сравнения (P<0,001). В свою очередь, достоверно ниже, по сравнению со здоровыми лицами, была концентрация лактобактерий – (4,03±0,3) lgКОЕ/г). Общее количество кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью у всех больных также снижалась и составляла (5,5±0,2) lgКОЕ/г, в отличие от (6,77±0,24) lgКОЕ/г). Отмечалось увеличение количества УПМ, грибов рода кандида и появлением стафилококков. Так, у всех обследованных детей основной группы количество УПМ было на уровне (3,5±0,2) lgКОЕ/г, что достоверно превышает данные в группе сравнения. У больных ОБ с ССД детей был обнаружен золотистый и/или гемолизующий стафилококки ((1,2±0,1) lgКОЕ/г), в начале заболевания значительно возрастали титры грибов рода кандида, находившихся на уровне (4,03±0,2) lgКО/г против концентрации группы сравнения ((2,39±0,28) lgКО/г) (P<0,001).

Выводы: наличие качественных и количественных нарушений у детей характеризовались значительным снижением нормальной микрофлоры кишечника, Выявленные нами нарушения микробиоценоза кишок и лабораторные данные об изменениях количественного и качественного состава микрофлоры в остром периоде ОБ с ССД свидетельствуют о необходимости коррекции расстройств, с учетом полученных данных, путем назначения пробиотических препаратов.

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

51.
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ И ХОЛОДОВОЙ АЛЛЕРГИИ

Белорусский государственный медицинский университет

Барановская М.И., 1 Т.П.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 80 человек, разделенных на три группы: группа 1 – пациенты с холодовой аллергией (N=30), группа 2 – пациенты с пыльцевой аллергией (N=20), группа 3 – контрольная (здоровые добровольцы, N=30). У всех участников определяли уровень общего IgE и специфического IgE до и после лечения. Диагностика в группе 1 включала холодовую экспозиционную пробу, в групе 2 – кожные аллергопробы. Уровень аллергенспецифическихIgE оценивали с использованием ингаляционной панели. Лечение аутосывороткой проводили в ГУ «Городской центр трансфузиологии г. Минска» в период октябрь-февраль 2021-2024 гг. Первичный курс: 10 подкожных инъекций за 14 дней, после двухнедельного перерыва следовал второй курс. Эффективность у пациентов с пыльцевой аллергией оценивали летом, с холодовой – круглогодично.

Результаты: Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В группе 1 средний уровень oIgE до лечения составил 215 [185; 225] МЕ/мл, после – 185 [160;210] МЕ/мл; статистически значимых различий не выявлено. В группе 2 исходный уровень oIgE был 315 [298; 330] МЕ/мл, спецIgE – 9,2 [8,6;9,5] МЕ/мл (3 класс сенсибилизации). После 6 курсов терапии зафиксировано снижение oIgE до 183 [165;195] МЕ/мл и спецIgE до 4,5 [3,6; 4,9] МЕ/мл (2-3 класс сенсибилизации), что подтверждает сохранение IgE-опосредованного механизма. В группе 3 исходные показатели oIgE – 41 [36; 43] МЕ/мл, специфического IgE – <0,35 МЕ/мл.

Выводы: Аутосеротерапия достоверно снижает уровень oIgE у пациентов с пыльцевой аллергией. При холодовой аллергии значимых изменений уровня oIgE не обнаружено, (различные патогенетичемеханизмы). Снижение уровня специфического IgE у пациентов с пыльцевой аллергией не привело к изменению класса сенсибилизации.

52.
АКТУАЛЬНОСТЬ АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА КЛИМАТИЧЕСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ КУРОРТЕ ЮЖНЫЙ БЕРЕГ КРЫМА

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

Беляева С.Н.

Южный берег Крыма (ЮБК) – традиционно с середины 19 века единственный в России климатический пульмонологический курорт с сухим субтропическим климатом средиземноморского типа. Фтизиатрическая направленность курорта с момента начала его существования сменилась реабилитацией пациентов с неспецифическими заболеваниями легких, а в 20 веке использовались элиминационные возможности курорта, связанные с отсутствием пыльцы амброзии и березы на ЮБК. В настоящее время элиминационный потенциал курорта по пыльце амброзии снизился из-за широкого распространения амброзии в степной части Крыма и переноса её пыльцы на ЮБК. Нами проводились аэропалинологические исследования на ЮБК круглогодично в 1990-е и 2000-е годы.

Цель исследования: 1) дать характеристику основных видов растений – продуцентов пыльцы; 2) контролировать изменения сезона пыления основных продуцентов пыльцы; 3) выявить этиологический фактор зимне-весеннего поллиноза у жителей ЮБК; 4) выявить появление пыльцы амброзии на ЮБК.

Материалы и методы: Определение видового состава пыльцы в воздухе ЮБК гравиметрическим методом на «стеклах-ловушках». Собственные данные: Выявлены основные продуценты пыльцы на ЮБК – кипарис, сосна, кедр, ясень. Определены колебания сроков начала паллинации растений. Пыльца растений в воздухе курорта определялась круглогодично. Доказано влияние пыльцы кипариса на формирование зимне-весеннего поллиноза у жителей ЮБК. Выявлена пыльца амброзии полынолистной в воздухе курорта. Не определялась пыльца березы в воздухе курорта.

Выводы: 1) Аэропалинологические исследования актуальны на пульмонологическом климатическом курорте. 2) Необходимо постоянное мониторирование воздушной среды курорта волюметрическим методом в связи с изменениями состава пыльцевого дождя.

53.
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Республика Крым, РФ; ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И. М. Сеченова», г. Ялта, Республика Крым, РФ

Каладзе Н.Н., Дудченко Л.Ш., Соловьёва Е.А., Андреева Г.Н.

Восстановительное лечение пациентов с постковидным синдромом (ПКС) требует комплексного и индивидуального подхода, учитывающего не только доминирующий симптомокомплекс, но и иммунологический статус, характеризующийся дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Цель: изучить возможности коррекции иммунологических нарушений у пациентов с ПКС в санаторно-курортном учреждении.

Материалы и методы: в исследование включено 75 пациентов, перенесших COVID-19 с поражением легких, прошедших комплексное санаторно-курортное лечение. 33 из них (основная группа) дополнительно получали препарат интерферона альфа-2b в течение 10 дней.

Результаты: При поступлении у пациентов было выявлено значительное повышение провоспалительного трансформирующего фактора роста TGF-β1, ассоциирующегося с риском фиброза легких, повышение уровня фактора роста эндотелия, свидетельствующего об активации репаративных процессов, противовоспалительного ИЛ-10, восстанавливающего иммунологический гомеостаз после острой фазы заболевания. На фоне лечения в обеих группах улучшилось общее состояние, уменьшились респираторные симптомы, повысилась толерантность к нагрузке. В основной группе отмечалось снижение уровня TGF-β1, что сопровождалось благоприятной динамикой иммунологических показателей. Лимфопоэтический ИЛ-7 статистически значимо вырос в обеих группах, что свидетельствовало о компенсации транзиторной иммуносупрессии в постковидном периоде; ИЛ-10 имел тенденцию к снижению в связи с завершением процессов, требующих его высоких концентраций.

Выводы: Включение интерферона альфа-2b в программу восстановительного лечения больных с ПКС целесообразно для восстановления иммунореактивности, коррекции цитокинового профиля и нормализации уровней ростовых факторов, что снижает риск формирования фиброза легких.

54.
ИММУННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Решетникова Л.К., Сулима М.В.

Целью нашего исследования: стало изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета у пациентов с ВП в сочетании с ОРВИ на фоне стандартной фармакотерапии и с применением противовирусного препарата Осельтамивир (75мг 1 раз в сутки) и иммуномодулирующего препарата Ликопид (10мг 1 раз в сутки) Методы исследования: Дизайн исследования – проспективноекогортное исследование на базе ГКБ, в которое включались две группы больных с идентичной патологией в возрасте 30-48 лет. В первой группе (20) пациентам назначались препараты Осельтамивир и Ликопид, во второй группе (18) пациенты получали стандартное лечение. Иммунологическое исследование включало определение содержания CD3, CD8, CD4, CD16, CD20-лимфоцитов, IgA, IgM, IgG.

Результаты: при поступлении у всех больных отмечено снижение Т-лимфоцитов (CD3), цитотоксических лимфоцитов (CD8), Т-хелперов (CD4), а также снижено содержание IgA. При повторуом исследовании через 10 дней на фоне клинического улучшения состояния у всех пациентов отмечена тенденция к увеличению иммунологических показателей. Но в группе больных, получавших наряду с комплексным лечением Осельтамивир и Ликопид, по сравнению с контрольной группой отмечено увеличение до нормальных величин CD3, CD8, CD4, CD16, IgG, тогда как в контрольной группе эти показатели оставались ниже нормы.

Заключение: Таким образом, подключение к стандартной терапии противовирусных и иммуномодулирующих препаратов повышает эффективность лечения за счет подавления вирусного воздействия и повышения реактивности организма.

55. ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА КОНТРОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Малышева М.В., Ненашева Н.М.

Цель: Оценить влияние выраженности симптомов АР на контроль сопутствующей БА у детей с сезонным и\или круглогодичным АР в сочетании с частично или неконтролируемой БА легкого или среднетяжелого течения.

Материалы и методы: В открытое наблюдательное исследование отобрано 60 детей соответствующих критериям включения/невключения в возрасте от 7 до 17 лет с сезонным и/или круглогодичным АР в сочетании с частично или неконтролируемой БА легкого или среднетяжелого течения. Для детей с сезонным АР длительность исследования составила 56 дней, с круглогодичным АР – 84 дня. Всем участникам исследования назначено лечение АР спреем назальным фиксированной комбинации мометазона и олопатадина в возрастной дозировке (М+О), при этом терапия БА не менялась. Оценка выраженности симптомов АР проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы, контроль сопутствующей БА оценивался по валидированным опросникам сАСТ\АСТ, ACQ, качество жизни для детей с БА по опроснику PAQLQ(s). Всем пациентам проводилась функция внешнего дыхания с бронходилатационной пробой, забор венозной крови с проведением клинического анализа крови, определения уровня эозинофильно-катионного белка, забор мазка из носа с проведением риноцитограммы, а также измерение оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO).

Результаты: При лечении АР назальным спреем М+О выявлено статистически значимое уменьшение симптомов АР и БА, а также выявлена корреляционная связь между выраженностью симптомов АР и контролем БА, качеством жизни детей. С улучшением контроля АР и БА улучшились функциональные показатели, ОФВ1, а также статистически значимо уменьшился FeNO.

Выводы: Снижение выраженности симптомов АР улучшает контроль сопутствующей бронхиальной астмы и повышает качество жизни у детей.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

56. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

1. МГУ имени М.В. Ломоносова, НИИ и Музей антропологии, Москва, Россия,
2. ФГБУ Научно-исследовательский институт пульмонологии ФМБА России, Москва, Россия

Задорожная Л.В. – 1, Васильева А.А. – 1, Савина Т.А. – 2, Бабаджанова Г.Ю. – 2

Цель: изучение морфологических характеристик пациентов с подтвержденными интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ) для выявления ассоциаций между характеристиками телосложения и клиническими показателями.

Материалы и методы: Проанализированы клинические (%ФЖЕЛ, уровень инсулина в плазме крови) и более 20 антропометрических показателей (индекс массы тела (ИМТ), обхваты туловища и конечностей, толщины жировых складок и др.) 31 пациента с установленными диагнозами ИЗЛ. Обследовано 17 мужчин и 14 женщин, средний возраст - 62,1 года. С диагнозом идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) - 9 пацинетов, с диагнозом гиперчувствительный пневмонит (ГП) - 22. У двоих пациентов диагностирован сахарный диабет 2 типа (СД2).

Результаты: Больные ИЗЛ имеют более высокий, чем у условно здоровых индивидов, ИМТ за счет повышенного жироотложения. Рассчитанные коэффициенты корреляции ($p<0,05$) продемонстрировали среднюю по величине связь между уровнем инсулина и ИМТ (0,34), уровнем инсулина и числом перенесенных случаев COVID-19 пациентом (0,30). Обнаружены различия у мужчин с разными типами ИЗЛ по возрасту (выше у больных ИЛФ) и обхватам плеча (выше у больных ГП), $p<0,05$. Толщина жировых складок, ИМТ выше у больных ГП, $p>0,05$. У пациентов с ГП встречаются морфологические маркеры СД2 и высокий уровень инсулина (свыше 90 мкЕД/мл). Половина обследованных до начала заболевания ИЗЛ сталкивались с факторами риска развития ИЗЛ: загрязнение воздуха по месту проживания или регулярное столкновение с химическими реактивами на работе.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о сложных взаимосвязях различных комплексов признаков, влияющих на развитие ИЗЛ. Для дальнейшего исследования необходимо расширение численности больных различными типами ИЗЛ, отягощенными СД2 и сбор более полного анамнеза.

57.
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS35705950 ГЕНА MUC5B У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

1. Научно-исследовательский институт пульмонологии ФМБА России, Москва, Россия,
2. Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова, Москва, Россия

Сигин В.О. – 2, Савина Т.А. – 1, Бабаджанова Г.Ю. – 1

В настоящем исследовании были проанализированы генотипы полиморфизма rs35705950, ассоциированного с аллелем риска T, у пациентов с интерстициальными заболеваниями легких: в группе гиперчувствительного пневмонита (ГП, n = 49) и группе идиопатического легочного фиброза (ИЛФ, n = 37). В качестве контрольной выборки использовалась большая когорта из базы данных gnomAD (n = 33 988), отражающая общую популяцию без стратификации по заболеваниям.

Цель исследования: определить частоту аллелей и генотипов полиморфизма (SNP) в промоторной области гена MUC5B (rs35705950) в выборке из российской популяции. Общая выборка обследованных включала 86 человек с ИЗЛ: группу ГП (n = 49) и группу ИЛФ (n = 37), из них 44 мужчины и 42 женщины. Возраст обследованных варьировал от 24 до 84 лет, средний возраст составил 68,1 года. Материалом для молекулярно-генетического анализа служила ДНК, выделенная из образцов периферической крови. Выделение ДНК проводилось стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование полиморфизма rs35705950 гена MUC5B осуществлялось с использованием разработанной тест-системы в формате ПДРФ; визуализация результатов проводилась методом электрофореза в полиакриламидном геле с окрашиванием нитратом серебра. Полученные данные свидетельствуют о том, что аллель T является значимым генетическим фактором риска интерстициальных заболеваний легких, что подчеркивает его потенциальное значение в исследовании патогенеза и разработке молекулярно-диагностических маркеров ИЗЛ.

58.
ОРГАНИЗУЮЩАЯСЯ ПНЕВМОНИЯ (РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ)

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

Глуткина Н.В. – 1, Зинчук В.В. – 2, Кулага Е.Я. – 2, Норик С.Ф. – 2

Организующаяся пневмония (ОП) – вида интерстициального заболевания легких с неспецифическими клиническими симптомами, напоминает традиционную пневмонию, но не вызванную инфекцией. Этиология данного заболевания до сих пор до конца не известна.

Цель работы: провести анализ рецидивирующего течения ОП. Материал и методы. Был проанализирован клинический случай, в котором приводится пример ОП (рецидив через 1 год после окончания глюкокортикостероидной терапии)

Результаты: Пациентка П. поступила в отделение пульмонологии с диагнозом: двусторонняя полисегментарная пневмония, затяжное течение (в течение полутора месяца получала антибиотикотерапию, однако, на фоне проводимой терапии самочувствие не улучшилось). После проведенного дообследования и исключения

альтернативного диагноза) был выставлен диагноз: криптогенная организующаяся пневмония, назначена терапия. Пациентке было рекомендовано принимать метилпреднизолон. При повторной консультации через 6 месяцев у пациентки наблюдалась положительная клинико-рентгенологическая динамика. Однако, через 1 год после прекращения терапии были выявлены вновь изменения по МСКТ органов грудной клетки, было возобновлено амбулаторное симптоматическое лечение и динамическое наблюдение.

Выводы: Таким образом, на основании приведенного примера клинического случая демонстрируется трудность диагностики ОП (необходимость междисциплинарного консенсуса), а также серьезного мониторинга пациентов для предупреждения рецидива.

59. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

Левина Ю.А.

Цель: Оценить распространенность и определить предикторы развития фибротических ИЗЛ и сопутствующей эмфиземы у пациентов с системной склеродермией.

Материалы и методы: Проведено продольное обсервационное исследование пациентов с ИЗЛ-ССД. Экспертом рентгенологом проанализированы КТ-паттерны. Статистика: непараметрические тесты, корреляционный, регрессионный анализ, ROC-кривая ($p<0,05$).

Результаты: Из 103 пациентов с ИЗЛ-ССД: паттерн клеточной НСИП выявлен у 46,6% пациентов, фиброзная НСИП – у 44,7%, ОИП – у 8,7%. В ходе унивариантного регрессионного анализа предикторами наличия фИЗЛ-ССД стали: стаж заболевания (ОШ 1,01, $p=0,022$), наличие телеангиэктазий (ОШ 2,48, $p=0,032$), снижение ФЖЕЛ (ОШ 0,97, $p=0,017$), снижение DLco (ОШ 0,96, $p=0,003$). Пороговые значения при ROC-анализе: стаж заболевания более 8 лет (AUC 0,645, $p=0,008$), снижение ФЖЕЛ менее 80% должн. (AUC 0,639, $p=0,015$) и DLco менее 45% должн. (AUC 0,734, $p<0,0001$). При анализе ВРКТ изображений частота комбинации легочного фиброза и эмфиземы составила 30,9% (при нфИЗЛ-ССД 10,4%, $p=0,011$). Предикторы наличия эмфиземы у пациентов с ИЗЛ-ССД: мужской пол (ОШ 3,68, $p=0,049$), стаж заболевания (ОШ 1,01, $p=0,032$), наличие легочного фиброза (ОШ 3,85, $p=0,015$), снижение DLco (ОШ 0,95, $p=0,008$). ROC-анализ: стаж заболевания более 12 лет (AUC 0,753, $p=0,003$) и DLco менее 35% должн. (AUC 0,670, $p=0,001$).

Выводы: Полученные результаты демонстрируют высокую распространенность фИЗЛ при ССД (53,4%). Основными предикторами легочного фиброза стали снижение ФЖЕЛ менее 80% должн., DLco менее 45% должн., стаж заболевания более 8 лет. Кроме того, выявлена высокая распространенность эмфиземы у пациентов с ИЗЛ-ССД, предикторами которой было наличие признаков легочного фиброза по ВРКТ, длительный стаж заболевания и снижение DLco.

60.
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького

Моногарова Н.Е., Момот Н.В., Бедак А.С., Шупикова Е.В.

Цель: изучить взаимосвязь между идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) и сопутствующей патологией, также отметить влияние сопутствующих заболеваний на развитие ИЛФ.

Материалы и методы: проанализировано 180 историй болезни пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина» г. Донецк. Среди которых у 66 был диагностирован ИЛФ (36% из общей группы пациентов). Из них женщин 38 (57%), остальные мужчины. Возраст 54,4±3,2 лет. Около 40% пациентов имели факторы риска, такие как курение. Продолжительность заболевания составляла от 1,5 до 12 лет. 80 больным из общей группы с интерстициальными заболеваниями легких проводилась биопсия легких. В 52 случаях был подтвержден диагноз ИЛФ морфологически.

Результаты: более, чем у 80% больных ИЛФ наблюдалась коморбидная патология. Из сопутствующих заболеваний по данным историй болезни доминировала патология сердечно-сосудистой системы (ССС) (36%). Легочная гипертензия (ЛГ) более, чем у 32%. У 26% патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), прежде всего гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) отмечен у каждого третьего больного с ИЛФ. У 20 больных был диагностирован сахарный диабет (СД). У 2 больных диагностирован аспергиллез легких. У 3 – рак легкого.

Выводы: по данным изучения историй болезни пациентам с интерстициальными заболеваниями легких наиболее распространенным был ИЛФ. У 48 больных была диагностирована коморбидная патология, чаще: ССС, ЖКТ, ЛГ, СОАС. Анализируя анамнез развития коморбидной патологии, нами отмечено, что ряд заболеваний таких как СОАС, СД и ГЭРБ были диагностированы у пациентов на 5-7 лет раньше ИЛФ. Возможно, они являются фактором, приводящим к развитию ИЛФ.

61.
ОЦЕНКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького

Закомолдина Т.В., Моногарова Н.Е., Бедак А.С., Глухов Д.Р.

Цель: оценить кислотно-щелочное состояние артериальной крови у пациентов с интерстициальными заболеваниями легких.

Материалы и методы: проанализированы результаты исследования газового состава и кислотно-щелочного состояния (КЩС) крови у 108 пациентов. Из них идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) был у 77 больных, неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП) – 21, критогенно организующаяся (КОП) – 4, респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких (РБ-ИЛ) – 4. Показатели газового состава оценивали микрометодом с помощью анализатора «ABL5» фирмы «Radiometr».

Результаты: у больных с ИЛФ и НСИП отмечались признаки гипоксемии, достоверное снижение PaO2 ($p<0,05$) в сравнении с показателями контрольной группы (72,1±2,3

мм ртст), ИЛФ- (57,8±1,5 мм ртст) и больные с НСИП – (64,4±2,1 мм ртст). У больных с ИЛФ степень гипоксемии была значительно выше (p<0,01), чем у пациентов с НСИП. При КОП существенных изменений не наблюдалось. При РБ-ИЛ отмечалась незначительно выраженная гипоксемия. Уровень PaCO2 у обследованных групп больных достоверно не отличался от контрольной группы. Однако, у большинства пациентов с ИЛФ выявлялись разнонаправленными изменения показателей PaCO2. Группу больных с гипокапнией (PaCO2<35 мм ртст) составили 16 пациентов (13 с ИЛФ, 3 с НСИП), 19 больных были с гиперкапнией (PaCO2>42 мм ртст): из них ИЛФ-15, НСИП-4. При гиперкапнии наблюдалась тяжелая степень гипоксемии.

Выводы: таким образом, метод исследования газового состава и КЩС крови не позволяет выявить нарушения патогномоничные для определенных форм интерстициальных заболеваний легких. Вместе с тем, эти показатели являются объективным критерием оценки темпов прогрессирования заболевания и эффективности лечения.

62. ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОМ ПНЕВМОНИТЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского»

Юркова Ю.Г., Болотова Е.В., Гилевич И.В., Шульженко Л.В.

Введение: Гиперчувствительный пневмонит (ГП) – наиболее распространенное интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), для которого характерно развитие прогрессирующего легочного фиброза (ПЛФ). В настоящее время продолжается поиск лабораторных маркеров для своевременной диагностики ПЛФ.

Цель исследования: Изучение уровней матриксных металлопротеиназ (MMP-1, MMP-7, MMP-9), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1 или CCL2) и хемокиновыхлиганд 4 (CCL4) в бронхоальвеолярной жидкости (БАЛ) при идиопатическом легочном фиброзе (ИЛФ) и гиперчувствительном пневмоните (ГП) и взаимосвязь данных показателей с критериями ПЛФ.

Материалы и методы: В исследование включены 59 пациентов с ИЗЛ, из них 47 пациент с ГП и 12 пациентов с ИЛФ. Диагноз ПЛФ установлен на основании критериев диагностики Американского торакального общества (2022 г). Выполнено количественное определение уровней MMP-1, MMP-7, MMP-9, CCL4 (RayBiotech, США) и уровней CCL2, VEGF (Вектор-Бест, Россия) в БАЛ на иммуноферментном анализаторе «Hydro Flex» (TECAN, Австрия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0.

Результаты: Концентрации MMP-1, MMP-7 и CCL2 в сыворотке крови при ИЛФ и ГП с ПЛФ были сопоставимы (p = 0,35, p = 0,41 и p=0,2 соответственно). Показатели MMP-1, MMP-7, MMP-9, VEGF, CCL2 и CCL4 в БАЛ были достоверно выше при ИЛФ и ГП с ПЛФ в сравнении ГП без ПЛФ. При изучении уровней MMP-1, MMP-7, MMP-9, VEGF, CCL2 и CCL4 в БАЛ выявлена достоверная связь повышения данных биомаркеров со снижением ФЖЕЛ ≥ 5% и DLCO ≥ 10% от должных в течение года.

Заключение: Повышение уровней MMP-1, MMP-7, MMP-9, VEGF, CCL2 и CCL4 в БАЛ позволяет рассматривать данные показатели в качестве биомаркеров для диагностики ПЛФ при ГП.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

63.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ «ПОРТРЕТЫ» САРКОИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Демидик С.Н. – 1, Маркевич Н.Б. – 2

Проведение компьютерной томографии (КТ) пациентам с саркоидозом позволяет установить характер, распространенность поражения, лучевую стадию.

Цель: Оценить особенности КТ картины саркоидоза у пациентов Гродненской области.

Материал и методы: Проведен анализ КТ 80 пациентов с саркоидозом с морфологически подтвержденным диагнозом.

Результаты: I стадия саркоидоза диагностирована у 17 (21,3%) пациентов. У всех пациентов были классические потенциально обратимые изменения во ВГЛУ. У 48 (60,0%) обследованных была II стадия заболевания. Из них: у 10 (20,8%) подтверждены типичные обратимые изменения во ВГЛУ и легких, у 35 (72,9%) пациентов классическая лимфаденопатия сочеталась с атипичными изменения в легких, в 3 (6,3%) случаях отмечена комбинация нетипичных изменений во ВГЛУ и легких. III стадия саркоидоза наблюдалась у 14 (17,4%) пациентов. При этом типичные и атипичные изменения в легких выявлены у 5 (36,0%) и 9 (64,0%), соответственно. У 1 (1,3%) пациента с IV стадией выявлены классические изменения, отражающие фиброз. Из 62 пациентов с потенциально обратимые изменения легких, 44 (71%) имели нетипичные КТ симптомы. В 24 (54,5%) случаях изменения легких проявлялись сочетанием нескольких нетипичных КТ-паттернов. Макроузелки и симптом «galaxy» – по 23 (52,3%) случая. У 9 (20,5%) пациентов выявлен ретикулярный паттерн. Утолщение плевры и "матовое стекло" отмечены у 6 (13,6%) пациентов. Редким проявлением саркоидоза были изолированные полости – 2 (4,5%) пациента.

Выводы: Саркоидоз органов дыхания в 60% случаев протекает с поражением ВГЛУ и легких. Редким проявление саркоидоза является IV стадия. Поражение ВГЛУ в 95,4% случаях, носит классический характер. В то время как изменения легких у 71% – нетипичные. Наиболее частые нетипичные КТ-паттерны – макроузелки и симптомом «galaxy».

64.
ОСОБЕННОСТИ СКТ-КАРТИНЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ)

Сибирский государственный медицинский университет

Шипхинеева А.Ю., Денисова О.А.

Введение: Системная склеродермия (ССД) – это хроническое аутоиммунное заболевание, для которого характерно мультисистемное поражение. Часто встречаемым проявлением является интерстициальное поражение легких (ИПЛ), «золотым стандартом» для диагностики данного состояния является КТ ОГК.

Цель: проанализировать КТ-изменения у пациентов с ССД в Томской области.

Материалы и методы: Проанализированы 84 истории болезни и СКТ ОГК у пациентов с ССД, наблюдающихся в отделении ревматологии ФГБОУ ВО «СибГМУ» с 2015 по 2024 гг. СКТ ОГК проводилась в дебюте заболевания. База данных сформирована в программе Microsoft Excel.

Результаты: Основными КТ-проявлениями поражения легких являются: ретикулярные изменения – 31 пациент, матовое стекло – 50, зоны консолидации – 9, кальцинаты – 39, очаговые изменения – 46, эмфизема – 9, кисты – 9, фиброзные тяжи – 48. Утолщение стенок бронхов – 69. Внелегочные проявления: ЛАГ у 32 пациентов, расширение пищевода – 40, перикардит – 29, жидкость в плевральных полостях – увеличение печени – 17, увеличенные периферические ЛУ – 24, спайки – 16. Увеличение медиастинальных ЛУ – 31, смещение средостения – 20. ИПЛ встречалось у 40 пациентов, из них НСИП 36, ФВ НСИП 4, бронхиолит 1, расцененный как БЛ-ассоциированный с ИЗЛ. Изменения в рамках ИПЛ выявлены у 46 пациентов, но у 6 описаны изменения в рамках матового стекла без ИПЛ, у 3 – ретикулярные изменения без ИПЛ, у 19 – очаговые изменения без ИПЛ. Обращает внимание отсутствие описания ОИП у пациентов с ССД.

Выводы: наиболее распространённой формой ИПЛ является НСИП, которая не имеет значимых различий с идиопатической формой ИПЛ, из-за этого требуется дообследование пациентам для дифференциации ИПЛ. Отмечено отсутствие пациентов с ОИП.

МИКРОБИОЛОГИЯ

65.
ВАРИАНТЫ МИКРОБИОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

Кузнецов А.А., Зайцева Е.А., Невзорова В.А.,

Цель: анализ микробиома дыхательных путей у онкогематологических пациентов.

Материалы и методы: данные эпидемиологического мониторинга, выделенных микроорганизмов у пациентов гематологического отделения за 2024 год (178 пациентов) города Владивостока. Для оценки результатов использовали статистические методы.

Результаты: Отмечено, что из респираторного тракта пациентов гематологического профиля больше всего выделялись бактерии родов: Streptococcus (39,11%), Staphylococcus (18,03%), Klebsiella (14,52%) и Enterococcus (11,01%), реже – Enterobacter (5,82%), Escherichia (5,62%), Pseudomonas (2,58%), Acinetobacter (1,87%). В единичных случаях – Proteus, Citrobacter, Providencia, Morganella. При этом из верхних отделов дыхательных путей (зев и нос) чаще выявлялись бактерии родов Streptococcus (31,62%), Staphylococcus (16,62%) и Klebsiella (11,24%). Из нижних локусов (мокрота и БАЛ) микроорганизмы выявлялись реже и были представлены: Streptococcus (7,49%), Klebsiella (3,28%), Enterococcus (3,28%), Staphylococcus (1,41%). При оценке чувствительности к антимикробным препаратам антибиотикорезистентные микроорганизмы с одинаковой частотой выявлялись во всех исследуемых локусов. Наиболее резистентными к антимикробным препаратам были Klebsiella spp., Escherichia coli и Enterobacter cloacae, продуцирующие ферменты бета-лактамазы расширенного спектра и карбапенемазы, ванкомицинрезистентные Enterococcus faecium, метициллинрезистентные Staphylococcus aureus и S.epidermidis.

Выводы: Основными возбудителями микробиома дыхательных путей у онкогематологических пациентов являются полирезистентные условно-патогенные микроорганизмы группы ESKAPE, что требует корректировки в назначении антимикробных препаратов.

МУКОВИСЦИДОЗ

66.
СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕТНУЮ ТЕРАПИЮ

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

Шакирова Г.Р. – 1, 2, Гизатуллина Э.Д. – 2, Семенова А.С. – 2

Цель: сравнение клинико-функциональных параметров у пациентов получавших и не получавших таргетную терапию в период с 2022 по 2025 гг. Методы: для статистической обработки использована программа SPSS-26.

Результаты: В республике Татарстан на конец июля 2025 г. 56 взрослых пациентов с муковисцидозом (МВ): 30 (53,6%) мужчин и 20 (46,4%) женщин. Средний возраст пациентов 26,3 ± 0,9 лет. На текущий момент 36 (75%) пациентов с МВ получают таргетную терапию. Большинство получают элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор+ивакафтор. Для сравнения была отобрана группа пациентов, получавших таргетную терапию (группа 1) n=27 и группа пациентов, не получавших данную терапию n=15 (группа 2) в период с 2022 по июль 2025 гг. Длительность приема препарата – 22,3±2,4 месяцев. До начала лечения масса тела в группе 1 составила 47,0±1,5 кг, в группе 2 – 58,7±3,4 кг (p=0,001). На конец июля 2025 г. масса тела в группе 1 – 53,6±1,9 кг, в группе 2 – 58,9±3,7 кг. В группе 1 прирост прибавки в весе достоверный (p=0,000), в группе 2 прирост веса незначительный (p=0,84). Исходные спирометрические параметры в 2022 г. достоверно не отличались (p=0,3 и p=0,2 для ФЖЕЛ и ОФВ1 соответственно): группа 1 ФЖЕЛ 2,7 ± 0,2 л, ОФВ1 1,7 ± 0,2 л, группа 2 ФЖЕЛ 3,1±0,3 л, ОФВ1 2,4±0,3 л; в июле 2025г. группа 1- ФЖЕЛ 3,2±0,2 л, ОФВ1 2,3±0,2 л, группа 2 ФЖЕЛ – 2,8±0,3 л, ОФВ1- 2,1±0,3 л. Прирост параметров спирометрии, получающих таргетную терапию достоверный, тогда как в группе сравнения отмечено достоверное снижение ОФВ1 (p=0,007). Частота обострений: группа 1 – 0,6±0,2 обострений в год; группа 2 – 3,1±0,4 обострений в год, p=0,000.

Выводы: в группе пациентов, получающих таргетную терапию отмечено достоверное увеличение массы тела, параметров спирометрии ОФВ1, ФЖЕЛ, и достоверное снижение количества обострений

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

67. АКУСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

Национальный детский медицинский центр, Ташкентский государственный медицинский университет

Шарипова Н.П., Каримова Н.И.

Цель исследования: Изучить акустические параметры синдрома бронхиальнойобструкции у детей с острым бронхитом.

Материалы и методы: Компьютерная бронхофонография проводилась 120 детям с ОБ с БОС в возрасте 1-3 лет, с использованием «Регистратора респираторных звуков» (РР3) и компьютерного программного комплекса "Паттерн 2х1000".

Результаты: После проведенной КБФГ у детей с БОС I ст в фазе вдоха отмечается достоверное увеличение низкочастотного диапазона НЧД (Р1) 20,12±0,54 мПа в 1,3 раза по сравнению с группой сравнения (Р<0,05). Наиболее высокие достоверные показатели отмечались у детей с БОС II ст и БОС III ст (23,2±0,46 и 16,8±0,6 мПа). Показатели среднечастотного диапазона СЧД (Р2) у детей с БОС I ст были достоверно увеличены до 9,58±0,21 мПа в 1,1 раза по сравнению с группой сравнения (ОБ) 8,6±0,2 мПа (Р<0,05). Наиболее высокие достоверные показатели отмечались у детей БОС II ст и III ст (11,0±0,3 и 22,3±0,4 мПа) (Р<0,01). Показатели высокочастотного диапазона ВЧД (Р3) у детей с БОС I ст в фазе вдоха были достоверно увеличены до 3,15±0,1 мПа в 1,5 раза по сравнению с группой сравнения (ОБ) 2,1±0,1мПа (Р<0,05). Наиболее высокие достоверные показатели отмечались у детей БОС II ст и III ст (6,8±0,1 и 15,0±0,3мПа) (Р<0,01).

Выводы: Удлинений общих СЧД и ВЧД, увеличение частотного диапазона вдоха и выдоха, повышение интенсивности дыхательных шумов и наличие дополнительных сухих и/или влажных хрипов) позволяют диагностировать БОС различной степени тяжести. Высокое ВЧД свидетельствует о патологических обструктивных процессах в мелких бронхах и бронхиолах у детей раннего возраста. Изменения в амплитуде частотного диапазона дыхательного цикла и его фаз позволяют своевременно выявлять БОС на ранних стадиях у детей с предрасположенностью к бронхиальной гиперреактивности.

ОНКОЛОГИЯ

68.
АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКИХ И ВЕЙПИНГ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Галиханова Ю.И., Шкляев А.Е., Малыгина А.С., Муравцева О.В., Стародубцева О.И.

Введение: В последние годы популярность вейпинга значительно возросла, однако его воздействие на здоровье требует дальнейшего изучения. В статье представлен клинический случай, демонстрирующий связь между использованием электронных сигарет (ЭС) и развитием аденокарциномы легких.

Описание клинического случая: Пациент, 24 года, доставлен в пульмонологическое отделение с жалобами на выраженную одышку в покое. Общее состояние пациента при поступлении: тяжелое, отмечался акроцианоз, частота дыхания 30 в минуту, сатурация 94-96% при использовании увлажненного кислорода. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. Из анамнеза известно, что пациент использовал ЭС с 16 лет. При лабораторном обследовании выявлен лейкоцитоз (16,18-27,06×109/л), другие параметры крови находились в пределах нормы. Компьютерная томография показала наличие диссеминированного поражения легких, пневмомедиастинум, малый гидроторакс и гидроперикард. Проведенная бронхоскопия не выявила структурных изменений в трахее и бронхах. Анализ биоптата, взятого с помощью щеточной биопсии, и исследование смыва из бронхов показали наличие аденокарциномы. Через 10 дней после госпитализации состояние пациента ухудшилось (нарастание дыхательной недостаточности), в связи с чем он был переведен в реанимационное отделение и подключен к аппарату искусственной вентиляции легких. Несмотря на интенсивную терапию, через 2 дня пациент скончался. Патологоанатомический диагноз: аденокарцинома легких.

Выводы: Представленный клинический случай подчеркивает опасность длительного вейпинга у молодежи, демонстрируя потенциальные риски развития аденокарциномы легких и необходимость дальнейших исследований, а также важность раннего выявления вейпингзависимых заболеваний лёгких.

69.
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ПРОЦЕССОМ В ЛЁГКИХ

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

Ерченко А.В., Ахмедова А.А.

Актуальность темы: Проблема дифференциальной диагностики заболевания у молодых пациентов с диссеминированным процессом в лёгких медиастинальной лимфаденопатией занимает особое место в практике пульмонолога. Более 150 нозологий могут проявляться синдромом лёгочной диссеминации, что затрудняет постановку верного диагноза и назначение терапии.

Описание клинического случая: Пациентка П, 39 лет в мае 2024 г. отметила появление непродуктивного кашля. Осмотрена терапевтом, проведён курс АБТ без эффекта. В июне 2024 г. МСКТ ОГК- картина диссеминированного процесса в лёгких, ВГЛУ, участков уплотнения по типу «матового стекла». Изменения трактовались как вероятные проявления саркоидоза лёгких и ВГЛУ, правосторонней среднедолевой пневмонии. Консультирована фтизиатром, Диаскинтест отрицательный; в мокроте КУМ не найдены. В июле 2024 г. поступила в отделение пульмонологии с жалобами на продуктивный кашель с трудноотделяемой скудной мокротой белого цвета, одышку инспираторного характера при умеренных физ. нагрузках, гипертермией до 37.5 С в ночное время суток. Выполнено МСКТ ОГК-отрицательная динамика, изменения описывались как проявления легочно-медиастинальной формы саркоидоза. Для верификации диагноза выполнена ФБС с ТББЛ правого лёгкого. Выполнена диагностическая ЭГДС, заподозрено наличие инфильтративно-язвенной опухоли тела желудка, выполнена биопсия. ПЭТ-КТ-картина распространенной лимфаденопатии с повышением метаболической активности, множественные гиперметаболические образования печени. По результатам ПГИ низкодифференцированная аденокарцинома легкого, низкодифференцированная аденокарцинома желудка с перстневидными клетками. Выполнено ИГХ исследование – аденокарцинома желудка high-grade с мтс в лёгкое.

Заключение: Данный клинический случай является редким примером лимфогенного метастатического поражения лёгких и печени перстневидноклеточной аденокарциномой тела желудка у пациентки 39 лет. Сложность дифференциальной диагностики данного случая заключалась в молодом возрасте, недостаточной диагностики на амбулаторном этапе, отсутствии ярких клинических и физикальных проявлений со стороны бронхолегочной системы и ЖКТ, отсутствии факторов риска и отягощённого наследственного анамнеза. Верный диагноз был поставлен при помощи морфологической верификации, что наглядно показывает необходимость комплексного исследования и обязательной верификации лёгочных диссеминаций.

70.
РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Поротникова А.С., Петров А.П., Никитин М.К.

Цель: Оценить состояние легочного газообмена у больных раком легкого и его влияние на течение раннего послеоперационного периода. Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, поступившие для хирургического лечения рака легкого. Всем пациента выполнена видеоторакоскопическаялобэктомия пораженного легкого. В 3-х случаях хирургическое лечение сочеталось с торакомиопластикой, в 2-х случаях с резекцией пораженных ребер, в одном случае с бронхопластикой. При поступлении в стационар всем пациентам была проведена спирография и оценка диффузионной способности легких (DLCO, % от должного).

Результаты: Изучаемая группа пациентов характеризовалась средним возрастом 65±8,5 лет, преобладанием мужского пола (68%). Длительность госпитализации после хирургического лечения составила 11±2,5 суток, госпитальная летальность зарегистрирована в 1,7% случаев. Сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких была верифицирована у 24% больных. Исходно обструктивный паттерн дыхания выявлен в 16% случаев. Нарушения газообменной функции легких (DLCO<70% от должного) отмечены в 42% случаев, выраженное снижение DLCO<45% от должного зарегистрировано у 14% пациентов. Проведение логистического регрессионного анализа показало, что наличие исходного снижения DLCO<45% ассоциировано с наличием сопутствующей хронической бронхо-легочной патологией (ОШ 3,2 (95% ДИ 1,8-4,6), p=0,027) и оказывает независимое негативное влияние на длительность госпитализации (ОШ 1,7 (95% ДИ 1,2-3,6), p=0,022) и госпитальную летальность (ОШ 2,4 (95% ДИ 1,7-3,4), p<0,001).

Выводы: Нарушение легочного газообмена зарегистрировано у 42% больных раком легкого. Уровень DLCO<45% от должного оказывает независимое негативное влияние на течение госпитального периода после хирургического лечения рака легкого.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

71.
ВЛИЯНИЕ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» НА ПРАКТИКУ ЕЁ ОКАЗАНИЯ И ИНФОРМАТИЗАЦИЮ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

1. НКЦ №2 ГНЦ РФ – ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация;
2. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» Минобрнауки России, Москва, Российская Федерация.

Шубин Д.И. – 1, Рощин Д.О. – 2

Введение: Качество оказываемой медицинской помощи гарантируется государством. Порядки оказания медицинской помощи (далее – Порядки) содержат требования к организации оказания медицинской помощи. Сочетание исполнения Порядков и информатизации контроля качества создает условия для развития медицинской науки и практики.

Материалы и методы: Проведён анализ Порядка по профилю «оториноларингология» с целью оценки положений, соответствующих различным этапам оказания помощи. Методология включала в себя герменевтический анализ каждой нормы с целью определения реальной обязательности исполнения каждой из них. Рекомендательные нормы («рекомендуется организовать») и предпочтительные нормы («врач вправе направить») оценивались, как не являющиеся директивными, т.е. не содержащие триаду нормы «гипотеза-диспозиция-санкция».

Результат: Порядок демонстрирует (без учёта позиций стандарта оснащения) низкое число директивных требований: 1 – для амбулаторного этапа, 1 – для дневного стационара, 1 – для круглосуточного стационара. Обсуждение. При регулировании низкое количество директивных норм затрудняет проведение контроля качества: надзорные органы оценивают соответствие деятельности законодательству. При отсутствии регулирования оценка осуществляется экспертным методом, что продолжительно по времени и затратно, а также не позволяет обеспечить «цифровой» контроль качества.

Выводы: 1. Содержание директивных требований в Порядке по профилю «оториноларингология» является низким. 2. Отсутствие регламентации маршрутизации пациентов, объёмов и временных требований к проведению обследований, приводит к использованию медицинскими организациями «собственных практик», что затрудняет «цифровой» контроль качества. 3. Порядки требуют регулярного пересмотра для насыщения директивными требованиями.

72.
АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

ГУЗ "Липецкая областная клиническая больница"

Симонайтес С. В.

Актуальность: В реальной клинической практике сохраняется разрыв между приверженностью клиническим рекомендациям лечения бронхиальной астмы (БА) и фактическим назначением препаратов. Анализ региональных особенностей лекарственного обеспечения необходим для разработки персонифицированной терапии, направленной на улучшение контроля заболевания и оптимизацию ресурсов.

Цель: Оценить соответствие лекарственной терапии БА в регионе современным клиническим рекомендациям и выявить точки роста для оптимизации лечения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 284 электронных медицинских карт пациентов с БА. Оценивалась структура назначаемой терапии: базисные противовоспалительные препараты (ИГКС, ИГКС/ДДБА), симптоматические средства (КДБА) и биологическая терапия. Статистический анализ выполнен с помощью SPSS 23.0.

Результаты: Коморбидная патология выявлена у 70% пациентов. Чрезмерное использование КДБА (>3 упаковок/год) зафиксировано у 30 % пациентов. Базисную терапию ИГКС/ДДБА получали 65% пациентов. Менее 1% с тяжелой неконтролируемой БА получали биологическую терапию (ГИБТ). У пациентов с сопутствующими ССЗ достоверно чаще ($p<0,05$) назначались фиксированные тройные комбинации (ИГКС/ДДБА/ДДАХ) по сравнению с пациентами без коморбидности (22% vs 8%)

Выводы: для изменения текущей ситуации сформулированы ключевые управленческие решения: 1. Внедрение в ЕМИАС системы оповещений о чрезмерных назначениях КДБА, что является маркером неконтролируемого течения болезни и требует обязательного пересмотра базисной терапии. 2. Реализация круглогодичных образовательных программ для врачей по принципам контроля бронхиальной астмы. Данные меры направлены на улучшение контроля и снижение экономического бремени астмы в регионе.

73.
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ПРЕПАРАТАХ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ РЕГИСТРОВ

ГУЗ "Липецкая областная клиническая больница"

Симонайтес С.В., Гутевич Г.И.

Актуальность: Отсутствие инструментов прогнозирования потребности в лекарственных препаратах, основанных на данных регистров пациентов, ведет к разрыву между реальной клинической практикой и ресурсами системы здравоохранения.

Цель исследования: Провести фармакоэкономический анализ терапии коморбидных пациентов с ХОБЛ и на основе данных регистра, разработать алгоритм для формирования обоснованной потребности в лекарственных препаратах.

Материалы и методы: Проведен анализ данных 3088 пациентов из электронного регистра ХОБЛ за 12 мес 2024-2025. Использованы методы описательной статистики, анализ частоты назначений препаратов за 12 месяцев, стратификация пациентов по группам коморбидности. Для расчета потребности применен ретроспективный анализ объемов лекарственной терапии и клинических профилей пациентов.

Результаты: 38% пациентов с сердечно-сосудистой патологией, у 12% сахарный диабет, у 8% онкологические заболевания. Установлено, что коморбидные пациенты являются более симптомными: КДБА им выписывались в 3-5 раз чаще. У данной группы отмечено повышение частоты назначений комбинаций ДДБА/ДДХБ и ИГКС/ДДБА/ДДАХ на 40%. Годовой cost of treatment коморбидного пациента на 25-35% выше, чем пациента с некоморбидной ХОБЛ. На основе выявленных закономерностей разработан многофакторный алгоритм прогнозирования потребности.

Выводы: Внедрение предлагаемого алгоритма формирования потребности на основе данных регистра позволяет перейти к персонализированному планированию лекарственного обеспечения. С позиции управленческих решений это обеспечивает: 1) снижение риска дефицита жизненно важных препаратов для ключевых групп пациентов; 2) оптимизацию бюджетных расходов за счет обоснованного прогнозирования.

74. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД В 2019-2023 ГГ.

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н., Мишарин В.М.

Цель: анализ общей заболеваемости (ОЗ) ХОБЛ всего населения по федеральным округам Российской Федерации в 2019-2023 гг. Материал и методы исследования: Показатели ОЗ ХОБЛ (класс болезней X J44 по МКБ-10) всего населения изучены на основании информации Минздрава России. Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Statistica (v.10). Достоверными считали различия показателей с уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты: В 2019 г. ОЗ ХОБЛ составила 564,2 случаев на 100 тыс. всего населения, 2020 г. – 542,3 ($p<0,002$), 2021 г. – 529,3 ($p<0,001$), 2022 г.- 535,0 ($p<0,001$), 2023 г. – 559,1 ($p<0,467$). В 2019-2023 гг. ОЗ ХОБЛ выше среднероссийского показателя регистрировалась в Дальневосточном, Приволжском, Сибирском федеральных округах (ФО). Максимальный показатель ОЗ ХОБЛ отмечался в Сибирском ФО: 2019 г. – 867,3 ($p<0,001$); 2020 г. – 806,8 ($p<0,001$); 2021 г. – 791,8 ($p<0,001$), 2022 г. – 816,0 ($p<0,001$); 2023 г. – 838,2 ($p<0,001$) на 100 тыс. всего населения. Самые низкие показатели ОЗ ХОБЛ зарегистрированы в Северо-Кавказском ФО: 2019 г. – 410,3 ($p<0,001$); 2020 г. – 466,7 ($p<0,001$); 2021 г. – 370,8 ($p<0,001$); 2022 г. – 398,6 ($p<0,001$); 2023 г. – 438,8 ($p<0,001$) на 100 тыс. всего населения.

Заключение: В период 2020-2022 гг. на фоне подъема заболеваемости COVID-19 отмечено снижение показателя ОЗ ХОБЛ всего населения с подъемом в 2023 г. до уровня 2019 г. Показатели ОЗ ХОБЛ всего населения наиболее высокие в Дальневосточном, Приволжском, Сибирском ФО, что требует дополнительных исследований.

75.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 2019-2023 ГОДАХ

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Биличенко Т.Н., Быстрицкая Е.В., Мишарин В.М.

Цель: анализ взаимосвязи показателей заболеваемости (ПЗ) и смертности (ПС) от пневмонии всего населения России с эпидемией COVID-19 в 2020-2023 гг.

Материалы и методы: использована информация Минздрава России и Росстата о ПЗ и ПС от пневмонии (J12-J16, J18, МКБ-10) всего населения. Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Statistica (v.10). Достоверными считали различия показателей с уровнем значимости p<0,05.

Результаты: По сравнению с 2019 г. в 2020-2023 гг. наблюдался рост ПЗ пневмониями с максимальным уровнем в 2021 г.: 2019 г. – 524,4; 2020 г. – 1358,4 (p<0,001); 2021 г. – 1366,6 (p<0,001); 2022 г. – 632,7 (p<0,001) и в 2023 г. – 538,5 случаев (p<0,046) на 100 тыс. всего населения. Выше среднероссийского уровня ПЗ пневмониями всего населения регистрировался в Центральном, Сибирском, Южном, Уральском и Дальневосточном федеральных округах (ФО). В 2020-2023 гг. установлен также рост ПС от пневмонии по сравнению с 2019 г. с максимальным уровнем в 2021 г.: 2019 г. – 16,3; 2020 г. – 39,8 (p<0,001); 2021 г. – 51,3 (p<0,001); 2022 г. – 29,2 (p<0,001); 2023 г. – 24,9 случаев (p<0,001) на 100 тыс. всего населения. Выше среднероссийского уровня ПС от пневмонии в 2023 г. регистровались в Дальневосточном (44,9), Северо-Западном (36,5), Сибирском (35,2), Южном (28,9 на 100 тыс. всего населения) ФО. В структуре смертности населения от болезней органов дыхания ПС от пневмонии в 2019 г. составил 40,4%, в 2021 г. – 65,3%, а в 2023 г. – 47,0%.

Заключение: В период эпидемии COVID-19 2020-2023 гг. отмечался рост ПЗ и ПС от пневмонии всего населения России с максимальным уровнем в 2021 г.

76.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В ПЕРИОД 2014-2023 ГОДОВ.

ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н.

Цель: Определить основные тенденции в заболеваемости бронхиальной астмой всего населения России по обращаемости за медицинской помощью в учреждения здравоохранения за 2014 – 2023 гг. Материал и методы исследования. Анализ общей (ОЗ) и первичной (ПЗ) БА всего населения (класс болезней X J45–J46, МКБ-10) на основе статистической информации Минздрава России и Росстата.

Результаты: ПЗ БА населения имела тенденцию к росту с 74,5 в 2014 г. до 83,7 на 100 тыс. всего населения в 2019 гг., затем период снижения ПЗ в 2020-2021 гг. (до 70,7 и 72,5 на 100 тыс. всего населения соответственно) и увеличение ПЗ в 2022-2023 гг. (до 80,1 и 86,3 на 100 тыс. всего населения соответственно). В структуре ОЗ болезнями органов дыхания (БОД) на БА приходилось в 2014 г. 2,6%, в 2019 г. – 2,7%, в 2021 г. – 2,6%, в 2023 г. – 2,46%. ОЗ БА населения РФ составила в 2014 г. 961,6 и увеличилась в 2019 г. до 1085,0 (+12,8% по сравнению с 2014 г.; p<0,001), в 2020 г. составила 1059,4 (-2,36% по сравнению с 2019 г.; p=0,064), в 2021 г. составила 1073,1

(-1,1% по сравнению с 2019 г.; p=0,391), в 2022 г. – 1084,5 (-0,046%; p=0,971), а в 2023 г. достигла 1128,7 на 100 тыс. всего населения (+4,03% по сравнению с 2019 годом; p<0,002). Показатели ПЗ и ОЗ БА в 2014 г. и 2023 г. были выше среднероссийского уровня (961,6 и 1128,7 на 100 тыс. нас. соответственно) в Северо-Западном (1089,5 и 1269,7 на 100 тыс. нас. соответственно), Приволжском (1032,3 и 1284,2 на 100 тыс. нас. соответственно), Уральском ФО (1215,7 и 1401,3 на 100 тыс. нас. соответственно) и максимальные значения – в Сибирском ФО: 1 234,4 в 2014 г. и 1616,9 на 100 тыс. всего населения в 2023 г. Показатели ПЗ и ОЗ БА в 2023 г. увеличились по сравнению с 2014 г. во всех ФО. В период с 2020 – 2021 гг. прироста ПЗ и ОЗ БА среди населения РФ не зарегистрировано.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

77. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

1. ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации;
2. Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы;
3. Университетская клиника РУДН им. В.В. Виноградова

Абдуллаева Н.М. – 1, Белоусов А.С. – 2, Фесенко О.В. – 1, 2, Гусарова Т.А. – 2, 3

Цель: Изучить половые различия структурных изменений легких при фатальной пневмонии на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы: Патоморфологический анализ 30 аутопсийных случаев (15 мужчин, 15 женщин). Производилась макроскопическая оценка легких (характер слизи, локализация очагов, булл), а также анализ результатов гистологического исследования. Статистический анализ выполнен с использованием программ статистического пакета SPSS (IBM® SPPS® Statistics v.26).

Результаты: У мужчин преобладали следующие изменения: просвет бронхов и трахеи в 78% случаев был заполнен серой прозрачной слизью (против 42% у женщин, $p<0.05$), воспалительные очаги преимущественно локализовались в 4-10 сегментах с обеих сторон (72% наблюдений), а буллезные изменения в 85% случаев локализовались в верхних отделах легких. Характерным для мужчин было изменение формы бронхов по типу "гусиных перьев" (58% против 32% у женщин, $p<0.05$). У женщин, напротив, чаще отмечалась тестоватая консистенция легочной ткани (65% против 38% у мужчин, $p<0.05$) и преимущественное поражение 6-9 сегментов (68% случаев), а также диффузное расположение булл по всем отделам легких. При микроскопическом исследовании выявлено, что у женщин достоверно чаще встречалось истончение стенок альвеол (64% против 41%, $p<0.05$) и гипертрофия замыкательных пластинок (73% против 49%, $p<0.05$). Скудная рассеянная инфильтрация эпителия бронхов нейтрофилами наблюдалась у всех пациентов независимо от пола.

Выводы: Патоморфологические изменения при фатальной пневмонии на фоне ХОБЛ демонстрируют половой диморфизм. У мужчин чаще преобладают верхнедолевые поражения легких, обильная бронхиальная слизь и деформация бронхов, а у женщин, в свою очередь, отмечается меньший объем поражения легочной ткани, тестоватая консистенция легких и истончение альвеол.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

78. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА И СЛЮНЫ ДЛЯ АНАЛИЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ЧЕЛОВЕКА

1. Владимирский государственный университет;
2. ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России

Запруднова Е.А. – 1, Зарубина П.С. – 1, Соодаева С.К. – 2, Климанов И.А. – 2, Попова Н.А. – 2, Хорошаева А.В. – 2, Татаурова Н.Н. – 2, Кравченко Н.Ю.

Метаболизм микроэлементов является неотъемлемым фактором сохранения гомеостаза организма. Однако традиционные методы контроля их содержания, основывающиеся на анализе крови, являясь инвазивными, не могут обеспечивать полное представление о состоянии микроэлементного обмена, в особенности у детей.

Цель исследования: выявление сравнительной диагностической значимости конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) и слюны в контексте анализа микроэлементного статуса.

Материалы и методы: В исследовании проведена оценка содержания магния, кальция, калия, железа и хлоридов в КВВ и слюне у людей трёх возрастных групп: у детей 7-15 лет, у молодых людей 21-25 лет и у людей старшего возраста 45-60 лет. Все участники не имели диагностированных заболеваний и не курили. Определение микроэлементов проводилось спектрофотометричесими методами.

Результаты: В ходе исследования выявлена высокая степень корреляции между концентрациями кальция и хлоридов в слюне и КВВ в группе детей (0,791 и 0,816, соответственно), то есть эти методики могут иметь равнозначную диагностическую значимость. Наибольшее соответствие показателей содержания калия и железа в КВВ и слюне обнаружилось у молодых людей 21 – 25 лет (калий: $r = 0,754$, железо: $r = 0,666$). У представителей старшего поколения максимальное соответствие слюны и КВВ наблюдается относительно содержания кальция ($r = 0,856$), что подтверждает возможность использования данных неинвазивных методов для мониторинга кальциевого обмена. При этом корреляции концентраций других микроэлементов в исследуемых биоматериалах оказадись слабыми, что, вероятно, отражает возрастные особенности состояния соответствующих органов, что необходимо учитывать при диагностике. Возрастные отличия показателей микроэлементов обнаружены только у детей в отношении железа и хлоридов в слюне (19,75 мкМ и 47,439 мкМ, соответственно, $p \leq 0,05$). Содержание остальных элементов не меняется в зависимости от возраста ($p \geq 0,05$). КВВ и слюна демонстрируют возрастную

диагностическую значимость при оценке содержания калия, кальция, магния, железа и хлоридов. Это подчеркивает важность выбора биоматериала с учетом, как целевого элемента, так и возрастных особенностей метаболизма и открывают перспективы для дальнейших исследований, направленных на уточнение факторов, влияющих на концентрацию микроэлементов, и повышение точности неинвазивных методов мониторинга состояния организма человека.

Заключение: Таким образом, для диагностики микроэлементозов, как у взрослых людей, так и детей равноценно могут использоваться неинвазивные методы анализа КВВ и слюны.

79.
ОСОБЕННОСТИ КИНЕТИКИ НИТРОЗОГЕМОГЛОБИНА – ДЕПО NO В СОСУДИСТОМ РУСЛЕ

ФГБУ НИИ Пульмонологии ФМБА России

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

В работе анализируются особенности кинетики нитрозогемоглобина (HbSNO), как одного из основных депо оксида азота (NO), в сосудистом русле. Для анализа использовалась ранее представленная авторами универсальная структурная модель цикла веществ с EDRF-подобной активностью.

На сегодняшний день выделено три пути образования HbSNO. Частичное нитрозилирование дезоксигемоглобина (HbFeII), когда при переходе Hb из T-в R-конформацию, NO «выдавливается» с гема и внутриэритроцитарного S-нитрозоглутатиона на тиоловую группу Cys93 β-цепи. Реакция взаимодействия NO не с гемомоксигемоглобина (HbFeII(O_2) напрямую, а с Cys93 β-цепи с образованием HbSNO. Образование HbSNO при взаимодействии нитрита с дезоксигемоглобином в физиологических условиях.

Алгоритмцикла HbSNO предполагается следующим:

- NO нитрозилирует часть HbFeII, связываясь с гемом. В случае, когда все 4 сайта тетрамерагема связаны NO, высвобождение NOиз Hb(NO)4 практически не происходит.Если жедезоксигемоглобин нитрозилирован частично, при оксигенации в легких и переходе из T- в R-конформацию он частично преобразуется в HbSNO.
- В тканях при деоксигенации оксигемоглобина и обратном переходе из R- в T-конформацию происходит высвобождение NO-зависимой вазорелаксантной формы (нитроксил-аниона (NO-) и реализуется EDRF-подобная активность. HbFeII, имея высокое сродство к NO, частично нитрозилируется.
- Деоксигенированная кровь с содержанием HbNO возвращается в легкие и цикл повторяется.

На основе структурной схемы цикла HbSNO в крови нами сформирована кинетическая модель и система балансовых уравнений, описывающие данный цикл. Учитывая, что HbSNO и оксигемоглобин оказывают разнонаправленное действие на сосуды,указанная кинетическая модель открывает новые возможности в имитационном моделировании нитрозивного метаболизма в сосудистом русле, что исключительно важно для изучения патологических состояний, а также экстремальных состояний и воздействий, сложных или невозможных для изучения в клинике.

80.
МИКРОБИОТА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА КАК ФАКТОР МОДУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ОКСИДА АЗОТА И ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ

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

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

Введение: Микробиота дыхательных путей представляет собой сложное сообщество микроорганизмов, взаимодействующих с иммунной системой хозяина и влияющих на физиологию дыхательных путей. Одним из важнейших механизмов её воздействия является модуляция синтеза и биодоступности оксида азота (NO), что непосредственно связано с контролем воспалительных процессов и поддержанием гомеостаза.

Цель: Анализ современных данных о роли микробиоты верхних и нижних дыхательных путей в метаболизме NO и её влиянии на патогенез воспалительных заболеваний дыхательных путей, включая бронхиальную астму и хронические инфекции.

Результаты: Изучение публикаций последних лет показывает значимую роль бактерий, способных восстанавливать нитраты до нитритов и далее до NO, в поддержании физиологического уровня NO. Изменения состава микробиоты (дисбиоз), сопровождающиеся снижением видов, участвующих в NO-метаболизме, связаны с повышенной выраженностью воспаления и ухудшением функции дыхательных путей. Пробиотические вмешательства, коррекция микробиоты и диетические добавки нитратов улучшают клинические параметры БА и контролируют уровень FeNO. Особое внимание уделяется стратегии интеграции микробиомных данных и молекулярных маркеров NO для дифференцированной диагностики и мониторинга терапии.

Выводы: Регуляция микробиоты дыхательных путей и её метаболической функции является перспективным направлением в улучшении диагностики и персонализированного лечения респираторных заболеваний. Внедрение микробиом-ориентированных терапевтических протоколов совместно с оценкой NO-метаболизма обладает потенциалом повышения эффективности профилактики и терапии БА. Необходимы дальнейшие исследования для формирования российских протоколов и оценки долгосрочного эффекта таких вмешательств.

81.
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА НА ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России

Климанов И.А., Соодаева С.К., Попова Н.А., Хорошаева А.В., Татаурова Н.Н., Мишарин В.М.

Введение: Оксид азота (NO) играет ключевую роль в регуляции сосудистого тонуса, иммунного ответа и воспалительных процессов дыхательных путей. Нарушения его метаболизма тесно связаны с патогенезом таких заболеваний, как бронхиальная астма, ХОБЛ, легочная гипертензия. Современные исследования выявляют как эндогенные, так и микробиом-зависимые пути синтеза NO, изучение которых открывает новые возможности для диагностики и терапии.

Цель: Проанализировать современные данные о путях синтеза и регуляции NO в дыхательных путях, включая классический путь через NO-синтазы и альтернативный бактериальный путь восстановления нитратов и нитритов, а также их значение для разработки новых методов лечения.

Результаты: Исследования показывают, что микробиота респираторного тракта и полости рта участвует в восстановления нитратов до NO, влияя на метаболический баланс и сосудистую функцию. Нарушение этой динамики сопровождается усилением воспаления и ухудшением клинических показателей. Клинические испытания подтвердили эффективность пробиотической терапии, направленной на нормализацию микробиоты и снижение уровней фракционного NO (FeNO), что способствует улучшению контроля бронхиальной астмы. Дополнительно, диетические нитраты и новые препараты, влияющие на путь нитрат-нитрит-NO, демонстрируют перспективы в терапии легочной гипертензии и метаболических нарушений.

Выводы: Интеграция знаний о метаболизме NO и микробиоме дыхательных путей создает основу для разработки персонализированных диагностических и терапевтических подходов в пульмонологии. Внедрение пробиотических и нутритивных стратегий, а также таргетная модуляция NO-метаболизма, обещает улучшение результатов лечения и снижение осложнений. Необходимы дальнейшие исследования для стандартизации методов оценки микробиом-ассоциированных NO-маркеров и рекомендаций в клинической практике.

ПНЕВМОНИЯ

82.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения, г. Москва;
2. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),г. Москва;
3. ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области», г. Мытищи;
4. ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», г. Москва.

Хургаева А.Э. – 1, Бережанский П.В. – 1, 2, 3, 4, Гутырчик Т.А. – 1, Малахов А.Б. – 1, 2, 3.

Актуальность: увеличение роли Mycoplasma pneumoniae в этиологической структуре внебольничных пневмоний (ВП) представляет большой интерес и требует более углубленного изучения эпидемиологического процесса.

Цель: анализ эпидемиологических особенностей микоплазменных пневмоний (МП) в детской популяции.

Материалы и методы: анализ включал 957 случаев рентгенологически подтвержденной ВП у пациентов 0-17 лет, госпитализированных в отделение пульмонологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» с января 2022 по июнь 2025 года. Для лабораторного подтверждения МП использовались серологические (ИФА) и молекулярно-генетические методы (ПЦР) исследования. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics Base 17.0.

Результаты: заболеваемость МП у детей составила 47% (n=449) среди всех ВП за исследуемый период. Пик заболеваемости приходился на 2023 и 2024 гг: 34,3% (n=154) и 35,6 % (n=160) соответственно. Установлена характерная сезонность респираторного микоплазмоза с наибольшей частотой в осенне-зимний период – 68% (n=305). Распределение МП по возрасту: до 1 года – 1,3% (n=6), 1-3 года – 12% (n=54), 4-7 лет -22,5% (n=101), 8-11 лет – 30,5% (n=137), 12-17 лет – 33,7% (n=151). Гендерная структура была представлена следующим образом: в 2022-2023 гг преобладали мальчики (58 %,n=115), в 2024-2025 гг девочки (55,4%,n=139); при этом выявленные общие различия по полу являлись статистически не значимыми (p>0,05).

Выводы: по результатам проведенного нами ретроспективного анализа выявлено, что на долю МП приходится около половины всех выявленных случаев ВП у детей школьного возраста. Эпидемиологические особенности течения МП характеризуется цикличностью с выраженными подъемами заболеваемости в осенне-зимний период.

83.
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОИНФИЦИРОВАНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ И ГРИБКОВЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Владивосток, Россия

Белевич И.О., Михайлов А.О., Симакова А.И., Дмитренко К.А.

Актуальность: Пандемия COVID-19 продемонстрировала, что тяжесть течения и исходы заболевания определяются не только вирусной нагрузкой, но и развитием вторичных инфекций. Бактериальные и грибковые коинфекции утяжеляют состояние пациентов и требуют своевременной коррекции терапевтической тактики.

Цель исследования: изучить особенности течения COVID-19, ассоциированного с бактериальной и/или грибковой коинфекцией, и оценить их влияние на исход заболевания.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни 250 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 в период с 2021 по 2022 гг. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=85) – пациенты с верифицированной бактериальной и/или грибковой коинфекцией; группа сравнения (n=165) – пациенты без признаков вторичной инфекции. Проводился анализ клинической картины, лабораторных показателей (общий анализ крови, СРБ, прокальцитонин, D-димер), данных компьютерной томографии органов грудной клетки и результатов микробиологических исследований.

Результаты: Вторичные коинфекции были выявлены у 34% пациентов. В их структуре преобладали бактериальные возбудители – 72,9%, грибковые были диагностированы в 17,6% случаев, смешанные – в 9,5%. Наиболее частыми возбудителями нозокомиальной пневмонии были K. pneumoniae и A. baumannii. Среди грибковых патогенов превалировали C. albicans и Aspergillus spp.

Пациенты с коинфекцией чаще нуждались в госпитализации в ОРИТ (65,9% против 21,8% в группе сравнения; p<0,001) и проведении ИВЛ (41,2% против 10,3%; p<0,001). Длительность госпитализации в основной группе была статистически значимо выше (21±5 суток против 12±4; p<0,01). Лабораторно у пациентов с коинфекцией отмечались более высокие значения лейкоцитов ($15{,}4 \times 10^9$/л vs $9{,}8 \times 10^9$/л), СРБ (180 мг/л vs 95 мг/л) и прокальцитонина (2,5 нг/мл vs 0,4 нг/мл) (p<0,05 для всех показателей). Летальность в группе с коинфекцией составила 45,2% по сравнению с 15,8% в группе сравнения.

Выводы: Бактериальные и грибковые коинфекции являются частым и прогностически неблагоприятным фактором у пациентов с COVID-19. Их развитие ассоциируется с более тяжелым течением и значительным ростом летальности.

84.
ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

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

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

Цель: изучить продукцию активных форм кислорода (АФК) в крови и течение заболевания у больных с внебольничной пневмонией (ВП), оценить эффективность иммуноглобулина внутривенного введения (ИГВВ) – иммуновенина в коррекции их нарушений. Методы: обследованы 68 больных ВП возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст составил 42,8±13,8 лет. Продукцию АФК в крови больных изучали методом регистрации спонтанной и индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции (ХЛ), в сыворотке крови определяли содержание маркеров эндотоксикоза – молекул средней массы (МСМ) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В комплексе лечения 33 больным ВП был назначен ИГВВ по 50,0 мл внутривенно трехкратно с интервалом в два дня. Остальные 35 больных получали стандартную терапию.

Результаты: показатели как спонтанной, так и индуцинованной ХЛ крови больных превышали контрольные значения и зависели от выраженности воспаления. Содержание МСМ и ЦИК в крови больных ВП было повышено в среднем в 1,3 и 1,5 раза соответственно. При использовании в комплексе лечения ИГВВ у больных ВП нормализовались значения ХЛ крови, снизилось содержание МСМ и ЦИК, улучшились клинико-лабораторные показатели. При стандартной терапии динамика изучаемых показателей была менее выраженной, у части больных воспалительный процесс принимал затяжное течение.

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

85.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1. ГБУЗ ГКБ №21,
2. ГБУЗ ГКБ №13,
3. Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р.

Цель: оценить состояние иммунного статуса у больных с сочетанием внебольничной пневмонии и ХОБЛ в сравнении с больными внебольничной пневмонией. Методы исследования: В исследовании приняли участие 55 пациента ВП с ХОБЛ и ВП. Иммунофенотипирование лимфоцитов проводили методом проточнойцитофлюорометрии на приборе Cytomics FC-500 (США). Количественное определение IgA, IgG, IgM в сыворотке крови осуществляли методом ради-альнойиммунодиффузии в геле. Методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля (ПЭГ) определяли в крови содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Методом твердофазного иммуноферментного анализа изучали содержание в крови фактора некроза опухоли альфа (TNF-α) и интерлейкина – 6 (ИЛ-6).

Результаты: При госпитализации у больных ВП с ХОБЛ было снижено относительное и абсолютное количество CD3+-,CD4+-,CD8+-, CD16+CD56+-лимфоцитов и напротив, повышено относительное и абсолютное содержание CD19+ -клеток (p<0,05).У больных ВП относительное и абсолютное количество CD4+-лимфоцитов не отличалось от здоровых лиц. Относительное и абсолютное со-держание CD8+, CD19+, CD16+CD56+-лимфоцитов у больных ВП не имели отличий с данными больных ВП с ХОБЛ. У больных обеих групп были снижено со-держание IgA и IgG (p<0,05), повышено IgM и ЦИК (p<0,05). При этом у больных ВП с ХОБЛ содержание IgA было ниже, а IgM выше, чем у больных с ВП (p<0,05). В крови у больных в обеих группах было повышено содержание ИЛ-6 и TNF-α (p<0,05). У больных с ВП уровень ИЛ-6 оказался выше, чем у больных ВП с ХОБЛ (p<0,05).

86.
ДИНАМИКА МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р.

Цель: Изучить содержание метаболитов оксида азота в крови у больных с сочетанием внебольничной пневмонии и ХОБЛ (ВП с ХОБЛ). Методы исследования: В исследовании приняли участие 55 пациента ВП с ХОБЛ, ВП и с обострением ХОБЛ. Состояние метаболизма оксида азота (NO) оценивали по содержанию стабильных метаболитов NO: нитрат- и нитрит-анионов (NO2- и NO3-), а так же их суммарной концентрации (NO2-/NO3-) в сыворотке крови с использованием набора ParametrTM Total NitricOxideandNitrate/Nitrite (USA&Canada R&D Systems, Inc.).

Результаты: Течение заболевания у больных ВП с ХОБЛ, ВП и с обострением ХОБЛ сопровождалось повышением в крови уровня нитрит – анионов (NO2-), нитрат – анионов (NO3-) и их суммарной концентрации (NO2-/NO3-). Полученные данные являлись свидетельством развития у больных нитрозивного стресса. У больных ВП с ХОБЛ содержание метаболитов NO в крови было выше, чем у больных ВП в 1,2-1,5 раза (p<0,05) В процессе лечения у больных ВП с ХОБЛ содержание в крови NO2-, NO3-, NO2-/NO3- снизилось в среднем в 1,3-1,7 раза (p<0,05). Тем не менее значения этих показателей в крови у больных ВП с ХОБЛ превышали данные здоровых в 1,5-1,8 раза (p<0,05). У больных ВП уровень метаболитов NO и их суммарная концентрация достигли контрольных значений. У больных с обострением ХОБЛ, по сравнению со здоровыми, содержание NO2-, NO3-, NO2-/NO3- было повышено (p<0,05). При этом у больных ВП с ХОБЛ содержание в крови NO3- и NO2-/NO3- было выше, чем у больных ХОБЛ в среднем в 1,3 раза (p<0,05).

87.
ЭВОЛЮЦИЯ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ПРИ COVID-19 (2020-2025 ГГ.)

ГБОУ ВО Тихоокеанский медицинский государственный университет Минздрава России

Михайлов А.О., Белевич И.О., Сокотун С.А., Симакова А.И.

Цель исследования: Проанализировать динамику микробиологической структуры и рентгенологических паттернов вирусно-бактериальных пневмоний у COVID-19 пациентов в период 2020-2025 гг.

Материалы и методы: Анализ данных 1258 пациентов с COVID-19 и вирусно-бактериальной пневмонией (2020-2025 гг.), включая бактериологическое исследование и оценку результатов компьютерной томографии органов грудной клетки.

Результаты: В начале пандемии (2020) доминировали S. pneumoniae (42,3%), S. aureus (23,7%) и H. influenzae (18,5%) на фоне превалирующих полисегментарных двусторонних поражений по типу "матового стекла" (73,5%). К 2021-2022 гг. возросла роль грамотрицательных бактерий (K. pneumoniae – до 26,4%, P. aeruginosa – до 17,2%) с параллельным снижением частоты обширных полисегментарных поражений (до 45,2%). В 2022-2023 гг. наблюдался рост мультирезистентных штаммов (MRSA – до 28,7%, карбапенем-резистентных A. baumannii – до 19,3%), а также значительное увеличение доли M. pneumoniae (с 5,8% до 17,3%), коррелирующее с трансформацией рентгенологической картины в сторону интерстициальных изменений и бронхиолитов (62,7%), при уменьшении полисегментарных двусторонних поражений (до 21,4%). К 2024-2025 гг. зафиксировано дальнейшее увеличение доли атипичных возбудителей, особенно микоплазм (до 32,5%), на фоне доминирования интерстициальных пневмоний и бронхиолитов (78,3%) при минимальной частоте классических полисегментарных двусторонних поражений (8,6%).

Заключение: Структура вирусно-бактериальных пневмоний при COVID-19 с 2020 по 2025 гг. эволюционировала от преобладания классических возбудителей и полисегментарных поражений к доминированию атипичных патогенов, особенно M. pneumoniae, полирезистентных грамотрицательных бактерий и интерстициальных пневмоний/бронхиолитов.

88.
СРАВНЕНИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ЗАКОНЧИВШЕЙСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Казанский государственный медициинский университет Минздрава России

Залилова А.Ш., Медведева А.Д., Визель И.Ю.

Цель работы: сравнить ведение пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) в двух пульмонологических отделениях в Республике Татарстан в 2024/25 годах. Было проанализировано 50 пациентов из Нижнекамской ЦРБ (ЛПУ второго уровня) – группа ЦРБ, и 59 пациентов из РКБ МЗ РТ (ЛПУ третьего уровня) - группа РКБ. Во всех случаях исход пневмонии был благополучным. Ведение базы данные и её обработка проводились с помощью прикладной программы SPSS-18 (IBM, США). Статистически значимым принималось различие при $p<0,05$. Пациенты не различались по полу и возрасту, по частоте повторных госпитализаций. Пациенты из группы РКБ на 1

сутки меньше пребывали в стационаре, среди них были мультилобарное поражение и случаи гидроторакса, медиана индекса курящего человека была чем в три раза выше, чаще была лимфопения, значимо чаще были хорошо обследованы до госпитализации (клинические анализы крови и мочи, РКТ (68% против 4%), оценка сатурации, оценка С-реактивного белка). В стационаре ЦРБ доминировало назначение цефтриаксона (92% против 8%), тогда как в РКБ значимо чаще применялись ингибитор защищённые цефалоспорины (2% против 16%). Частота назначения фторхинолонов не различалась, но частота конкретных препаратов различалась – так только в РКБ встречались назначения моксифлоксацина, а в ЦРБ – ципрофлоксацина. Амикацин был чаще назначен в РКБ (1% против 16%), а азитромицин - в ЦРБ (28% против 10%). Муколитические препараты, ингаляции бикарбоната натрия и электромагнитные процедуры проводились только в РКБ.

Заключение: Пациенты в РКБ были лучше обследованы до госпитализации, имели более широкий спектр обследований в стационаре, и современную антибиотикотерапию. Во всех случаях исход был благоприятным, а назначения соответствовали клиническим рекомендациям.

89.
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДО И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Казанский государственный медициинский университет Минздрава России; Республиканская клиническая больница Минздрава РТ

Залилова А.Ш., Медведева А.Д., Визель И.Ю.

Цель исследования: Оценить влияние прошедшей пандемии COVID-19 на ведение больных внебольничной пневмонией (ВП) в пульмонологическом отделении третьего уровня. Материал и методы. Было проанализировано 50 случаев ВП, госпитализированных в 2019 году и в 50 случаев - в 2024 году. Ведение базы данных и её обработка проводились с помощью прикладной программы SPSS-18 (IBM, США). Статистически значимым принималось различие при $p<0,05$.

Результаты исследования: После COVID-19 частота клинических исследований периферической крови и мочи на амбулаторном этапе значимо увеличилась – с 28% до 94% и с 10% до 84%. Доля РКТ на догоспитальном уровне увеличилась с 10% до 68%. После госпитализации доля рентгенограмм упала с 94% до 6%, а РКТ увеличилась с 46% до 90%. Антибактериальная терапия была начата в пределах 48 часов с момента обращения на первом уровне. На амбулаторном этапе бета-лактамы стали применять реже (42% против 22%) за счёт более редкого назначения амоксициллина/клавуланата (24% против 10%). Была тенденция к более частому назначению макролидов (4% против 12%), фторхинолоны - не различались (8% против 10%). В стационаре чаще применяли амоксициллина/клавуланат (42,9% против 70%) и реже ампициллина/сульбактами (57,1% против 30%). Частота применения неантисинегнойных цефалоспоринов III генерации (цефтриаксон, цефазолин) снизилась с 52% до 8%, а ингибитор защищенных цефалоспоринов – увеличилась (0% против 16%). Реже стали применяться системные глюкокортикостероиды (16% против 4%), муколитические препараты (58% против 38%) и парацетамол (20% против 0).

Заключение: Пандемия COVID-19 оптимизировала подход к ведению больных ВП за счет более широкого и раннего лабораторного и РКТ-исследования и применения антибиотиков с более широким спектром действия.

90.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ (SALMONELLA ENTERITIDIS) С РАЗВИТИЕМ ДВУСТОРОННЕЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПОЛИСЕГМЕНАТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ

МКНИЦ ГКБ 52

Глотова Я.А., Белоглазова И.П.

В клинической практике сальмонеллез, вызываемый Salmonella Enteritidis, преимущественно проявляется гастроинтестинальной симптоматикой. Однако в представленном случае наблюдается редкое тяжелое течение инфекции с внекишечными проявлениями у пациента 37 лет с декомпенсированным сахарным диабетом 1 типа (целевой HbA1c <6,5%). Заболевание характеризовалось прогрессированием от острой кишечной инфекции до генерализованной формы (септический вариант) с развитием двусторонней деструктивной пневмонии тяжелой степени, острого повреждения почек на фоне хронической болезни почек, тромбоцитопении, кетоацидоза и полиорганной недостаточности.

Диагноз подтвержден выделением Salmonella Enteritidis из крови, данными КТ-исследования легких (Признаки двусторонней полисегментарной деструктивной пневмонии. Малый двусторонний плевральный выпот), лабораторными признаками сепсиса.

Особенностью данного наблюдения стало молниеносное развитие дыхательной недостаточности III степени, потребовавшей перевода на искусственную вентиляцию легких с 17.05.2025 года, что сочеталось с тяжелыми метаболическими нарушениями (кетоацидоз) и септическим шоком. Сложность лечения заключалась в резистентности возбудителей к стартовой антибактериальной терапии, что потребовало ее последующей коррекции на основании данных микробиологического исследования.

Проводимое комплексное лечение включало комбинацию цефалоспоринов IV поколения с фторхинолонами, респираторную поддержку, коррекцию гемостаза и метаболических нарушений, а также интенсивную инфузионную терапию. Особую сложность представляла микст-инфекция дыхательных путей с выделением полирезистентных штаммов микроорганизмов, включая Stenotrophomonas maltophilia (10^7 КОЕ/мл), Acinetobacter baumannii (10^6 КОЕ/мл) и других условно-патогенных возбудителей.

Данное наблюдение демонстрирует высокий риск генерализации инфекции и развития суперинфекции у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом 1 типа, подчеркивает диагностические и терапевтические сложности при полимикробных пневмониях, а также подтверждает необходимость комплексного микробиологического мониторинга у иммунокомпрометированных пациентов. Представленный клинический случай иллюстрирует важность своевременной диагностики и агрессивной терапии при развитии внекишечных форм сальмонеллеза у пациентов с сопутствующей эндокринной патологией.

91.
СТРУКТУРА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

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

Сахаров В.И., Мирхайдаров А.М.

Цель: сравнить структуру полиорганной недостаточности при тяжелой внебольничной пневмонии (ТВП), вызванной Klebsiellapneumoniae и Streptococcuspneumoniae. Методы: в исследование включены 100 пациентов с ТВП поступивших в отделение реанимации (ОР) за период с 2017 по 2024 гг. Выделены 2 группы больных. В 1 группу вошли 60 пациентов с ТВП, вызванной K. pneumoniae, 2 группу составили 40 пациентов с ТВП, возбудителем которой явился S. pneumoniae. У больных оценивали индекс коморбидностиCharlson, шкалы комы Глазго, PSI/PORT, SOFA и сроки нахождения в ОР.

Результаты: группы были сопоставимы по возрасту (69,6±6,7 и 66,7±5,4; p = 0,14), индексу коморбидностиCharlson (8,12±0,5 и 7,58±2,7; p = 0,067), шкале комы Глазго (14,3±0,5 и 14,5±0,5; p = 0,089) и срокам нахождения в ОР (7,64±2,7 и 6,95±2,82; p = 0,21), однако имели статистические отличия по индексу тяжести пневмонии PSI/PORT (181,4±22,2 и 171,4±21,9; p = 0,12) и шкале SOFA (3,97±1,28 и 3,18,4±0,75; p = 0,043). У больных 1 группы по сравнению с больными 2 группы были выше показатели летальности (50% против 27,5%), частота острого респираторного дистресс-синдрома (81,6% против 50%), острого почечного повреждения (46,6% против 30%), ДВС-синдрома (38,3% против 27,5%) и септического шока (СШ) (76,6% против 42,5%). У больных с ТВП, вызванной K. pneumoniae длительность респираторной поддержки составила 5,9±1,8 суток, длительность СШ 7,5±2,3 суток, а у больных с ТВП, вызванной S. pneumoniae – 3,6±2,1 суток и 4,4±1,5 суток соответственно. Заместительная почечная терапия в 1 группе потребовалась в 16,6% случаях, тогда как во 2 группе лишь в 7,5% случаях.

Выводы: ТВП, вызванная K. pneumoniae в сравнении с ТВП, вызванной S. Pneumoniae характеризуются большей степенью тяжести, частотой полиорганной дисфункции и летальностью.

92.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE

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

Сахаров В.И., Мирхайдаров А.М.

Цель: оценить влияние проводимой антибактериальной терапии (АБТ) на исходы тяжелой внебольничной пневмонии (ТВП), вызванной Klebsiella pneumoniae.

Материалы и методы: в исследование включены 60 пациентов с ТВП, вызванной K.pneumoniae, госпитализированных в отделение реанимации в период с 2017 по 2024 гг. В зависимости от исхода заболевания выделено 2 группы больных (по 30 пациентов в каждой группе).

Результаты: группы были сопоставимы по возрасту (68,6±2,1 и 66,2±3,4; p = 0,061), индексу коморбидностиCharlson (8,12±0,5 и 7,0±0,7; p = 0,076), индексу тяжести пнев-

монии PSI/PORT (171,4±22,2 и 172,1±21,9; p = 0,12) и шкале комы Глазго (13,2±0,7 и 13,6±0,8; p = 0,09). Стартовая АБТ назначалась с учетом факторов риска инфицирования полирезистентных возбудителей. Наиболее частой схемой эмпирической АБТ было сочетание защищенных аминопенициллинов и макролидов (17 пациентов), которая оказалась наименее эффективной – летальность составила 10 пациентов – отношение рисков (ОР) = 1,17; 95% ДИ 0,99-1,34. В структуре этиотропной терапии наиболее частой комбинацией было сочетание меропенема и амикацина, назначалась у 37 пациентов из обеих групп. Летальность при использовании данной комбинации составила 59,5%. Цефтазидим+авибактам в монотерапии был назначен 7 пациентам, из которых 1 больной умер. Сочетание цефтазидим+авибактама и азтреонама было у 11 пациентов, процент летальных исходов составил 27,3. Среди 5 пациентов, получающих комбинацию полимиксина B и меропенема, 4 (80%) имели неблагоприятный исход. Наибольшую выживаемость продемонстрировали пациенты, в состав терапии которых входил препарат цефтазидим+авибактам (ОР = 1,98; 95%ДИ 1,42-2,31).

Выводы: применение в стартовой этиотропной терапии комбинации цефтазидим + авибактам улучшает исходы при ТВП, вызванной K. pneumoniae.

93.
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФАТАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы;
ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Белоусов А.С., Абдуллаева Н.М., Фесенко О.В., Сироткина К.И.

Цель: Выявить половые различия в клинической картине и лабораторных показателях у пациентов с фатальной внебольничной пневмонией на фоне обострения ХОБЛ.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 30 клинических случаев (15 мужчин, 15 женщин) с ХОБЛ и сопутствующей фатальной пневмонией. Проводилась оценка анамнеза, симптоматики (лихорадка, характер мокроты, одышка, тахикардия), лабораторных данных (СРБ), инструментальных исследований. Статистический анализ выполнен с использованием программ статистического пакета SPSS (IBM® SPPS® Statistics v.26).

Результаты: У мужчин преобладали симптомы, характерные для бактериальной инфекции: достоверно чаще отмечались озноб (68% случаев против 42% у женщин, $p<0.05$), выделение гнойной мокроты (52% против 28%, $p<0.05$) и боли в грудной клетке (41% против 18%, $p<0.05$). В отличие от мужчин, у женщин более выраженными оказались проявления бронхообструктивного синдрома, включая более выраженную одышку (2.4±0.5 балла по шкале mMRC против 1.9±0.4 у мужчин, $p<0.05$), а также более часто – аускультативные хрипы (88% против 72%, $p<0.05$). Тахикардия свыше 100 ударов в минуту достоверно чаще встречалась при пневмонии у пациентов обоих полов ($p<0.01$), тогда как спутанность сознания не имела гендерных различий (12-15% случаев). Уровни СРБ у мужчин и женщин были сходными, составляя 13-15 мг/дл с одинаковыми показателями чувствительности и специфичности. При этом у мужчин наблюдалась более выраженная корреляция между уровнем СРБ и объемом инфильтративных изменений ($r=0,68$ против $r=0,52$ у женщин).

Выводы: Клиническая картина фатальной пневмонии при ХОБЛ имеет выраженный половой диморфизм: у мужчин чаще преобладает типичная бактериальная картина с гнойной мокротой, высокой лихорадкой, у женщин - признаки бронхообструкции с более выраженной одышкой.

94.
ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ферганский Экстренный Центр Скорой Медицинской Помощи

Сайдахмедов И.А.

Внебольничная пневмония ВП относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Заболеваемость ВП в России достигает 14-15%, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн. человек.. В США ежегодно диагностируется более 5 млн случаев ВП, из которых более 1,2 млн человек нуждается в госпитализации, причем более 60 тыс из них умирают. Если летальность при ВП среди лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний не превышает 1-3%, то у пациентов старше 60 лет при наличии сопутствующей патологии достигает 15-30%.

Цель работы: Изучить структуры возбудителей ВП у пациентов СД 2 типа и выбрать эффективные антибактериальные препараты по лечению ВП у данной группы больных.

Методика исследования: В исследование включались взрослые пациенты с подтвержденным рентгенологическим диагнозом пневмония с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа. Большинство пациентов помимо СД2 имели и другие сопутствующие патологии: ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ.

Результаты исследования: Было обследовано 84 пациентов в возрасте от 41 до 79 лет Из них мужчин 42% (36/84) женщин 37% (48/84). Тяжелое течение отмечалось 54.7% госпитализированных пациентов. 45,9% имели среднетяжелое течение. Из осложнений ВП 77% пациентов имели дыхательную недостаточность, экссудативный плеврит 19%, абсцесс доли легкого 1%. При комплексном бактериологическом обследовании пациентов этиологический диагноз был установлен в 56% случаев

Наиболее частыми возбудителями были Streptococcus pneumoniae. Staphylacoccus aureus был причиной 25,5% случаев ВП. По результатам нашего исследования частыми возбудителями ВП у данной группы пациентов были представители семейства Enterobacter aerogenes 17.7%. Mycoplasma pneumoniae – 12%. Klebsiella pneumoniae – 14,2%.

Таким образом, начатая нами эмпирическая антибактериальная терапия перекрывала весь спектр возбудителей тяжелой пневмонии у больных с сахарным диабетом 2 типа, что дало нам возможность добиться быстрого клинического улучшения, уменьшения продолжительности пребывания пациента в стационаре и затрат на лечение. Проведенные нами исследования подтверждают правильность выбора эмпирической антибактериальной терапии. А своевременно начатая и адекватная антибактериальная терапия является ведущим критерием качества медицинской помощи пациентам с ВП.

95.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОГО ТАУРАКТАНТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Воронкова О.О., Николаева Н.А., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.

Цель: Оценить эффективность ингаляционного таурактанта у пациентов с сохраняющимися респираторными нарушениями после COVID-ассоциированной пневмонии.

Материалы и методы: Проведено рандомизированное исследование с участием 60 пациентов, перенесших COVID-ассоциированную пневмонию с сохраняющимися вентиляционными нарушениями в постковидном периоде. Основная группа (n=30) получала стандартную терапию + ингаляции таурактанта (75 мг 2 раза/день, 7 дней), группа сравнения (n=30) – только стандартное лечение. Оценивались показатели спирометрии, бодиплетизмографии, диффузионной способности легких (DLCO) и данные МСКТ исходно и через 3 месяца после окончания терапии.

Результаты: В основной группе, по сравнению с группой стандартного лечения, отмечено значимое улучшение вентиляционных показателей: ОФВ1 (p=0,018), ОЕЛ (p<0,001), ФОЕ (p=0,019) и индекса ОФВ1/ФЖЕЛ (p<0,001) после окончания лечения. Наибольший эффект наблюдался у пациентов с сопутствующими ХОБЛ или бронхиальной астмой. У лиц с прогрессирующими фиброзными изменениями динамики выявлено не было. DLCO значимо не изменилась в обеих группах, что также может быть связано с необратимыми структурными изменениями. Побочных эффектов за все время наблюдения не зарегистрировано.

Выводы: Ингаляционное применение экзогенного сурфактанта представляет особый интерес как потенциально эффективный способ улучшения респираторных функций, поскольку одним из ключевых патогенетических механизмов поражения легких при COVID-19 является нарушение гомеостаза собственного сурфактанта. В данном исследовании ингаляционный таурактант продемонстрировал эффективность в улучшении вентиляционных показателей у пациентов с постковидными респираторными нарушениями. Для подтверждения результатов требуются дальнейшие исследования с большей выборкой.

96.
СРАВНЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА И МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Устьянцева Н.П., Шевцова В.О.

Актуальность: Диагностическая ценность анализа бронхоальвеолярного лаважа и мокроты широко обсуждается и остается неясным, есть ли разница между результатами посева образцов мокроты и бронхоальвеолярного лаважа.

Цель: сравнить диагностическую ценность бронхоальвеолярного лаважа и мокроты у пациентов с пневмонией.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование включили 21 пациента с пневмонией за 6 месяцев 2024 года из отделения реанимации и интенсивной терапии, у которых была взята мокрота на бактериальный посев и проведен бронхоаль-

веолярный лаваж после перевода на искусственную вентиляцию легких. Средний возраст 68±17 лет. Полученные данные были обработаны методом медицинской статистики с применением критерия χ-квадрат.

Результаты: В мокроте и бронхоальвеолярном лаваже с одинаковой частотой выявлялись бактерии и грибы. Преимущественно это были K. pneumoniae, Acinetobacter baumannii и Candida albicans. Микробный пейзаж бронхоальвеолярного лаважа был гораздо шире, чем мокроты. Обнаружение Candida albicans было гораздо чаще в мокроте, чем в бронхоальвеолярном лаваже (χ-квадрат: 2.8, p=0,05), Pseudomonas aeruginosa одновременно встречалась и в мокроте, и в бронхоальвеолярном лаваже. Бактериями, выявленными только вбронхоальвеолярном лаваже были Haemophilus influenzae, Enterococcus faecalis, Serratia marcescens. Только в бронхоальвеолярном лаваже выявили следующие грибы: Candida glabrata, Aspergillus flavus, Scedosporium apiospermum. Однако, общее число грибов в образцах мокроты было выше, чем в бронхоальвеолярном лаваже, что может быть связано с грибами рода Candida, которые активно развиваются на фоне иммуносупрессии и антибактериальной терапии.

Вывод: Бронхоальвеолярный лаваж позволяет точнее оценить наличие бактерий и грибов у пациентов с тяжелой пневмонией.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

97. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АСТМЫ

1. ФГБНУ "Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова"
2. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Кузьмина Л.П. – 1, 2, Хотулева А.Г. – 1, 2, Анохин Н.Н. – 1, 2, Коляскина М.М. – 1, 2, Хермасси У. – 2

Полиморфизм генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) широко изучается как фактор риска коморбидности бронхолегочной патологии и гипертонической болезни (Шпагина Л.А. и др., 2016; Сайк О.В. и др., 2018; Брагина Е.Ю. и др., 2022), при этом эти генетические варианты могут являться и независимым фактором риска развития некоторых форм заболеваний легких, что может быть связано с ассоциацией полиморфных вариантов этих генов с активацией воспалительных (Marchesi C. etal., 2008) и фибротических (Gupta D. etal., 2021) процессов.

Цель исследования: анализ ассоциаций наличия полиморфных вариантов гена ангиотензиногена с развитием и тяжестью течения профессиональной астмы.

Материалы и методы: Обследовано 50 человек с установленным диагнозом профессиональной бронхиальной астмы (ПБА). Проведено определение полиморфных вариантов гена AGT (rs699, rs4762) методом ПЦР-РВ наборами реагентов НПФ «Литех», исследование уровней цитокинов в сыворотке методом ИФА.

Результаты: Выявлено, что генотип AA AGT (rs699) достоверно (p=0,042) реже (в 20%) встречается в группе пациентов с ПБА по сравнению с популяционным контролем – 35,4%, таким образом, при наличии G аллели наблюдается повышение риска развития ПБА (ОШ=2,191, 95% ДИ 1,07-4,486). Установлена взаимосвязь наличия аллели G гена AGT (rs4762) с более низким уровнем противовоспалительного ИЛ-10 (коэффициент корреляции γ= -0,433; p=0,035), с более выраженными изменениями показателей функции внешнего дыхания, характеризующих степень бронхиальной обструкции.

Выводы: Показано наличие ассоциаций полиморфизма гена ангиотензиногена с развитием и тяжестью течения ПБА, что свидетельствует о значимости дальнейших исследований по изучению роли полиморфизма генов белков РААС в развитии и прогрессировании профессиональной астмы.

98.
СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ТОКСИЧЕСКОГО, МЕХАНИЧЕСКОГО И АСПИРАЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г. Уфа, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ

Гражданкина И.В., Хабибуллин И.М., Хакимова Э.Ф., Каюмова В.Л., Зулкарнеев Р.Х.

Пациент Н. 66 лет, во время работы в канализационном колодце потерял сознание, упал в сточные воды, ударился грудной клеткой об элемент конструкции, находился под водой не менее 15с с последующими признаками аспирации, спасен другим рабочим, который в последствие также потерял сознание. При поступлении жалобы на боли в грудной клетке слева, слабость. Состояние средней тяжести, ЧД-16/мин., SpO2 95% без оксигенотерапии. Дыхание слева ослаблено, крепитация в нижних отделах слева. КТ ОГК: справа участки «матового» стекла. Диагноз: T06. Комбинированная травма: T59.9 Токсическое действие газов и паров неуточненных (канализационный газ-метан, аммиак, сероводород). Острая энцефалопатия токсическая, гипоксическая. S20.2 Тупая травма грудной клетки. T75.1,W73. Утопление (несмертельное) в сточных водах. J69.0 Аспирационный пневмонит. Лейкоцитоз развился на 2-е сутки – 15,9*109/л, на 4-е сутки увеличился до 18,6*109/л, несмотря на отсутствие температуры тела и положительную динамику. С-РБ на 2-е сутки – 71,0 мг/л, на 7-е – 4.1 мг/л. Лечение проводилось согласно рекомендациям «Внебольничная пневмония у взрослых» (2024) с учетом положений «Аспирационная пневмония» (Авдеев С.Н.,2009). Антибактериальная терапия – цефтаролинафосамил 600 мг в/в 2 р/д 7 дней, моксифлоксацин 400 мг в/в 1 р/д, небулайзерная терапия – сальбутамол 5мг + будесонид 500 мг 2 р/д, муколитическая терапия – ацетилцистеин 600 мг/сутки, антикоагулянтная терапия -гепарин 5 тыс. 4 р/д. На 7-е сутки состояние с положительной динамикой, удовлетворительное.

Выводы: при условии раннего начала комплексной интенсивной терапии наблюдалось разрешение аспирационного пневмонита в срок до 7 суток.

99.
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СЛУЧАЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕРМОХИМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

1. ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г.Уфа,
2. ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ

Гражданкина И.В. – 1, Хабибуллин И.М. – 1, Хакимова Э.Ф. – 1, Каюмова В.Л. – 1, Зулкарнеев Р.Х. – 2

Пациент 56 лет в результате взрыва емкости с дихлорэтаном на рабочем месте подвергся воздействию пламени и токсичных паров. Ведение пострадавшего проводилось совместно с НМИЦ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по профилю «пульмонология» с помощью телемедицинских технологий. Диагноз: T59.8 Токсическое действие других уточненных газов, дымов и паров (дихлорэтан): ингаляционная травма. J68.0. Бронхит и пневмонит, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами. T29.5. Термохимический ожог лица, глаз, верхних и нижних дыхательных путей I-II ст. Жалобы на затруднение дыхания, кашель с болью за грудиной, першение в горле, заложенность носа, осиплость голоса. Крепитация в нижних отделах легких, ЧД 22/мин. КТ ОГК: интерстициальные изменения в нижних долях легких. С 2-х суток – отделение

слизисто-гнойной мокротой >300мл/сутки. Посев мокроты дважды – s.oralis, КОЕ 104. ФБС: слизистая ВДП и НДП гиперемирована, отечна, покрыта фибриновым налетом , контактно кровоточит, в просвете бронхов большое количество слизисто-гнойного секрета. Начальная АБТ: цефтриаксон 2 г в/в 1 р/д+ левофлоксацин 500 мг в/в 1 р/д. Коррекция АБТ на 3-и сутки в связи с неэффективностью –цефоперазон/сульбактам 1г/1г в/в 2 р/д+ левофлоксацин 500 мг в/в 2 р/д. Небулайзерная терапия 3 р/д: ацетилцистеин 1000 мг + сальбутамол 5 мг+ будесонид 500 мг, антикоагулянтная терапия–гепарин 5000 ед 4 р/д. На фоне лечения – положительная клиническая динамика, уменьшение объема мокроты до 150 мл/сутки, лейкоцитоза с 22.8*109 до 12.3*109/л., СРБ с 93.3 до 19.1 мг/л.

100. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕСПИРАТОРНОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ЭФФЕКТОВ ТЕРМИЧЕСКОГО ГЕЛИОКСА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова

Румянцева О.И. Серебряков П.В., Ишимбаев Д.А.

В последние десятилетия в силу повсеместного распространения вредных экологических, профессиональных и поведенческих ингаляционных воздействий растёт вклад в глобальное бремя неинфекционной бронхолегочной патологии. В настоящее время актуальным является поиск новых методов и технологий восстановительного лечения с использованием лечебных искусственных дыхательных инертно-газовых сред, содержащих гелий (гелиокс). Гелиокс обладает низкой плотностью и высокой проникающей способностью, что способствует улучшению газообмена, нормализации газового состава крови и кислотнощелочного равновесия.

Цель исследования: изучить эффективность комбинированной терапии с использованием гелиокса у пациентов с обострением профессиональных бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Исследование проводится как открытое проспективное с участием 24 пациентов, рандомизированных в две группы: группа клинического наблюдения (12 человек) и плацебо-контролируемая группа (12 человек)

Результаты исследования: Было выявлено воздействие гелиокса на обратимый компонент бронхиальной обструкции: в виде статистически значимого прироста средних значений ОФВ1 и ФЖЕЛ на 7 % и 13% соответственно, достоверного ($p < 0,05$) увеличения значений SaO2 (с 92,1 ± 2,1 до 97,5 ± 1,6% в конце курса) и PaO2 (с 72,7 ± 6,1 до 77,6 ± 4,7 мм рт. ст.). Рост SaO2 на фоне стандартной терапии наблюдался только у больных ХОБЛ средней степени тяжести (с 90,1 ± 3,3 до 93,8 ± 1,9% к концу курса), но в сравнении с опытной группой это изменение было менее выраженным ($p < 0,05$).

Выводы: Использование ингаляций термического гелиокса в комплексной терапии привело к снижению выраженности бронхообструкции и улучшению показателей газового состава крови в виде уменьшения респираторного ацидоза и гиперкапнии.

РАЗНОЕ

101.
ЗАТЯЖНОЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПОСТВИРУСНЫЙ СИНДРОМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЦИТОКИНОВЫМ КОМПОНЕНТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

1. Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия
2. Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В. – 1, Беккер Р.А. – 2

Цель: Представить случай пациента с затяжным респираторным поствирусным синдромом после перенесённого COVID-19, сочетающимся с когнитивными нарушениями и системным воспалением на фоне сохраняющейся антигенной стимуляции.

Материалы и методы: Мужчина 26 лет, без хронических заболеваний, с избыточной массой тела, перенёс лёгкую форму COVID-19. Спустя 6 месяцев сохранялись одышка, кашель, слабость, когнитивный дефицит. В мазках из ротоглотки методом ПЦР обнаружена РНК SARS-CoV-2, в крови - повышенные СРБ (25 мг/л) и ИЛ-6 (44,6 пг/мл). Терапия флувоксамином и агомелатином оказалась недостаточно эффективной.

Результаты: Назначен 14-дневный курс нирматрелвира/ритонавира, после чего ПЦР стал отрицательным. Клинические симптомы сохранялись. Были добавлены маравирок (затем гидроксихлорохин), метформин, аторвастатин, антиоксиданты, мелатонин и DHEA. Через 2 месяца нормализовались СРБ и ИЛ-6. К шестому месяцу терапии достигнута полная клиническая ремиссия.

Выводы: При постковидной симптоматике, связанной с воспалением и антигенной персистенцией в дыхательных путях, эффективен комплексный подход с применением противовирусных, иммуномодулирующих и противовоспалительных препаратов, направленных на ключевые патогенетические звенья.

102.
ЭФФЕКТ МОЛЕКУЛЯРНОГО ВОДОРОДА НА СОДЕРЖАНИЕ СЕРОВОДОРОДА

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Зинчук В.В., Рабковская Е.М., Гуляй И.Э., Бабаева П.С.

Цель работы: исследовать эффект молекулярного водорода на содержание сероводорода в плазме крови в опытах in vitro.

Материалы и методы: объектом исследования являлась кровь, которая была разделена на 6 групп (n=9) по 4 мл. Первая и четвертая группы использовались в качестве контроля. Во второй и пятой группах кровь обрабатывали газовой смесью, содержащей 2-х % водород, в термостатируемом сатураторе в течение 5 минут, в группах три и шесть – в течение 10 минут. Время инкубации для второй и пятой групп составляло 30 минут, для третьей и шестой - 60 минут. Содержание эндогенного сероводорода H2S в плазме крови определяли спектрофотометрическим методом, основанном на реакции между сульфиданионом и раствором N,N-диметилпарафенилендиамина солянокислого в присутствии хлорного железа при длине волны 670 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: при инкубации крови, насыщенной газовой смесью, содержащей 2- х % водород, в течении 5 минут отмечалось увеличение содержания сероводорода по отношению к контролю на 36,73% ($p \leq 0,05$). При насыщении крови в течении 10 минут содержание сероводорода увеличилось при экспозиции 30 и 60 минут на 33,15% ($p \leq 0,05$) и 74,91% ($p \leq 0,05$) соответственно по сравнению с контролем. Наблюдаемый рост сероводорода, вносит вклад в изменение кислородтранспортной функции крови.

Выводы: эффект молекулярного водорода проявляется в увеличении содержания сероводорода в плазме крови. Наибольший рост уровня данного газотрансмиттера отмечается при насыщении крови 10 минут и инкубации 60 минут, что имеет значение для модификации кислородсвязывающих свойств крови.

103.
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – ДАННЫЕ ПОЛНОГЕНОМНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ

Дьячкова Е.О., Никулин Д.А., Лыженкова А.В., Боровикова И.И., ,,
Данилова А.А., Данковцева Е.Н., Минушкина Л.О., Охрименко Г.С.,
Замятин В.И., Попцова М.А., Аверьянов А.В., Затейщиков Д.А.

Наследственные нарушения гемостаза являются фактором риска развития тромбозов и и хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ). Назначение непрямых антикоагулянтов при тромбофилии вследствие дефекта системы протеина С, компоненты которой подвергаются посттрансляционной модификации витамином К, может вести к потенциально фатальным осложнениям.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости наследственной тромбофилии, ассоциированной с дефектом системы протеина С у больных ХТЭЛГ.

Материал и методы: Полногеномное секвенирование проведено у 108 больных ХТЭЛГ, наблюдаемых в экспертном центре легочной гипертензии ГБУЗ "ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана ДЗ г. Москвы" с 2014 по 2025 гг, средний возраст 63,9 [52,00; 74,75] г. I ФК на момент включения имели - 2; II ФК - 15; III ФК - 81; IV ФК - 10. Регистрировались данные анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований. Статистическая обработка данных проводилась в SPSS 27 (IBM).

Результаты: В результате проведенного биоинформатического анализа у 5 (4,6%) обнаружены патогенные и вероятно патогенные варианты в генах PROC (n=4), PROS1 (n=1). Различий в клинической картине заболевания, возрасте манифестации, вы-

живаемости, частоте назначения медикаментозной терапии и тромбозов в анамнезе не выявлено.

Выводы: Таким образом, почти у 5% больных ХТЭЛГ имеется риск развития индуцированных варфарином тромбозов, что требует более осторожного назначения антикоагулянтов в подобных случаях.

104.
СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОТ ОРВИ ДО ПНЕВМОНИИ

МКНИЦ больница 52

Гоголь А.Л., Белоглазова И.П.

Лимфомы, возникающие во время беременности или в раннем послеродовом периоде, представляют собой серьезную диагностическую и терапевтическую проблему. Перигравидарный период – время значительных физиологических изменений, которые могут маскировать симптомы лимфопролиферативного заболевания, затрудняя своевременную постановку диагноза.

Пациентка И., 34 лет, поступила с жалобами на слабость, ночную потливость, фебрильную температуру и кашель с трудноотделяемой мокротой. Симптомы начались в течение недели до кесарева сечения, проведенного 18.05.2024, были расценены как перенесенное ОРВИ. В раннем послеродовом периоде у пациентки отмечались признаки системной воспалительной реакции, тромбоцитопения, анемия, при обследовании КТ ОГК – признаки бронхиолита, получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. В виду наличия тромбоцитопении обследована, установлен диагноз: Иммунная тромбоцитопения 2024 г., к первичной линии терапии (сГКС + иммуноглобулины) выявлена резистентность. Инициирована вторая линия терапии Ромиплостимом от 13.06.2024, 21.06.2024.

После выписки пациентка продолжала отмечать подъемы температуры тела и появление сыпи, что привело к повторной госпитализации 08.07.2024. В ходе госпитализации на КТ органов грудной клетки была выявлена «пневмония», внутригрудная лимфоаденопатия и минимальный выпот в перикарде, лабораторно признаки СВР. С учетом наличия лимфаденопатии, резистентности к антибактериальной терапии больной выполнена бронхоскопия, биопсия лимфатического узла. По результатам дообследования больной выставлен диагноз лимфомы Ходжкина.

105.
ДИНАМИКА УРОВНЯ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ И ЭНДОГЕННОГО ОКСИДА АЗОТА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

Нуркаев И.Р.

Цель исследования: изучить влияние гипобарической гипоксии на динамику уровня монооксида углерода (CO) в выдыхаемом воздухе и эндогенного оксида азота (NO) у здоровых добровольцев.

Материалы и методы: В исследовании проведена оценка уровня CO в выдыхаемом воздухе и NO в слюне у здоровых некурящих добровольцев. В 1 этапе исследо-

вания (низкогорье – 760 метров над уровнем моря, атмосферное давление 700 мм рт. ст.) приняли участие здоровые добровольцы (n = 132: 43 мужчины, 89 женщин; средний возраст – 22,34 ± 2,1 года), во 2 этапе (высокогорье – 3600 метров над уровнем моря, атмосферное давление 460 мм рт. ст.) – добровольцы из числа участников 1 этапа (n=84, 39 мужчин, 45 женщин, средний возраст 21,48 ± 1,15 года). Исследование CO в выдыхаемом воздухе проводилось с применением анализатора CO (MicroCO, Германия), эндогенного NO – с применением тест-полосок (Self-Stik NO, Корея).

Результаты: На низкогорье средний уровень CO в выдыхаемом воздухе у участников исследования составил 1,83 ± 1,29 ppm. В условиях высокогорья этот показатель в 1-е сутки составил 4,54 ± 2,9 ppm ($p<0,05$). На низкогорье у всех участников определялся нормальный уровень оксида азота в слюне – 4 (4; 4) балла. На 1-е сутки пребывания на высокогорье отмечалось его достоверное снижение – 2,5 (2; 3) балла ($p<0,05$), а на 2-е сутки наблюдалась тенденция к восстановлению нормального уровня – 3(3; 4) ($p<0,05$).

Выводы: В условиях гипобарической гипоксии отмечается достоверное повышение уровня CO в выдыхаемом воздухе в 2,5 раза, что может быть обусловлено увеличением скорости диссоциации карбоксигемоглобина (HbCO). Снижение уровня NO в 1-е сутки в 1,6 раз и и дальнейшее увеличение может расцениваться как реакция эндотелия на гипоксический стресс с последующей адаптацией.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

106. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания (ДНЦ ФПД)

Шелудько Е.Г., Семиреч Ю.О., Абдулина А.А., Колосов В.П.

Цель: Охарактеризовать клинико-функциональные особенности пациентов, поступающих на реабилитацию после внебольничной пневмонии (ВП).

Материалы и методы: Проанализированы 103 истории болезни пациентов (59 женщин и 44 мужчин), поступивших на реабилитацию в 2024 г. в клинику ДНЦ ФПД. Проведена оценка данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты: Средний возраст пациентов – 47,3±1,7 лет. 85% перенесли нетяжелую ВП. Возбудитель верифицирован у 38% (M. pneumoniae – 20%, S. pneumoniae – 11%). Средняя длительность госпитализации с тяжелой ВП составила 20 [8;41] дней, нетяжелой – 9 [5;37] дней. Длительность госпитализации обратно коррелировала с вентиляционными нарушениями (ФЖЕЛ ρ=-0,29, p=0,01; ОФВ1/ФЖЕЛ ρ=-0,26, p=0,007). Пациенты чаще всего предъявляли жалобы на одышку (90%), слабость (87%), сухой малопродуктивный (43%) и продуктивный кашель (34%). Продуктивный кашель чаще встречался у курильщиков (52% против 27%, p=0,01), а сухой – у некурящих пациентов (51% против 24%, p=0,01). У 89% пациентов сохранялись изменения на компьютерных томограммах: остаточная инфильтрация лёгочной ткани (51%), фиброзные изменения (19%), бронхиолит (11%), ателектазы (5%), бронхоэктазы (3%). При спирометрии выявили нарушения в 43% случаев. Среди пациентов с вентиляционными нарушениями после ВП исходный объем поражения легких был достоверно больше (4 [2,5;8] и 2 [2;5], p=0,01). Также сохранялся повышенный уровень СРБ – 11,1 г/л [4,3; 12,8].

Вывод: Несмотря на преимущественно нетяжелое течение перенесенной ВП, у большинства пациентов, поступающих на реабилитацию, сохраняются выраженные остаточные клинические симптомы, структурные изменения в легких и функциональные нарушения, что указывает на высокую потребность в реабилитационных мероприятиях.

107.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Маткомилов Ж.А.

Цель исследования: Оценка эффективности медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью лёгких и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Больные ХОБЛ 2-3 стадии с МС(18) на фоне базисного лечения принимали фитопрепарат в течение 15 дней, по 5-10 мл за 5 мин до еды 2 раза в день и занимались легочной реабилитацией по индивидуально подобранным программам (ЛФК по заболеваниям легких, получали ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотную микроволновую, крайне высокочастотную, магнито- или лазеротерапию). Изучали функцию внешнего дыхания (ФВД), С-реактивный белок (СРБ), общий анализ крови и мокроты, показатели пикфлуометрии, пульсоксиметрии, теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), проб Штанге и Генчи, ЭКГ, ЭХОКГ. Эффективность реабилитации оценивали с использованием вопросника Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36), теста CAT и шкалы mMRC.

Результаты: МС негативно влияет на течение и прогрессирование ХОБЛ, ухудшает бронхиальную проходимость, повышает активность воспаления, снижает толерантность физической нагрузки (ТФН), нарушает адаптацию и снижает качество жизни пациентов. Исходно клиническая картина у всех обследованных больных характеризовалась проявлениями дыхательной недостаточности, одышки, продуктивным кашлем, слабостью. Выраженность одышки в среднем составляла 2,3±0,1 баллов, снижение ОФВ1 и ЖЕЛ 78,3±5,9%. ТШХ выявил снижение ТФН, в среднем пройденная дистанция 331,4±22,2. Реабилитация уменьшила выраженность одышки до 1,6±0,1 баллов. Показатели ФВД улучшились при выраженном увеличении толерантности к физической нагрузки и пройденная дистанция увеличилась до 418,9 ± 26,4 м. У обследуемых уменьшилась одышка до 1,2±0,1 и кашель до 1,2±0,1 баллов на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по данным пикфлуометрии до 343,4±23,1 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). Фитопрепарат, в состав которого, входят экстракты лекарственных растений, позволил уменьшить дозу или отменить прием некоторых препаратов. Установлено, увеличение показателей ФВД у больных ХОБЛ после сочетанного применения базовых методов и интервальных физических нагрузок На это указывало достоверное увеличение времени задержки дыхания в пробах Штанге на 20,8 % и Генчи на 27,5 %. Сочетанное применение базовых и дополнительных методов реабилитации способствовало повышению уровня соматического здоровья и ТФН у больных ХОБЛ с МС.

Выводы: Персонализированный подход и совместное применение современных средств фармако- и фитотерапии на этапах реабилитации больных ХОБЛ с МС оптимизирует ведение этой категории пациентов, повышает их ТФН и качество жизни а также позитивно изменяет результаты раннего и заключительного этапов легочной реабилитации.

108.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АСТМЕ

НАО Казахский национальный медицинский университет им. С. Ж. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Кабдылдаева Г.К., Серикбаева А.К., Жамирова Р.Н.

Цель исследования: Изучение эффективности комплексной реабилитации больных с хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и астме. Методы и материалы. На базе поликлиники ТОО "ID Senim R" г. Алматы проведен ретроспективный анализ 160 пациентов методом включения и исключения отобранных 50 пациентов, состоявших на «Д» учете пульмонолога с 1 января 2021 года по 31 октября 2024 года.

Результаты: Из пациентов, которые были взяты на обследование (n=50) 52% страдали бронхиальной астмой, а 48% – ХОБЛ. Среди этих пациентов 68% составили женщины, остальные 32% мужчины. Средний возраст пациентов 57,2±12 лет. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являются гипертония (30%), сахарный диабет (16%) и сердечная недостаточность (18%). Реабилитация, включающая тренировку дыхания, массаж, галатерапия, обучение пользованию ингаляторами и психоэмоциональную поддержку, показала улучшение функциональных показателей. Спирометрия, тест 6-минутной ходьбы, оценочная шкала (Борг) позволяют отслеживать прогресс, снижая частоту ухудшений на 30-40% и количество госпитализаций на 20%.

Выводы: Реабилитация пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой требует дисциплинарных вмешательств для улучшения качества их жизни. Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма остаются значимой проблемой на уровне первичной медико-санитарной помощи. Проведенное исследование показало, что в Казахстане данными заболеваниями чаще страдают женщины среднего возраста, однако наблюдается тенденция к омоложению заболевания. ХОБЛ и астма сопровождаются частыми обострениями и сопутствующими патологиями, что требует комплексного подхода к их лечению и реабилитации. Комплексный подход к реабилитации способен не только улучшить функциональное состояние пациентов, но и снизить социальную значимо

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

109.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕТАСТАЗИРУЮЩАЯ ЛЕЙОМИОМА МАТКИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ

ГАУЗ "ООКБ №2", г. Оренбург

Гаврюшин С.А., Старкова Е.Е., Кулбаисов А.М.

Цель: Продемонстрировать клинический случай доброкачественнной метастазирующей лейомиомы матки с поражением лёгких. Подчеркнуть критическую важность гистологической верификации для установления окончательного диагноза и выбора правильной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования: В основу разбора легло клиническое наблюдение пациентки О., 48 лет. В 2009 году проводилось оперативное лечение по поводу миомы матки. Болеет с 2017 года (длительный кашель), наблюдалась у пульмонолога амбулаторно в г. Санкт-Петербург. По результатам обследования (гистологическая верификация) выставлен диагноз лейомиома лёгких. По неясной причине в дальнейшем пациент наблюдался у пульмонолога с диагнозом лимфангиолейомиоматоз, очаговая форма, получала лечение соответственно диагнозу. Лечение препаратом сиролимус – не эффективно. В 2025 году возвращается в г. Оренбург, где обследована в отделении пульмонологии ГАУЗ «ООКБ №2», также были осмотрены предоставленные гистопрепараты.

Заключение главного внештатного патологоанатома МЗ ОО Шехтмана М.А. – доброкачественная метастазирующая лейомиома матки. Консультирована с ФЦ г. Москвы – планово госпитализирована, где диагноз был также подтверждён. Назначено лечение препаратом золадекс.

Результаты: Первоначальный диагноз «Лимфангиолейомиоматоз» был отвергнут. Выставлен диагноз: Множественная лейомиома легких. Терапия сиролимусом была отменена, назначен курс лечения препаратом золадекс.

Выводы: Гистологическое исследование является «золотым стандартом» и обязательным компонентом верификации данного диагноза. Ошибочная диагностика может привести к необоснованному долгосрочному назначению иммуносупрессивной терапии с сопутствующими рисками побочных эффектов и финансовыми затратами, при этом тактика при лейомиоме может ограничиться наблюдением.

110.
СИНДРОМ ГУДА В ПРАКТИКЕ ПУЛЬМОНОЛОГА: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

МКНИЦ КБ 52 ДЗМ

Кулешова Н.А. Белоглазова И.П.

Синдром Гуда (Good's syndrome) - это редкое иммунодефицитное состояние, сочетающее тимому (доброкачественную или злокачественную опухоль вилочковой железы) и гипогаммаглобулинемию. Это редкий комбинированный В- и Т-клеточный ПИД у взрослых. Частота встречаемости при тимомах – 6-11 %, синдром Гуда диагностируется в 7 %; манифестация 30- 40 или 40 – 50 лет (средний возраст – 56 лет, средний возраст диагностирования тимомы и гипогаммаглобулинемии - 62 года).

Поражение легких при этом синдроме может быть связано с рецидивирующими инфекциями, аутоиммунными процессами или опухолевыми осложнениями.

Клинические проявления со стороны легких

1. Рецидивирующие инфекции дыхательных путей – Частые бактериальные пневмонии, грибковые и вирусные инфекции – Обусловлены дефицитом В-клеток и снижением уровня антител (IgG, IgA).
2. Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – Возможны фиброз, лимфоцитарная интерстициальная пневмония (ЛИП) – Связаны с аутоиммунными механизмами или хроническим воспалением.
3. Опухолевые осложнения – Метастазы тимомы в легкие (редко). – Повышенный риск других онкологических заболеваний (например, лимфомы). 4. Аутоиммунные поражения – Миастения гравис (часто ассоциирована с тимомой) может сопровождаться дыхательной недостаточностью из-за слабости дыхательных мышц. – Возможен легочный саркоидоз или гранулематозное воспаление.

Клинический случай: Пациент М. 62г с 2024г дважды госпитализация с двусторонней пневмонией, длительная фебрильная лихорадка. Госпитализирован в пульмонологию ГКБ 52 август 2024г – По КТ ОГК картина отрицательной динамики роста новообразования, исходящего, вероятно из вилочковой железы. Нарастание интерстициального процесса в легочной ткани с поражением преимущественно левого легкого. Лабораторно: снижение показателей клеточного иммунитета, уровнь IgG-3г/л. Предположен дифференциальный диагноз образования средостения между лимфомой и тимомой. После лечения курсами АМТ и ВВИГ пациент выписан с клинико-рентгенологическим улучшением. Госпитализирован в Клинику Сеченовского университета, где выполнена однопортовая ВТС слева, удаление новообразования переднего средостения. Гистологическое заключение: ПГИ №9948/2024 тимома, смешанный тип АВ, А (60%) и В (40%) с инвазией в капсулу опухоли. После выписки к иммунологу не обращался. Через 2 месяца вновь рецидив фебрильной лихорадки, дважды госпитализация по м/ж с пневмониями – в связи с неэффективностью лечения – госпитализирован в ГКБ 52 пульмонология. По КТ ОГК-признаки организующейся пневмонии в сочетании с распространенным бронхиолитом на фоне резидуальных ретикулярных изменений. Лабораторно: гипогламмаглобулинемия, снижение показателей клеточного иммунитета. По результатам обследований (в том числе ФБС с ЧББ, КТ, лаб.анализы и все посевы) выставлен диагноз: Комбинированный иммунодефицит, гипогаммаглобулинемия. Good-синдром. Тимома, типа АВ

Осложнения: Двусторонняя полисегментарная пневмония (Burkholderia gladioli в БАЛ, Haemophilus influenzae в мокроте) Распространенный правосторонний бронхиолит. ЦМВ (ДНК положительно в крови качественно и количественно 428). Инфекция кровотока (Haemophilus influenzae). Герпесвирусная инфекция. Катаральный полисинусит. Проведен курс АМТ и ВВИГ – положительная клинико-лабораторная динамика. Выписан на лечение к иммунологу.

Данный клинический случай интересен тем, что описан опыт выявления и наблюдения за пациентом с редким видом ПИД с поражением легких. Дифференциальная диагностика (ЛПЗ, онкопроцесс, ИЗЛ и т.д.) и верификация Good-синдрома может занимать длительное время, в течение которого без заместительной терапии ВВИГ у пациентов имеется высокий риск летальных исходов в связи с различными инфекционными осложнениями. Осведомленность врачей о синдроме Гуда с полиморфизмом поражения легких – является важным аспектом в клинической практике, поскольку данная патология требует своевременной диагностики и адекватного выбора тактики лечения.

111. СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА ФИБРОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА АВГУСТ 2025 Г.

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

Козырева Л.С., Баширова А.С., Зулкарнеев Р.Х.

Цель: провести анализ состояния регионального регистра пациентов, получающих специфическую антифибротическую терапию в Республике Башкортостан в 2025 г. На 20.08.2025 в регистр включены 123 (прирост по сравнению с 2024 г. +28 чел.) пациента, в том числе с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) – 61(+11)чел. (49,6%), гиперчувствительным пневмонитом (ГП) – 39(+7) чел. (31,7%), ревматоидным артритом (РА) – 9 (+5) (7,3%)чел., системной склеродермией (ССД) – 8(0)чел. (6,5%), диффузным легочным фиброзом – 6(+6) чел. (4,8%). За 12 мес. с сентября 2024 г. по причине смерти выбыли 8(-1) чел., в том числе с ИЛФ – 4(-1) чел, ГП – 3(-1) чел., РА -1(+1) чел., возраст – медиана – 68 лет, в интервале 41-79 лет. В регистр вновь включены 37 пациентов. Возраст пациентов с ИЛФ имеет медиану 68 лет, в интервале 47-86 лет, ГП – медиана – 65 лет, 56-74 лет, РЗ – медиана – 66 лет, 50- 79 лет. Распределение по полу М/Ж: ИЛФ – 27/34 чел., ГП – 16/23, РА – 1/8. Антифибротическую терапию нинтеданибом получают 104(+24) пациента из 123, в том числе 42 из 61 с ИЛФ (68,9%) и все больные ГП, РА, ССД. Терапию пирфенидоном получают 19 (+4) пациентов из 61 с ИЛФ (31,1%). В целом по данным регистра фиброзирующих заболеваний легких в Республике Башкортостан наблюдается годовой прирост общего количества пациентов до 123 чел. на 29,5%, прирост отмечен по всем основным учитываемым нозологиям.

112.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

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

Цель: Оценить клиническое значение регулярности базисной муколитической терапии (МТ) у детей с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД)

Материалы и методы: в исследование включен 61 ребенок с ПЦД в возрасте с 0 до 18 лет, обследованный в Институте Вельтищева в 2023-2025гг. Всем детям проведено 2 стационарных обследования через с оценкой проводимой терапии в течение предыдущего года. Дети распределены на группы: 1 гр.(n=29) – дети, получающие ежедневную МТ 2 раза в сутки, 2 гр.(n=13) – 1 раз в сутки, 3 гр.(n=19) – дети, получающие МТ только при обострении.

Результаты: При оценке показателей при повторной госпитализации у детей 1-й гр. отмечено достоверное ($p<0,05$) снижение лабораторных маркёров воспаления: снижение уровня лейкоцитов с 7,26 [4,53;10,92] до 6,62 [4,20;13,48] тыс/мкл и нейтрофилов с 3,52[1,62;5,65] до 3,11[1,50;7,12] тыс/мкл. В гр. 2 и 3 показатели значимо не изменились ($p>0,05$). Бодиплетизмография проведена 20 детям 1-й гр., 8 детям 2-й гр., 16 детям 3-й гр. В 1-й гр. отмечено достоверное ($p<0,05$) улучшение показателя остаточного объема легких (ООЛ) с 165[94;263] до 147%[97;293]. В 2-й и 3-й гр., наоборот, отмечено значимое ($p<0,05$) ухудшение показателя ООЛ – с 143[66;205] до 143%[66;205] и с 143[66;205] до 159%[64;231] соответственно.

Выводы: Ежедневная муколитическая терапия 2 раза в сутки достоверно уменьшает лабораторные маркёры воспаления и улучшает показатель остаточного объема легких у детей с ПЦД. Эффективность ежедневной муколитической терапии 1 раз в сутки сопоставима с терапией, проводимой только при обострениях, и не оказывает влияния на исследованные показатели.

113.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

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

Цель: Сравнить эффективность бронхолитической терапии препаратом ипратропия бромида и тиотропия бромида у детей с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД)

Материалы и методы: в исследование включено 83 ребенка с ПЦД в возрасте с 0 до 18 лет, обследованных в Институте Вельтищева в 2023-2025гг. Все дети на протяжении 12 мес наблюдения получали ежедневную бронхолитическую терапию: 1 группа (n=37) – ингаляции тиотропия бромида; 2 группа (n=46) – ипратропия бромида.

Результаты: При оценке показателей через 12 месяцев с начала проведения бронхолитической терапии в 1 группе лабораторные маркёры атопии были достоверно ниже в сравнении с 2 группой: эозинофилы 0,12 [0,06;0,23] и 0,23 [0,1;0,44] тыс/мкл,

IgE 30,3 [13,9; 148,5] и 53,6 [17,7; 721,4] МЕ/л (P<0,05). Спирометрия выполнена у всех 37 детей 1 группы и у 37 детей 2 группы. Показатели, характеризующие бронхиальную проводимость, такие как ПСВ, МОС25, МОС50, МОС75 в 1 группе были достоверно выше (P<0,05). Однако, медианы ЖЕЛ составляли 87 [79;98] и 84% [75; 94], ОФВ1 – 83 [74; 94] и 83% [72; 98] и значимо между группами не различались (P>0,05). Бодиплетизмография выполнена в 1 группе 24 детям, в 2 группе – 17 детям. Бронхиальное сопротивление, остаточный объем легких и внутригрудной объем в динамике наблюдения значимо снизились: в 1 группе (100 [89; 122], 128 [103; 159] и 110 [100; 124]) по сравнению с 2 группой (118% [89; 151], 168% [130; 213] и 127% [114; 136]) (по критерию Манна-Уитни) (P<0,05).

Выводы: Дети, получающие терапию тиотропия бромидом, при катамнестическом наблюдении в течение года демонстрируют более низкие лабораторные маркёры атопии, коррелирующие с улучшением показателей функции легких.

114. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АЗИТРОМИЦИНОМ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

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

Цель: оценить эффективность и безопасность длительной противовоспалительной терапии азитромицином (А3) у детей с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД)

Материалы и методы: в исследование включено 100 детей с ПЦД в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на обследовании в Институте Вельтищева в 2023-2025 годах. Дети распределены на группы: 1 группа (n=32) – терапия А3 в течение 1 года; 2 группа (n=19) – терапия А3 в течение 2 лет; 3 группа (n=48) – без А3; 1 ребенок исключен, т.к. А3 был отменен. Проведена оценка респираторных обострений, биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, мочевина, креатинин, холестерин, щелочная фосфатаза) и интервала QT на ЭКГ при первичной и повторной госпитализациях через 12 месяцев.

Результаты: В 1 группе частота обострений снизилась с 6,2 [4,1; 7,3] до 2,8 [1,9; 3,7] в год (p<0,05). В 2 группе количество обострений снизилось с 3,4 [2,1; 3,9] до 2,1 [1,6; 2,9] в год (p<0,05). В 3 группе частота обострений не изменилась – 2,5 [1,8; 3,2] и 2,0 [1,5; 2,5] при первичной и повторных госпитализациях соответственно (p>0,05). Показатели биохимического анализа крови при динамическом наблюдении находились в рамках референсных значений у всех детей (p<0,05). Средняя длина интервала QT в 1 группе составила 330±40 и 340±30 мс, в 2 группе – 340±20 и 360±50 мс и оставалась в пределах возрастной нормы при первичной и повторных госпитализациях соответственно (p<0,05).

Выводы: Длительная противовоспалительная терапия азитромицином достоверно снижает частоту обострений у детей с ПЦД. Проведение терапии как в течение 1 года, так и в течение 2-х лет, достоверно не влияет на биохимические показатели и не удлиняет интервал QT.

115.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА И ВЫБОРА ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЧАРДЖ-СТРОССА

Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», г. Симферополь, Республика Крым

Соколова Л.В., Паневская Г.Н., Гнатенко Т.Г.

Цель: исследования явилось выявление причин поздней диагностики синдрома Чардж – Стросса и недостаточной эффективности терапии этих больных. Под наблюдением находились 4 пациентки в возрасте от 30 до 68 лет, с длительностью заболевания ЭГПА от 5 до 20 лет, госпитализированных в ревматологическое отделение больницы. Между первым обращением к терапевту по поводу проявлений данного заболевания и датой постановки диагноза ЭГПА проходило от 4-х месяцев до 3-х лет. Начало заболевания сопровождалось появлением приступообразного сухого или малопродуктивного кашля, субфебрильной температуры, симптомов риносинусита. Впоследствии у них возникали полиартралгии, полимиалгии, синдром Рейно. В анализах крови выявлены умеренный лейкоцитоз (до $10{,}0 \times 10^9$/л), эозинофилия (более 10%), высокий уровень СОЭ (до 40-60 мм /час) и СРБ (до 38,91 мг/л); рентгенологические признаки инфильтративных изменений в легких с обеих сторон. У 2 больных была диагностирована бронхиальная астма и начато лечение ингаляционными и системными глюкокортикостероидами. После консультации ревматолога, был диагностирован ЭГПА уже в течение первого года, тогда же была начата базисная терапия цитостатиками и ГКС с хорошим терапевтическим эффектом. 2 другим пациенткам диагноз был установлен на основании данных трансбронхиальной биопсии паренхимы легких, выявившей лимфомакрофагальную и эозинофильную инфильтрацию альвеол и назначена терапия микофенолатоммофелата (2000,0 мг/сут) и метилпреднизолоном (от 16,0 до 32,0 мг/сут). Одной пациентке в связи с сохраняющимся удушьем и патологическими переломами на фоне гормонозависимого остеопороза, был назначен препарат Меполизумаб (Нукала) 300,0 мг 1 раз в 4 недели, что значительно улучшило ее состояние и позволило снизить суточную дозу метилпреднизолона до 4,0 мг/день.

116.
ЛЕГОЧНЫЙ АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

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

Мирхайдаров А.М., Латыпова Г.М.

Легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) – редкое заболевание легких, характеризуется нарушением клиренса сурфактанта с накоплением в просветах альвеол фосфолипидов и липопротеинов, что приводит к нарушению диффузии газов с прогрессирующей дыхательной недостаточностью.

Цель: изучить клинико-анамнестическую характеристику пациентов с ЛАП. Методы: в период с января 2024 по февраль 2025 гг. госпитализированы две женщины 47 и 75 лет с направительным диагнозом саркоидоз легких и хроническая обструктивная болезнь легких соответственно, мужчина 43 лет с подозрением на интерстициальное заболевание легких. Диагноз ЛАП у пациентов в отделении установлен по результатам компьютерной томографии (КТ), у женщины 75 лет и мужчины под-

твержден гистологически и иммуногистохимически, женщина 47 лет от ВТС биопсии легкого отказалась.

Результаты: пациенты предъявляли жалобы на одышку при ходьбе, редкий кашель со скудной слизистой мокротой, общую слабость. Время от появления симптомов болезни до постановки диагноза ЛАП у женщин 47 и 75 лет составило 11 и 8 лет соответственно, у мужчины 1,5 года. При аускультации над легкими выслушивалась слабая двусторонняя крепитация, КТ грудной клетки выявляла в легких двусторонние изменения по типу «матового стекла» и «булыжной мостовой», спирография и бодиплетизмография – рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания, отмечалось снижение диффузионной способности легких. При биопсии легкого в просвете альвеол выявлены «пенистые» макрофаги, ШИК-положительные зернистые массы.

Выводы: при ЛАП отсутствуют характерные клинические проявления и респираторные симптомы. Тщательный анализ клинико-анамнестических данных и инструментальных методов обследования больных позволяет включить данное заболевание в диагностический поиск.

САРКОИДОЗ

117.
ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА С САРКОИДОЗОМ: НАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧЕЙ

1. Казанский ГМУ
2. Сеченовский университет
3. НИИ пульмнологии ФМБА,
4. Казанский (Приволжский) федеральный университет

Визель А.А. – 1, Авдеев С.Н. – 2,3, Визель И.Ю. – 1, Шакирова CV – 1,
Зиновьева М.Н. – 1, Семёнова А.С. – 1, Визель Л.А. – 4

Целью: оценка действий врачей и их первичных назначений пациентам, у которых был установлен саркоидоз, подтверждённый биопсией. Материал и методы. Был проанализированы методы выявления, первичные диагнозы, специальности врачей, которые делали первичные назначения и проводили диагностический поиск, а также содержание первичных рекомендаций и назначений в 1001 случае саркоидоза, подтверждённого гистологически - 634 (63,3%) женщины и 367 (36,7%) мужчин.

Результаты: Чаще всего (417 случаев, 41,74%) были выявлены изменения при профилактической флюорографии, 250 пациентов (25,03%) обратились с жалобами со стороны органов дыхания, а остальные причины обращений составляли менее 10% на каждую. Предварительно было выставлено 87 диагнозов, среди которых самими частыми были туберкулёз – 297 случаев (29,7%), саркоидоз 161 (16,1%), пневмония - 105 (10,5%) и опухолевые заболевания - 88 (8,8%). Только 237 пациентов (23,68%) были оставлены под наблюдение без лечения, тогда как 515 пациентам был рекомендован прием витамина Е (51,45%), 241 (24,08%) - пентоксифиллин (236 из них вместе с витамином Е). 210 пациентам (20,98%) сразу были назначены системные глюкокортикостероиды (СГКС), 56 (5,59%) - антибиотики, 50 (4,99%) - противотуберкулёзные препараты, остальные назначения встретились реже, чем в 5% случаев. Частота назначения СГКС при выявлении чаще встретилась при синдроме Лёфгрена 34,5% случаев против 18,7% без этого синдрома, что нельзя признать рациональной тактикой.

Заключение: Было установлено, что в период выявления у каждого четвёртого пациента тактика не соответствует клиническим рекомендациям. Отмечено избыточное назначение СГКС без показаний и при синдроме Лёфгрена, что может неблагоприятно сказаться на последующем течении заболевания.

118.
ВЫЯВЛЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ С ФИБРОЗИРУЮЩИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ

1. Казанский государственный медицинский университет Минздрава России
2. НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им И.П. Павлова Минздрава России
3. НИИ пульмонологии ФМБА России
4. Иркутская ГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
5. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России

Визель А.А. – 1, Визель И.Ю. – 1, Баранова О.П. – 2, Перкина А.С. – 3, Трофименко И.Н. – 4, Сперанская А.А. – 5, Шакирова Г.Р. – 1

Целью: оценка состояния пациентов с саркоидозом на момент формирования у них фиброза лёгких и в течение двух последующих лет. Материал и методы. Ретроспективный анализ данных 65 пациентов с верифицированным диагнозом саркоидоз, из медицинских центров Казани, Москвы, Санкт-Петербурга и Иркутска. Фиксировали данные в четырёх точках: при выявлении саркоидоза, при обнаружении у них фиброза и спустя один и два года после. Анализ проведён с помощью программы SPSS-18 (IBM, США). Значимым принимались различия p <0,05.

Результаты работы: При выявлении стадия I – была диагностирована у 7 (10,8%), стадия II – у 41(63,1%), стадия III – у 15(23,1%) и стадия IV – у 2(3,0%). Синдром Лёфгрена был у 2(3,1%) пациентов. Согласно международному Дельфийскому консенсусу чаще всего встречался фиброз типа A – 25 (38,5%), типа C и типа D – по 14 (по 21,5%) и типа B - 12(18,5%). Снижение ФЖЕЛ было значимым при выявлении фиброза с 80,0±3,7% до 69,9±3,3% (p=0,0001), через год 72,3±3,7% (p=0,015) и через 2 – 68,3±3,5% (p=0,0001), после образования фиброза снижения не было. Признаки КТВР у 58,5% не изменились, у 30,2% увеличились, а у 11,3% - уменьшились. DLco как и ФЖЕЛ значимо снизилась относительно исходного значения, но после образования фиброза не снижалась. Только в 50% при выявлении саркоидоза тактика ведения соответствовала федеральным клиническим рекомендациям. Системные ГКС до формирования фиброза получали 66,2%, а затем 43,1% и 34,1%. Среди препаратов, влиявших на фиброз, применялись нинтеданиб (13,6%), пирфенидон (4,6%), N-ацетилцистеин (6,8%) и лонгидаза (3,1%), ни один из них не повлиял значимо на все показатели прогрессирующего фиброза. На малой выборке не было выявлено преимуществ их применения как при стабильном, так и при прогрессирующем фиброзе у больных саркоидозом.

119.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ САРКОИДОЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. ОГАУЗ Томская областная клиническая больница, Томск, Российская Федерация,
2. ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Российская Федерация

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

Цель исследования: Изучить рентгенологические и морфологические параллели при саркоидозе органов дыхания.

Материалы и методы исследования: В исследование вошли 121 пациент с саркоидозом органов дыхания, медиана возраста 38 лет. Оценивались такие параметры, как стадия заболевания, симметричность поражения, размер внутригрудных лимфоузлов, объем диссеминации с размером очагов и фокусов, зоны поражения, наличие матового стекла, кальцинатов, кистозных изменений, пневмофиброза. При гистологическом исследовании изучался количественный состав (количество гранулем в полях зрения, содержание гигантских клеток, макрофагов, лимфоцитов, нейтрофилов, эозинофилов) и качественный состав: гиалиноз, тельца Шаумана, некроз, штампованность, кальциноз, фиброз.

Результаты: Стандартная рентгенография ОГК оказалась недостаточна чувствительна в выявлении очагов небольшого размера и патологического процесса в легочной ткани минимальной выраженности, в выявлении увеличения лимфоузлов средостения до 1,5 см. При КТВР изменения в паренхиме обнаружены практически у всех больных на разных стадиях. В целом, клеточный состав воспалительного инфильтрата при разных стадиях СОД не отличался и был представлен лимфоцитами, макрофагами, гигантскими клетками, нейтрофилами, редко эозинофилами. Однако, с утяжелением лучевой стадии нарастало количество гранулем, которое подтверждается прямой корреляционной зависимостью между количеством гранулем в биоптате и рентгенологической стадией ($r= 0,24$; $p<0,05$), с утяжелением рентгенологической стадии увеличивается склонность гранулем к некрозу ($r= 0,39$; $p<0,05$).

Заключение: Таким образом, при наличии некроза и гранулем в биоптате можно предполагать более высокую лучевую стадию заболевания.

120.
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

1. ОГАУЗ Томская областная клиническая больница, Томск, Россия,
2. ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия,
3. ФГАОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Пальчикова И.А. – 1, Денисова О.А. – 2, Чернявская Г.М. – 1, Калачева Т.П. – 1, Пурлик И.Л. – 1, Болотова Е.В. – 3. Романов Д.С. – 1.

Цель: Изучить частоту встречаемости воздействия вредных профессиональных факторов у больных саркоидозом органов дыхания (СОД) в зависимости от различных вариантов течения.

Материалы и методы: В открытое проспективное исследование включен 121 пациент с СОД в возрасте от 21 до 66 лет, лет (50,4% мужчин и 49,6% женщин, медиана возраста на момент начала заболевания – 38 лет). Группы больных сопоставимы по возрасту, но статистически различались по полу ($chi2=9,75$, $p=0,0018$). Диагноз подтвержден гистологически у всех больных, проведен комплекс лабораторных и инструментальных обследований. Проанализирован профессиональный маршрут, уточнялось наличие в анамнезе контакта с вредными и опасными производственными факторами. Для определения влияния вредного производственного фактора на течение саркоидоза пациенты поделены на 2 клинические группы: 1-ю составили 85 (70,2%) человек с благоприятным течением заболевания, во 2-ю вошли 36 (29,8%) больных, имеющих неблагоприятное течение саркоидоза.

Результаты: среди пациентов наблюдается преобладание лиц трудоспособного возраста (87%). Преимущественной профессии среди пациентов выделено не было. Из обследованных больных 44 (36%) подвергались на рабочем месте воздействию вредного профессионального фактора (ВПФ). Наличие ВПФ наблюдалось достоверно чаще в группе с неблагоприятным течением заболевания (45,5% против 20,8%, (chi2=8,2, p=0,004, ОШ 2,03). Частотный анализ встречаемости ВПФ при СОД показал, что наиболее часто встречаемым являлся контакт с химическими вредностями.

Заключение: Наличие контакта с вредными производственными факторами повышает риск неблагоприятного течения саркоидоза более чем в 2 раза.

121. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АПФ В МОНИТОРИНГЕ ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск

Мановицкая Н.В., Богуш Л.С., Мановицкая В.О.

Цель: оценить диагностическую значимость уровня ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в сыворотке крови при прогрессировании саркоидоза. Материалы: обследован 91 пациент с верифицированным внутригрудным саркоидозом, от 25 до 63 лет, 42 мужчины и 49 женщин. Продолжительность заболевания 3 года (от 1 до 7 лет). Пациентам выполнялись КТ органов грудной клетки (КТ ОГК) с оценкой динамики внутригрудного процесса и определение АПФ в сыворотке крови (референсные значения 20-70 Ед).

Результаты: Показатели АПФ (Ед) в среднем составили 68 [42; 116]. У 26 (28,6%) пациентов с внутригрудным саркоидозом и наличием внелегочных проявлений заболевания – 100 [61; 132]. По результатам КТ ОГК пациенты были разделены на группы: 1 – с прогрессированием внутригрудного саркоидоза (38 пациентов, 41,6%), 2 – со стабильной рентгенологической картиной (29; 32,0%), 3 – с положительной динамикой (24; 26,4%). В группе 1 уровень АПФ был повышен у 30 человек (79,0%, 95%ДИ 65,9-91,9), медиана значений АПФ 112 [76; 157]. В группе 2 АПФ был повышен у 10 человек (34,5%, 95%ДИ 17,2-51,8), 54 [36; 109], из них у 9 был подтвержден внелегочный саркоидоз. В группе 3 АПФ был повышен у 4 пациентов (16,7%, 95%ДИ 1,7-31,6), 44 [36,5; 58]. Определяли отношение шансов (OR) для оценки связи между повышенным значением АПФ и отрицательной динамикой процесса в легких – OR=10,4; 95%ДИ 3,9-28,1.

Выводы: У 79,0% пациентов с прогрессированием саркоидоза по данным КТ ОГК показатели АПФ были выше референсных значений, медиана значений АПФ 112 [76; 157]. Повышение сывороточного АПФ в группе пациентов с отрицательной динамикой внутригрудного саркоидоза встречалось чаще, чем у пациентов с отсутствием рентгенологических признаков прогрессирования (OR=10,4; 95%ДИ 3,9- 28,1.

122.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САРКОИДОЗЕ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск

Мановицкая Н.В., Рыбина Т.М., Мановицкая В.О.

Цель: анализ эффективности лечения пентоксифиллином у пациентов с впервые выявленным нетяжелым внутригрудным саркоидозом.

Материалы и методы: Обследовано 43 пациента (17 женщин, 26 мужчин), находившихся на диспансерном наблюдении по поводу впервые выявленного саркоидоза, которые не получали системные кортикостероиды. Период наблюдения составил 12 месяцев. Для оценки течения заболевания использовались результаты компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК).

Результаты: Возраст пациентов 41,5±11,9 лет (мужчины 37,0±12,1 лет, женщины 48,0±9,1 лет). Легочно-медиастинальная форма саркоидоза – 88,4% случаев, медиастинальная форма – 11,6%. Лечение у 32 пациентов проводилось пентоксифиллином в дозе 1.200 мг/сут. в течение 9,5±2,3 месяцев, 11 пациентов медикаментозное лечение не получали. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим показателям. В группе пациентов, получавших пентоксифиллин, у 10 (31,2%, 95%ДИ 15,2-47,3) пациентов наблюдалась отрицательная динамика процесса по данным КТ ОГК, у 11 (34,4%, 95% ДИ 17,9-50,8) пациентов – стабильная рентгенологическая картина, у 11 (34,4%, 95%ДИ 17,9-50,8) – выраженная положительная динамика. В группе пациентов без медикаментозного лечения у 4 (36,4% 95%ДИ 7,9-64,8) наблюдалась отрицательная динамика изменений в легких, у 5 (45,5%, 95% ДИ 16,0-74,9) – стабилизация и у 2 (18,1%, (95%ДИ - 4,6-40,9) – регрессия внутригрудного процесса. OR=0,96 (95%ДИ 0,22-3,3).

Выводы: применение пентоксифиллина в лечении впервые выявленного саркоидоза привело к положительной динамике или стабилизации процесса в легких в 68,8% случаев (ДИ95% 52,7-84,8), отрицательная динамика наблюдалась в 31,2% случаев (95% ДИ 15,1-47,3).

ТАБАКОКУРЕНИЕ

123.
ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС КУРЯЩИХ ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ

1. Владимирский государственный университет
2. ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России

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

Значительный рост использования электронных сигарет (ЭС) вызван мировой тенденцией на сокращение потребления табачных сигарет и поиска альтернативных способов получения никотина. Изучение влияния ЭС на состояние баланса оксиданты-антиоксиданты является важной задачей с прогностической точки зрения.

Цель: оценка влияния антиоксидантов (АО) на показатели свободнорадикального окисления у курящих ЭС и некурящих молодых людей при физической нагрузке.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 40 человек. Группа 1 (n = 20)– курящие ЭС, группа 2 (n = 20) – некурящие. Возраст группы некурящих 26,3±0,12 года, группы курящих – 26,5±0,37 лет. Стаж курения 2,5-7 лет. Все участники принимали АО: витамин С (100 мг) и витамин Е (100 мг), а такженеобжаренные семена подсолнечника в количестве 40 г в день в течение 7 дней. Физическая нагрузка, выполняемая участниками: бегв течение 20 минут. Использованнеинвазивная методика анализа конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ), оценивались активность супероксиддисмутазы (СОД) и концентрация метаболитов NO, а также частота пульса, сатурация крови и жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ).

Результаты: Установлено, что у курящих интенсификация свободнорадикальныхреакций во время нагрузки усилена – метаболиты NO повышались в 2,36 раза, а активность СОД снижалась в 2,44 раза по сравнению с показателями до нагрузки, что говорит о развитии оксидативного/нитрозивного стресса. Антиоксиданты вызывали рост активности СОД у курящих после физической нагрузки относительно исходных показателей. При этом у некурящих АО привели к статистически значимому увеличению концентрации метаболитов NO по сравнению с исходным уровнем без АО. У курящих такого эффекта не наблюдалось за исключением добавления семян подсолнечника. В то же время в группе некурящих витамины и семена подсолнечника не привели к изменению активности СОД. Не установлено влияния употребления АО на изменение показателей ЖЕЛ.

Выводы: Таким образом, АО могут способствовать активации NO-синтазы у некурящих, а у курящих здоровых молодых людей активировать СОД, предотвращая развитие оксидативного стресса.

124.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ С РАЗНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ О ПРОБЛЕМАХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ/ВЕЙПИНГОМ

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

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

Цель: выяснить информированность студентов вузов с разными направлениями образования о вреде табакокурения и вейпинга.

Материалы и методы: с помощью адаптированного опросника проведено простое, открытое, поперечное исследование, с анонимным онлайн-анкетированием студентов медицинских и немедицинских вузов и последующим анализом полученных показателей.

Результаты: Онлайн-анкетирование прошли 215 человек, из них 80,5 % – женщины, 19,5 % – мужчины. Средний возраст опрошенных 20,5±2,1 года. Большинство респондентов – студенты медицинских университетов (79,6 %). Среди респондентов из медицинских вузов большинство составляли студенты лечебных (49,3 %) и педиатрических (16,3 %) факультетов. 83,7 % респондентов знают о содержании вредных веществ в сигаретах и жидкостях для вейпа. О существовании болезни EVALI (E-cigaretteandVapinguse-Associated LungInjury или повреждение легких, ассоциированное с курением электронных сигарет и вейпов) знает только часть опрошенных студентов (32,1 %, $p<0,05$). О появлении болезни EVALI чаще знают студенты, обучающиеся в медицинских вузах (26,5 %), чем в многопрофильных (5,6 %, $p<0,05$). Большая часть из опрошенных курящих студентов обучается на лечебных факультетах медицинских вузов (10,9 %), в то время как на педиатрических среди опрошенных – 2,2 % курящих ($p<0,05$). Среди опрошенных студентов-медиков более высокий процент курящих (9,9 %), чем среди студентов-респондентов немедицинских вузов (4,1 %, $p<0,05$).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о довольно высокой распространённости курения и вейпинга среди студенческой молодежи, в том числе среди обучающихся в медицинских вузах, при довольно низкой информированности их о возможности развития EVALI. Они указывают на необходимость больших усилий по пропаганде здорового образа жизни.

125.
ВЕЙП-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Рубцов А.А., Гуменюк О. И., Черненков Ю.В., Корниенко А.Н.

Введение: Распространение вейпов среди подростков вызывает серьёзную озабоченность, особенно на фоне роста случаев EVALI. Несмотря на законодательные ограничения, рынок расширяется, а низкая осведомлённость о рисках усугубляет проблему.

Цель: описание клинических случаев вейп-ассоциированных поражений лёгких. Случай 1. Пациент 14 лет с обструктивным бронхитом и очаговыми образованиями в лёгких (S8, S4 справа; S5, S9 слева). Жалобы на малопродуктивный кашель, усиливаю-

щийся после курения (более 4 месяцев). По результатам КТ ОГК выявлены вероятные поствоспалительные гранулёмы легких S8 и S4 справа, S5 и S9 слева. После отказа от вейпинга – положительная динамика. Случай 2. Пациент 14 лет с сухим кашлем и одышкой. Курил вейпы более года. Рентгенография ОГК показала диссеминированное поражение лёгких; туберкулёз исключён. На КТ ОГК подтверждена диссеминация. Бронхоскопия с биопсией выявила эпителиоидную гемангиоэндотелиому. После отказа от курения – улучшение, положительная КТ-динамика. Случай 3. Пациент 16 лет с острой болью в груди и одышкой после многочасового курения электронных сигарет. Диагностирован пневмоторакс (2/3 правого лёгкого), парасептальная эмфизема, апикальный плеврофиброз. После пункции – положительная динамика.

Заключение: Описанные случаи иллюстрируют разнообразие вейп-ассоциированных патологий. Общий фактор – использование электронных сигарет. Проблема требует комплексных мер профилактики, диагностики и дальнейшего изучения отдалённых последствий.

126. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ДОСТАВКИ НИКОТИНА И ТАБАКА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Передельская М.Ю., Ненашева Н.М., Мухаметшина В., Юдин А.А., Белик О.А., Путуриди А.Х.

Цель: Оценить влияние электронных сигарет и электронных устройств нагревания табака на течение и контроль БА. Методы: открытое наблюдательное клиническое исследование, включающее оценку истории болезни, физикальное обследование, заполнение опросников по контролю астмы (АСТ) и качеству жизни (AQLQ), клинико-функциональное обследование и забор венозной крови для анализа биомаркеров. В исследование включены пациенты в возрасте 18–45 лет с подтвержденным диагнозом БА.

Результаты: В исследование включены 84 пациента (82 мужчины и 2 женщины), средний возраст которых составил 21,99 ± 2,38 года. Из них 32 пациента были некурящими, а 52 использовали различные никотиновые и табачные изделия. Во всех группах пациентов отмечается активное воздействие неблагоприятного фактора – пассивного курения -69 (82,1%) респондентов. Средний возраст начала курения составляет 16 лет. Согласно кривым плотности распределения результатов опросника АСТ у курящих и некурящих пациентов с БА было показано, что курильщики имеют более широкое распределение результатов с более выраженным вторым пиком на уровне значений опросника АСТ, соответствующих частичному контролю астмы. В целом во всех группах отмечена тенденция к отсутствию контроля БА. Некурящие пациенты демонстрируют более низкие показатели качества жизни, связанные с бронхиальной астмой, что в целом коррелирует и с более низкими показателями уровня контроля БА. При проведении сравнительного анализа в двух группах уровня эозинофилов в периферической крови было отмечено, что у курильщиков распределение более узкое. Кривая распределения для некурящих имеет более длинный хвост справа,

Выводы: использование разных курительных устройств по видимому влияет на течение и контроль астмы. исследование продолжается.

ТУБЕРКУЛЕЗ

127.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ЛЁГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

1. Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия
2. Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

Быков Ю.В. – 1, Беккер Р.А. – 2

Цель исследования: рассмотреть клинические и терапевтические особенности депрессивного расстройства у подростка с лёгочным туберкулёзом, получающего изониазид - ингибитор моноаминоксидазы (ИМАО), затрудняющий назначение ряда антидепрессантов.

Материалы и методы: Под наблюдением находился пациент 15 лет с диагностированным туберкулёзом лёгких и большим депрессивным эпизодом средней степени тяжести. Из-за риска лекарственных взаимодействий антидепрессанты с механизмом обратного захвата моноаминов исключались. В качестве альтернативы использовались препараты с рецепторным действием.

Результаты: Назначение миртазапина, а затем его комбинация с тразодоном позволили достичь частичного улучшения. С учётом данных о роли воспаления и оксидативного стресса в патогенезе депрессии при туберкулёзе была добавлена противовоспалительная и антиоксидантная поддержка (целекоксиб, витамин Е, астаксантин, куркумин, ресвератрол), что привело к полной ремиссии по линии депрессии и улучшению переносимости антимикобактериальной терапии. Пациент успешно завершил курс лечения.

Выводы: Терапия депрессии при туберкулёзе требует индивидуального подхода. Комбинация рецепторных антидепрессантов и патогенетически ориентированной поддержки может быть безопасной и эффективной альтернативой при ограничениях к применению стандартных схем.

128.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ВЫЗВАННОЙ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, HAEMOPHILIS INFLUENZAE И STAPHYLOCCUS AUREUS, НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

1. РУМ Минздрава России, Москва, Россия
2. ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия
3. ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Россия

Мишина А.В. – 1,2, Мишин В.Ю. – 1

Цель: изучить частоту и характер лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis к противотуберкулезным препаратам (ПТП), а Streptococcus pneumoniae, Haemophilus ifluenzae и Staphylococcus aureus к антибиотикам широкого спектра действия (АШСД) при коморбидной инфекции органов дыхания.

Материалы и методы: Обследовано 58 больных с коморбидностью туберкулеза легких (ТЛ) и бактериальных пневмоний различной этиологии с IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 25-51 лет, мужчин было 38 и женщин – 20.

Результаты: У 58 больных M. tuberculosis чувствительные ко всем ПТП и монорезистентные не выявлялись, а полирезистентные были в 20,7±7,5% случаев. У наибольшего количества больных МБТ имели множественную лекарственную устойчивость (МЛУ) к сочетанию изониазида и рифампицина с другими ПТП и широкую лекарственную устойчивость (ШЛУ), к сочетанию изониазида, рифампицина, фторхинолонам (левофлоксацин и моксифлоксацин) и инъекционным ПТП (канамицин, амикацин и капреомицин). соответственно: в 51,7±9,3% и в 27,6±8,3% случаев. У этих же больных S. pneumoniae, H. influenzae и S. aureus были множественно резистентные к бета-лактамным антибиотикам, тетрациклину, эритромицину, левомицетину и другим АШСД, а также к препаратам, применяемым для лечения туберкулеза: рифампицину, левофлоксацину, моксифлоксацину, амоксициллин клавунату, кларитромицину и меропенему.

Вывод: Больные коморбидностью ТЛ и бактериальных пневмоний на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом, представляют собой группу высокого риска развития лекарственной устойчивости возбудителей и требует обязательное определения конкретной лекарственной устойчивости ко всем ПТП и АШСД для строго индивидуализированного лечения данного контингента больных.

129.
ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ КОМОРБИДНОСТИ COVID-19, ТУБЕРКУЛЕЗА И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

1. РУМ Минздрава России, Москва, Россия,
2 ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия,
3. ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Россия

Мишина А.В. – 1,2, Мишин В.Ю. – 3

Цель: изучить исходы коморбидности COVID-19, туберкулеза (ТБ) и оппортунистических инфекций органов дыхания (ОИОД) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом (ИД) по материалам динамического трехлетнего наблюдения.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 58 больных, из них 29 – с коморбидностью COVID-19, ТБ и ОИОД и 29 – с ТБ и ОИОД, с IV стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования без антиретровирусной терапии, в возрасте 28-55 лет , мужчин было 39 и женщин 19. При этом Пневмококковая пневмония диагностирована в 1-й группе у 34,5% больных, 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%, герпесвирусная – в 26,7% и в 24,1% и цитомегаловирусная – 20,6% и 17,2% (p>0,05).

Результаты и обсуждение.:У всех больных 1-й и 2-й группы был генерализованный ТБ и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 17,9 и 18,2 кл./мкл крови (p>0,05). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными и кожными проявлениями. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и инфильтративные изменениями. Площадь поражения легких была 100% и практически сопоставимой. Через 3 года значительное улучшение у больных 1-й группы было в 24,1% и 2-й – в 20,7%, прогрессирование – в 31% и в 41,4% и летальный исход – в 41,3% и в 37,9% (p0,05).

Вывод: Исходы коморбидности COVID-19, ТБ и ОИОД практически не отличается при отсутствии COVID-19, при этом значительное улучшение было только при применении АРВТ и адекватной антибактериальной терапии ТБ и ОИОД, а прогрессирование и летальный были при отсутствием приверженности к лечению, генерализованным ТБ и прогрессировании ОИОД.

130.
КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, КАНДИДОЗНОЙ, ГЕРПЕСВИРУСНОЙ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

1. ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Россия
2. РУМ Минздрава России, Москва, Россия
3. – ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия

Мишин В.Ю. – 1, Мишина А.В. – 2,3

Цель: изучить клинико-рентгенологические проявления и диагностику коморбидности туберкулеза легких (ТЛ) и оппортунистических инфекций, вызывающих кан-

дидозную, герпесвирусную и цитомегаловирусную пневмонию (КП, ГВП и ЦМВП) 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 ГВП и 30 – с ТЛ, КП и ЦМВП, с IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 28-49 лет, мужчин было 40 и женщин – 20. У 30 пациентов с ТЛ, КП и ПКП в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже выявлены Mycobacterium tuberculosis, Candida albicans и Herpesvirus Simplex 1 типа (1-я группа), а у 30 – с ТЛ, КП и СКП – Mycobacterium tuberculosis, Candida albicans и Cytomegalovirus Human (2-я группа).

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 24,8±0,37 26,5±0,43 кл./мкл крови (p>0,05). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными и кожными проявлениями. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и инфильтративные изменениями. Площадь поражения легких была 100% и практически сопоставимой.

Вывод: Больные ТЛ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, представляют собой группу высокого риска развития КП, ПКП и СКП, и они должны регулярно подвергаться профилактическим исследованиям с использованием вирусологических 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.

131.
КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА И МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

1. ФГБУ «НМИЦ ФПИ», Москва, Россия
2. РУМ Минздрава России, Москва Захарьина, Москва, Россия,
3. ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Минздрава России, Москва, Россия

Мишин В.Ю. – 1, Мишина А.В. – 2, 3

Цель: изучить клинико-рентгенологические проявления и диагностику коморбидности туберкулеза и микобактериоза легких (ТЛ и МБЛ) у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом (ИД). Материалы и методы. Обследовано 56 больных ТЛ, из них 28 – с ТЛ и МБЛ и 28 – с ТЛ, с IVB стадией ВИЧ-инфекции, в фазе прогрессирования, без антиретровирусной терапии, в возрасте 29-55 лет, мужчин было 37 и женщин – 19. У 28 пациентов с ТЛ и МБЛ в мокроте и бронхоальвеолярном лаваже выявлены Mycobacteriumtuberculosis, у 15 – M. avium, у 9 – M. intracellular, у 2 – M. kanzasii, у 1 – M. fortuitum, и у 1 – M. xenopsi (1-я группа), а у 28 – с ТЛ – M. tuberculosis (2-я группа).

Результаты: У больных 1-й и 2-й группы ТЛ сочетался с генерализацией туберкулеза и среднее количество CD4+ лимфоцитов составляло: 28,9±0,56 и 34,8±0,51 кл./мкл крови (p>0,05). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными, кожными и кишечными проявлениями, наиболее выраженными у больных 1-й группы. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс, инфильтратив-

ные изменениями и поражение внутригрудных лимфатических узлов у больных 1-й группы. Площадь поражения легких была 100% и практически сопоставимой.

Вывод: Больные ТЛ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, представляют собой группу высокого риска развития МБЛ, 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.

132. ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ МЛУ-ТБ, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

1. ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация;
2. ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Кукурика А.В.

Введение: Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) ассоциировано с высокой частотой неблагоприятных исходов, особенно при коинфекции ВИЧ и вируса гепатита С (ВГС). Предикторы неблагоприятных исходов лечения у лиц с тройной инфекцией остаются малоизученными.

Цель: выявить предикторы неблагоприятных исходов лечения туберкулеза и провести анализ выживаемости лиц с ВИЧ-ассоциированным МЛУ-ТБ в сочетании с ВГС.

Материалы и методы: Ретроспективно изучена медицинская документация 158 пациентов с бактериологически подтвержденным МЛУ-ТБ и лабораторно верифицированными ВИЧ и ВГС, находившихся на лечении в противотуберкулезных стационарах. Пациенты были распределены на группы в зависимости от исходов лечения: основная группа – 129 лиц с благоприятными исходами, группа сравнения – 29 лиц с неблагоприятными исходами. Все пациенты получали противотуберкулезную и антиретровирусную терапию. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0{,}05$.

Результаты: Предикторами неблагоприятных исходов у пациентов с тройной инфекцией были уровень CD4+ менее 50 кл/мкл (ОШ=4,659; 95% ДИ 1,420 15,272, p=0,011), массивное бактериовыделение (ОШ=4,051; 95% ДИ 1,122–14,629, p=0,033), генерализация туберкулезного процесса (ОШ=3,784; 95% ДИ 1,391–10,288, p=0,009), множественные полости деструкции (ОШ=3,373; 95% ДИ 1,261–9,016, p=0,015), получение режимов химиотерапии без включения новых противотуберкулезных препаратов (ОШ=2,782; 95% ДИ 1,051–7,367, p=0,039). Медиана срока дожития среди лиц, в схемы лечения которых были включены новые высокоэффективные препараты с противотуберкулезной активностью, увеличивалась в 1,44 раза.

Заключение: Дальнейшее изучение предикторов неблагоприятных исходов позволит повысить эффективность лечения сложной категории пациентов с тройной инфекцией.

133.
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

1. ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава РФ, кафедра поликлинической терапии и внутренних болезней, Омск, Россия,
2. БУЗОО «Омская центральная районная больница», Омск, Россия

Панова Е.А. – 1, Шапран А.А. – 1, 2, Багишева Н.В. – 1, Мордык А.В. – 1

Цель исследования: Оценить частоту развития латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) среди пациентов, получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) по поводу заболеваний ревматологического и гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализировано 33 амбулаторных карты пациентов Омского района Омской области, получающие ГИБП за 2020 – 2025 годы. Пациентам под наблюдением фтизиатра проведены пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР), исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ), флюорографии и/или МСКТ ОГК.

Результаты: Из 33 пациентов, ЛТИ была выявлена у 8 пациентов (24,2%), из них 5 пациентов ревматологического профиля (15,2%) и 3 гастроэнтерологического (9,1%) от общего числа пациентов. Диагноз был установлен по результатам положительной реакции на АТР, отсутствия роста культуры МБТ при посеве мокроты, очаговых и инфильтративных изменений по результатам флюорографии и МСКТ ОГК, данных за туберкулез внелегочной локализации. При динамическом наблюдении активной туберкулёзной инфекции у пациентов выявлено не было. Установлено, что ЛТИ возникала у пациентов, принимающих ингибиторы ФНО–α. Пациентам с установленной ЛТИ был назначен превентивный курс противотуберкулёзной терапии на 3 месяца (изониазид, рифампицин). Благодаря регулярной диагностике и своевременному лечению у данных пациентов удалось предотвратить развитие активной туберкулёзной инфекции и продолжить приём ГИБП для лечения основного заболевания.

Выводы: 1. Использование ингибиторов ФНО–α при назначении ГИБП увеличивает вероятность развития ЛТИ. 2. Своевременное проведение профилактического курса лечения ЛТИ двумя противотуберкулезными препаратами, позволило избежать развития активной туберкулезной инфекции при дальнейшем динамическом наблюдении.

134.
ВНЕДРЕНИЕ ИИ-СЕРВИСА ФТИЗИСБИОМЕД В ПРОЦЕСС РУТИННОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

ГАУЗ "Республиканский Клинический Противотуберкулезный Диспансер", ООО "ФтизисБиоМед"

Алексеев А.П., Гогоберидзе Ю.Т., Классен В.И., Просвиркин И.А.

В настоящее время одним из основных трендов цифровизации здравоохранения является использование методов и средств ИИ и новых информационных технологий для поддержки принятия решений в данной области. При этом в части медицинских технологий все больше внимания уделяется пациент-ориентированному

подходу. ООО «ФтизисБиоМед» – специализируется на разработке, обеспечении функционирования и интеграции инновационных, интеллектуальных сервисов, включая платформы искусственного медицинского интеллекта (далее ИМИ). ИМИ-сервис «ФтизисБиоМед» одно из уникальных медицинских изделий на основе ИМИ, включенных в реестр отечественного ПО, успешно пошедших клинические испытания и обладающих одним из первых в России регистрационным удостоверением РЗН (№ РЗН 2022/17406 от 31.05.2022 с риском 3). ИИ-сервис ФтизисБиоМед с 2022 года интегрирован в процесс рутинного флюорографического скрининга в Республиканском Клиническом Противотуберкулезном Диспансере (РКПД). Использование ИИ-сервиса позволяет значительно экономить время, необходимое для анализа одного рентгеновского снимка, что особенно важно для быстрой диагностики в рамках скрининговых программ. Использование ИИ-сервиса с высокой диагностической эффективностью расширяет возможности рентгенологов и свидетельствует о переходе на новый уровень качества оказания медицинской помощи. Высокая скорость передачи данных позволяет улучшить координацию между медицинским персоналом и обеспечивает более оперативное принятие решений в отношении пациентов.

Выводы: Выявление патологических изменений на рентгенограммах пациентов с применением ИИ-сервиса имеет высокую диагностическую эффективность и может быть использовано в рамках программ скрининга населения на заболевания легких.

135. ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии"

Куцко М.А., Ильясова Е.В., Климук Д.А.

Цели: Повысить эффективность лечения пациентов с туберкулезом путем внедрения видео-ассистированного лечения (ВАЛ). Материалы: ВАЛ – это удаленное взаимодействие между пациентом и лечащим врачом посредством видеозаписи приема лекарственных препаратов на смартфон с передачей информации посредством сети интернет для последующей оценки. Республика Беларусь занимает высокие позиции в итоговом отчете Комиссии по широкополосной связи, созданной под эгидой ЮНЕСКО. Число абонентов широкополосного доступа в стране составляет 35,1 на 100 жителей (согласно отчету экономической комиссии ООН для Европейского региона). По числу абонентов мобильного широкополосного доступа (технологии 3G и 4G) страна находится на 59-м месте с показателем 61,83 пользователя на 100 жителей. По данным данные Министерства связи и информатизации Республики Беларусь число абонентов мобильного широкополосного доступа (технологии 3G/4G/5G) в стране составляет 100,8 на 100 жителей. Методы: ВАЛ для пациентов с туберкулезом предоставляется с 2016 г. Система использует модель асинхронной видеосвязи и доступна для устройств на базе Android.

Результаты: На сегодняшний день использование ВАЛ является устойчивой практикой по всей стране, что обеспечивает высокую эффективность лечения туберкулеза независимо от характера лекарственной чувствительности. Из 3596 пациентов с туберкулезом, получающих ВАЛ, завершивших лечение в период с 2016 г. по февраль 2025 г., успешное лечение было зарегистрировано у 97,9% (1525/1558) пациентов с ЛЧ-ТБ и у 94,7% (1930/2038) пациентов с ЛУ-ТБ.

Выводы: Использование ВАЛ является эффективным цифровым решением в здравоохранении, обеспечивая высокий уровень успешности лечения туберкулеза и доступности медицинской помощи независимо от региона проживания пациентов.

136.
ОЦЕНКА ИСХОДОВ КОРОТКИХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гродненский государственный медицинский университет

Демидик С.Н., Шейфер Ю.А., Могилевец О.Н., Циунчик А.В., Алексо Е.Н., Вольф С.Б.

В Республике Беларусь ежегодно регистрируется высокий процент рифампицин-устойчивого туберкулеза (РУ-ТБ). В последние годы стали применяться новые короткие режимы лечения РУ-ТБ.

Цель: Оценка исходов коротких режимов лечения РУ-ТБ у пациентов. Объект исследования – 66 пациентов с РУ-ТБ, которые получали новые укороченные режимы. Средний возраст обследованных составил 53,5±14,7 лет. Пациенты с впервые выявленным РУ-ТБ составили 42 (63,6%) случая, повторно леченные – 24 (36,4%); в структуре клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез – 46 (69,2%) пациентов. Пациенты получали «укороченные» 6 месячные режимы лечения. Из них: 1 группа – 41 пациент – комбинацию: бедаквилин, линезолид, левофлоксацин или моксифлоксацин, клофазимин, циклосерин ± деламанид; 2 группа – 25 пациентов 6 месяцев получали бедаквилин, претоманид и линезолид. После курса лечения проведена оценка его исходов.

Результаты и обсуждение: Оценка исхода основного курса лечения проведена у 28 из 41 пациентов 1-й группы с РУ-ТБ. 13 пациентов продолжают лечение. Установлено, что «успешное лечение» было достигнуто у 28 (100,0%). Во второй группе пациентов с РУ-ТБ анализ исходов был проведен в 24 случаях, так как один пациент не завершил терапию. Отмечено, что исход «успешное лечение» был достигнут у 23 (95,9%) пациентов. Неблагоприятный исход «смерть» от других причин был зарегистрирован у 1 (4,1%) пациента.

Заключение: Установлено, что применение новых коротких режимов терапии РУ-ТБ позволило получить высокую эффективность. Исход «успешное лечение» был достигнут в 100% и 95,9% случаев, соответственно в 1-й и 2-й клинической группе.

137.
ИСХОДЫ НОВЫХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН

Гродненский государственный медицинский университет, Гродненский клинический центр "Фтизиатрия"

Демидик С.Н. – 1, Алексо Е.Н. – 1, Машинская А.Н. – 2

В стране ежегодно около 25% всех случаев впервые выявленного туберкулеза составляют женщины, из них более 35% с рифампицин-устойчивым туберкулезом (РУ-ТБ). В последние годы в стране начато внедрение новых схем лечения РУ-ТБ без использования амикацина, канамицина, капреомицина.

Цель: провести сравнительную оценку исходов лечения РУ-ТБ у женщин с использованием новых режимов. Объект исследования 52 пациентки с РУ-ТБ из Гродненской

области, из них: 40 (76,9%) – репродуктивного и 44 (84,6%) работоспособного возраста. Установлено, что инфильтративный туберкулез был у 36 (69,2%) пациенток, очаговый – в 3 (5,8%) случаях. Наличие деструкции отмечалось у 30 (57,7%) пациенток. Для оценки исходов все женщины разделены на 2-е группы: 1-я – 18 (34,6%) женщин, получивших «длинный» режим (ДР) лечения 18–20 месяцев, включающий бедаквилин (Bdq), линезолид (Lzd), левофлоксацин или моксифлоксацин (Lfx и Mfx), клофазимин (Cfz), циклосерин (Cs) ± деламанид (Dlm). «Укороченный» режим (УР) терапии 6 месяцев получали 34 (65,4%) пациентки 2-й группы. Он включал: Bdq, Lfx/Mfx, Lzd, Cfz, Cs. После лечения проведена оценка исходов и сравнительный анализ эффективности ДР и УР.

Результаты: Установлено, что «успешное лечение» было достигнуто у 11 (61,2%) женщин, леченых ДР, и у 30 (88,2%) с УР терапии ($p<0,05$). «Неэффективное лечение» отсутствовало в обеих группах. Исход «отрыв» зарегистрирован у 2 (11%) пациенток с ДР и отсутствовал в группе УР ($p<0,05$). Отмечена высокая частота случаев смерти на фоне химиотерапии от «любой из причин» – 5 (27,8%) ДР и 4 (11,8%) ($p>0,05$). В то же время смерть от РУ-ТБ зарегистрирована только у 2 (11%) женщин в группе ДР.

Выводы: Установлено, что исход лечения РУ-ТБ «успешное лечение» на 27% чаще был достигнут в группе пациенток, получающих УР ($p<0,05$).

138. КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, КАНДИДОЗНОЙ, ПНЕВМОКОККОВОЙ И СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

1. РУМ Минздрава России, Москва, Россия
2. ТКБТ № 3 им. профессора Г.А. Захарьина, Москва, Россия
3. ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, Москва, Россия

Мишин В.Ю. – 1, Мишина А.В. – 2,3

Цель: изучить клинико-рентгенологические проявления и диагностику коморбидности туберкулеза легких (ТЛ) и оппортунистических инфекций, вызывающих кандидозную, пневмококковую и стрептококковую пневмонию (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±0,56 и 19,8±0,51 кл./мкл крови ($p>0,05$). Клиническая картина у больных 1-й и 2-й группы характеризовалась интоксикацией, бронхолегочными и кожными проявлениями. При КТ органов грудной клетки в обеих группах визуализировалась диссеминированный процесс и инфильтративные изменениями. Площадь поражения легких была 100% и практически сопоставимой.

Вывод: Больные ТЛ на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, представляют собой группу высокого риска развития КП, ПКП и СКП, и они должны регулярно подвергаться профи-

лактическим 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.

139.
ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Юсупалиева М.М., Чудинова Д.С., Головатый А.В.

Введение: Отмечается устойчивое снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза в стране за последние 2 десятилетия, благодаря совершенствованию диагностики, лечения и профилактики.

Цель: Оценить эффективность профилактических и противоэпидемических стратегий, применяемых в лечении туберкулеза, с учетом их влияния на снижение тяжести заболевания.

Материалы и методы: Использовались статистические данные по Республике Крым за период 2023-2024 гг., предоставленные ГБУЗ РК «Крымский Республиканский Клинический Центр Фтизиатрии и Пульмонологии», г. Симферополь.

Результаты: За 2024 год в большинстве городов Крыма наблюдается положительная динамика охвата населения флюорографическими обследованиями. Наиболее значительный рост зафиксирован в Ялте (+52,2%), Керчи (+26,5%) и Симферополе (+24,3%), что свидетельствует об усилении профилактических мер в этих регионах. Однако в Феодосии охват снизился на 8,7%. Что касается охвата детей туберкулиновыми пробами и Диаскинтестом: лидерами стали Судак (+49,9%) и Ялта (+27,5%). В то же время в Керчи и Армянске зафиксировано снижение (-19,6% и – 9,5%), что свидетельствует о недостаточности охвата профосмотрами в данной возрастной группе. Общее количество осмотренных жителей увеличилось практически во всех городах, особенно в Симферополе (+17,5%) и Керчи (+40,0%). Исключением стала Феодосия, где число обследованных немного сократилось (-2,2%).

Выводы: В регионе наблюдается положительная динамика в области охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами. Перспективы дальнейшего улучшения эпидемиологической ситуации зависят от скоординированных действий на федеральном и региональном уровнях, а также от достаточного финансирования противотуберкулезных мероприятий.

140.
ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Юсупалиева М.М., Чудинова Д.С., Головатый А.В.

Введение: Согласно Глобальному докладу ВОЗ по борьбе с туберкулезом за 2024 год, в 2023 году было зарегистрировано 10,8 миллиона новых случаев. Данные по за-

болеваемости туберкулезом в Крыму демонстрируют неоднородную динамику в различных городах региона.

Цель: Провести детальный анализ современных эпидемиологических данных заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза в Республике Крым.

Материалы и методы: Материалами исследования послужили статистические данные по Республике Крым за период 2023-2024 гг., предоставленные ГБУЗ РК «Крымский Республиканский Клинический Центр Фтизиатрии и Пульмонологии», г. Симферополь. Данные загружались в формате Excel через встроенные элементы выгрузки на сайтах Росстата и ЕМИСС. Статистический анализ проводился при использовании программного обеспечения Pyton.

Результаты: В Симферополе отмечается улучшение динамики: снижение на 24,8% по всем локализациям (с 35,9 до 27,0 на 100 тыс.), при этом деструктивные формы сократились на 30,6%. В Ялте отмечается одно из самых существенных улучшений: общая заболеваемость упала на 27,9%, а деструктивные формы – на 25,8%. В Судаке наблюдается значительное уменьшение показателей: общая заболеваемость сократилась на 42,3%, а деструктивные формы – на 56,9%. Армянск демонстрирует рост деструктивных форм на 203,3% (с 6,0 до 18,2 на 100 тыс.).Евпатория и Феодосия показывают значительный рост бактериальных форм (МБТ +) (+46,5% и +6,6%) и деструктивных форм (+67,0% и +39,1%). Керчь демонстрирует незначительный общий рост (+4,1%), но при этом снижение по туберкулезу легких (- 3,3%) и рост деструктивных форм (+18,2%).

Выводы: В Крыму наблюдается неоднородная картина: в одних городах прослеживается положительная динамика, в других происходит рост заболеваемости.

141. ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

УО "Белорусский государственный медицинский университет"

Смоленская Т.О., Герасимова Д.А., Левчук А.А.

Актуальность: В 2024 году в Беларуси заболеваемость туберкулёзом снизилась до 13,7 на 100 тысяч, а доля успешно вылеченных с МЛУ-ТБ выросла до 82%. Однако проблема лекарственно-устойчивого туберкулёза остаётся актуальной из-за риска серьёзных нежелательных явлений (НЯ), таких как удлинение интервала QT и аритмии, требующих постоянного мониторинга сердечно-сосудистой системы.

Цель: Исследовать влияние противотуберкулёзных лекарств (ПТЛП) на сердечно-сосудистую систему у пациентов с МЛУ и ШЛУ, а также оценить распространённость и тяжесть НЯ.

Материалы и методы: В ретроспективном анализе изучена документация 96 пациентов, проходивших лечение в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (2021–2024). Использовались сбор анамнеза и клинико-рентгенологические методы.

Результаты: В группе преобладали мужчины – 58 (60,42%), женщины – 38 (39,58%). Средний возраст – 53,7 года. Перед началом терапии у 17 выявлены нарушения печени, у 23 – почек, что могло влиять на метаболизм ПТЛП. По степени удлинения QTcf: 29 – первой степени, 38 – второй, 29 – третьей. В ходе лечения у 41,6% повышались печеночные ферменты; у 25% – гипокальциемия; у 18,75% – гипомагние-

мия; у 20,83% – гиперкалиемия. Короткую схему терапии получали 29 пациентов (60,42%), длинную – 38 (39,58%). Кардиотоксичность чаще возникала при применении Bdq, Lfx, Cfz и Dlm. В процессе лечения только у двух полностью отменены ПТЛП, у двух – Bdq; у трёх снижена доза Bdq; у пяти – отменён Lfx. Положительный эффект достигнут у 58,3%, остальные не имели изменений.

Выводы: Значительная часть пациентов (до 41,6%) имела повышение печеночных ферментов и электролитные нарушения, связанные с развитием кардиотоксичности при лечении туберкулёза. У 39,58% применялась длинная схема терапии; большинство имели электролитные нарушения и удлинение QTcf.

142.
К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ЗАКРЫТОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

ФГБУЗ Клиническая больница №51 ФМБА России, Железногорск

Гринь Е.Н

В современных условиях проблема рецидивов туберкулеза остается актуальной. В закрытом территориальном образовании (ЗАТО) Железногорск в 2024 г. показатель рецидивов туберкулеза – 2,3 на 100 тысяч населения.

Цель: Исследовать клинико-социальные аспекты рецидивов туберкулеза легких у взрослых.

Материалы и методы: Анализировали данные из историй болезни 104 больных с рецидивами за последние 30 лет в ЗАТО Железногорск.

Результаты: Чаще болели мужчины, жители города, одинокие (64,4%), неработающие (72,1%); имевшие ранее тубконтакт в местах заключения (26,9%). Лиц БОМЖ было 10,6%. Рецидив выявлен: при профосмотре у 57,7%, при обращении с жалобами у 39,4%, посмертно – 2,9%. Не проходили флюорографию более 2-х лет – 25%. Из заболеваний группы риска по туберкулезу: чаще зависимость от алкоголя (54,8%) и хронические бронхолегочные заболевания (40,4%), реже - язвенная болезнь (11,5%), ВИЧ-инфекция (9,6%), наркомания (7,7%), психические заболевания (3,8%), сахарный диабет (2,9%). В структуре клинических форм: инфильтративная – 43,3%, диссеминированная – 30,8%, очаговая – 13,5%, туберкулема – 8,6%, кавернозная и фиброзно-кавернозная – по 1,9%. Распространенных процессов с поражением более доли легкого было 31,7%, с деструкцией – 53,8%, с бактериовыделением – 68,3%, МЛУ МБТ у 46,5% бактериовыделителей. Клиническое излечение рецидива – у 70,3%, умерло от туберкулеза – 7,9%, от других причин – 5,0%, прервали лечение – 16,8%. У 13,1% позже отмечены повторные рецидивы.

Заключение: Установлена отягощенность социального состава заболевших, преморбидного фона и неблагоприятные клинические характеристики рецидивов туберкулеза, что обусловливает их негативное влияние на эпидситуацию.

143.
ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ

Центральный НИИ туберкулеза, Москва

Чушкин М.И., Шергина Е.А., Черных Н.А.

Использование клапанной бронхоблокации (КББ) у пациентов с деструктивным туберкулезом легких предназначено для создания искусственного ателектаза в зоне каверны для её закрытия.

Цель: анализ влияния нарушений функции легких и других факторов на результат КББ.

Методы: 220 пациентов с деструктивным туберкулезом были включены в исследование (128 мужчин, 92 женщины; 33,7±9,9 лет) которым была выполнена КББ. У 151 (68,6%) пациента КББ была эффективной (закрытие полости).

Результаты: факторами неэффективности КББ были обьем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) менее 75% должных величин (дв) (отношение шансов [ОШ] 5,34; 95% доверительный интервал [ДИ] 2,82 – 10,13; p<0.001); форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) менее 80% дв (ОШ 7,06; ДИ 3,73 – 13,37; p<0.001); наличие МЛУ/ШЛУ (ОШ 6,08; ДИ 2,72 – 13,59; p<0,001); двухсторонний туберкулезный процесс (ОШ 3,83; ДИ 2,01 – 7,30; <0,001); наличие бактериовыделения (ОШ 2,46; ДИ 1,33 – 4,56; p=0,008); индекс массы тела (ИМТ) менее 21 кг/м2 (ОШ 1,83; ДИ 1,01 – 3,3; p=0,045). Наличие сахарного диабета, возраста, пола, числа блокируемых сегментов и локализации блокируемого бронха не оказывали влияния на эффективность КББ по результатам данного исследования.

Заключение: Снижение функции легких является одним из главных факторов неэффективности КББ у пациентов с туберкулезом лёгких. Другими факторами отсутствия эффекта от КББ могут быть наличие МЛУ/ШЛУ, распространенность процесса, наличие бактериовыделения и низкий ИМТ.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

144. ЗНАЧЕНИЕ ПОЗИЦИОННОГО ИЗМЕНЕНИЯ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОДНОСТОРОННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМЫ

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

Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Чумаков А.В., Захарова А.И.

Среди причин необъяснимой одышки в практике терапевта возможна дисфункция диафрагмы(ДД). Для скрининга ДД используется позиционное изменение спирометрических показателей при переходе из положения сидя в положение лежа, однако их пороговые значения не определены.

Цель работы: показать значение позиционного изменения жизненной и форсированной емкостей легких (ЖЕЛ и ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) для выявления ДД. Материал и методы: У 43-х пациентов данными физикального, рентгенологического, УЗИ была доказана односторонняя ДД (11-слева, справа – 32) в виде полного (ППД) у 12 и 31 – частичного пареза Д (ЧПД). М:Ж – 32:11. Больные не различались по возрасту, росту, массе тела, степени одышки (2,07 ± 0,90 б. mMRC), имели широкий спектр болезней.

Результаты: При ППД рестриктивный тип спирограмм предполагался у 8 больных (ЖЕЛ,% = 75,00 ± 17,76), смешанный – у 4 в сочетании с ХОБЛ. Лежа ЖЕЛ снижалась на -17,25 ± 6,39%; ФЖЕЛ – 15,90 ± 13,09%, ОФВ1 -19,70 ± 10,05%. Результаты важны для скрининга ППД ,что обычно связано с ЖЕЛ в среднем 75% Д и снижением на 10-20% лежа (15%), что в 2раза превышает нормативы. При ЧПД: ЖЕЛ,% – 83,33 ± 12,02; ФЖЕЛ,% – 80,22 ± 12,02 с уменьшением лежа на – 6,06 ± 5,71%; – 9,31 ± 1,09%, – 6,31 ± 6,05% соответственно. Различия для ЖЕЛ и ОФВ1 = 0,02 и 0,04). Совпадения позиционных показателей при ЧДД с нормой требуют верификации диагноза другими методами исследования.

Выводы: Позиционное снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ > -15 % может использоваться для скрининга односторонней ДД.

145. ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

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

Мамбетниязов К., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.

Цель исследования: определить клиническое значение пикового инспираторного потока (ПИП) у пациентов обструктивной респираторной патологией в рамках выбора ингаляционного устройства для оптимизации ингаляционной респираторной терапии. Материал и методы. У 100 пациентов обструктивной респираторной патологией оценили показатель пикового инспираторного потока (ПИП) с помощью прибора In-Check DIAL (ClementClarke International Ltd., Великобритания). ПИП оценивали с имитацией сопротивления ингалятора на вдохе, где панель прибора учитывала потоки: R0 без сопротивления и 4 уровня сопротивления, включая R1 – низкое сопротивление, R2 – средне-низкое, R3 – среднее, R4 – средне-высокое сопротивление.

Результаты: 34-64% больных ХОБЛ и 38-56% больных БА в обострении не достигают значений сПИП. Субоптимальные величины инспираторного потока, указывающие на недостаточную скорость потока на вдохе, зачастую сопряжены с рядом фенотипических предикторов, включая женский пол, возраст старше 70 лет, рост менее 1,6 м и конституциональные особенности по показателю ИМТ менее 20 кг/м^2 либо более 30 кг/м^2, клинико-функциональными маркерами, определяющими степень клинической выраженности одышки mMRC более 3 баллов, тяжести показателей ОФВ1 менее 50% от должного, и особенностями течения и прогноза заболевания с гоститализациями по причине обострений более 2 раз в год.

Заключение: Выделяние «высокозначимых» и «значимых» индикаторов высокого риска сПИП определяют возможности достижения максимальной терапевтической пользы ингаляционной терапии, характеризуя прогноз течения и частоту обострений.

146. ВЫБОР ДОЛЖНЫХ ВЕЛИЧИН: ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УГЛЯ И СТАЛИ (ECCS1993) ИЛИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕСПИРАТОРНОГО ОБЩЕСТВА ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ (GLI2012)

ФГБНУ Центральный НИИ туберкулеза; ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА; ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им И. М. Сеченова МЗ РФ; ФГБУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ

Чушкин М.И., Черняк А.В., Мустафина М.Х., Кирюхина Л.Д., Стручков П.В.

Для интерпретации результатов спирометрии необходимо использовать референсные значения. В Российской Федерации широко используют систему должных величин Европейского общества угля и стали (ECCS1993). Небольшое число лабораторий функциональной диагностики используют систему должных величин Европейского респираторного общества по стандартизации легочных функциональных тестов (GLI2012). Целью работы было сравнение результатов спирометрии при

использовании двух систем должных величин. В исследование были включены 380 здоровых лиц (170 мужчин и 210 женщин, возраст 40,0±17,4 лет). Все пациенты выполнили спирометрию. Сравнивали z-оценку для двух систем должных величин. Z-оценка для показателя ФЖЕЛ составила 0,71±1,03 и 0,08±0,88 (<0,001); Z- оценка для показателя ОФВ1 составила 0,44±0,92 и 0,07±0,88 (<0,001); Z- оценка для показателя ОФВ1/ФЖЕЛ составила 0,17±0,86 и -0,03±0,90 (<0,001) по отношению к должным величинам ECCS1993 и GLI2012, соответственно. Наши результаты показали, что должные величины GLI2012 более адекватны для данной выборки здоровых лиц, чем должные величины ECCS1993 и могут быть рекомендованы для использования в России.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

147. КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО В ОБЪЕМЕ ЛОБЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

УрНИИФ

Илюшкин А.Л., Эсаулова Н.А., Скорняков С.Н., Мотус И.Я.

Серьезной проблемой является сочетание ХОБЛ с раком легкого в связи с высоким риском развития послеоперационных осложнений, переноса или отмены операции.

Цель исследования: разработка критериев прогноза респираторных осложнений после лобэктомии по поводу периферических образований легкого у больных ХОБЛ на основании функционального обследования.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ за 2023- 2024 год – 69 карт пациентов с диагнозом ХОБЛ любой степени бронхиальной обструкции в возрасте 59,09 ±8,6 лет. 55 из общего числа пациентов проведена лобэктомия. Значимость различий оценивали тестом χ^2.

Результаты: В группе пациентов (n= 27) с ОФВ1 более 30% от должного частота обострений ХОБЛ составила 33,0% (n= 9), в группе пациентов с ОФВ1 менее 30 % (n=28) – 68 % (n=19, p=0,014). В группе пациентов с DLCO менее 60 % от должного доля послеоперационных осложнений составила 76,3 % (n=42), при DLCO более 60% – 23,6%, n=13 (p<0,001).При проведении 6 МШП выявлено: в группе пациентов, прошедших исходно более 400 м, доля послеоперационных осложнений составила 31% (n=17) , при пройденном расстоянии менее 400 м – 69 % (n=38). Время нахождения в стационаре также зависло от исходного значения ОФВ1: пациенты с ОФВ1 более 30% находились в стационаре на 4,4 ±1,1 к\дня меньше, чем в группе пациентов с ОФВ1 менее 30% (7,3±2,1 и 12,7±2,7 соответственно, p <0.001).

Выводы: Показатели ОФВ1 менее 30% и DLCO менее 60 % от должного определяют группу высокого риска респираторных осложнений. оперативного вмешательства при сочетании ХОБЛ и рака легкого. Простым и показательным маркером частоты развития послеоперационных осложнений является проведение 6 МШП. Ключевые слова: ХОБЛ, рак легких, лобэктомия, послеоперационные осложнения.

ХОБЛ

148.
АДРЕСНАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК АЭРОЗОЛЬНОГО РАСПЫЛЕНИЯ

1. ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;
2. ФГАОУ ВО Национальный исследовательский Томский политехнический университет, Томск, Россия

Суворова О.А. – 1, 2, Соколова Е.С. – 1, 2. Нагаткина О.В. – 1, 2, Антонов Д.В. – 2

Цель: определить особенности аэрозольных потоков при использовании различных ингаляционных устройств доставки лекарственных препаратов (ЛП) в дыхательные пути.

Материалы и методы: исследованы три устройства: дозирующий аэрозольный ингалятор под давлением (ДАИ, препарат Новатрон), небулайзер (OmronCompAir NE-C20 Basic, препарат Новатрон), устройство по типу мягкого тумана (Респимат, препарат Тиотропия бромид). Применены оптические методы: теневая съёмка, трассерная визуализация, фазовая доплеровская анемометрия. Оценивались распределения капель по размерам и скоростям, геометрия потока, влияние на изменение структуры потока при столкновении с модельной преградой.

Результаты: для всех устройств характерны максимальные скорости по оси симметрии. Для устройств доставки по типу мягкого тумана и небулайзера вид распределения капель по скоростям сопоставимы: более 85% капель имели скорости до 0.4 м/с; у ДАИ - около 60%. Размер капель в диаметре (Rd) при использовании Респимат не превышал 5 мкм, у небулайзера - ~80% капель были Rd≤5 мкм. ДАИ демонстрировал наиболее широкий диапазон размеров: 0.02–22 мкм. Облако капель от Респимата сохраняется в 7–10 раз дольше, чем от ДАИ. Максимальная депозиция ЛП достигается через 0.1 мс после срабатывания устройства Респимат или ДАИ, и наибольшая депозиция ЛП будет при использовании Респимата. Наименьшая орофарингеальнаядепозиция ожидается при использовании Респимат и небулайзера благодаря более ламинарному потоку.

Вывод: тип устройства оказывает значительное влияние на гидродинамические характеристики и параметры адресной доставки ЛП. Наиболее благоприятные условия доставки и минимальные потери в ротоглотке обеспечиваются при применении устройства типа мягкого тумана. Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ (№ 24-45-00012).

149.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И БЕЛОК-КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1. ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия;
2. Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение ФГБНУ Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, г. Уфа, Россия

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

Для ранней диагностики хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) актуальным представляется поиск неивазивных биомаркеров крови, которые являются диагностическим инструментом, широко используемым в клинической практике для прогнозирования развития заболевания и его осложнений.

Цель: выявить потенциальные диагностические биомаркеры ХОБЛ путем изучения профиля экспрессии панели функционально взаимосвязанных длинных некодирующих РНК, микроРНКмиРНК, а также их белок-кодирующих генов-мишеней в легочной ткани и мононуклеарных клетках периферической крови пациентов с ХОБЛ. Исследованы уровни экспрессии обобранных РНК в мононуклеарных клетках периферической крови (PBMC) и легочной ткани пациентов с ХОБЛ: днРНК (TP53TG1, LINC00342, H19, MALAT1, DNM3OS, MEG3, LUCAT1, CDKN2B-AS1, SNHG5), миРНК (miR-18a-5p, miR-200a-3p, miR-34a-5p, miR-126-3p, miR-218-5p, miR-29a-3p, miR-150-5p, miR-570-3p, miR-155-5p, miR-15b-5p, miR-141-3p, miR-379-5p), а также их белок-кодирующие гены-мишени (FOXO3, PTEN, KEAP1, NFE2L2, TGFB2, SIRT1, SIRT3, SIRT6). Образцы легочной ткани и крови были получены от 141 пациента с ХОБЛ и 138 здоровых индивидов. Уровни экспрессии генов были проанализированы методом RT-qPCR. Выявлены особенности профиля экспрессии экспрессии 5 днРНК: MALAT1, TP53TG1, LINC00342, DNM3OS, LUCAT1; 9 миРНК: miR-155-5p, miR-141-3p, miR-379-5p, miR-18a-5p, miR-34a-5p, miR-126-3p, miR-218-5p, miR-29a-3p, miR-150-5p; и 3 мРНК: TGFB2, SIRT1 и NFE2L2 в PBMC больных ХОБЛ. В легочной ткани спектр дифференциально экспрессирующихся транскриптов включал 4 днРНК: LUCAT1, CDKN2B-AS1, DNM3OS, TP53TG1; 7 миРНК: miR-155-5p, miR-15b-5p, miR-18a-5p, miR-200a-3p, miR-34a-5p, miR-126-3p, miR-218-5p; 5 мРНК: FOXO3, SIRT1, SIRT3, SIRT6 и NFE2L2.

150.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОПРОСНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

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, Шпак П.А. – 2, Саченко В.В. – 2, Ярошовец В.В. – 2

Заболеваемость, распространенность и летальность от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) сохраняются на высоком уровне, имея тенденцию к росту. Среди основных факторов, определяющих лечебную тактику и исход заболевания, помимо показателей спирометрии, частоты обострений, важную роль играет степень влияния симптомов заболевания на качество жизни пациента, которая на практике определяется по таким стандартизированным вопросникам, как COPD Assessment Test (CAT) и Clinical COPD Questionnaire (CCQ).

Цель исследования: Анализ корреляционной связи между результатами тестирования пациентов с ХОБЛ по стандартизированным вопросникам CAT и CCQ.

Материалы и методы: В исследование включены 95 мужчин с установленным диагнозом ХОБЛ, проходивших стационарное обследование и лечение в 432 Главном военном клиническом медицинском центре ВС РБ. Возраст пациентов – от 42 до 90 лет (72,4 ± 0,8). Анамнез заболевания – 13,0 ± 1,5 лет. Средний возраст дебюта ХОБЛ – 59,4 ± 1,4 лет. Пациенты были госпитализированы в связи с обострением основного заболевания, прошли в течение одного дня анкетирование по двум валидизированным вопросникам – CAT и CCQ. Спирометрия выполнялась на спирометре отечественного производства «МАС-1».

Результаты: У всех пациентов по результатам спирометрии модифицированный индекс Тиффно (отношение ОФВ1/ФЖЕЛ) после бронхолитика в стандартной дозе был менее 0,7. Показатель CAT-теста в группе обследованных составил 17,8 ± 0,8 (Хср. ± mx), показатель CCQ-теста – 2,4 ± 0,1. Коэффициент корреляции Пирсона между CAT и CCQ оказался равным 0,835 (n=95, 95% ДИ = 0,76-0,89).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной сильной прямой корреляционной связи между результатами вопросников CAT и CCQ у пациентов с ХОБЛ.

151. СВЯЗЬ ИММУННЫХ ФЕНОТИПОВ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент. Узбекистан,
2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ташметова Г.Т. – 1, 2, Ливерко И.В. – 2

Цель исследования: оценить взаимосвязь между гематологическими лейкоцитарными индексами и маркерами системного воспалительного ответа (СРБ, IL-6, TNF-α) больных ХОБЛ. Материал и методы. У 100 пациентов ХОБЛ оценены гематологические лейкоцитарные индексы (ЛГИ), представляющие соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ) и лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ). Уровень цитокинов IL-6, IL-10, TNF-α определялись методом ИФА на спектрофотометре Mindray Mr-96A.

Результаты: Th1/Th17 и Th17- типы иммунного ответа характеризуются преобладанием активности макрофагальной системы и напряженностью эффекторного звена иммунологического процесса, проявляясь угнетением показателей клеточного звена иммунитета и коррелируют с повышением основных гематологических лейкоцитарных индексов ИСЛМ в 1,6 раза, ИСНМ в 4,4 раза, ИСНЛ в 3,3 раза по сравнению с Th1- иммунным ответом. Отмечено, что аутоиммунный характер нарушений характезируется выраженным снижением ИЛГ в 3,3 и более раз при Th17 фенотипе иммунного ответа. Сопоставление ГЛИ с цитокиновым профилем выявило наличие обратной корреляционной связи ИЛГ с IL-4 (r=-0,55) и IL-10 (r=-0,51); ИСНМ с TNFα (r=-0,47).

Заключение: Гематологические лейкоцитарные индексы могут быть индикаторами, отражающие наличие, выраженность системного воспаления и характер типа иммунного ответа.

152.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ В ПРОГНОЗЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент. Узбекистан
2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз., Ташкент. Узбекистан

Ташметова Г.Т. – 1, 2, Ливерко И.В. – 2

Цель исследования: оценить взаимосвязь между показателями клинического анализа крови с тяжестью течения хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в прогнозе прогрессирования. Материал и методы. У 100 пациентов ХОБЛ проведено исследование образцов крови и оценены гематологические лейкоцитарные индексы (ГЛИ), включая соотношения лимфоцитов к нейтрофилам (ЛИ), нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), а также соотношение тромбоцитов к лимфоцитам (ОТЛ).

Результаты: С утяжелением клинической стадии заболевания ХОБЛ выявлена мультипность изменений ГЛИ, отражающаяся повышением ИСНЛ (с 3,25 до 8,7 ед), ИСНМ (с 12,2 до 28,3 ед), подчеркивая дисбаланс между врожденным и адаптивным иммунитетом и характеризуя выраженность системного воспаления, и повышением индексом ОТЛ (с 92,0 до 146,5 ед), а также снижением ЛГИ (с 7,7 до 2,4 ед), ИИР (с 6,5 до 1,9 ед), ИСЛМ (с 6,5 до 4,2 ед) и ЛИ (с 0,39 до 0,25 ед), отражая процессы взаимоотношения аффекторного и эффекторного звеньев иммунологического процесса, что обусловлено снижением иммунитета.

Заключение: Расчет индексов соотношения клеток лейкограммы позволяет осуществлять раннюю диагностику воспалительных, аутоиммунных и тромботических рисков, которые ассоциируются с неблагоприятным прогнозом и коррелируют с Т-хелперным иммунным ответом.

153.
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. Назрановская Центральная Районная Больница ИМ. Бекботова Б.Б., Назрань, Россия
2. ФГБОУ ВО "Ингушский государственный университет" Минздрава России

Нальгиева М.А – 1, Гадаборшева Л.М. – 2, Нальгиев А.А – 2.

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

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 87 пациентов с диагнозом ХОБЛ, пролеченных в пульмонологическом отделении в 2024 и 2023гг

Результаты: анализ показал, что в преобладающем числе исследуемых были мужчины (76,6 %). Группа пациентов в возрасте 20-60 лет составила 28% , в основном были пациенты 60-90 лет, что составило 72%. 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 имеется в среднем – 3 заболевания, а у половина из них ≥ 5. При анализе пациентов с ХОБЛ в отделении пульмонологии выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – у 88% больных, ишемическая болезнь сердца-37%, сахарный диабет – 18%, неврологические заболевания -11%,онкология – 7%, заболевания желудочно-кишечного тракта- 3%.В основном представлены пациенты с сочетанной патологией более 3 нозологий. Кроме этого, у 26,1% 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.

154.
РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ХОБЛ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

ГУЗ "Липецкая областная клиническая больница"

Симонайтес С.В.

Цель: Представить первые результаты работы регионального регистра ХОБЛ, запущенного в 2025 году, с акцентом на анализ коморбидности и ретроспективных данных о смертности, как инструмента для принятия управленческих решений.

Материалы и методы: Изучены данные 3088 пациентов. Для эпидемиологического анализа использовались статистические данные МЗ Липецкой области за 2024 год.

Результаты: Анализ данных за 2024 год показал, что смертность от ХОБЛ в регионе была сопоставима с показателями смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Расчетный вклад ХОБЛ в снижение ожидаемой продолжительности жизни составил 0,24 года. Регистр позволил детально оценить структуру коморбидности у пациентов с ХОБЛ. Выявлена крайне высокая распространенность сердечно-сосудистых патологий: артериальная гипертензия – у 46,6% пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 40,0%, сердечная недостаточность – у 20,3%, перенесенный инфаркт миокарда – у 13,5%. Значительную долю составляют аритмии (12,5%), в т.ч. мерцательная аритмия (9,9%), а также заболевания периферических артерий (8,8%) и инсульт (<10%). Данные регистра подчеркивают клиническую значимость ХОБЛ: наличие тяжелой легочной патологии ограничивает возможности оперативного лечения у онкологических пациентов (сопутствующие злокачественные новообразования у 17% умерших ХОБЛ) и ухудшает выживаемость после кардиохирургических вмешательств у пациентов с болезнями системы кровообращения (33% умерших ХОБЛ в 2024г.).

Заключение: Региональный регистр ХОБЛ и БА, несмотря на недавний запуск предоставил ценные данные, подтверждающие высокую нагрузку коморбидной патологии. Это обосновывает необходимость интеграции регистра с другими клиническими потоками данных для принятия решений на федеральном и региональном уровнях.

155.
НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, г. Благовещенск

Сычева Т.В., Перельман Ю.М.

Цель исследования: комплексная оценка нарушений диастолической функции правого желудочка (ПЖ) у больных ХОБЛ в период обострения. Материал и методы. В исследование включены 103 пациента с ХОБЛ в стадии обострения, распределенные по категориям GOLD (2023) в группы A (n=21), B (n=24) и E (n=58). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Эхокардиографию выполняли на аппарате Vivid E90 (GE Healthcare) датчиком 5S. Диастолическую дисфункцию ПЖ диагностировали по изменению пиковых скоростей транстрикуспидального потока в раннюю диастолу (E), в систолу предсердия (A), соотношения E к A, а также к ранней диастолической скорости кольца трикуспидального клапана (e). Функцию внешнего дыхания оценивали по данным спирографии и бодиплетизмографии.

Результаты: Соотношение E/A оказалось достоверно ниже в группах B (0,85[0,65;1,00] и E (0,75[0,60;0,90]) по сравнению с контрольной (1,80[1,80;1,90], p<0,0001). Соотношение E/e было значительно выше, чем у здоровых, во всех группах: A – 8,5[7,5;10,0], B – 9,0[8,0 10,5], E – 9,5[8,5;11,0] (p<0,0001). Частота выявления диастолической дисфункции ПЖ составила в группе A 81%, B 83%, E 98%. Корреляционный анализ показал наличие положительной связи E/A с ОФВ1 (Rs=0,49), МОС50 (Rs=0,50) и отрицательной – E/e с МОС25-75 (Rs=–0,23). Выявлена отрицательная зависимость E/A от общей емкости (Rs=-0,46) и остаточного объема легких (Rs=-0,46). В свою очередь, E/A был отрицательно связан с тестом CAT (Rs=-0,34), шкалой mMRC (Rs=-0,37) и фракционным изменением площади ПЖ (Rs=-0,51).

Выводы: Диастолическая дисфункция ПЖ развивается у большинства пациентов при обострении ХОБЛ. Она зависит от нарушений бронхиальной проходимости и гиперинфляции легких и оказывает влияние на сократительную способность ПЖ и субъективное восприятие пациентом своего состояния

156.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, г. Благовещенск

Сычева Т.В., Перельман Ю.М.

Актуальность: Развитие левожелудочковой сердечной недостаточности (ЛЖ-СН) у пациентов с ХОБЛ существенно ухудшает прогноз и требует ранней верификации.

Цель исследования: Оценить прогностическую ценность эхокардиографических и спирометрических параметров в качестве предикторов развития ЛЖ-СН I–II функ-

циональных классов у пациентов с обострением ХОБЛ. Материал и методы. В исследование включены 89 пациентов с обострением ХОБЛ, из них 72 мужчин и 17 женщин. Эхокардиографию проводили на аппарате «Vivid E90» (GE, США) секторальным датчиком 5 MS. Вентиляционную функцию легких оценивали с помощью спирометрии. Повторное исследование проведено через 9-12 месяцев. Диагностика наличия ЛЖ-СН I–II фк (СН1) или отсутствия (СН0) проводилась на основании клинических и инструментальных данных. Для построения прогнозной модели использовали дискриминантный анализ.

Результаты: В ходе годичного наблюдения сформированы группы пациентов, у которых ЛЖ-СН не наблюдалась в течение года (n=60), была диагностирована и осталась в течение года (n=17), появилась через год (n=12). В ходе дискриминантного анализа выделены два достоверных предиктора развития ЛЖ-СН I–II фк: фракция изгнания (ФИ) ЛЖ и мгновенная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 75% жизненной емкости легких (МОС75). Выведены дискриминантные уравнения для прогнозирования ЛЖ-СН I–II фк: D0 = –175,962 + 0,973013×ФВ ЛЖ + 0,786534×МОС75 (правдоподобность 92 %) D1 = –141,385 – 0,144691×ФВ ЛЖ – 0,690068×МОС75 (правдоподобность 94 %) Правило классификации: если D0 > D1 «СН0»; если D1 > D0 «СН1»

Выводы: Применение дискриминантных уравнений с использованием в качестве предикторов показателей ФВ ЛЖ и МОС75 является эффективным инструментом для прогнозирования развития в течение года ЛЖ-СН I–II фк у больных ХОБЛ в фазе обострения

157.
ОЦЕНКА КАРДИАЛЬНОГО БИОМАРКЕРА У ПАЦИЕНТОВ СИНДРОМОМ ХОБЛ И СОАС- «OVERLAP-SYNDROME»

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

Ражабов Х.С., Ливерко И.В., Абдуганиева Э.А.

Цель исследования: оценить характер изменений кардиального биомаркера у больных ХОБЛ в прогнозе тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна. Материал и методы. У 57 пациентов ХОБЛ, сопряженных СОАС, диагностированном методом полисомнографии (аппарат «SLEEP SCREEN», Германия) и 20 пациентов ХОБЛ проведено определение уровня специфического кардиального белка-тропонин1 (ТнТ) методом иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) с набором производства Roche Diagnostics GmbH (Швейцария).

Результаты: С утяжелением степени ХОБЛ отмечено повышение уровня показателя сердечного тропонина, как маркера повреждения кардиомиоцитов, где ТнТ повышался у больных ХОБЛ крайне-тяжелой стадии (0,29±0,09 нг/мл) на 222,2% к группе контроля и ХОБЛ средне тяжелой стадии. Выявлена обратная корреляционная связь между уровнем ТнТ с ОФВ1 (r=–0,39; p=0,01) и прямая корреляционная зависимость между СРБ с уровнем ТнТ (r=0,41; p=0,01). У пациентов ХОБЛ с тяжелой СОАС уровень ТнТ (0,32±0,09 нг/мл) в 3 раза превышал его уровень в когорте пациентов ХОБЛ и в 2,3 раза – в группе больных ХОБЛ с СОАС легкой степени. Диагностический диапазон ТнТ в интервале 0,1–0,3 нг/мл, соответствующий показателям некроза миокарда, встречался у 52,6% пациентов ХОБЛ с тяжелой СОАС, что было в 2,5 раза выше по сравнению с ХОБЛ без СОАС и – в 5 раз по отношению пациентов ХОБЛ с СОАС легкой степени. Диапазон уровня ТнТ>0,3 нг/мл, подтверждающий на-

личие острых поражений миокарда, продемонстрировал 100% частоту лишь среди пациентов с тяжелой степенью СОАС.

Заключение: У пациентов ХОБЛ с тяжелой СОАС минимальное повышение ТнТ может указывать на субклиническое поражение сердца и иметь большое прогностическое значение в прогнозе течения заболевания.

158. ОЦЕНКА БИОМАРКЕРА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ СИНДРОМОМ ХОБЛ И СОАС- «OVERLAP-SYNDROME»

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

Ражабов Х.С., Ливерко И.В., Абдуганиева Э.А.

Цель исследования: оценить характер изменений кардиального биомаркера у больных ХОБЛ в прогнозе тяжести синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Материал и методы: У 57 пациентов ХОБЛ, сопряженных СОАС, диагностированном методом полисомнографии (аппарат «SLEEP SCREEN», Германия) и 20 пациентов ХОБЛ проведено определение уровня натрийуретического пептида типа В (NT-proBNP) методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем «NT-proBNP».

Результаты: С утяжелением клинической стадии заболевания ХОБЛ выявлены выраженные изменения NT-proBNP, отражающие изменения функционального состояния сердечной мышцы. Отмечена обратная корреляционная связь между NT-proBNP с и ОФВ1 и прямая корреляционная зависимость между СРБ и NT-proBNP. Прослежено повышение показателей NT-proBNP в зависимости от степени тяжести СОАС, где у пациентов ХОБЛ с тяжелой степенью СОАС концентрация NT-proBNP (510,7±100,9 пг/мл) в 2 раза выше по отношению к пациентам ХОБЛ без СОАС и была в 2,5 раза выше к когорте больных ХОБЛ с СОАС легкой степени (203,5±60,9 пг/мл). Установлено, что у 76,9% пациентов ХОБЛ с тяжелой степенью СОАС частота встречаемости диапазона порогового значения NT-proBNP более 600 нг/л, отражающего проявления ХСН, отмечена в 4,9 раза чаще к когорте больных ХОБЛ и в 10 раз чаще к когорте больных ХОБЛ с СОАС легкой стадии.

Заключение: Пациенты ХОБЛ с тяжелой степенью СОАС характеризуются показателями высоких функциональных рисков ХСН, определяя их прогностические риски неблагоприятного течения ХОБЛ.

159. ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

РСНПМЦФиП

Кучкарова Ш.А., Абдуганиева Э.А.

Цель: Определить уровень дисфункции эндотелия, путем определения активности фактора Виллебранда и определить связь с процессами гиперкоагуляции у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы: 65 пациентов с диагнозом ХОБЛ в соответствии с GOLD(2016). Фактор Виллебранда – определялся оптическим методом. Из маркеров гиперкоагуляции определяли при помощи маркеров: фибриноген, растворимые фибрин мономерные комплексы и Д-димер. Результатами нашего исследования отмечено, что повышение фактора Виллебранда, как маркера эндотелиальной дисфункции и стимулятора коагуляции, у больных ХОБЛ отмечено у 42 из 65 пациентов (64,6% случаев), в том числе умеренное повышение у 19,1% больных ХОБЛ (109,6 ± 0,31%), выраженное повышение у 14,3% больных ХОБЛ(115,8 ± 1,6%), резкое повышение у 50%(132,6 ± 1,5%) и резко выраженное повышение фактора Виллебранда, составляющее 152,3 ± 1,9% – у 16,7% больных ХОБЛ. Результатами исследования отмечено, что увеличение степени выраженности нарушения фактора Виллебранда (от умеренного к резко выраженному уровню) сопровождается однонаправленным повышением уровней коагуляционных маркеров: фибриногена с 4,76±0,19 г/л до 7,3±0,25 г/л, РФМК – с 8,9±0,54 мг/100мл до 11,8±1,25 мг/100мл, Д-димер – 98,3±0,46 нг/мл до 111,8±2,3 нг/мл. Оценка направленности процесса гемокоагуляции у больных ХОБЛ показала, что при выраженном, резком и резко выраженном повышении показателя фактора Виллебранда отмечается 100% повышение уровней фибриногена, РФМК и Д-димера.

Вывод: Повышение основных показателей коагуляционного звена гемостаза с повышением уровня фактора Виллебранда возможно свидетельствует о прокоагулянтном действии дисфункции эндотелия, запускающий внутренний путь активации каскада коагуляции.

160.
БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ

ФГАОУ ВО Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова

Иванова О.Н., Иванова И.С.

Данная статья посвящена актуальной проблеме формированию бронхоэктазов. Бронхоэктазы – это сегментарные расширения просветов бронхов, обусловленные деструкцией или нарушением нервно-мышечного тонуса их стенок вследствие воспаления, дистрофии, склероза или гипоплазии структурных элементов бронхов. Проведено обследование 100 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет.

Цель исследования: Изучить причины формирования вторичных бронхоэктазов легких. Материалы исследования: Проведен анализ обращений пациентов в платные клиники города Якутска. Проведено обследование 100 пациентов в возрасте от 45 до 65 летВсем обратившимся пациентам проведена компьютерная томография легких, исследование иммунного статуса. Жалобы при обращении к врачу: у 100% кашель, у 95% одышка при физической нагрузке, у 100% слабость и утомляемость, повышение температуры по вечерам у 10%, выделение мокроты у 20%. При осмотре у 20%пациентов выявлен дефицит веса, у 90% бледность кожных покровов. Из анамнеза заболевания у пациентов выявлено, что 70% из них переболели пневмонией, 50% имели солидный стаж курения (свыше 10 лет), 60% являются пассивными курильщиками. У 15% обследованных бронхоэктатическая болезнь протекала с пневмофиброзом, у 20% с эмфиземой легких. У пациентов с вторичными бронхоэктазами основной причиной формирования заболевания явились пневмонии и длительный стаж курения. У большинства больных с вторичными бронхоэктазами выявлено снижение показатели иммуноглобулина А у 88%, содержание популяций CD3+ (общее содержание В-лимфоцитов), что диктует необходимость иммунокорригирующей терапии и внутривенных иммуноглобулинов..

161.
ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЁР РАННЕГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ

ФГБОУ «Петрозаводский государственный университет» Мединститут им. А.П. Зильбера

Бахирев А.М.

Цель: изучить и сравнить состав жирных кислот(ЖК) мембран эритроцитов (МЭ) для поиска потенциальных биомаркеров ранней стадии ХОБЛ

Материалы и методы: мужчины в возрасте 38-52 лет: 8 здоровых добровольцев (Д); 38 – с ХОБЛ по GOLD I(12, в т.ч. мало- и несимптомные 22,15%)- группа 1 ;II(26 в т.ч. мало- и несимптомные – 16,4%) A,B –группа 2, стабильного течения вне обострения , стажем ХОБЛ 4,2-6,3 лет , без активного курения, коморбидногофона,приема системных ГКК. Методом газожидкостной хроматографии определён ЖК состав МЭ, оценён в относительных % от общей суммы с использованием прикладной программы Statistica 6,1.

Результаты:в группе 1 главными изменениями были: накопление арахидоновой кислоты 20:4n-6 до 16,2±0,5 (против 13, 02 ±0,2), ее метаболита – докозатетраеновой кислоты (22:4n6) до 2,81±0,31 2, против 2,34±0,29, одновременная убыль п-3 ЖК – эйкозапентаеновой 20:5n-3 (0,53±0,04 вместо 1,24±0,04) и докозапентаеновой 22:5n-3 (1,72±0,05 вместо 2,03±0,02). В группе 2 аналогично возрастал уровень 20:4n-6 до 18,32±0,5 и ее метаболита –22:4n6 до 3,18±0,31 2, , параллельно снижался п-3 ЖК –20:5n-3 (0,24±0,04) и 22:5n-3 (1,51 ±0,05). Достоверных различий параметров у больных подгрупп А и В не было.

Выводы: Пациенты 1 и 2 групп, т.о.имели индекс 20:4n-6/20:5n-3, соответственно – в 2,4 и 3,1 выше такового у группы Д, как несимптомные, так и симптомные. Оставаясь перманентным признаком вне обстрения уже в пределах GOLD I – GOLD II, воспаление нарастало по интенсивности, независимо от симптомности и др.параметров. Полученные результаты могут служить вкладом в качестве маркёров ранних стадий.

162.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ НА ФОНЕ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ

Черкашина И.И., Ковалева М.Д.

В последнее время уделяется значительное внимание факторам, способствующим развитию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Был введен термин ХОБЛ-I (COPD-I) как этиотип ХОБЛ, связанная с инфекцией. В формировании этого этиотипа может выступать туберкулез легких. При этом, основой развития ХОБЛ могут послужить остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких. Посттуберкулезные последствия приводят к структурным и функциональным изменениям в сосудистой сети легких и мелких дыхательных путях, что приводит к ХОБЛ, связанной с туберкулезом. Наличие остаточных посттуберкулезных изменений может усиливать клинические проявления ХОБЛ.

Цель: Выявить отличия в течении ХОБЛ, возникшей после излечения у пациентов туберкулеза легких с формированием остаточных изменений и ХОБЛ без туберкулеза легких в анамнезе.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 66 пациентов с диагнозом ХОБЛ (основная группа) и 12 пациентов с ХОБЛ в сочетании с посттуберкулезными изменениями в легких (группа сравнения).

Результаты: У больных ХОБЛ на фоне посттуберкулезных изменений в отличие от группы сравнения были выявлены следующие особенности: Наблюдалась более тяжелая обструкция дыхательных путей, более частые обострения. Среди осложнений доминировали пневмонии, большинство больных не получали базисную терапию ХОБЛ.

Выводы: Полученные результаты подтверждают данные о более тяжелом течении ХОБЛ, развившейся после формирования посттуберкулезных изменений в сравнении с группой пациентов, не имевших в анамнезе туберкулеза легких.

163.
АДИПОКИНОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА МЗ РФ

Танченко О.А., Нарышкина С.В., Лобанова Е.В.

Цель: изучение взаимосвязей уровня адипокинов и показателей дисфункции эндотелия у пациентов с коморбидным течением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы: 1 группу составили 49 больных с ХОБЛ и НАЖБП; 2 группу – 44 пациента с изолированным течением ХОБЛ. Всем пациентам проводилось определение адипокинов (лептина, адипонектина, резистина) и интерлейкинов иммуноферментным методом, спирометрия, изучалась физическая адаптация. Определяли показатели ригидности сосудистой стенки с помощью автоматического сфигмографа «VaSera VS-1000».

Результаты: В 1-й группе пациентов выявлено достоверное повышение индексов аугментации на сонной артерии и правой плечевой артерии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой степени корреляции между основным показателем маркера эндотелиальной дисфункции – каротидно-бедренной скорости пульсовой волны – PWV-аорты, адипокинами (лептином, резистином), частотой обострений ХОБЛ за год. Наблюдалось увеличение показателей цитокинового профиля у пациентов 1-й группы: интерлейкина (ИЛ)-6, ИЛ-8, эндотелина-1. Нами выявлены достоверные положительные математические взаимосвязи между лептином, индексом абдоминального ожирения и PWV-аорты. У больных с сочетанным течением ХОБЛ группы B (GOLD, 2023) в 59,4% выявлено повышение сывороточного содержание лептина. Установлено патогенетическое влияние лептина и резистина в усугублении сосудистой жёсткости при коморбидном течении ХОБЛ и НАЖБП.

Выводы: повышение показателя PWV-аорты у пациентов 1-й группы ассоциировалось с увеличением уровня провоспалительныхадипокинов и позволяет предполагать о патогенетическом влиянии лептина, резистина на прогрессирование эндотелиальной дисфункции при коморбидном течении ХОБЛ и НАЖБП.

164.
ПОВЫШЕНИЕ РИСКА БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, КАК ДОЛГОСРОЧНОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Кулик Е.Г., Павленко В.И.

Накапливаются данные о манифестации кардиоваскулярных заболеваний у пациентов после перенесенного COVID-19 (заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2).

Цель: изучить риск развития безболевой ишемии миокарда (ББИМ) у пациентов через 12 месяцев после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы: исследование выполнено в рамках научного проекта, одобренного грантом РНФ (№22-25-00592). В амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 90 больных ХОБЛ стабильного течения через 12 месяцев после перенесенного COVID-19. В группу сравнения вошло 43 пациента, не имеющих ковидного анамнеза. Для оценки выраженности предикторов острых коронарных событий дополнительно выполнены: регистрация скорости распространения пульсовой волны в аорте (СРПВаорта) методом сфигмоманометрии (Vasera-1000, Япония) и определение уровня общего гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови. Рассчитан относительный риск (ОР) развития ББИМ в зависимости от наличия патологической СРПВаорта и повышения уровня ГЦ более, чем на 2,5 мкмоль/л от исходных значений.

Результаты: анализ сфигмограмм и электрокардиограмм (ЭКГ) в покое у 11 больных выявил косонисходящую депрессию сегмента ST от изоэлектрической линии во II стандартном отведении более, чем на 0,1 мВ продолжительностью более 0,06с от точки J, что было интерпретировано, как ББИМ. Оказалось, что у больных ХОБЛ, перенесших COVID-19, при наличии патологической СРПВаорта ОР обнаружения ББИМ возрастает более, чем в 3 раза (ОР=3,31[1,03;12,6], $p<0,05$). При повышении концентрации ГЦ ОР обнаружения ББИМ у данной категории пациентов также достоверно повышается (ОР=3,15[1,04;9,49], $p<0,05$). Таким образом, у пациентов ХОБЛ, переболевших коронавирусом, через 12 месяцев ОР выявления ББИМ по результатам ЭКГ в покое увеличивается, что требует дальнейшего изучения.

165.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

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

Сулима М.В., Решетникова Л.К.

Введение: хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) может сочетаться с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что вносит коррекцию в план лечения.

Цель: изучение взаимосвязи ХОБЛ и заболеваний ЖКТ.

Материалы и методы: был обследован 21 больной (ж – 6, м – 15, возраст 51,3 ± 1,7, анамнез ХОБЛ 12 ± 0,7 лет). Две группы пациентов: с сочетанными заболеваниями ЖКТ и ХОБЛ – 9 больных, с приобретенными заболеваниями ЖКТ на фоне ХОБЛ – 12 больных. Заболевания ЖКТ выявлены в 16% случаев до постановки диагноза ХОБЛ:

язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 2%, хронический холецистит – 6%, хронический панкреатит – 3%, ГЭРБ – 5%. У 12 пациентов на фоне длительного анамнеза ХОБЛ (11,2 ± 0,6 лет), заболевания ЖКТ выявлены в 25% случаев: ГЭРБ – 11%, язва желудка – 3%, язва луковиц двенадцатиперстной кишки – 4%, сочетанная патология ЖКТ – 7% случаев. Больные с сочетанной патологией имели большую лекарственную нагрузку и, в первую очередь, гормоны, что привело к обострению заболеваний ЖКТ, и, в первую очередь, – ГЭРБ.

Вывод: заболевания ЖКТ диагностировалось у 41% больных: впервые диагностированные заболевания – у 25%, у 16% обострение хронических заболеваний ЖКТ. Ранняя диагностика и лечение заболеваний ЖКТ необходимо для комплексного лечения ХОБЛ и улучшения прогноза заболеваний.

166. РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

1. ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
2. ФГБОУ ВО Уфимский университет науки и технологий
3. ГБУЗ РБ Республиканская клиническая больница им.Г.Г.Куватова

Зулкарнеев Р.Х. – 1 ,Шахмаметова Г.Р. - 2, Мирхайдаров А.М. – 3, Насыров Р.В.–2, Зулкарнеев Ш.Р. – 1, Шакирзянов А.А. – 2

Башкирским государственным медицинским университетом и Уфимским университетом науки и технологий разрабатывается сетевая информационная система поддержки ведения пациентов с хроническими заболеваниями легких на примере ХОБЛ.

Цель: повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи при ХОБЛ. К особенностям данной системы относятся: понятный и «доброжелательный» интерфейс, с использованием голосовой коммуникации, повышенная автономность и надежность при нарушении цифровых каналов связи, максимальное использование функциональности современных смартфонов. Модуль контроля состояния пациента регулярно запрашивает самооценку пациента своего самочувствия и одышки, производит оценку физической активности пациента по количеству сделанных шагов за день, измеряет частоту пульса методом фотоплетизмографии с использованием оптопары видеокамера-фонарик смартфона. Модуль обучения представляет пациенту устройство и работу различных ингаляторов, демонстрирует технику использования ингалятора и проводит периодическую дистанционную проверку навыка пациента с помощью отправляемой врачу видеозаписи. Модуль комплаентности ежедневно напоминает пациенту о необходимости приема лекарств, фиксирует значение счетчика ингалятора или использованную упаковку ежедневной дозы и направляет результаты врачу. Модуль коммуникации с врачом позволяет отправить запрос или срочное сообщение, получить от врача персональные рекомендации, в случае неотложного состояния – вызвать медицинскую помощь. Эффективность внедрения системы оценивается по уменьшению частоты обострений ХОБЛ, улучшению функционального состояния и качества жизни.

167.
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПОМ ЧАСТЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОБОСТРЕНИЙ

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф.

Исследование качества жизни у пациентов с бронхолегочной патологией является достаточно важным, так как проявления заболевания связаны дыхательным дискомфортом и «привязанностью» пациентов к определенным лекарственным средствам.

Цель: оценить уровень показателей качества жизни пациентов с частыми обострениями ХОБЛ на фоне коррекции терапии. Материал и методы: 60 пациентам с частыми обострениями ХОБЛ в анамнезе в течение года проводилась коррекция терапии основного и сопутствующих заболеваний, а также модификация выявленных факторов риска обострений ХОБЛ. В начале и конце наблюдения проводилась оценка качества жизни пациентов с помощью опросника SF-36.

Результаты: все пациенты имели 2 и более обострений ХОБЛ за предыдущий год. Средний балл физического компонента составил 48,6±1,2, психического компонента – 74,5±3,2. Через год средний балл, отражающий физический компонент составил 51,1±1,7, психический – 66±2,6 (p 0,05). У 57 из 60 пациентов отмечалось снижение количества обострений за год на 1,63±0,21 ($p<0,001$), у 49 из 60 пациентов – снижение частоты госпитализаций на 1,2±0,15 ($p<0,001$). На этом фоне было установлено уменьшение ограничения жизнедеятельности из-за эмоциональных проблем у 23 из 60 пациентов ($p=0,014$). Индекс боли снизился в течение года у 26 пациентов из 60 ($p=0,034$). Общий уровень здоровья повысился в течение года у 32 из 60 пациентов ($p=0,034$).

Выводы: Значимых изменений показателей качества жизни в течение года выявлено не было. Коррекция терапии ХОБЛ и коморбидных заболеваний привела к снижению частоты обострений ХОБЛ в 95% случаев. Снижение частоты обострений ХОБЛ и связанных с этим госпитализаций привели к повышению уровня общего здоровья у 53,3% пациентов.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ. РАДИАЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ

168. ИНТЕГРАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владивостокский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» – Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения

Виткина Т.И., Веремчук Л.В.

Введение: Исследование особенностей межсезонной метеореакции иммунной системы является предметом пристального внимания.

Цель: изучении интенсивности и характера сезонной реакции иммунной системы у здоровых лиц и пациентов с бронхиальной астмой (БА), проживающих в городе Владивостоке, под влиянием различных погодных условий.

Материалы и методы: Исследование включало анализ показателей состояния иммунной системы и климатических факторов в едином пространственно-временном контексте. Общее число обследованных составило 450 человек, из которых 160 вошли в контрольную группу, а 290 - в группу с диагнозом БА легкой степени тяжести частично контролируемого течения. Путем использования информационно-энтропийного подхода оценивали уровень сезонной метеореакции, определяя разницу значений (Rусл–Rбез%).

Результаты: В условиях морского муссонного климата сочетание погодных факторов оказывает наиболее выраженное влияние на иммунную систему пациентов с БА. Наблюдается снижение активности иммунитета на 20–30% от зимы к осени с резким ростом к зимнему периоду, который представляет наибольшую угрозу для больных БА. У здорового населения также отмечается пик метеореакции в зимнее время.

Выводы: Морской муссонный климат имеет преимущественно патогенное воздействие на все группы населения, причем зима и весна являются самыми неблагоприятными сезонами для больных БА. У пациентов с БА иммунная система демонстрирует повышенную чувствительность к температурному режиму: зимой она реагирует на низкие температуры, а летом - на высокую влажность в сочетании с жарой. Осенью отмечается увеличение оздоровительных эффектов климата. Более глубокое понимание проблемы позволит разработать целенаправленные профилактические меры и оптимизировать терапевтические стратегии при БА.

169.
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ФТАЛАТОВ ВО ВЗВЕШЕННЫХ ЧАСТИЦАХ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА УРБАНИЗИРОВАННОЙ ТЕРРИТОРИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

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

Виткина Т.И., Черенков Д.Н.

Хроническое вдыхание фталатов в условиях городской среды является значимой нагрузкой для органов дыхания и увеличивает риск развития и обострения бронхолегочной патологии.

Цель работы: оценить уровни эфиров фталевой кислоты, ассоциированных с твердыми взвешенными частицами (ТВЧ), в атмосферном воздухе Владивостока.

Материалы и методы: Пробы ТВЧ отбирали в 2014-2024 гг. в г. Владивостоке в техногенно загрязнённой и фоновой зоне аспиратором ПУ-4Э. Фиксировали автотранспортную нагрузку. Концентрации фталатов (дибутилфталата - ДБФ, диизобутилфталата – ДИБФ, диэтилгексилфталата - ДЭГФ) определяли методом ГХ-МС (идентификация – NIST20, количественно – калибровочные графики). Статистическая обработка (Me, Q25-Q75, критерий Манна-Уитни) в STATISTICA 10.0.

Результаты: Уровни ДБФ и ДЭГФ в городе значимо выше фоновых: ДБФ – 6,22 нг/м^3 (5,47–7,10) против 3,34 нг/м^3 (2,78–4,27), $p<0,001$; ДЭГФ – 10,39 нг/м^3 (9,66–11,12) против 8,61 нг/м^3 (7,87–9,22), $p<0,01$. Разница по ДИБФ незначима (7,17 нг/м^3 (6,62–8,04) против 6,08 нг/м^3 (5,31–6,94)).

Выводы: Воздух городской зоны Владивостока содержит достоверно более высокие концентрации ДБФ и ДЭГФ на ТВЧ, чем фоновая зона, вследствие повышенной техногенной нагрузки. Наиболее значимым источником фталатов является автотранспортная нагрузка. Необходим дальнейший мониторинг за содержанием эфиров фталевых кислот, поскольку хроническая экспозиция фталатов может способствовать неблагоприятных последствий для лиц с заболеваниями органов дыхания.

ЭНДОСКОПИЯ

170.
ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ РИСКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НЕИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.

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. 3, Макова Е.В 1,3

Цель: оценить изменение структуры эпидемических рисков в работе эндоскопического кабинета пульмонологического стационара по сравнению с допандемийным периодом.

Методы исследования: Проанализированы данные учёта эпидемических рисков за 2023-2024 г.г. – два полных года работ после закрытия коронавирусного госпиталя, развёрнутого ранее на базе стационара Самарской городской больницы №4 с 16.05.2020 по 14.06.2022 г.г.

Результаты: За рассматриваемый период проведено 598 эндоскопических исследований (100,00%) пациентам с доказанными эпидемическими рисками. Наряду с традиционными для экстренного пульмонологического стационара эпидемическими рисками (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С, случаи выявленного уже в условиях стационара туберкулёза лёгких с активным бацилловыделением, различные варианты сочетания этих рисков), в послепандемийный период выполнено 30 эндоскопических исследований пациентам с подтверждёнными случаями новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (5,017%). Выявленные эпизоды подтверждались уже после госпитализации в стационар методом амплификации аминокислот (исследуемый материал - мазок из зева и носа); после установки диагноза пациенты переводились в инфекционные отделения соответствующего профиля.

Заключение: По сравнению с допандемийным периодом в структуру эпидемических рисков эндоскопической службы вошли спорадические случаи контакта с пациентами новой коронавирусной инфекции COVID-19, формируя при этом невысокий в процентном отношении, но достаточно устойчивый поток пациентов.

171.
ПИГМЕНТНЫЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ

1. ГБУЗ СО "Самарская городская больница №4",
2. ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2

Цель: оценить частоту и этиологическую принадлежность пигментных эндобронхиальных образований в структуре общего бронхологического приёма.

Методы исследования: Проанализированы результаты первичных бронхоскопий за период с 2014 по 2024 г.г. Учитывались частота и возможная этиологическая принадлежность пигментных эндобронхиальных изменений.

Результаты: За отчётный период было проведено 15216 первичных бронхоскопий (100,000%). При этом пигментные эндобронхиальные образования выявлены в 149 случаях (0,980%). Во всех случаях участки пигментных изменений были покрыты фоновой слизистой, т.е. располагались субэпителиально. Это позволило трактовать подобные изменения, как поражения бифуркационных или перибронхиальных лимфатических узлов. В литературе подобные изменения описаны как при туберкулёзной инфекции, так и при профессиональной лёгочной пылевой патологии. Пигментных образований в пределах слизистой, ассоциирующихся с эндобронхиальной меланомой, обнаружено не было. Подтверждённых случаев пылевой профессиональной патологии так же не было выявлено. У 21 пациента (0,138%) были выявлены активные формы туберкулёза лёгких, лабораторно верифицированные; в 128 эпизодах (0,842%) активные формы туберкулёза выявлены не были, и пигментные образования трактовались, как кальцификация бифуркационных или перибронхиальных лимфатических узлов, вследствие перенесённого туберкулёза.

Заключение: Перенесенный туберкулёз бифуркационных или перибронхиальных лимфатических узлов в структуре общего бронхологического приёма является самой частой причиной пигментных эндобронхиальных образований.

172.
ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПРОТЕКЦИИ БРОНХОСКОПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.

1. ГБУЗ СО "Самарская городская больница №4"
2. ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения РФ.

Штейнер М.Л. – 1,2, Биктагиров Ю.И. – 2, Корымасов Е.А. – 2,
Кривощёков Е.П. – 2, Хорошилов М.Ю. – 2

Цель: Изучение структуры респираторной протекции бронхологического пособия, проводимого пациентам отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) пульмонологического стационара.

Методы исследования: Проанализированы варианты респираторной протекции бронхоскопий, выполненных в ОРИТ в 2023-2024 г.

Результаты: Всего в ОРИТ выполнено 1624 бронхоскопии (100,00%). Варианты респираторной протекции бронхоскопии распределились следующим образом: искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) использовалась в 37,87% случаях (в т.ч. через интубационную трубку 299 бронхоскопий (18,41%), через трахеостомическую канюлю 316 исследований (19,46%); неинвазивная вентиляция лёгких применялась в 197 случаях (12,13%); 729 бронхоскопий (44,89%) выполнены на фоне невозвратной масочной системы с мешком-резервуаром; простая лицевая маска была задействована в 51 эпизоде (3,14%); в 16 случаях (0,99%) была использована высокопоточная вентиляция.

Заключение: Чаще всего бронхоскопия проводилась на фоне ИВЛ, а из методов самостоятельного дыхания кислородно-воздушной смесью приоритетно была задействована невозвратная масочная система.

173.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ОТСУТСТВИЯ ЛЕВОГО ВЕРХНЕДОЛЕВОГО 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 интересной анатомической находки во время проведения бронхоскопия.

Методы исследования: Анализ бронхоскопической картины у пациента с выраженным обострением хронического бронхита.

Результаты: Пациенту с выраженным обострением хронического бронхита выполнена бронхоскопия в связи нарастанием обструкции бронхиальным секретом на фоне недостаточной эффективности медикаментозно стимулированной экспекторации. В ходе исследования были выявлены воспалительные эндобронхиальные изменения, укладывающиеся во II-ю степень интенсивности воспаления по Лемуану. Кроме того, было обнаружено отсутствие левого верхнедолевого бронха. При этом язычковый бронх и конгломерат сегментарных бронхов B1+2A, B1+2B, B1+2C отходили непосредственно от левого главного бронха. Левый промежуточный бронх и сегментарный бронх B3 имели обычное расположение и традиционное ветвление бронхов последующих генераций.

Заключение: Выявленная врождённая аномалия ветвления трахеобронхиального дерева не определяла клиническую картину и течение основного заболевания и носила характер находки.

174.
СЛУЧАЙ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА, СИМУЛИРУЮЩЕГО АСТМАТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП

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 клинического случая.

Методы исследования: Проанализирована история заболевания и данные бронхоскопии пациента, госпитализированного с некупирующимся астматическим приступом.

Результаты: Пациент Н., 74 лет был переведён из областной глазной больницы (где был прооперирован по поводу катаракты правого глаза) в пульмонологическое отделение в связи с внезапно развившимся приступом бронхиальной астмы. Ранее ничего подобного не отмечалось. Приступ напоминал астматический: резко затруднённый выдох, рассеянные свистящие хрипы над всеми лёгочными полями. На обзорной рентгенограмме грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений выявлено не было. Т.к. пациент не отвечал на назначенную. бронхолитическую терапию, он был переведён из общего отделение в отделение реанимации и интенсивной терапии. Для уточнения диагноза была проведена бронхоскопия, в ходе которой было обнаружено пищевое инородное тело (зёрнышко кукурузы) в устье левого сегментарного бронха В6. Инородное тело удалено с помощью биопсийногофорцепта. После этого приступы удушья прекратились. Ретроспективно пациент так и не смог сообщить данных, указывающих на состоявшуюся аспирацию.

Заключение: Сложность диагностики вызвана полным отсутствием анамнестического указания на аспирацию, но отсутствие астматического анамнеза в сочетании со слабым ответом на бронхолитическую терапию закономерно привело к решению и проведении бронхологического исследования.

175.
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО СРЕДНЕДОЛЕВОГО БРОНХА, КАК ПРИЧИНА АТЕЛЕКТАЗА СРЕДНЕЙ ДОЛИ

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 клинического случая.

Методы исследования: Проанализированы анамнез, данные компьютерной томографии и бронхоскопии у пациента с выявленным ателектазом средней доли.

Результаты: Пациент Ф, 72 лет обратился амбулаторно к пульмонологу с жалобами на начавшийся, ничем не спровоцированный кашель, который у пациента появился впервые. Была сделана компьютерная томография лёгких, в ходе которой был выявлен ателектаз средней доли. Был заподозрен среднедолевой синдром и назначена бронхоскопия для исключения (подтверждения) центрального рака правого

лёгкого с поражением средней доле. Бронхоскопия выполнена в условиях эндоскопического кабинета на фоне трансназальной подачи кислорода через носовые катетеры (8 л/мин). В ходе проведения бронхоскопии выявлена обтурация среднедолевого бронха инородным телом, явно пищевого происхождения, светло-зелёного цвета. Инородное тело было удалено с помощью захватывающего форцепта ("пасть крокодила") и идентифицировано, как фрагмент сердцевины огурца. Ретроспективно пациент сообщил, что часто ест овощные салаты с огурцами.

Заключение: Случай интересен тем, что анамнестические указания на аспирацию отсутствовали, но правильная тактика ведения пациента привела к положительному результату.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

176.
АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ ЗА 2020 – 2025 ГОДЫ

КУЗ Воронежской области «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С. Похвисневой»

Артемов А.Н., Эфрон Г.В., Здобникова С.Н.

Цель исследования: Анализ выявленных случаев микобактериоза легких и видовая идентификация за 2020-2025 годы. Нетуберкулезные микобактерии (НТМБ) вызывают приблизительно в 54% случаев изолированные легочные поражения, клинически неотличимые от туберкулеза легких. По данным популяционных исследований, отмечается всемирное увеличение распространенности НТМБ с 2000 года.

Материалы и методы: Для выявления НТМБ использовался набор реагентов для выявления генетических маркеров ДНК МБТ и НТМБ методом ПЦР в реальном времени.

Результаты: За период с января 2020 г. по июнь 2025 г. было выявлено 160 пациентов с микобактериозом легких, диагностированного по результатам выделенной культуры нетуберкулезной микобактерии из различного клинического материала: в 2020 г. – 16 чел., в 2021 г. – 15 чел., в 2022 г. – 23 чел., в 2023 г. – 16 чел., в 2024 г. – 62 чел., в 1 полугодии 2025 г. – 28 чел. Выделенные виды НТМБ: M.avium – 39, M.intracellulare – 13, M.chimaera – 12, M.kansasii – 7, M.malmoense – 3, M.gordonae – 3, M.abscessus – 2, M.xenopi – 1, M.fortuitum – 1, M.scrofulaceum – 1, M.celatum – 1, M.avium+abscessus – 1, M.malmoense+xenopi – 1, Micobacteriumspp. – 75 (с 2023 по 2024 гг. типирование до вида не проводилось по технически причинам). Среди всех выделенных штаммов микобактерий (МБТК и НТМБ) доля НТМБ составила: в 2020 г. – 1,6%, в 2021 г. – 2,0%, в 2022 г. – 1,8%, в 2023 г. – 2,4%, в 2024 г. – 10,7%, в 1 полугодии 2025 г. – 7,7%.

Выводы: Отмечен рост заболеваемости микобактериозом с типичным видораспределением с преобладанием МАК-комплекса. Рост заболеваемости НТМБ, неблагоприятное течение болезни при некоторых ее видах, длительный продромальный период, не всегда успешная многокомпонентная терапия, являются серьезной клинической проблемой, требующей дальнейшего изучения.

177. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У СОТРУДНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ НА СЕВЕРЕ ОСТРОВА САХАЛИН

ООО "СибМедЦентр"

Гусев Р.В., Антипов С.А, Ивашко О.В.

Цель: установление влияния вакцины для профилактики гриппа на уровень заболеваемости респираторными инфекциями у сотрудников, работающих вахтовым методом на севере острова Сахалин.

Материалы и методы: Обследовано 393 сотрудника, работающих вахтовым методом в нефте-газовой компании на севере острова Сахалин. Все работники находились в одинаковых климатических условиях, имели одинаковые условия питания и размещения. Из 393 обследованных работников 81 человек был привит противогриппозной вакциной, 312 не вакцинировано.

Результаты: при анализе структуры заболеваемости было выявлено 197 случаев заболеваемости острой респираторной инфекцией. Заболеваемость в привитой и не привитой группах распределилась следующим образом: в группе привитых 21 случай, что составило 25,9%, в группе не получавших вакцину 176 случаев, что составило 56,4%, из них 33 случая повторного заболевания (18,8%). Число дней трудопотерь составило 71 в привитой группе и 613 дней в непривитой группе соответственно.

Заключение: Таким образом можно сделать вывод о том, что применение вакцин для профилактики гриппа у работников, повышает общий иммунитет организма, что способствует уменьшению заболеваемости не только гриппом, но и снижает заболеваемость острыми респираторными инфекциями в целом, а также уменьшает экономические затраты предприятия.

178. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ НЕФТЕГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ НА СЕВЕРЕ ОСТРОВА САХАЛИН

ООО "СибМедЦентр"

Гусев Р.В., Антипов С.А, Жданов С.В., Рязанкина Н.А.,
Чувилов А.А., Гоманов Б.М., Кирьянова М.Г.

Цель: Изучить структуру заболеваний органов дыхания у сотрудников, работающих вахтовым методом на удаленных объектах нефте-газовой промышленности севера острова Сахалин.

Материалы и методы: проведена оценка частоты и структуры заболеваний органов дыхания у сотрудников удаленных объектов, сравнение первичной и общей заболеваемости в зависимости от сезона.

Результаты: В структуре заболеваемости болезни органов дыхания стабильно занимают лидирующую позицию, на их долю приходится 42,1% от всей первичной заболеваемости. Уровень первичной заболеваемости в структуре болезней органов дыхания составил 87,9%. Лидирующую роль занимают острые респираторные заболевания, которые составили 91,2%. от всей первичной за-

болеваемости органов дыхательной системы, 8,8% пришлось на обострение хронических заболеваний. При этом уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями в осенне-зимний период составил 62,3%, в весенне-летний 37,7%. Среди обострений хронических заболеваний лидирующую роль занял хронический ринит, доля которого составила 71,1%.

Заключение: Анализ показателей заболеваемости в целом и с учетом сезонности, а также климато-географических факторов позволит разработать план мероприятий по снижению заболеваемости сотрудников респираторной патологией включающий мероприятия: работа по выявлению факторов риска, улучшение диагностики и лечения заболеваний, профилактика заболеваний органов дыхания.

179
ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»

Н.Ю. Кравченко, Т.Н. Молостова, И.В. Кунеевская, З.Н. Гайчиева

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 p**
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/м^2, n (%)	180 (16,9%)	300 (30,2%)	p<0,01
Неадекватная базисная терапия, n (%)	220 (20,6%)	309 (31,1%)	p>0,05
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 XXXV Национального Конгресса по болезням органов дыхания

А

Абдуганиева Э.А. 12, 132, 133
Абдулина А.А. 91
Абдуллаева Н.М. 97, 91
Авдеев С.Н. 29, 101
Авезова З.Ш. 42
Азнабаева Ю.Г. 127
Акуденко М.В. 7
Алексеев А.П. 14, 114
Алексо Е.Н. 116
Амирова Э.Ф. 74, 75
Андреева Г.Н. 10, 46
Анохин Н.Н. 84
Антипова Е.П. 35
Антонов В.Н. 15, 29
Антонов Д.В. 126
Артемов А.Н. 11, 147
Ахмедова А.А. 60

Б

Бабаджанова Г.Ю. 49, 50
Бабаева П.С. 87
Багишева Н.В. 35, 36, 37, 114
Баранова О.П. 38
Барановская М.И. 45
Бардов В.С. 26
Барламов О.П. 38,
Барламов П.Н. 21, 38
Бахирев А.М. 135
Баширова А.С. 96
Бедак А.С. 52
Беккер Р.А 6, 87, 109
Белевич И.О. 73, 74
Беленков Ю.Н. 82
Белик О.А. 108
Белоглазова И.П. 78, 89, 95
Белогорохов В.С. 15
Белоусов А.С. 67, 80
Беляева С.Н. 46
Бережанский П.В. 72
Биличенко Т.Н. 64, 65
Богомаз Т.Т. 20
Богуш Л.С. 104
Болотова Е.В. 53, 103
Боровикова И.И. 88
Бочарова М.А. 7
Бочарова Н.В. 20
Бузуртанова З.Х. 9
Быков Ю.В. 6, 87, 109
Быстрицкая Е.В. 64, 65

В

Васильева А.А. 49
Ватанская И.Ю. 25
Везикова Н.Н. 19
Визель А.А. 101, 102
Визель И.Ю. 76, 77, 101, 102
Визель Л.А. 101
Виткина Т.И. 8, 20, 140, 141
Воронкова О.О. 82

Г

Габзалилова С.Р. 27
Гаврилюк Е.В. 13
Гаврюшин С.А. 94
Гайчиева З.Н 149
Галиханова Ю.И. 59
Гатауллина О.А. 22
Гафнер Н.В. 123
Герасимова Д.А. 119
Гизатуллина Э.Д. 57
Гилевич И.В. 53
Глотова Я.А. 78
Глуткина Н.В. 50
Глухов Д.Р. 151
Гнатенко Т.Г. 99
Гогоберидзе Ю.Т. 114
Гоголь А.Л. 89
Головатый А.В. 118
Гражданкина И.В. 85
Гринь Е.Н 120
Гуляй И.Э. 87
Гуменюк О.И. 107
Гусарова Т.А. 67
Гусев Р.В. 148
Гутевич Г.И. 63
Гутырчик Т.А. 72

Д

Давыдова Ю.В.
Данилова А.А. 88
Данковцева Е.Н. 88
Демидик С.Н. 88, 116
Демура О.В. 26
Денисова О.А. 55, 102
Дзанаев Н.А. 107
Дмитренко К.А. 73
Дудченко Л.Ш. 10, 46
Дьячкова Е.О. 88

Е

Елисеева Т.И. 70
Емельянов А.В. 27
Ермилов О.В. 7
Ерченко А.В. 60

Ж

Жамирова Р.Н. 93
Жданов С.В. 148
Жестков А.В. 142

З

Загидуллин Н.Ш. 127
Задорожная Л.В. 49
Зайкова-Хелимская И.В. 39
Зайцева Е.А. 56
Закомолдина Т.В. 52
Залилова А.Ш. 76, 77
Запруднова Е.А. 18, 68, 106
Зарубина П.С. 68
Захарова А.И. 122
Здобникова С.Н. 11, 147
Зиннатуллина А.Р. 139
Зиновьева М.Н. 101
Зинчук В.В. 50, 87
Знахуренко А.А. 27
Зобова Е.В. 88
Зулкарнеев Р.Х. 85, 96, 138
Зулкарнеев Ш.Р. 138

И

Иванова О.Н. 134
Ивашко О.В. 148
Игнатьева Е.А. 24
Ильин А.В. 24
Ильясова Е.В. 115
Илюшкин А.Л. 125
Ишимбаев Д.А. 86

К

Кабдылдаева Г.К. 93
Каладзе Н.Н. 46
Калачева Т.П. 102
Каменская О.В. 61
Каретникова А.В. 29
Каримова Н.И. 32
Каюмова В.Л. 85
Кинева К.В. 34
Кирьянова М.Г. 148
Кирюхина Л.Д. 123
Классен В.И. 114

Климанов И.А. 18, 68, 69, 70, 106
Климук Д.А. 115
Клинкова А.С. 61
Кожевникова М.В. 82
Козлова Я.И. 19
Козырева Л.С. 96
Колосов В.П. 91
Коляскина М.М. 84
Кондратьева Е.В. 20
Конев А.В. 30
Конева К.А. 30
Корниенко А.Н. 107
Корымасов Е.А. 143
Кострова И.В. 5
Косякова Н.И. 7
Кравченко Н.Ю. 68, 70, 149
Кривощёков Е.П. 143
Кузнецов А.А. 56
Кузьмина Л.П. 84
Кукурика А.В. 113
Кулага Е.Я. 50
Кулбаисов А.М. 94
Кулешова Н.А. 95
Кунеевская И.В. 149
Кулик Е.Г. 137
Куцко М.А. 115
Кучкарова Ш.А. 12

Л

Лавгинова Б.Б. 29
Лазаренко Л.Л. 26
Лазуткин Н.Н. 26
Лазуткина Е.Л. 26
Латыпова Г.М. 99
Лебеденко А.А. 34
Левина Ю.А. 152
Левчук А.А. 152
Ливерко И. 12
Ливерко И.В. 128, 129
Линцов А.Е. 17
Липовецкая Ю.О. 25
Лобанова Е.В. 136
Лобова Т.Г. 8
Логинова И.Ю. 61
Лыженкова А.В. 88
Люлю И.В. 19

М

Макова Е.В. 142
Малахов А.Б. 72
Малыгина А.С. 59
Малыхин Ф.Т. 107
Малышева А.С. 34
Малышева М.В. 48
Мамбетниязов К. 123
Мановицкая В.О. 104, 105
Мановицкая Н.В. 104, 105
Манукян А.С. 43
Маркевич Н.Б. 54
Маркелов В.А. 127
Маткомилов Ж.А. 92
Машинская А.Н. 116
Медведева А.Д. 76, 77
Метельский С.М. 127
Мизерницкий Ю.Л. 97, 98
Минушкина Л.О. 88
Мирзакулов С.А. 42
Мирхайдаров А.М. 27, 74, 79, 99, 138
Михайлов А.О. 76
Мишарин В.М. 18, 64, 65,70, 106
Мишин В.Ю. 110, 111, 112, 117
Мишина А.В. 110, 111, 112, 117
Могилевец О.Н. 116
Момот Н.В. 52
Моногарова Н.Е. 52
Мордык А.В. 35, 36, 37, 114
Мотус И.Я. 125
Моховиков Г.И. 19
Мунасыпова А.Р. 27
Муравцева О.В. 59
Муратова К.Р. 44
Мустафина М.Х. 123
Муталиева М.Б 9
Мухаметшина В. 108

Н

Нагаткина О.В. 126
Налибаева Р. 12
Нальгиев А.А. 129
Нальгиева М.А. 9, 129
Насыров Р.В.138
Наумов Д.Е. 30
Нахамчен Л.Г. 23
Невзорова В.А. 56
Ненашева Н.М. 48, 108
Никитин М.К. 61
Николаева Н.А. 82
Никулин Д.А. 88
Новак А.А. 97, 98
Новгородцева Т.П. 20
Новикова Т.П. 45
Норик С.Ф. 50
Нуркаев И.Р. 89

О

Онищенко И.В. 39
Оленицкая Е.С. 25

П

Пальчикова И.А. 102, 103
Паневская Г.Н. 99
Панова Е.А. 114
Парамут С.С. 36, 37
Передельская М.Ю. 108
Перельман Н.Л. 24
Перельман Ю.М. 22, 33, 30, 131
Перкина А.С. 102
Петров А.П. 61
Пирогов А.Б. 22
Подлужная М.А. 9
Попова Н.А. 18, 68, 69, 70, 106
Поротникова А.С. 61
Прибылов В.С. 13
Прибылов С.А. 13
Прибылова Н.Н. 13
Приходько А.Г. 22, 23, 24, 43
Приходько О.Б. 5
Пронькина Т.Н. 97, 98
Просвиркин И.А. 114
Пурлик И.Л. 102, 103
Путуриди А.Х. 108

Р

Рабковская Е.М. 87
Ражабов Х.С. 132, 133
Рафикова И.Ф. 27
Решетникова Л.К. 47, 137
Романцова Е.Б. 5
Рощин Д.О. 62
Романов Д.С. 103
Рубцов А.А. 107
Румянцева О.И. 86
Рыбина Т.М. 105
Рязанкина Н.А. 148

С

Сабиров М.А. 33
Савина Т.А. 50
Сайдахмедов И.А. 81
Саттарова Ф.И. 14
Сахаров В.И. 79
Саченко В.В. 127
Семёнова А.С. 101
Семерник О.Е. 34
Семиреч Ю.О. 91
Сергеева Г.Р. 27
Серебряков П.В. 86
Серикбаева А.К. 93
Сигин В.О. 50
Сидлецкая К.А. 20
Симакова А.И. 73, 76

Симонайтес С. В. 63
Сироткина К.И. 80
Скорняков С.Н. 125
Смоленская Т.О. 119
Соколова Е.С. 126
Соколова Л.В. 99
Сокотун С.А. 76
Солиев А.К. 17
Соловьева Е.А. 10
Солошенко В.В. 7
Соодаева С.К. 18, 68, 69, 70, 106
Сперанская А.А. 102
Ставицкая Н.В. 40
Старкова Е.Е. 94
Стародубцева О.И. 59
Стрекозова И.П. 25
Стрельцова В.В. 35
Стручков П.В. 123
Суворова О.А. 126
Сугайло И.Ю. 30
Сулима М.В. 47, 137
Сычева Т.В. 131

Т

Танченко О.А. 136
Тарасова Е.А. 34
Татаурова Н.Н. 18, 68, 70
Ташметова Г.Т. 128, 129
Темиров С.А. 41
Тожидинов У.А. 32
Третьяков А.Ю. 7
Трофименко И.Н. 102
Трушенко Н.В. 29

У

Успенская Е.В. 34
Устьянцева Н.П. 82
Ушакова М.Е. 107

Ф

Файзуллаева Н.Х. 33
Фархутдинов У.Р. 74, 75
Фесенко О.В. 67, 80

Х

Хабибуллин И.М. 85
Хайрнасова Т.Ф. 27
Хакимова Э.Ф. 85
Хамитов Р.Ф. 14, 153
Хермасси У. 28, 84
Холодков Н.И. 40
Хорошаева А.В. 18, 68, 70, 106
Хорошилов М.Ю. 143
Хотулева А.Г. 84
Хромова А.М. 106
Хургаева А.Э. 72

Ц

Цидильковская Э.С. 28
Циунчик А.В. 116
Цуканова И.В. 27

Ч

Черкашин Д.В. 122
Черкашина И.И. 135
Черненков Ю.В. 107
Черногорюк Г.Э. 102
Черных Н.А. 121
Чернявская Г.М. 102, 103
Черняк А.В. 123
Чувилов А.А. 148
Чудинова Д.С. 118
Чумаков А.В. 122
Чушкин М.И. 121, 123

Ш

Шабанов Е.А. 13
Шагабутдинова О.А. 27
Шадрин И.Ю. 20
Шакирзянов А.А. 138
Шакирова Г.Р. 57, 102
Шакирова cv 101
Шапран А.А. 35, 36, 37, 114
Шарипова Н.П. 58
Шарова Н.В. 128
Шахмаметова Г.Р. 138
Шевцова В.О. 82
Шейфер Ю.А. 116
Шелудько Е.Г. 30, 91
Шергина Е.А. 121
Шипхинеева А.Ю. 55
Шкляев А.Е. 59
Штейнер М.Л. 142, 143, 144, 145
Шубин Д.И. 62
Шульженко Л.В. 53
Шупикова Е.В. 52

Щ

Щербакова Л.Э. 36, 37

Э

Эфрон Г.В. 11, 147

Ю

Юдин А.А. 108
Юркова Ю.Г. 53
Юсупалиева М.М. 118

Я

Ярошовец В.В. 127
Ярощенко В.П. 14
Яушев М.Ф. 14

Содержание

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

1. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Приходько О.Б., Романцова Е.Б., Кострова И.В. 5

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2. ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ ИЛИ СЛУЧАЙНОЕ СОЧЕТАНИЕ?
Быков Ю.В. , Беккер Р.А 6

3. ТУПАЯ ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ТУПОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ СЕРДЦА И АССОЦИИРОВАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МИОКАРДА
Ермилов О.В., Третьяков А.Ю., Бочарова М.А., Солошенко В.В. 7

4. ФЕРМЕНТЫ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ
Косякова Н.И., Акуденко М.В. 7

5. ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19
Лобова Т.Г. Виткина Т.И. 8

6. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИСТЕМНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ВАСКУЛИТ С ЭОЗИНОФИЛИЕЙ
Нальгиева М.А, Бузуртанова З.Х., Муталиева М.Б. 9

7. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОРЗ
Подлужная М.А. 9

8. АСПЕКТЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА
Дудченко Л.Ш., Андреева Г.Н., Соловьева Е.А. 10

9. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ
Артемов А.Н., Здобникова С.Н., Эфрон Г.В. 11

10. ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ СЕРОТИПЫ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ
Налибаева Р., Ливерко И. 12

11. КОМОРБИДНОСТЬ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КАК ПРЕДИКТОР СНИЖЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Абдуганиева Э.А., Кучкарова Ш.А. 12

12. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (АМЛОДИПИНОМ/ИНДАПАМИДОМ/ ПЕРИНДОПРИЛОМ) ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С БРОНХИТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ
Прибылов С.А., Гаврилюк Е.В., Прибылов В.С., Шабанов Е.А., Прибылова Н.Н. 13

13.
ВЗАИМОСВЯЗЬ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Яушев М.Ф., Алексеев А.П., Ярощенко В.П. 14

14.
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФАРМАКОГЕНЕТИКА БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Хамитов Р.Ф., Саттарова Ф.И. 14

15.
ПОРАЖЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С МИАСТЕНИЕЙ
Белогорохов В.С., Антонов В.Н. 15

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ВЗРОСЛЫХ

16.
АНАЛИЗ УРОВНЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ВНЕПЛАНОВОГО СИНТЕЗА ДНК В ЛИМФОЦИТАХ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Линцов А.Е. Солиев А.К. 17

17.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫХ МАРКЕРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В МОНИТОРИНГЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Соодаева С.К., Климанов И.А., Хорошаева А.В., Попова Н.А., Татаурова Н.Н., Мишарин В.М. 18

18.
РАННЯЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ НИТРОЗИВНОГО СТАТУСА
Климанов И.А., Соодаева С.К., Хорошаева А.В., Попова Н.А., Запруднова Е.А., Татаурова Н.Н., Мишарин В.М. 18

19.
ТЕРАПИЯ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ
Люлю И.В., Моховиков Г.И.,Везикова Н.Н., Козлова Я.И. 19

20.
ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ НА CD8+ КЛЕТКАХ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МИКРОТОКСИКАНТОВ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ
Кондратьева Е.В., Виткина Т.И., Шадрин И.Ю. 20

21.
АКТИВНОСТЬ Δ-5 И Δ-6 ДЕСАТУРАЗ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Бочарова Н.В., Сидлецкая К.А., Богомаз Т.Т., Кондратьева Е.В., Новгородцева Т.П. 20

22.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Барламов П.Н. 21

23. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Гатауллина О.А. 22

24.
КОНЦЕНТРАЦИЯ ИНТЕРФЕРОНА-ГАММА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19
Пирогов А.Б., Приходько А.Г., Перельман Ю.М. 22

25.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У КУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ХОЛОДОВОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬЮ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Приходько А.Г., Нахамчен Л.Г., Перельман Ю.М. 23

26.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Перельман Н.Л. 24

27.
ИЗМЕНЕНИЯ БРОНХОВ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ COVID-19
Игнатьева Е.А., Ильин А.В., Приходько А.Г., Перельман Ю.М 24

28.
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИРУСИНДУЦИРОВАННОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА)
Ватанская И.Ю., Липовецкая Ю.О., Оленицкая Е.С., Стрекозова И.П. 25

29.
ПРИМЕНЕНИЕ ДУПИЛУМАБА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИПОЗНЫМ ЭТМОИДИТОМ
Лазуткина Е.Л., Демура О.В., Бардов В.С., Лазаренко Л.Л., Лазуткин Н.Н. 26

30.
ВЛИЯНИЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ НА СИМПТОМЫ, ФУНКЦИЮ ЛЕГКИХ И МАРКЕРЫ Т2-ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
Мирхайдаров А.М., Мунасыпова А.Р., Шагабутдинова О.А., Габзалилова С.Р., Рафикова И.Ф., Хайрнасова Т.Ф. 27

31.
КЛИНИЧЕСКАЯ РЕМИССИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Сергеева Г.Р., Емельянов А.В., Знахуренко А.А., Лешенкова Е.В, Цуканова И.В. 27

32.
ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
Цидильковская Э.С., Хермасси У. 28

33.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОЗИРОВАННЫХ ПОРОШКОВЫХ ИНГАЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Лавгинова Б.Б., Трушенко Н.В., Авдеев С.Н. 29

34.
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕНЫ СХЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Каретникова А.В., Антонов В.Н. 29

35.
АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ГОРЬКОГО ВКУСА TAS2R НА ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ С ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Конев А.В., Наумов Д.Е., Конева К.А., Сугайло И.Ю., Шелудько Е.Г., Перельман Ю.М. 30

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

36.
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И АНАМНЕСТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ
Тожидинов У.А., Каримова Н.И. 32

37.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Сабиров М.А., Каримова Н.И., Файзуллаева Н.Х. 33

38.
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Каримова Н.И., Сабиров М.А., Файзуллаева Н.Х. 33

39.
ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОНТАКТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Малышева А.С., Семерник О.Е., Лебеденко А.А., Успенская Е.В., Тарасова Е.А., Кинева К.В. . . . 34

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ИММУНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

40.
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2 ß
Антипова Е.П., Стрельцова В.В., Шапран А.А., Мордык А.В., Багишева Н.В. 35

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. СПИД

41.
ПАТОЛОГИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
Щербакова Л.Э., Парамут С.С., Мордык А.В., Багишева Н.В., Шапран А.А. 36

42.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЁГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
Парамут С.С., Щербакова Л.Э., Шапран А.А., Мордык А.В., Багишева Н.В. 37

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

43.
ПАЦИЕНТ С СИНДРОМОМ МУНЬЕ-КУНА, НАБЛЮДАВШИЙСЯ ДЛИТЕЛЬНО КАК БОЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Барламов О.П., Барламов П.Н. 38

44.
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Зайкова-Хелимская И.В., Онищенко И.В., Давыдова Ю.В. 39

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

45.
ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕГКИХ
Холодков Н.И., Ставицкая Н.В. 40

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

46.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Темиров С.А., Каримова Н.И. 41

47.
ОСОБЕННОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Авезова З.Ш., Каримова Н.И. 42

48.
АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАЗВИТИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
Мирзакулов С.А., Каримова Н.И. 42

49.
ПОСТИНФЕКЦИОННАЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ
Манукян А.С., Приходько А.Г. 43

50.
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ
СВИСТЯЩЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ
Муратова К.Р., Каримова Н.И. 44

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

51.
НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ
ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ И ХОЛОДОВОЙ АЛЛЕРГИИ
Барановская М.И., Новикова Т.П. 45

52.
АКТУАЛЬНОСТЬ АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА
КЛИМАТИЧЕСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ КУРОРТЕ ЮЖНЫЙ БЕРЕГ КРЫМА.
Беляева С.Н. 46

53.
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ
Каладзе Н.Н., Дудченко Л.Ш., Соловьёва Е.А., Андреева Г.Н. 46

54.
ИММУННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Решетникова Л.К., Сулима М.В. 47

55.
ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА
НА КОНТРОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
Малышева М.В., Ненашева Н.М. 48

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

56.
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Задорожная Л.В., Васильева А.А., Савина Т.А,. Бабаджанова Г.Ю. 49

57.
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS35705950 ГЕНА
MUC5B У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Сигин В.О., Савина Т.А., Бабаджанова Г.Ю. 50

58.
ОРГАНИЗУЮЩАЯСЯ ПНЕВМОНИЯ (РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ)
Глуткина Н.В., Зинчук В.В., Кулага Е.Я., Норик С.Ф. 50

59.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
КАРТИНЫ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ.
Левина Ю.А. 51

60.
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ
Моногарова Н.Е., Момот Н.В., Бедак А.С., Шупикова Е.В. 52

61.
ОЦЕНКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ
Закомолдина Т.В., Моногарова Н.Е., Бедак А.С., Глухов Д.Р. 52

62.
ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОМ ПНЕВМОНИТЕ
Юркова Ю.Г., Болотова Е.В., Гилевич И.В., Шульженко Л.В. 53

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

63.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ «ПОРТРЕТЫ» САРКОИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Демидик С.Н., Маркевич Н.Б. 54

64.
ОСОБЕННОСТИ СКТ-КАРТИНЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ)
Шипхинеева А.Ю., Денисова О.А. 55

МИКРОБИОЛОГИЯ

65.
ВАРИАНТЫ МИКРОБИОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ
Кузнецов А.А., Зайцева Е.А., Невзорова В.А., ... 56

МУКОВИСЦИДОЗ

66.
СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕТНУЮ ТЕРАПИЮ
Шакирова Г.Р., Гизатуллина Э.Д., Семенова А.С. 57

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

67.
АКУСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ
Шарипова Н.П., Каримова Н.И. 58

ОНКОЛОГИЯ

68.
АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКИХ И ВЕЙПИНГ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Галиханова Ю.И., Шкляев А.Е., Малыгина А.С., Муравцева О.В., Стародубцева О.И.. 59

69.
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ПРОЦЕССОМ В ЛЁГКИХ.
Ерченко А.В., Ахмедова А.А. 60

70.
РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО
Каменская О.В., Логинова И.Ю., Клинкова А.С., Поротникова А.С., Петров А.П., Никитин М.К. 61

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ФАРМАКОЭКОНОМИКА

71.
ВЛИЯНИЕ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» НА ПРАКТИКУ ЕЁ ОКАЗАНИЯ И ИНФОРМАТИЗАЦИЮ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
Шубин Д.И., Рощин Д.О.. 62

72.
АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА
Симонайтес С. В. 63

73.
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ПРЕПАРАТАХ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ РЕГИСТРОВ
Симонайтес С.В., Гутевич Г.И. 63

74.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД В 2019-2023 ГГ.
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н., Мишарин В.М. 64

75.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В 2019-2023 ГОДАХ
Биличенко Т.Н., Быстрицкая Е.В., Мишарин В.М. 65

76.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В ПЕРИОД 2014-2023 ГОДОВ.
Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. 65

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, МОРФОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

77.
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАТАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ
Абдуллаева Н.М. , Белоусов А.С., Фесенко О.В., Гусарова Т.А. 67

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

78.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА И СЛЮНЫ ДЛЯ АНАЛИЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ ЧЕЛОВЕКА
Запруднова Е.А., Зарубина П.С., Соодаева С.К., Климанов И.А., Попова Н.А., Хорошаева А.В., Татаурова Н.Н., Кравченко Н.Ю. 68

79.
ОСОБЕННОСТИ КИНЕТИКИ НИТРОЗОГЕМОГЛОБИНА – ДЕПО NO В СОСУДИСТОМ РУСЛЕ.
Попова Н.А., Соодаева С.К., Климанов И.А. 69

80.
МИКРОБИОТА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА КАК ФАКТОР МОДУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ОКСИДА АЗОТА И ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ
Климанов И.А., Соодаева С.К., Попова Н.А., Хорошаева А.В., Кравченко Н.Ю., Мишарин В.М., Елисеева Т.И.. 70

81.
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА НА ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
Климанов И.А., Соодаева С.К., Попова Н.А., Хорошаева А.В., Татаурова Н.Н., Мишарин В.М. 70

ПНЕВМОНИЯ

82.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ
Хургаева А.Э., Бережанский П.В., Гутырчик Т.А., Малахов А.Б., ... 72

83.
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОИНФИЦИРОВАНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ И ГРИБКОВЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ
Белевич И.О., Михайлов А.О., Симакова А.И., Дмитренко К.А. 73

84.
ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ
Мирхайдаров А.М., Фархутдинов У.Р. 74

85.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р. 74

86.
ДИНАМИКА МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С≈ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Амирова Э.Ф., Фархутдинов У.Р. 75

87.
ЭВОЛЮЦИЯ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ПРИ COVID-19 (2020-2025 ГГ.)
Михайлов А.О., Белевич И.О., Сокотун С.А., Симакова А.И. 76

88.
СРАВНЕНИЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ЗАКОНЧИВШЕЙСЯ БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ
Залилова А.Ш., Медведева А.Д., Визель И.Ю. 76

89.
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДО И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19
Залилова А.Ш., Медведева А.Д., Визель И.Ю. 77

90.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ (SALMONELLA ENTERITIDIS) С РАЗВИТИЕМ ДВУСТОРОННЕЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПОЛИСЕГМЕНАТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ.
Глотова Я.А., Белоглазова И.П. 78

91.
СТРУКТУРА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Сахаров В.И., Мирхайдаров А.М. 79

92.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE
Сахаров В.И., Мирхайдаров А.М. 79

93.
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФАТАЛЬНОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ
Белоусов А.С., Абдуллаева Н.М., Фесенко О.В., Сироткина К.И. 80

94.
ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Сайдахмедов И.А. 81

95.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГАЛЯЦИОННОГО ТАУРАКТАНТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19
Воронкова О.О., Николаева Н.А., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н. 82

96.
СРАВНЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА И МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ
Устьянцева Н.П., Шевцова В.О. 82

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

97.
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АСТМЫ
Кузьмина Л.П., Хотулева А.Г., Анохин Н.Н., Коляскина М.М., Хермасси У. 84

98.
СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ТОКСИЧЕСКОГО, МЕХАНИЧЕСКОГО И АСПИРАЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ
Гражданкина И.В., Хабибуллин И.М., Хакимова Э.Ф., Каюмова В.Л., Зулкарнеев Р.Х. 85

99.
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ СЛУЧАЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕРМОХИМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
Гражданкина И.В., Хабибуллин И.М., Хакимова Э.Ф., Каюмова В.Л., Зулкарнеев Р.Х. 85

100.
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕСПИРАТОРНОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ЭФФЕКТОВ ТЕРМИЧЕСКОГО ГЕЛИОКСА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Румянцева О.И. Серебряков П.В., Ишимбаев Д.А. 86

РАЗНОЕ

101.
ЗАТЯЖНОЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ПОСТВИРУСНЫЙ СИНДРОМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЦИТОКИНОВЫМ КОМПОНЕНТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Быков Ю.В., Беккер Р.А. 87

102.
ЭФФЕКТ МОЛЕКУЛЯРНОГО ВОДОРОДА НА СОДЕРЖАНИЕ СЕРОВОДОРОДА
Зинчук В.В., Рабковская Е.М., Гуляй И.Э., Бабаева П.С. 87

103.
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – ДАННЫЕ ПОЛНОГЕНОМНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ
Дьячкова Е.О., Никулин Д.А., Лыженкова А.В., Боровикова И.И., Зобова Е.В., Данилова А.А., Данковцева Е.Н., Минушкина Л.О., Охрименко Г.С., Замятин В.И., Попцова М.А., Аверьянов А.В., Затейщиков Д.А. 88

104.
СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОМЫ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОТ ОРВИ ДО ПНЕВМОНИИ
Гоголь А.Л., Белоглазова И.П. 89

105.
ДИНАМИКА УРОВНЯ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ И ЭНДОГЕННОГО ОКСИДА АЗОТА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ
Нуркаев И.Р. 89

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФИЗИОТЕРАПИЯ

106.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
Шелудько Е.Г., Семиреч Ю.О., Абдулина А.А., Колосов В.П. 91

107.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ЛЁГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Маткомилов Ж.А. 92

108.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АСТМЕ
Кабдылдаева Г.К., Серикбаева А.К., Жамирова Р.Н. 93

РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

109.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕТАСТАЗИРУЮЩАЯ
ЛЕЙОМИОМА МАТКИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ
Гаврюшин С.А., Старкова Е.Е., Кулбаисов А.М. 94

110.
СИНДРОМ ГУДА В ПРАКТИКЕ ПУЛЬМОНОЛОГА: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Кулешова Н.А. Белоглазова И.П. 95

111.
СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА
ФИБРОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН НА АВГУСТ 2025 Г.
Козырева Л.С., Баширова А.С., Зулкарнеев Р.Х.. 96

112.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ
Мизерницкий Ю.Л., Пронькина Т.Н., Новак А.А.. 97

113.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ
Мизерницкий Ю.Л., Пронькина Т.Н., Новак А.А.. 97

114.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АЗИТРОМИЦИНОМ
У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ
Мизерницкий Ю.Л., Пронькина Т.Н., Новак А.А.. 98

115.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА И ВЫБОРА
ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ЧАРДЖ-СТРОССА
Соколова Л.В., Паневская Г.Н., Гнатенко Т.Г. 99

116.
ЛЕГОЧНЫЙ АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ:
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
Мирхайдаров А.М., Латыпова Г.М. 99

САРКОИДОЗ

117.
ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА С САРКОИДОЗОМ:
НАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧЕЙ
Визель А.А., Авдеев С.Н.,3, Визель И.Ю., Шакирова cv,
Зиновьева М.Н., Семёнова А.С., Визель Л.А. 101

118.
ВЫЯВЛЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ
С ФИБРОЗИРУЮЩИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ
Визель А.А., Визель И.Ю., Баранова О.П., Перкина А.С., Трофименко И.Н.,
Сперанская А.А. – 5, Шакирова Г.Р. 102

119.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ САРКОИДОЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
Пальчикова И.А., Денисова О.А., Пурлик И.Л., Чернявская Г.М., Калачева Т.П., Черногорюк Г.Э. 102

120.
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.
Пальчикова И.А., Денисова О.А., Чернявская Г.М., Калачева Т.П., Пурлик И.Л., Болотова Е.В., Романов Д.С. 103

121.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АПФ В МОНИТОРИНГЕ ТЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА
Мановицкая Н.В., Богуш Л.С., Мановицкая В.О. 104

122.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ САРКОИДОЗЕ
Мановицкая Н.В., Рыбина Т.М., Мановицкая В.О. 105

ТАБАКОКУРЕНИЕ

123.
ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС КУРЯЩИХ ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ
Запруднова Е.А., Хромова А.М., Соодаева С.К., Климанов И.А., Попова Н.А., Хорошаева А.В.,Мишарин В.М. 106

124.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ С РАЗНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ О ПРОБЛЕМАХ, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ/ВЕЙПИНГОМ
Дзанаев Н.А., Малыхин Ф.Т., Ушакова М.Е. 107

125.
ВЕЙП-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ
Рубцов А.А., Гуменюк О.И., Черненков Ю.В., Корниенко А.Н. 107

126.
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СРЕДСТВ ДОСТАВКИ НИКОТИНА И ТАБАКА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
Передельская М.Ю., Ненашева Н.М., Мухаметшина В., Юдин А.А., Белик О.А., Путуриди А.Х. . . 108

ТУБЕРКУЛЕЗ

127.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ЛЁГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)
Быков Ю.В., Беккер Р.А. 109

128.
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ВЫЗВАННОЙ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, HAEMOPHILIS INFLUENZAE И STAPHYLOCCUS AUREUS, НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ
Мишина А.В.,2, Мишин В.Ю. 110

129.
ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ КОМОРБИДНОСТИ COVID-19, ТУБЕРКУЛЕЗА И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИНАМИЧЕСКОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ
Мишина А.В.,2, Мишин В.Ю. 111

130.
КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, КАНДИДОЗНОЙ, ГЕРПЕСВИРУСНОЙ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ
Мишин В.Ю., Мишина А.В. 111

131.
КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА И МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ
Мишин В.Ю., Мишина А.В. 112

132.
ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ МЛУ-ТБ, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С
Кукурика А.В. 113

133.
ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ
Панова Е.А., Шапран А.А., 2, Багишева Н.В., Мордык А.В. 114

134.
ВНЕДРЕНИЕ ИИ-СЕРВИСА ФТИЗИСБИОМЕД В ПРОЦЕСС РУТИННОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА
Алексеев А.П., Гогоберидзе Ю.Т., Классен В.И., Просвиркин И.А. 114

135.
ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Куцко М.А., Ильясова Е.В., Климук Д.А. 115

136.
ОЦЕНКА ИСХОДОВ КОРОТКИХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Демидик С.Н., Шейфер Ю.А., Могилевец О.Н., Циунчик А.В., Алексо Е.Н., Вольф С.Б. 116

137.
ИСХОДЫ НОВЫХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН
Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Машинская А.Н. 116

138.
КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, КАНДИДОЗНОЙ, ПНЕВМОКОККОВОЙ И СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ
Мишин В.Ю., Мишина А.В. 117

139.
ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ
Юсупалиева М.М., Чудинова Д.С., Головатый А.В. 118

140.
ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ
Юсупалиева М.М., Чудинова Д.С., Головатый А.В. 118

141.
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
Смоленская Т.О., Герасимова Д.А., Левчук А.А. 119

142.
К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ЗАКРЫТОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ
Гринь Е.Н 120

143.
ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ
Чушкин М.И., Шергина Е.А., Черных Н.А. 121

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

144.
ЗНАЧЕНИЕ ПОЗИЦИОННОГО ИЗМЕНЕНИЯ СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОДНОСТОРОННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ДИАФРАГМЫ
Шарова Н.В., Черкашин Д.В., Чумаков А.В., Захарова А.И. 122

145.
ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ПИКОВОГО ИНСПИРАТОРНОГО ПОТОКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА
Мамбетниязов К., Ливерко И.В., Гафнер Н.В. 123

146.
ВЫБОР ДОЛЖНЫХ ВЕЛИЧИН: ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА УГЛЯ И СТАЛИ (ECCS1993) ИЛИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕСПИРАТОРНОГО ОБЩЕСТВА ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ (GLI2012)
Чушкин М.И., Черняк А.В., Мустафина М.Х., Кирюхина Л.Д., Стручков П.В.. 123

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

147.
КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО В ОБЪЕМЕ ЛОБЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Илюшкин А.Л., Эсаулова Н.А., Скорняков С.Н., Мотус И.Я. 125

ХОБЛ

148.
АДРЕСНАЯ ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК АЭРОЗОЛЬНОГО РАСПЫЛЕНИЯ
Суворова О.А., 2, Соколова Е.С., 2. Нагаткина О.В., 2, Антонов Д.В.. 126

149.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭКСПРЕССИЯ НЕКОДИРУЮЩИХ РНК И БЕЛОК-КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Азнабаева Ю.Г., Корытина Г.Ф., Маркелов В.А., Загидуллин Н.Ш. 127

150.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОПРОСНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Метельский С.М., Шпак П.А., Саченко В.В., Ярошовец В.В. 127

151.
СВЯЗЬ ИММУННЫХ ФЕНОТИПОВ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Ташметова Г.Т., 2, Ливерко И.В. 128

152.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ В ПРОГНОЗЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Ташметова Г.Т., 2, Ливерко И.В. 129

153.
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Нальгиева М.А, Гадаборшева Л.М., Нальгиев А.А. 129

154.
РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ХОБЛ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ
Симонайтес С.В.. 130

155.
НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ
Сычева Т.В., Перельман Ю.М.. 131

156.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХОБЛ
Сычева Т.В., Перельман Ю.М.. 131

157.
ОЦЕНКА КАРДИАЛЬНОГО БИОМАРКЕРА У ПАЦИЕНТОВ СИНДРОМОМ ХОБЛ И СОАС- «OVERLAP-SYNDROME»
Ражабов Х.С., Ливерко И.В., Абдуганиева Э.А. 132

158.
ОЦЕНКА БИОМАРКЕРА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ СИНДРОМОМ ХОБЛ И СОАС- «OVERLAP-SYNDROME»
Ражабов Х.С., Ливерко И.В., Абдуганиева Э.А. 133

159.
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОР ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Кучкарова Ш.А., Абдуганиева Э.А.. 133

160.
БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ВЗРОСЛЫХ
Иванова О.Н., Иванова И.С. 134

161.
ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЁР РАННЕГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ
Бахирев А.М.. 135

162.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ НА ФОНЕ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ
Черкашина И.И., Ковалева М.Д. 135

163.
АДИПОКИНОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Танченко О.А., Нарышкина С.В., Лобанова Е.В. 136

164.
ПОВЫШЕНИЕ РИСКА БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, КАК ДОЛГОСРОЧНОЕ ПОСЛЕДСТВИЕ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ХОБЛ
Кулик Е.Г., Павленко В.И. 137

165.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Сулима М.В., Решетникова Л.К. 137

166.
РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Зулкарнеев Р.Х. ,Шахмаметова Г.Р., Мирхайдаров А.М., Насыров Р.В., Зулкарнеев Ш.Р., Шакирзянов А.А. 138

167.
ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФЕНОТИПОМ ЧАСТЫХ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОБОСТРЕНИЙ
Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф. 139

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ. РАДИАЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЛЕГКИХ

168.
ИНТЕГРАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Виткина Т.И., Веремчук Л.В. 140

169.
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ФТАЛАТОВ ВО ВЗВЕШЕННЫХ ЧАСТИЦАХ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА УРБАНИЗИРОВАННОЙ ТЕРРИТОРИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА ДЛЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Виткина Т.И., Черенков Д.Н. 141

ЭНДОСКОПИЯ

170.
ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ РИСКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НЕИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Жестков А.В., Макова Е.В. *142*

171.
ПИГМЕНТНЫЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: ДАННЫЕ БРОНХОСКОПИИ
Штейнер М.Л.. . . . . *143*

172.
ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПРОТЕКЦИИ БРОНХОСКОПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.
Штейнер М.Л., Биктагиров Ю.И., Корымасов Е.А., Кривощёков Е.П., Хорошилов М.Ю. *143*

173.
СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ОТСУТСТВИЯ ЛЕВОГО ВЕРХНЕДОЛЕВОГО БРОНХА
Штейнер М.Л.. . . . . *144*

174.
СЛУЧАЙ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА, СИМУЛИРУЮЩЕГО АСТМАТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП
Штейнер М.Л.. . . . . *145*

175.
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО СРЕДНЕДОЛЕВОГО БРОНХА, КАК ПРИЧИНА АТЕЛЕКТАЗА СРЕДНЕЙ ДОЛИ
Штейнер М.Л.. . . . . *145*

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

176.
АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ ЗА 2020-2025 ГОДЫ
Артемов А.Н., Эфрон Г.В., Здобникова С.Н.. . . . . *147*

177.
ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ПОСТВАКЦИНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У СОТРУДНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ НА СЕВЕРЕ ОСТРОВА САХАЛИН
Гусев Р.В., Антипов С.А, Ивашко О.В.. . . . . *148*

178.
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ НЕФТЕ-ГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ НА СЕВЕРЕ ОСТРОВА САХАЛИН
Гусев Р.В., Антипов С.А, Жданов С.В., Рязанкина Н.А., Чувилов А.А., Гоманов Б.М., Кирьянова М.Г.. . . . . *148*

179
ВЛИЯНИЕ БРОНХООБСТРУКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Кравченко Н.Ю., Молостова Т.Н., Кунеевская И.В., Гайчиева З.Н. *149*

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

АВТОРЫ ТЕЗИСОВ
XXXV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ *151*

СОДЕРЖАНИЕ *154*

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
- Менеджмент крови
- Пульмонология
- Анестезиология и реаниматология
- Онкология
- Ревматология

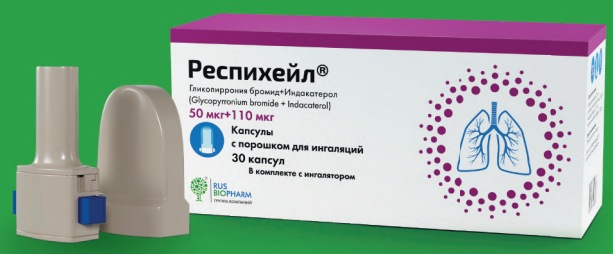
АО «Ланцет»
ОГРН 1057746183417 ИНН 7718538045
Юридический адрес: 109147, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Таганский, улица Воронцовская, дом 35Б, корпус 3, помещение 1/Ц
Телефон: +7 (495) 646-56-65
info@lancetpharm.ru

Респихейл®

гликопиррония бромид /индакатерол, капсулы с порошком для ингаляций 50 мкг+110 мкг/доза №30

Респихейл® – первый российский двойной бронхолитик*

НЕТ СИМПТОМОВ – НЕТ ОБОСТРЕНИЯМ**



* https://grls.rosminzdrav.ru/
** Zider A.D. et al.: Reduced COPD exacerbation risk correlates with improved FEV1: A meta-regression Analysis//CHEST; 2017; May 5.
Инструкция по медицинскому применению препарата Респихейл® ЛП №(000664)-(РГ-RU) от 18.03.2025.
Имеются противопоказания. Перед применением необходима консультация специалиста.
141983, Московская обл. г. Дубна, ул. Программистов, д. 5, стр. 1-6, тел.: +7 (499) 400 1699, факс: +7 (496) 218 1919
На правах рекламы

ПСК ФАРМА

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ