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

Министерство здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса

«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛЬЯНС: ГЕРИАТРИЯ - ПУТЬ К АКТИВНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ»

Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием



1 октября 2026 г.

г. Кемерово

УДК 616-053.9

ББК 57.4

М 430

Междисциплинарный альянс: гериатрия – путь к активному долголетию: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 1 октября 2026 г.) / отв. ред. И. И. Григорьева. – Кемерово: КемГМУ, 2026. – 61 с. – ISBN 978-5-8151-0399-3

В сборнике представлены материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, состоявшейся 1 октября 2026 г. в Кемеровском государственном медицинском университете. Участники конференции – практические врачи, ученые, преподаватели и аспиранты вузов России и стран зарубежья, работы которых посвящены актуализации и систематизации знаний для успешного ведения пациентов старшей возрастной группы и развития междисциплинарного взаимодействия в гериатрии.

Редакционная коллегия выпуска:
канд. мед. наук М. В. Летаева, канд. мед. наук Ю.В. Аверкиева, канд. мед. наук М.В. Королева, канд. мед. наук И.И. Григорьева.

ISBN 978-5-8151-0399-3

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

АМЕТОВ Э.Н., АМЕТОВ А.Н.
ЭВОЛЮЦИЯ SARS-COV-2: АНАЛИЗ НОВЫХ ВАРИАНТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИН ····· 6
БУТАКОВА К.Д., КОРОЛЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ГРИШАНОВА М.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА И ТЯЖЕСТИ ИНСОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ И КРАЙНЕ ТЯЖЁЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ····· 8
БУТАКОВА К.Д., МАЛЫШЕНКО О.С.
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ·····11
БЫКОВ Ю.В., БЫКОВА А.Ю., БЕККЕР Р.А.
АУТОАНТИТЕЛА К NMDA-РЕЦЕПТОРАМ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ·····13
БЫКОВ Ю.В., БЫКОВА А.Ю., БЕККЕР Р.А.
ОПИОИДНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КРИЗИСНОГО СНИЖЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ·····15
БЫКОВ Ю.В., БЫКОВА А.Ю., БЕККЕР Р.А.
КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ·····17
ВАРДАНЯН Р.А., КАШТАЛАП В.В., УРВАНЦЕВА И.А., ВОРОБЬЕВ А.С., КУДРЯВЦЕВА О.В.
СОЧЕТАННАЯ СЕРДЕЧНО-ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РАКОМ ПИЩЕВОДА, ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕГИОНАЛЬНОМ КАБИНЕТЕ КАРДИООНКОЛОГИИ ·····19
ГАЛЬКОВИЧ К.Р., СОСНИН Д.Ю.
ВОЗРАСТ МУЖЧИНЫ И КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ ·····22
ГРИГОРЬЕВА И.И.
СВЯЗЬ САРКОПЕНИИ С ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА·····24
ИВАНОВ А.С., АНУФРИЕВ М.В., АРТЮШИН Б.С., АХМЕДОВ Т.М.
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И

СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВОМ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ····· **27**
КАДЫРОВА Ф.Э., КАЛИБЕРДЕНКО В.Б.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ····· **29**
КАДЫРОВА Ф.Э., КАЛИБЕРДЕНКО В.Б.
ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ····· **31**
КВИТКОВА Л.В., ИВАНОВА С.А., РУБАШКО А.В.
КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ МАСКА ТИРЕОТОКСИКОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ····· **33**
КИРИЛЛОВА Е.В., ЗВЕРЕВА Т.Н.
СУБЪЕКТИВНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ····· **35**
КУЗНЕЦОВА Е.В., ЗВЕРЕВА Т.Н.
ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ····· **37**
КУРГАНСКАЯ О. Н.
САРКОПЕНИЯ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ····· **40**
МАЛЫШЕНКО О.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ····· **41**
МАЛЫШЕНКО О.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ ····· **43**
МАЛЫШЕНКО О.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ····· **45**
НИКИФОРОВА Ю.Е., КУЗЬМИНА О.К., КАШТАЛАП В.В.
СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ····· **47**

ПИРОГОВА Ю. А. МУРАХТИНА М. С. СУХОВА Н. А.
ОЦЕНКА ДЕСЯТИЛЕТНЕГО РИСКА ОСТЕОПАРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПО ШКАЛЕ FRAX У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ……49
РУБАШКО А.В., ИВАНОВА С. А., КВИТКОВА Л.В.
ЗАПОЗДАЛАЯ ДИАГНОСТИКА ХБП У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА. ПРИЧИНЫ……51
САКСЕНА ИШИТА, ДЁМИНА Е.И., КРУГ Е.В.
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ……53
ЧЕСНОКОВА Л.Д., АРЫКОВА Ю.Г., ТРИШКИНА В.А.
ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО……56
ЯНИНА А.В., ГОДИЛО-ГОДЛЕВСКИЙ В.А.
ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ……58
ЯРАНСКИЙ В.С., ПИВОВАР О.И.
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ-КУЗБАСС НА ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА……60

ЭВОЛЮЦИЯ SARS-COV-2: АНАЛИЗ НОВЫХ ВАРИАНТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИН

АМЕТОВ Э.Н., АМЕТОВ А.Н.
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

THE EVOLUTION OF SARS-COV-2: AN ANALYSIS OF NEW VARIANTS AND THEIR IMPACT ON THE CLINICAL PICTURE AND EFFECTIVENESS OF VACCINES

AMETOV E.N., AMETOV A.N.
Order of the Red Banner of Labor S.I. Georgievsky Medical Institute, Simferopol, Russia

Резюме. Пандемия COVID-19 продолжается из-за постоянной эволюции SARS-CoV-2 и появления новых вариантов. Эти варианты, как Альфа, Дельта и Омикрон, различаются по трансмиссивности и влиянию на иммунитет. Омикрон, несмотря на иммунное ускользание, показал снижение общей тяжести заболевания. Эффективность вакцин против заражения новыми вариантами снижается. Однако, вакцины сохраняют высокую защиту от тяжелого течения, госпитализации и смерти. Необходимы постоянный геномный надзор и разработка адаптированных вакцин для контроля пандемии.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, варианты, мутации, клиническая картина, эффективность вакцин, пандемия.

Resume. The COVID-19 pandemic continues due to the constant evolution of SARS-CoV-2 and the emergence of new variants. These variants, like Alpha, Delta, and Omicron, differ in their transmissibility and effect on immunity. Omicron, despite immune evasion, showed a decrease in the overall severity of the disease. The effectiveness of vaccines against infection with new variants is decreasing. However, vaccines retain high protection against severe course, hospitalization and death. Ongoing genomic surveillance and the development of adapted vaccines to control the pandemic are needed.

Keywords: SARS-CoV-2, variants, mutations, clinical picture, vaccine efficacy, pandemic.

Введение

Пандемия COVID-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, оказала беспрецедентное влияние на мировое здравоохранение и экономику. С момента своего появления в конце 2019 года вирус непрерывно мутирует, порождая новые варианты, которые могут отличаться по трансмиссивности,

вирулентности и способности уклоняться от иммунного ответа, сформированного в результате естественной инфекции или вакцинации. Понимание этих эволюционных процессов имеет решающее значение для разработки эффективных стратегий общественного здравоохранения, обновления вакцин и терапевтических подходов.

Материалы и методы

Для проведения анализа были использованы данные из глобальных баз данных по геномному секвенированию (таких как GISAID), отчеты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и национальных центров по контролю и профилактике заболеваний, а также результаты мета-анализов и крупных когортных исследований, опубликованных в рецензируемых научных журналах за период с 2021 по 2026 год. Изучались ключевые мутации в S-белке SARS-CoV-2, определяющие его взаимодействие с рецептором ACE2 и иммунную эвазию.

Результаты

Эволюция SARS-CoV-2 характеризовалась последовательным появлением нескольких "вариантов, вызывающих озабоченность" (VOCs), включая Альфа, Дельта и многочисленные подлинии Омикрона. Вариант Альфа (B.1.1.7) демонстрировал повышенную трансмиссивность, но без существенного изменения тяжести заболевания. Дельта-вариант (B.1.617.2) был связан не только с более высокой трансмиссивностью, но и с увеличением риска госпитализации и тяжелого течения COVID-19, особенно у не вакцинированных лиц. Вариант Омикрон (B.1.1.529) и его многочисленные субварианты (BA.1, BA.2, BA.4, BA.5, XBB и другие) проявили значительную способность к уклонению от иммунитета, что привело к волнам повторных заражений даже среди вакцинированных и ранее переболевших. При этом общая тяжесть заболевания, ассоциированная с Омикроном, оказалась несколько ниже, хотя высокая трансмиссивность по-прежнему создавала значительную нагрузку на системы здравоохранения. Эффективность оригинальных вакцин против симптомной инфекции снижалась с появлением новых вариантов, особенно Омикрона, однако их защита от тяжелого течения болезни, госпитализации и смерти оставалась относительно высокой, особенно после бустерных доз.

Обсуждение

Постоянное появление новых вариантов SARS-CoV-2 подчеркивает адаптивную природу вируса и его способность к оптимизации для выживания в человеческой популяции. Мутации в S-белке, такие как N501Y, E484K, L452R, а также множественные изменения в рецептор-связывающем домене Омикрона, являются ключевыми факторами, определяющими изменения в трансмиссивности и способности вируса избегать нейтрализующих антител. Клинические наблюдения показали смещение симптоматики от преимущественно респираторной при ранних вариантах к более верхним дыхательным путям при Омикроне, а также

уменьшение частоты потери обоняния и вкуса. Несмотря на снижение эффективности вакцин против заражения новыми вариантами, их способность предотвращать тяжелые исходы подтверждает важность вакцинации как основной меры контроля пандемии. Разработка бивалентных и вариант-специфических вакцин, направленных на последние доминирующие варианты, является перспективным направлением для поддержания высокого уровня защиты населения. Необходимость непрерывного геномного надзора и быстрого реагирования на новые угрозы остается актуальной задачей мирового сообщества.

Выводы

Эволюция SARS-CoV-2 является динамичным и продолжающимся процессом, который существенно влияет на характеристики вируса, его взаимодействие с иммунной системой человека и эффективность существующих профилактических мер. Новые варианты вируса демонстрируют измененную трансмиссивность, способность к иммунной эвазии и, в некоторых случаях, модифицированную клиническую картину заболевания. Хотя эффективность вакцин против симптомной инфекции снижается с появлением новых вариантов, их защитная роль в предотвращении тяжелого течения, госпитализации и смерти остается критически важной.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА И ТЯЖЕСТИ ИНСОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛОЙ И КРАЙНЕ ТЯЖЁЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

БУТАКОВА К.Д., КОРОЛЕВА М.В., АВЕРКИЕВА Ю.В., ГРИШАНОВА М.А.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY-DEPRESSIVE SYNDROME AND INSOMNIA SEVERITY IN PATIENTS WITH SEVERE AND VERY SEVERE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

BUTAKOVA K.D., KOROLEVA M.V., AVERKIEVA Y.V., GRISHANOVA M.A.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Расстройства сна нередко сопутствуют хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), значительно ухудшая клиническое течение заболевания. Аффективные нарушения тревожно-депрессивного спектра, выявляемые у значительной доли пациентов с выраженной

бронхиальной обструкцией, способны выступать самостоятельным фактором усугубления инсомнии.
Ключевые слова: ХОБЛ, нарушение сна, приверженность лечению, тревога, депрессия, гериатрия.

Resume. Sleep disorders frequently accompany chronic obstructive pulmonary disease (COPD), significantly worsening the clinical course of the disease. Affective disorders within the anxiety-depression spectrum, observed in a significant proportion of patients with severe bronchial obstruction, can act as an independent factor exacerbating insomnia.
Keywords: COPD, sleep disturbance, treatment adherence, anxiety, depression, geriatrics.

Введение

В рамках проспективного одномоментного исследования проведено обследование 44 пациентов с верифицированным диагнозом ХОБЛ (GOLD III–IV), характеризовавшихся частыми обострениями и выраженной клинической симптоматикой (основная группа). Доля женщин составила 54,5% (n = 24), мужчин — 45,5% (n = 20). Медиана возраста — 69,0 [65,2; 78,4] лет, медиана длительности заболевания — 6,9 [5,1; 9,3] лет. Контрольную группу составили 22 добровольца без бронхолёгочной патологии, сопоставимых по полу и возрасту.

Материалы и методы

Всем участникам проведено стандартизированное анкетирование с применением шкалы тяжести инсомнии (ISI), Питтсбургского индекса качества сна (PSQI) и госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS). У участников основной группы дополнительно определяли уровень приверженности фармакотерапии с помощью шкалы Мориски–Грин.

Результаты

Сравнительный анализ структуры нарушений сна продемонстрировал статистически значимые межгрупповые различия. В основной когорте наиболее частыми жалобами были: ночные пробуждения (81,8%), пароксизмальная ночная одышка (72,7%), ночной кашель (63,6%), затруднение засыпания (45,5%) и утренний дискомфорт (40,9%). В контрольной группе аналогичные проявления фиксировались достоверно реже: ночные пробуждения — 33,3%, трудности засыпания — 16,7%, одышка и кашель — по 8,3%; утренний дискомфорт не отмечался ни в одном случае.

При оценке тяжести инсомнии по шкале ISI у пациентов основной группы умеренная и выраженная степень нарушений сна установлена у 45,5% (n = 20). В этой подгруппе клинически значимая тревога (≥ 11 баллов по HADS) диагностирована у 9,1% (n = 4), депрессия — у 9,1% (n = 4), их

сочетание — у 18,2% (n = 8). Среди лиц с лёгкой степенью нарушений сна (также 45,5%, n = 20) отсутствие тревоги зарегистрировано у 27,3% (n = 12), отсутствие депрессии — у 22,7% (n = 10). В контрольной группе клинически значимые тревожно-депрессивные расстройства не выявлены; умеренная инсомния диагностирована лишь у 16,7% (n = 4).

При стратификации основной группы по наличию аффективных нарушений установлено: у пациентов с изолированной тревогой или депрессией медиана балла по шкале ISI составила 16,5 [14,0; 19,0], что соответствует умеренной инсомнии, тогда как при сочетанном тревожно-депрессивном синдроме данный показатель достигал 21,0 [18,5; 23,0], что расценивается как выраженная инсомния. У пациентов без клинически значимых тревоги и депрессии медиана ISI составила 10,0 [8,0; 12,5] — субклинические нарушения сна ($p < 0,01$). Дополнительно выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь между уровнем приверженности терапии ХОБЛ и выраженностью инсомнии ($r = −0,551$; $p = 0,018$).

Обсуждение

Нарастание тяжести инсомнии у пациентов с тяжёлой и крайне тяжёлой ХОБЛ сопровождалось присоединением тревожных и депрессивных симптомов, а их сочетание ассоциировалось с наиболее выраженными нарушениями сна. Дополнительно установлена отрицательная связь между приверженностью фармакотерапии и степенью инсомнии.

Выводы

Степень тяжести инсомнии напрямую определяется наличием и сочетанием тревожных и депрессивных симптомов: максимальная выраженность нарушений сна фиксируется при сочетанных тревожно-депрессивных расстройствах. Это позволяет рассматривать психоэмоциональный статус как значимый фактор риска нарушений сна у данной категории пациентов, что обосновывает необходимость его своевременной диагностики и коррекции.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

БУТАКОВА К.Д., МАЛЫШЕНКО О.С.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

ANEMIC SYNDROME IN PATIENTS OF A GERIATRIC PROFILE

BUTAKOVA K.D., MALYSHENKO O.S.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов гериатрического профиля, получавших заместительную терапию эритроцит-содержащими компонентами крови. Наиболее частой причиной анемического синдрома являются злокачественные новообразования различных локализаций, хроническая болезнь почек и кровотечения из язвенных дефектов верхних отделов ЖКТ.

Ключевые слова: анемия, пожилой возраст, старческий возраст, гериатрия

Resume. A retrospective analysis was conducted of the medical records of patients with a geriatric profile who received replacement therapy with erythrocyte-containing blood components. The most common causes of anemic syndrome are malignant neoplasms of various localizations, chronic kidney disease, and bleeding from ulcerative defects in the upper gastrointestinal tract**.**

Keywords: anemia, old age, advanced age, geriatrics

Введение

Пациенты старших возрастных групп наиболее подвержены риску развития анемии, что является большой проблемой для здравоохранения, в связи с неблагоприятным влиянием анемического синдрома на качество жизни пациентов, исход сопутствующих заболеваний, а также увеличивает частоту летального исхода. Цель исследования - изучить причины развития и структуру анемического синдрома у пациентов гериатрического профиля, получавших заместительную терапию эритроцит-содержащими компонентами крови.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного, находящихся на лечении в терапевтическом отделении №1 ГАУЗ «ККБСМП им. М. А. Подгорбунского» г. Кемерово за период с октября по декабрь 2025 г. Заместительную терапию эритроцит-содержащими компонентами крови получали 53 пациента гериатрического профиля: 36 (67,92%) женщин и 17 (32,08%) мужчин, средний возраст – 75 [60; 90] лет.

Результаты

Количество пожилых пациентов среди исследуемых составило - 30 (56,6%); старческого возраста - 22 (41,51%) человека; долгожитель – 1 (1,89%). Повторные госпитализации, для проведения заместительной терапии эритроцит-содержащими компонентами крови потребовались: в первые 3 месяца после выписки - 14 (26,42%) пациентам, через 3–6 месяцев – 4 (7,55%), через 6–12 месяцев - 1 (1,89%). За время госпитализации причина анемического синдрома выявлена у 45 (84,91%) человек, у 5 (9,43%) генез анемии потребовал уточнения на амбулаторном этапе, у 3 (5,66%) пациентов исход госпитализации был летальным, в связи с чем причина анемии не выявлена. В большинстве случаев причиной анемического синдрома были злокачественные новообразования различных локализаций – у 25 (47,17%) пациентов. Из них чаще всего встречались рак молочной железы - у 5 (9,43%), множественная миелома - у 2 (3,77%) и различные лейкозы – 2 пациентов (3,77%). У 13 (24,53%) человек анемия развилась на фоне хронической болезни почек, у 5 (9,43%) - постгеморрагическая анемия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анализ коморбидной патологии показал, что сахарным диабетом страдали 25 (47,17%) пациентов, хроническая сердечная недостаточность зарегистрирована - у 28 (52,83%), ишемическая болезнь сердца – у 29 (54,72%), фибрилляция предсердий – у 5 (9,43%), цирроз печени – у 8 (15,09%) человек. Антитромботическую терапию получали 13 (18,31%) пациентов (антиагреганты получал - 1 (1,41%), антикоагулянты – 12 (16,91%) человек).

Обсуждение

Наиболее частыми причинами анемического синдрома, требующего коррекции эритроцит-содержащими компонентами крови у пациентов гериатрического профиля, являются злокачественные новообразования различных локализаций (47,17%), хроническая болезнь почек (24,53%) и кровотечения из язвенных дефектов верхних отделов ЖКТ (9,43%). У большинства пациентов исход госпитализации благоприятный. И несмотря на сложности в установлении этиологии анемии у пациентов старших возрастных групп из-за коморбидности, причина анемии была установлена у большинства пациентов (84,91%).

Выводы

Важным аспектом при диагностике и лечении анемии у гериатрических пациентов является оценка сопутствующей патологии, наличия полипрагмазии и проведение анализа принимаемых пациентом лекарственных средств.

АУТОАНТИТЕЛА К NMDA-РЕЦЕПТОРАМ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БЫКОВ Ю.В. [1], БЫКОВА А.Ю. [2], БЕККЕР Р.А. [3]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

[2] Городская клиническая больница № 3, Ставрополь, Россия

[3] Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

AUTOANTIBODIES TO NMDA RECEPTORS AS A POTENTIAL IMMUNOLOGICAL MARKER OF COGNITIVE DECLINE IN OLDER PATIENTS

BYKOV YU.V. [1], BYKOVA A.YU. [2], BEKKER R.A. [3]

[1] Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

[2] City Clinical Hospital No. 3, Stavropol, Russia

[3] Independent Researcher, Beer Sheva, Israel

Резюме. Представлены два клинических наблюдения пациентов пожилого возраста с нейродегенеративными заболеваниями и повышенными титрами аутоантител к NMDA-рецепторам. Иммуносупрессивная терапия сопровождалась снижением титров антител и улучшением когнитивного и функционального статуса. Полученные данные указывают на возможную роль анти-NMDA-рецепторных антител в прогрессировании когнитивных нарушений.

Ключевые слова: старение, когнитивные нарушения, нейродегенеративные заболевания, NMDA-рецепторы, аутоантитела, иммуносупрессивная терапия.

Resume. Two clinical cases of older patients with neurodegenerative disorders and elevated titers of autoantibodies to NMDA receptors are presented. Immunosuppressive therapy was associated with reduced antibody titers and improved cognitive and functional status. These findings suggest a possible role of anti-NMDA receptor antibodies in the progression of cognitive impairment.

Keywords: ageing, cognitive impairment, neurodegenerative disorders, NMDA receptors, autoantibodies, immunosuppressive therapy.

Введение

Когнитивное снижение в пожилом возрасте может быть связано не только с нейродегенеративными и сосудистыми процессами, но и с иммунными нарушениями. Возможным модифицирующим фактором являются аутоантитела к NMDA-рецепторам, участвующим в механизмах памяти и синаптической пластичности. Их значение при нейродегенеративных

заболеваниях вне аутоиммунного энцефалита остаётся недостаточно изученным. Целью исследования явилась оценка динамики состояния двух пациентов пожилого возраста с нейродегенеративными заболеваниями и повышенными титрами аутоантител к NMDA-рецепторам после изменения иммуносупрессивной терапии.

Материалы и методы

Проанализированы два клинических наблюдения мужчин 68 и 76 лет с прогрессирующими когнитивными нарушениями. У первого пациента была диагностирована болезнь Паркинсона; он получал леводопу с бенсеразидом, прамипексол и разагилин. У второго пациента имелась деменция смешанного сосудисто-нейродегенеративного генеза; терапия включала мемантин, донепезил, амлодипин, аторвастатин и ацетилсалициловую кислоту. По поводу ревматоидного артрита он принимал сульфасалазин. Обоим пациентам определяли титр аутоантител к NMDA-рецепторам. Оценивали его динамику, выраженность когнитивных нарушений и уровень бытовой самостоятельности.

Результаты

Титр аутоантител составил 1:32 у пациента с болезнью Паркинсона и 1:40 у пациента со смешанной деменцией, что превышало референсные значения метода. После консультации иммунолога первому пациенту назначили метотрексат 7,5 мг один раз в неделю с фолиевой кислотой и лабораторным контролем. У второго пациента ревматолог заменил сульфасалазин на тофацитиниб 5 мг два раза в сутки. В дальнейшем у обоих пациентов титры антител снизились до референсного диапазона. Одновременно уменьшились когнитивные затруднения, повысились повседневная активность и способность к самообслуживанию.

Обсуждение

Наблюдения допускают участие аутоиммунного компонента в прогрессировании когнитивного дефицита у отдельных пациентов с нейродегенеративными заболеваниями. Сочетание снижения титров антител с клиническим улучшением представляет интерес, однако не доказывает причинной связи из-за малого числа случаев, отсутствия контрольной группы и стандартизированной нейропсихологической оценки.

Выводы

Повышенные титры аутоантител к NMDA-рецепторам могут сопровождать когнитивные нарушения при нейродегенеративных заболеваниях. В двух представленных случаях изменение иммуносупрессивной терапии сочеталось с нормализацией титров и улучшением функционального состояния. Определение данного показателя может быть полезно у отдельных пациентов гериатрического профиля, особенно при наличии аутоиммунной коморбидности.

ОПИОИДНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КРИЗИСНОГО СНИЖЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БЫКОВ Ю.В. [1], БЫКОВА А.Ю. [2], БЕККЕР Р.А. [3]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

[2] Городская клиническая больница № 3, Ставрополь, Россия

[3] Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

OPIOID MECHANISMS OF CRISIS-RELATED LOSS OF MOTIVATION IN OLDER PATIENTS

BYKOV YU.V. [1], BYKOVA A.YU. [2], BEKKER R.A. [3]

[1] Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

[2] City Clinical Hospital No. 3, Stavropol, Russia

[3] Independent Researcher, Beer Sheva, Israel

Резюме. Представлены три наблюдения пациентов 74–80 лет с утратой жизненной мотивации на фоне тяжёлой утраты, хронического болевого синдрома или длительной неэффективности лечения. К основной терапии временно добавляли трамадол 150 мг/сут, кодеин 60 мг/сут либо бупренорфин/самидорфан 8/8 мг. Во всех случаях состояние быстро улучшилось, затем была достигнута ремиссия.

Ключевые слова: пожилой возраст, хроническая боль, опиоидная система, полипрагмазия, функциональный статус.

Resume. Three cases of patients aged 74–80 years with loss of motivation associated with bereavement, chronic pain, or prolonged treatment failure are presented. Tramadol 150 mg/day, codeine 60 mg/day, or buprenorphine/samidorphan 8/8 mg were temporarily added to standard therapy. Rapid improvement followed by remission was observed in all cases.

Keywords: older age, chronic pain, opioid system, polypharmacy, functional status.

Введение

Тяжёлая утрата, хронический болевой синдром и функциональное снижение у пожилых пациентов могут сопровождаться отказом от лечения и утратой жизненной мотивации. Возможным механизмом является дисрегуляция эндогенной опиоидной системы**.** Целью исследования явилось описание результатов кратковременного воздействия на опиоидную систему у трёх пожилых пациентов с кризисным ухудшением состояния.

Материалы и методы

Проанализированы наблюдения пациентов 80, 74 и 79 лет. Пациентке 80 лет после гибели супруга назначили венлафаксин 150–300 мг/сут, миртазапин 30 мг/сут, карбонат лития 900 мг/сут и феназепам. На 14 дней добавили трамадол ретард 150 мг/сут. Пациент 74 лет получал венлафаксин до 300 мг/сут, миртазапин 30 мг/сут, карбонат лития 900 мг/сут и ламотриджин до 200 мг/сут. До госпитализации назначили кодеин 20 мг 3 раза в сутки на 1,5 месяца. Пациент 79 лет с хронической посттравматической болью в рамках клинического исследования получал бупренорфин/самидорфан 8/8 мг.

Результаты

У первой пациентки в первые дни уменьшились кризисные переживания; трамадол отменили через 14 дней, через два месяца достигнута ремиссия. У второго пациента после добавления кодеина состояние быстро улучшилось. Он дождался госпитализации и достиг ремиссии после планового лечения. У третьего пациента уменьшились болевой дистресс и функциональные ограничения, улучшение сохранялось длительно.

Обсуждение

Наблюдения допускают участие опиоидных механизмов в кризисном ухудшении состояния пожилых пациентов. Ограничениями являются одновременная терапия и отсутствие контрольной группы. Требуется учитывать риски падений, спутанности сознания, угнетения дыхания, зависимости и лекарственных взаимодействий.

Выводы

Кратковременное применение трамадола 150 мг/сут, кодеина 60 мг/сут либо бупренорфина/самидорфана 8/8 мг сопровождалось быстрым улучшением состояния. Такие схемы допустимы только в специализированных условиях при строгом контроле безопасности.

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БЫКОВ Ю.В. [1], БЫКОВА А.Ю. [2], БЕККЕР Р.А. [3]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

[2] Городская клиническая больница № 3, Ставрополь, Россия

[3] Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль

COMPREHENSIVE NON-PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF SLEEP DISTURBANCES IN OLDER PATIENTS

BYKOV YU.V. [1], BYKOVA A.YU. [2], BEKKER R.A. [3]

[1] Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

[2] City Clinical Hospital No. 3, Stavropol, Russia

[3] Independent Researcher, Beer Sheva, Israel

Резюме. Представлены два клинических наблюдения пациенток пожилого возраста с хроническими нарушениями сна и неудовлетворительной переносимостью снотворных препаратов. Комплексная коррекция режима сна, времени приёма сопутствующей терапии, массаж, ароматерапия и применение нутритивных средств сопровождались нормализацией сна без нежелательных реакций. Полученные результаты подтверждают целесообразность преимущественно немедикаментозного подхода при инсомнии у пациентов гериатрического профиля.

Ключевые слова: пожилой возраст, инсомния, гигиена сна, полипрагмазия, функциональный статус, активное долголетие.

Resume. Two clinical cases of older women with chronic sleep disturbances and poor tolerance of hypnotic medications are presented. Sleep hygiene, adjustment of concomitant therapy timing, massage, aromatherapy, and nutritional support were associated with sleep normalization without adverse effects. These observations support a predominantly non-pharmacological approach to insomnia in geriatric patients.

Keywords: older age, insomnia, sleep hygiene, polypharmacy, functional status, active longevity.

Введение

Нарушения сна широко распространены в пожилом возрасте и могут снижать дневную активность, устойчивость походки, когнитивную работоспособность и способность к самообслуживанию. Фармакотерапия инсомнии у таких пациентов ограничивается повышенной чувствительностью к седативным эффектам, риском головокружения, спутанности сознания и падений. Поэтому в гериатрической практике

приоритет имеют методы, позволяющие улучшить сон без увеличения лекарственной нагрузки. Целью исследования явилась оценка результатов комплексной малолекарственной коррекции нарушений сна у двух пациенток пожилого возраста с плохой переносимостью снотворных препаратов.

Материалы и методы

Наблюдались две женщины 73 и 77 лет с затруднённым засыпанием, фрагментированным сном и ухудшением дневного самочувствия. Ранее зопиклон, золпидем и оксазепам вызывали головокружение, сухость во рту, утреннюю сонливость и слабость. Обеим пациенткам рекомендовали постоянный режим сна, ограничение вечернего освещения и стимулирующей активности, массаж и ароматерапию. На ночь назначали мелатонин 3 мг, прегненолон 100 мг и сухой экстракт валерианы 500 мг; утром во время завтрака — омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в дозе, эквивалентной 900 мг эйкозапентаеновой кислоты в сутки. У пациентки, принимавшей бисопролол 5 мг вечером, препарат был перенесён на утреннее время.

Результаты

На фоне проведённой коррекции у обеих пациенток сократилось время засыпания, уменьшилось число ночных пробуждений и улучшилось утреннее самочувствие. Отмечались повышение дневной активности и уменьшение слабости. Нежелательных реакций в период наблюдения не зарегистрировано.

Обсуждение

Полученные результаты показывают, что нарушения сна у пациентов старшего возраста требуют оценки не только вечерних привычек, но и всей схемы терапии. Изменение режима, устранение факторов, нарушающих циркадную организацию сна, и снижение потребности в седативных средствах могут уменьшать риски, связанные с полипрагмазией.

Выводы

Комплексная коррекция образа жизни и режима лечения может быть эффективной при инсомнии у пациентов пожилого возраста с плохой переносимостью снотворных препаратов. Преимущественно немедикаментозный подход целесообразно рассматривать до назначения дополнительной седативной терапии, поскольку он способствует сохранению дневной активности и функциональной самостоятельности.

СОЧЕТАННАЯ СЕРДЕЧНО-ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РАКОМ ПИЩЕВОДА, ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕГИОНАЛЬНОМ КАБИНЕТЕ КАРДИООНКОЛОГИИ

ВАРДАНЯН Р.А.[1,2], КАШТАЛАП В.В.[2,3,4], УРВАНЦЕВА И.А.[1,2], ВОРОБЬЕВ А.С.[1,2], КУДРЯВЦЕВА О.В.[1]

[1] БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"», Сургут, Россия

[2] БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

[3] Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

[4] Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

COMBINED CARDIOVASCULAR AND ONCOLOGICAL PATHOLOGY: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH AND MANAGEMENT STRATEGIES FOR PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER, ATRIAL FIBRILLATION, AND HEART FAILURE IN A REGIONAL CARDIOVASCULAR-ONCOLOGY CLINIC

VARDANYAN R.A. [1,2], KASHTALAP V.V. [2,3,4], URVANTSEVA I.A. [1,2], VOROBYEV A.S. [1,2], KUDRYAVTSEVA O.V. [1]

[1]Regional Cardiology Dispensary Center for Diagnostics and Cardiovascular Surgery, Surgut, Russia

[2]Surgut State University, Surgut, Russia

[3]Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

[4]Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Целью явилось представить клинический случай трехмесячного наблюдения пациента с сочетанной кардиоонкологической патологией и продемонстрировать возможности междисциплинарного ведения. Представленный клинический случай демонстрирует эффективность междисциплинарного подхода к ведению пациента, реализуемого на базе БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"» совместно с кафедрой кардиологии Сургутского государственного университета. Улучшение систолической функции ЛЖ на фоне сохраняющейся клапанной и легочно-гипертензивной патологии требует продолжения кардиотропного лечения, балансировки антикоагулянтной, гипотензивной и диуретической терапии с учетом тяжелого онкологического статуса пациента.

Ключевые слова: кардиоонкология, рак пищевода, фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, легочная гипертензия,

междисциплинарный подход, кардиоонкологический кабинет, ХМАО-Югра.

Resume. To present a clinical case of a three-month follow-up of a patient with concomitant cardio-oncological pathology and to demonstrate the possibilities of multidisciplinary management. The presented clinical case demonstrates the effectiveness of a multidisciplinary approach to patient management, implemented on the basis of the Budgetary Institution of KHMAO-Yugra "District Cardiology Dispensary 'Center for Diagnostics and Cardiovascular Surgery'" in collaboration with the Department of Cardiology of Surgut State University. Improvement in left ventricular systolic function against the background of persistent valvular and pulmonary hypertensive pathology requires the continuation of cardiotropic treatment and balancing of anticoagulant, hypotensive, and diuretic therapies, taking into account the patient's severe oncological status.

Keywords: cardio-oncology, esophageal cancer, atrial fibrillation, heart failure, pulmonary hypertension, multidisciplinary approach, cardio-oncology clinic, KhMAO-Ugra.

Введение

Ведение пациентов с сочетанной сердечно-онкологической патологией остается одной из наиболее сложных задач современной медицины. Противоопухолевое лечение, включая химиотерапию паклитакселом и цисплатином может оказывать кардиотоксическое действие, усугублять электролитные нарушения, повышать риск тромботических и геморрагических осложнений.

Материал и методы

Пациент Н., 65 лет, имел тяжелый коморбидный статус: онкологическое заболевание (рак) средней трети пищевода II В стадии, с метастазами в печень, состоянием после химиотерапии паклитакселом и цисплатином, а также с ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, гипертонической болезнью III стадии, фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом 2 типа и ожирением 2 степени.

Результаты

Пациент Н., 65 лет, обратился 19.06.2026 г. с жалобами на слабость, тахикардию, головокружение и помутнение зрения. Кардиоанамнез: гипертония III стадии (АД до 200 мм.рт.ст.), инфаркт 2019 г. со стентированием, постинфарктный кардиосклероз, ХСН II ФК, фибрилляция предсердий, ФВ ЛЖ 38%. Онкологический анамнез: рак средней трети пищевода, стадия II В, метастазы в печень; проведена химиотерапия паклитакселом и цисплатином; наложение стомы (17.12.2025) и порт-система (24.02.2026). Дополнительные: сахарный диабет 2 типа, ожирение.

Объективное обследование Рост 172 см, вес 107 кг (ИМТ 36 кг/м^2). ЧСС 72 уд/мин, ритм нормальный; АД 110/69 мм.рт.ст.; отеки нижних конечностей. Плевральный выпот по УЗИ ~700 мл справа.

Инструментальные и лабораторные исследования (ключевые данные) ЭКГ: фибрилляция предсердий; ЧЖС 71–150 уд/мин. ЭхоКГ: ФВ ЛЖ 43%; гипокинезия задне-нижней стенки; гипертрофия межжелудочковой перегородки; умеренная гипокинезия; расширение камер; увеличено ЛП. МРТ сердца: ФВ ЛЖ 38%; рубцовые изменения; фиброз миокарда; расширение легочной артерии; признаки легочной гипертензии. Лаборатория: NT-proBNP 9745 пг/мл; тропонин Т 50,48 пг/мл; электролиты: гипокалиемия, гипомагниемия, гипокальциемия; лейкоцитоз; СОЭ 42 мм/ч.

Пациенту по результатам обследования консилиум принял решение об ограничении инвазивных исследований: коронарография в данный момент не показана в связи с сопутствующими заболеваниями и наличием угрожающих жизни осложнений, было скорректировано лечение: furosemide (фуросемид) – 20 мг, rivaroxaban (ривароксабан) – 20 мг, metoprolol (метопролол) – 50 мг, Digoxin (дигоксин) – 0.25 мг, spironolactone (спиронолактон) – 50 мг, atorvastatin (аторвастатин) – 80 мг, ezetimibe (Эзетимиб) – 10 мг на ночь, valsartan+Sacubitril (Валсартан+Сакубитрил) – 25мг, dapagliflozin (Дапаглифлозин) – 10мг.

Через 3 месяца от начала терапии ФВ ЛЖ достигла 50%; ЭхоКГ: ПП 37 мм, ПЖ 27 мм, ЛП 43 мм; МЖП 15 мм; сочетанный порок АК и МК; митральный стеноз умеренный (до 2 степени); градиент на АК ~43 мм.рт.ст.; NT-proBNP 4060 пг/мл. Обсуждение консилиумом: продолжение противоопухолевой терапии при ремиссии; план диспансерного наблюдения.

При указании на наличие стойкой ремиссии онкологического процесса на фоне лечения планируется: повторная эхокардиография с расчетом AVA/AVAi, среднего градиента и степени регургитации на АК; мониторинг NT-proBNP, электролитов, функции почек и печени; оценка функционального класса сердечной недостаточности (NYHA) и массы тела; обсуждение тактики клапанного лечения на мультидисциплинарном консилиуме (открытое протезирование АК или транскатетерное протезирование с коррекций МК при необходимости); координация с онкологами по графику лечения и возможной коррекции схем.

Пациент продолжает получать назначенную терапию, которая позволила относительно компенсировать проявления сердечной недостаточности.

Обсуждение

Особенностью случая является его ведение в региональном кардиоонкологическом кабинете на базе БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии». Совместная работа кардиолога, онколога и терапевта,

поддержка кафедры кардиологии Медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет», а также научно-клиническое взаимодействие с НИИ КПССЗ (Кемерово) позволяют обеспечить персонализированный подход в условиях реальной практики.

Выводы

Через 3 месяца терапии отмечено значительное улучшение сократимости ЛЖ: фракция выброса повысилась до 50% (изначально 38–43%). Однако сохраняются расширение ЛП и сложная клапанная патология (сочетанный порок аортального и митрального клапанов, умеренный митральный стеноз и митральная регургитация до 2 степени), что затрудняет компенсацию сердечной недостаточности на фоне кардиотоксичности. Легочная гипертензия остается выраженной (систолическое давление в легочной артерии 43 мм рт.ст.), что усугубляет состояние. Уровень NT-proBNP остается повышенным, указывая на продолжающуюся нагрузку на ЛЖ и риск осложнений. Необходим междисциплинарный подход с участием кардиолога, онколога и терапевта для оптимизации лечения. Рекомендуется дальнейшее наблюдение у кардиолога и продолжение кардиотропной терапии. При необходимости в условиях кардиоонкологического кабинета будет проведена консультация кардиохирурга для определения показаний к хирургической коррецкии выявленной клапанной патологии.

ВОЗРАСТ МУЖЧИНЫ И КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ В СЕМЕННОЙ ПЛАЗМЕ

ГАЛЬКОВИЧ К.Р.[1,2], СОСНИН Д.Ю.[2]

[1]Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения», Пермь, Россия

[2]Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера», Пермь, Россия

AGE OF MEN AND NEURON-SPECIFIC ENOLASE CONCENTRATION IN SEMINAL PLASMA

GALKOVICH K.R. [1,2], SOSNIN D.Yu. [2]

[1]Perm Institute of Medical Workers Advanced Training, Perm, Russia

[2]E.A.Vagner Perm State Medical University, Perm, Russia

Резюме. Концентрация нейронспецифической енолазы в 29,3 раза ($p < 0,000001$) в семенной плазме (Me [Q_1;Q_3])) 64,4 [49,1; 82,1] нг/мл) превосходит аналогичный показатель в сыворотки крови (2,2 [1,2; 3,1] нг/мл). С увеличением возраста мужчины установлено снижение содержания нейронспецифической енолазы в семенной плазме ($R= -0,341$; $p = 0,005$).

Ключевые слова: нейронспецифическая енолаза, NSE, возраст мужчины, семенная плазма, эякулят

Resume. The concentration of neuron-specific enolase in seminal plasma (Me [Q1; Q3]) 64,4 [49,1; 82,1] ng/ml) is 29,3 times ($p < 0,000001$) higher than that in serum (2,2 [1,2; 3,1] ng/ml). With increasing age of men, a decrease in the content of neuron-specific enolase in seminal plasma was found ($R= -0,341$; $p = 0,005$).

Keywords: neuron-specific enolase, NSE, male age, seminal plasma, ejaculate

Введение

Экспрессия нейронспецифической енолазы (*англ.* Neuron-Specific Enolase, NSE) была обнаружена в сперматозоидах [A. Force, et al., 2002] и клетках новообразований органов репродуктивной системы мужчин [Y. Yasunaga, et al., 2012; C. Lu, et al., 2015], что обосновывает необходимость исследования данного фермента в семенной плазме. Целью исследования явилось изучение с точки зрения количественного содержания концентрации нейронспецифической енолазы в сыворотке крови и в семенной плазме у здоровых мужчин, изменение концентрации нейронспецифической енолазы в семенной плазме в зависимости от возраста мужчины.

Материалы и методы

Исследованы 48 парных образцов проб биологического материала (сыворотка крови и семенная плазма) здоровых мужчин возраста от 31 до 57 лет. Каждому обследуемому была выполнена традиционная спермограмма, эякулят всех мужчин соответствовал критериям фертильности по рекомендациям ВОЗ, (2021). Концентрацию NSE определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-системы NSE-ИФА-БЕСТ (Т-8476) производства компании АО «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты

Содержание NSE в семенной плазме было в 29,3 раза ($p < 0,000001$) выше, чем в сыворотке крови и составили для семенной плазмы (медиана и интерквартильный диапазон (Me [Q_1;Q_3])) 64,4 [49,1; 82,1] нг/мл. Не выявлено корреляционных взаимосвязей между содержанием NSE в сыворотке крови и в семенной плазме (коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил $R= –0,125$; $p= 0,324$), а также между концентрацией NSE в семенной плазме и традиционными показателями фертильности (между уровнем NSE в семенной плазме и содержанием сперматозоидов $R=0,018$, ($p = 0,887$), между содержанием NSE в семенной плазме и количеством активно подвижных сперматозоидов - $R=0,099$, ($p = 0,432$)). Установлена статистически значимая слабая корреляционная взаимосвязь между

возрастом обследованных и содержанием NSE в семенной плазме: R= -0,341 (p = 0,005). Уравнение линейной регрессии (95%-вероятность), характеризующей данную закономерность, имеет вид:

Концентрация NSE (нг/мл) = 114,3 – 1,228 х возраст (годы)

Обсуждение

Одним из путей поступления NSE в эякулят может являться диффузия по градиенту концентрации из микроциркуляторного русла. Однако необычно высокое его содержание в семенной плазме не позволяет считать данный механизм основным источником для NSE эякулята. Вероятно, в семенную плазму указанный протеин активно продуцируется органами мужского урогенитального тракта (предстательной железой, семенными пузырьками и другими железами), в составе их секретов поступает в эякулят, а не проникает из крови пассивно в результате диффузии. Снижение уровня содержания NSE в семенной плазме с увеличением возраста предположительно можно объяснить возрастной инволюцией тканей организма и снижением репродуктивного потенциала мужчины.

Выводы

1. Концентрация нейронспецифической енолазы в семенной плазме в 29,3 раза (p < 0,000001) превышает аналогичный показатель в сыворотке крови обследованных.

2. При увеличении возраста мужчины установлено снижение содержания нейронспецифической енолазы в семенной плазме (R= -0,341; p = 0,005).

СВЯЗЬ САРКОПЕНИИ С ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГРИГОРЬЕВА И.И.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

THE RELATIONSHIP BETWEEN SARCOPENIA AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MEN WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

GRIGOREVA I.I.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Современные научные представления свидетельствуют о тесной взаимосвязи сердечно-сосудистой системы и скелетной мускулатуры. Данная связь реализуется посредством мультисистемного действия миокинов, синтезируемых в поперечнополосатой мышечной ткани.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; саркопения; мультифокальный атеросклероз.

Resume. Modern scientific concepts indicate a close relationship between the cardiovascular system and skeletal muscles. This connection is realized through the multisystem action of myokines synthesized in striated muscle tissue.

Keywords: coronary heart disease; osteoporosis; multifocal atherosclerosis.

Введение

Субклиническое воспаление, сопровождаемое экспрессией синтеза воспалительных цитокинов, является основой развития эндотелиальной дисфункции и прогрессирования атеросклероза, который, в свою очередь, усугубляет течение саркопении ввиду снижения сердечного выброса, низкой физической активности и уменьшения просвета сосудов. Целью исследования явилась оценка факторов кардиоваскулярного риска в зависимости от мышечного статуса и оценка их связи со снижением массы скелетной мускулатуры у мужчин со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 50 лет и старше.

Материал и методы

Обследованы 79 мужчин в возрасте 50 лет и старше с верифицированной ИБС (медиана возраста 63 (57; 66) года).

Для оценки мышечной массы определяли общую площадь ($см^2$) поясничных мышц аксиального среза на уровне 3-го поясничного позвонка (L_{III}) методом мультиспиральной компьютерной томографии на 64-срезовом компьютерном томографе «Somatom Sensation 64» (Siemens AG Medical Solution, ФРГ). Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры к квадрату показателя роста пациента определяло «скелетно-мышечный индекс L_{III}» (СМИ). Пороговым значением СМИ считали 52,4 $см^2/м^2$.

При сборе анамнеза учитывали общепринятые факторы риска развития атеросклероза, рекомендованные Российским кардиологическим обществом.

Построение прогностической модели риска снижения скелетно-мышечного индекса ниже порогового значения выполнялось при помощи метода бинарной логистической регрессии. Пороговые величины параметров, ассоциированных со снижением СМИ, определяли при помощи ROC-анализа.

Результаты

В соответствии с рекомендациями Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (The European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP, 2010) пациенты были распределены в 3 группы: 31 больной без саркопении (группа 1), 21 пациент с

изолированным снижением мышечной массы (пресаркопения) (группа 2) и 27 больных с саркопенией (группа 3).

Такие факторы риска, как принадлежность к мужскому полу и возраст старше 40 лет присутствовали у всех вошедших в настоящее исследование больных согласно критериям включения (мужчины старше 50 лет).

Показано, что наибольшее количество курящих в настоящий момент пациентов зафиксировано в группе пациентов с пресаркопенией – 38,1%, в то время как у мужчин пациентов без саркопении и с саркопенией данный показатель был ниже – 29,0% и 18,5% соответственно. Количество курящих больных в исследуемых группах значимо не различалось ($p>0,050$).

Артериальная гипертензия в настоящей работе обнаружена у абсолютного большинства больных независимо от состояния мышечного аппарата: в 93,5%, 100% и 88,9% случаев в 1-ой – 3-ей группах соответственно. По данному фактору риска пациенты были сопоставимы ($p>0,050$).

СД 2 типа чаще регистрировался в группах пациентов без саркопении и с саркопенией. Так, в 1-ой группе СД 2 типа диагностирован у каждого пятого больного (19,4%), в 3-ей - у каждого четвертого (25,9%), в то время как во 2-ой группе СД 2 типа отмечен только у 1 пациента (4,8%). Частота встречаемости данного фактора риска была сопоставима в исследуемых группах пациентов ($p>0,050$).

Дислипидемия закономерно часто встречалась у включенных в исследование больных независимо от состояния мышечного аппарата – в 83,9%, 76,2% и 86,5% пациентов без саркопении, с пресаркопенией и саркопенией соответственно ($p>0,050$).

Максимальное количество больных с ожирением установлено в группе мужчин без саркопении (64,5%), что оказалось статистически достоверно выше аналогичного показателя в группах больных с пресаркопенией (23,8%) и саркопенией (22,2%) ($p=0,015$ и $p=0,048$ соответственно).

По результатам бинарной логистической регрессии установлено, что значимыми предикторами снижения скелетно-мышечного индекса явились показатели индекса массы тела (ИМТ) и общего холестерина (ОХС) ($R^2=0,579$).

Установлено, что увеличение ИМТ на 1 кг/м^2 увеличивало вероятность обнаружения скелетно-мышечного индекса выше порогового значения в 1,55 раза (ОШ 1,550, 95 % ДИ 1,240–1,930), а снижение уровня ОХС на 1 ммоль/л ассоциировалось с повышением вероятности обнаружения скелетно-мышечного индекса выше порогового значения в 6,66 раза (ОШ 6,660, 95 % ДИ 1,730–25,620).

По результатам ROC-анализа выявлено, что пороговое значение ИМТ, обеспечивающее чувствительность 81,3% и специфичность 64,5%, составило ≤30,1 кг/м^2.

Пороговая величина ОХС составила >4,7 ммоль/л с чувствительностью 56,3% и специфичностью 87,1%.

Обсуждение

Установлено, что ожирение реже встречалось у пациентов с пресаркопенией и саркопенией и снижение ИМТ ниже порогового значения ассоциировалось с повышенным риском развития саркопении, что не противоречит имеющимся данным о разнонаправленном влиянии массы тела на состояние сердечно-сосудистой и мышечной систем.

Выводы

Полученные результаты позволяют обсуждать широкую распространенность факторов кардиоваскулярного риска в целом у больных с ИБС и саркопенией, что подтверждает общность механизмов в развитии данных заболеваний и обуславливает актуальность дальнейших исследований в этой области.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВОМ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИВАНОВ А.С., АНУФРИЕВ М.В., АРТЮШИН Б.С., АХМЕДОВ Т.М.
Городская больница Святого Георгия, Санкт-Петербург, Россия

ENDOVASCULAR TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH RECURRENT CRITICAL LIMB ISCHEMIA

IVANOV A.S., ANUFRIEV M.V., ARTYUSHIN B.S., AKHMEDOV T.M.
City Hospital of St. George, St. Petersburg, Russia

Резюме. Сопоставлены результаты эндоваскулярного лечения больных рецидивом критической ишемии нижних конечностей пожилого (78 чел.) и старческого (57 чел.) возраста. Успех реваскуляризации отмечен в 87,2% и 91,2% наблюдений. Осложнения констатированы у 16,7% и 19,3% больных. В течение 3 лет повторные вмешательства выполнены 26,9% и 29,8% пациентов. Летальность за 3 года составила 37,1% и 50,9% случаев.

Ключевые слова: рецидив, критическая ишемия, нижние конечности, баллонная ангиопластика, стентирование

Resume. The results of endovascular treatment for recurrent critical lower-limb ischemia were compared between elderly (78 patients) and senile (57 patients) age groups. Revascularization was successful in 87,2% and 91,2% of cases, respectively. Complications were observed in 16,7% and 19,3% of patients.

Repeat interventions were performed in 26,9% and 29,8% of patients within a 3-year period. The 3-year mortality rate was 37,1% and 50,9%, respectively.

Keywords: recurrence, critical limb ischemia, lower legs, balloon angioplasty, stenting

Введение

Развитие медицины способствует увеличению удельного веса пациентов, страдающих критической ишемией нижних конечностей (КИНК), которые ранее уже проходили лечение по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов ног. Их коморбидный фон, изменения в зоне ранее выполнявшихся операций обусловливают необходимость эндоваскулярного лечения как единственно возможного метода спасения НК.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения больных рецидивом КИНК в возрасте 60–74 (группа 1 – 78 чел.) и 75–90 лет (группа 2 – 57 чел.). Медианный возраст в группе 1 составила 68,0, в группе 2 – 81,0 лет. В группе 1 преобладали пациенты мужского пола (54 – 69,2%), в группе 2 – женщины (36 – 63,2%). Трофические расстройства на НК отмечены в 72/78 (92,3%) и 55/57 (96,5%) наблюдениях (p=0,47). Среди сопутствующих чаще верифицировались заболевания сердечно-сосудистой системы: ИБС – у 77 (98,7%) и 56 (98,2%) больных (p=1,00); гипертоническая болезнь в 100% наблюдений. Сахарный диабет выявлен в 43 (55,1%) наблюдениях 1-й группы и в 35 (61,4%) случаях 2-й группы (p=0,49). Курением злоупотребляли 47,4% пациентов пожилого и 28,1% больных старческого возраста (p=0,03).

Статистическая обработка материалов исследования осуществлялась в программе IBM SPSS Statistics, Версия 26.

Результаты

Перед реваскуляризацией визуализация артериального русла НК выполнена всем пациентам, чаще в формате прямой ангиографии – 60 (76,9%) и 44 (77,2%) наблюдений. В обеих группах преобладало двухуровневое поражение бедренно-подколенного (БПС) и тибиального сегментов: 42,3% (33) и 64,9% (37) случаев. Изменения только на уровне артерий голени отмечены у 23,1% (18) и 19,3% (11) пациентов. Баллонная ангиопластика НК осуществлялась преимущественно на уровне БПС и тибиального сегмента: 42,3% (33/78) и 56,1% (32/57) случаев. Прямая реваскуляризация НК достигнута в 77,6% и 78,9% наблюдений. Послеоперационные осложнения констатированы у 13 (16,7%) и 11 (19,3%)

больных. Улучшение после операции отметили 68 (87,2%) и 52 (91,2%) пациентов, ампутация НК выполнена в двух (2,6%) и одном (1,8%) случае.

Обсуждение

Частота повторных реваскуляризаций НК на протяжении 3-х лет после вмешательства в группе 1 составила 26,9% (21), в группе 2 – 29,8% (17). В течение 36 мес. летальный исход в обеих группах констатирован в 29 наблюдениях из 78 (37,1%) и 57 (50,9%) случаев соответственно. Таким образом, применение эндоваскулярных методов у больных пожилого и старческого возраста демонстрирует сопоставимые непосредственные и отдаленные исходы лечения.

Выводы

Внутрисосудистые технологии восстановления кровотока в НК позволяют рассчитывать на удовлетворительные результаты их сохранения у такой сложной группы больных как пациенты пожилого и старческого возраста.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ КОМОРБИДНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

КАДЫРОВА Ф.Э., КАЛИБЕРДЕНКО В.Б.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

ANALYSIS OF COMORBIDITY STRUCTURE AND DRUG BURDEN IN PATIENTS OVER 75 YEARS BASED ON THERAPEUTIC DEPARTMENT DATA

KADYROVA F.E., KALIBERDENKO V.B.

Order of the Red Banner of Labor Medical Institute named after S.I. Georgievsky, Simferopol, Russia

Резюме. Цель исследования — проанализировать структуру коморбидности и лекарственной нагрузки у пациентов старше 75 лет, госпитализированных в терапевтическое отделение, и определить наиболее частые сочетания заболеваний. Проведён ретроспективный анализ 58 историй болезни. Выявлены наиболее частые нозологии, среднее число заболеваний (5,1±1,6) и принимаемых препаратов (6,4±2,2). Показано, что наиболее распространённым сочетанием заболеваний является артериальная гипертензия + ишемическая болезнь сердца + хроническая болезнь почек (у 41% пациентов). Полученные данные обосновывают необходимость оптимизации терапии с учётом реальной структуры коморбидности.

Ключевые слова: коморбидность, полипрагмазия, старческий возраст, ретроспективный анализ, терапевтический стационаре.

Resume. The aim of the study was to analyze the structure of comorbidity and drug burden in patients over 75 years hospitalized in a therapeutic department and to identify the most common combinations of diseases. A retrospective analysis of 58 medical records was performed. The most common nosologies, the average number of diseases (5.1±1.6) and prescribed medications (6.4±2.2) were identified. It is shown that the most common triplet is arterial hypertension + coronary heart disease + chronic kidney disease (in 41% of patients). The results justify the need for therapy optimization taking into account the real structure of comorbidity.

Keywords: comorbidity, polypharmacy, elderly age, retrospective analysis, therapeutic hospital.

Введение

Высокая частота коморбидности у пациентов старческого возраста в терапевтическом отделении, и связанная с ней полипрагмазия являются ведущими факторами неблагоприятных исходов. Знание структуры коморбидности необходимо для оптимизации ведения данной категории пациентов и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 58 историй болезни пациентов старше 75 лет (средний возраст 78,9±2,6 года, 61% женщин), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении в 2025 г. Критерии включения: возраст ≥75 лет, наличие ≥2 хронических заболеваний. Оценивались: пол, возраст, количество и перечень диагнозов, количество и группы принимаемых препаратов.

Результаты

Наиболее частыми заболеваниями являлись: артериальная гипертензия (АГ) — 94%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 73%, хроническая болезнь почек (ХБП) — 52%, сахарный диабет 2 типа (СД2) — 45%, остеоартроз — 37%, анемия — 29%, фибрилляция предсердий — 24%, хроническая сердечная недостаточность — 21%. Среднее число диагнозов составило 5,1±1,6 (от 2 до 9). Наиболее частым сочетанием трёх заболеваний оказалась триада «АГ + ИБС + ХБП» (41% пациентов), триада «АГ + ИБС + СД2» — у 34%. Среднее число принимаемых препаратов — 6,4±2,2 (от 2 до 13), при этом полипрагмазия (≥5 препаратов) зафиксирована у 74% пациентов. Наиболее назначаемыми группами были антигипертензивные средства (87%), антиагреганты (75%), статины (65%), диуретики (57%), ингибиторы АПФ/БРА (52%), пероральные сахароснижающие (38%).

Обсуждение

Полученные данные подтверждают высокую коморбидную нагрузку пациентов старческого возраста, при этом доминирующей является кардиоваскулярная патология с частым сочетанием с ХБП и СД2. Именно на эти сочетания должно быть направлено внимание врачей при коррекции терапии, поскольку они требуют особого подхода к дозированию и выбору препаратов (нефро- и кардиопротекция, избегание нежелательных взаимодействий). Высокая лекарственная нагрузка (в среднем более 6 препаратов) диктует необходимость регулярного пересмотра схем лечения с применением критериев STOPP/START.

Выводы

У пациентов старше 75 лет в терапевтическом стационаре отмечается высокая коморбидная нагрузка (в среднем 5,1 заболевания) и полипрагмазия (в среднем 6,4 препарата). Наиболее частым сочетанием заболеваний является триада «артериальная гипертензия + ишемическая болезнь сердца + хроническая болезнь почек» (41%). Полученные результаты обосновывают необходимость внедрения гериатрической оценки и регулярного пересмотра лекарственной терапии в практику терапевтических отделений.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КАДЫРОВА Ф.Э., КАЛИБЕРДЕНКО В.Б.

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

FEATURES OF SURGICAL RISK ASSESSMENT IN PATIENTS OVER 75 YEARS OLD DURING TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE

KADYROVA F.E., KALIBERDENKO V.B.

Order of the Red Banner of Labor Medical Institute named after S.I. Georgievsky, Simferopol, Russia

Резюме. Ведение гериатрических пациентов в урологии требует пересмотра стандартных шкал риска ввиду высокой коморбидности. Цель исследования — оценка прогностической значимости коморбидных индексов у мужчин старше 75 лет при ТУР ПЖ. Анализ 79 клинических случаев показал, что частота осложнений коррелирует не с возрастом, а с суммой баллов по Charlson ($p<0,05$). Предложен пороговый балл ≥6 как маркер необходимости предоперационной консультации терапевта и кардиолога.

Ключевые слова: гериатрия, хирургия, урология, риск, осложнения, доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Resume. The management of geriatric patients in urology requires a revision of standard risk scales due to high comorbidity. The purpose of the study was to assess the prognostic significance of comorbid indices in men over 75 years of age with TURP. An analysis of 79 clinical cases showed that the frequency of complications does not correlate with age, but with the Charlson score ($p<0.05$). A threshold score of ≥6 has been proposed as a marker of the need for preoperative consultation with a general practitioner and cardiologist.

Keywords: geriatrics, surgery, urology, risk, complications, benign prostatic hyperplasia.

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее частым урологическим заболеванием у мужчин пожилого и старческого возраста. Распространённость ДГПЖ в возрастной группе 75-89 лет достигает 80-90%, что делает проблему выбора тактики хирургического лечения чрезвычайно актуальной. Трансуретральная резекция (ТУР) остаётся «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ, однако у пациентов старше 75 лет частота периоперационных осложнений, по данным различных авторов, варьирует от 18 до 45%.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 79 пациентов в возрасте от 75 до 89 лет (средний возраст 78,7±2,8 года), которым была выполнена ТУР ПЖ в урологическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Симферополь) в период с 2023 по 2025 гг. Критерии включения: возраст ≥75 лет, наличие ДГПЖ, подтверждённая инструментально, первичная операция. Критерии исключения: рак предстательной железы, острая задержка мочи на фоне катетеризации более 7 дней. Оценка предоперационного статуса проводилась с использованием шкалы коморбидности Charlson и физического статуса ASA. Анализировались следующие исходы: длительность госпитализации, частота ранних послеоперационных осложнений.

Результаты

У 55 пациентов (69,62%) был определён физический статус ASA ≥3, что свидетельствовало о наличии тяжёлой системной патологии. Индекс коморбидности Charlson в общей группе составил в среднем 5,8±1,2 балла, при этом у пациентов с ASA 3-4 балла он достигал 7,1±1,4 балла ($p=0.03$). Ранние послеоперационные осложнения зарегистрированы у 24 пациентов (30,38%), среди которых наиболее частыми были обострение хронической

сердечной недостаточности (n=7; 8,86%) и послеоперационный делирий (n=6; 7,59%). Проведён ROC-анализ показал, что пороговое значение индекса Charlson ≥6 баллов является значимым предиктором развития осложнений (чувствительность 76%, специфичность 71%, AUROC=0,81, 95% ДИ 0,71-0,91).

Обсуждение

Полученные данные демонстрируют, что оценка риска по шкале ASA у гериатрических пациентов недостаточна для прогнозирования исходов. Включение в алгоритм предоперационной подготовки индекса коморбидности Charlson позволяет с высокой точностью выделить группу высокого риска, требующую мультидисциплинарного подхода.

Выводы

Таким образом, частота ранних послеоперационных осложнений у пациентов старше 75 лет после трансуретральной резекции предстательной железы остаётся значимой и требует дополнительной стратификации риска. Стандартная оценка по шкале ASA в данной возрастной группе недостаточна, тогда как индекс коморбидности Charlson демонстрирует высокую прогностическую способность в отношении неблагоприятных исходов. Ключевым является не паспортный возраст, а степень накопленной сопутствующей патологии, что обосновывает необходимость мультидисциплинарного подхода с участием терапевта, кардиолога и анестезиолога на этапе предоперационной подготовки. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения расширенной гериатрической оценки, а дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку комплексных прогностических шкал для гериатрических хирургических пациентов.

КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ МАСКА ТИРЕОТОКСИКОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

КВИТКОВА Л.В., ИВАНОВА С.А., РУБАШКО А.В.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

THE CARDIAC MASK OF THYROTOXICOSIS OF ELDERLY PEOPLE

KVITKOVA L.V., IVANOVA S.A., RUBASHKO A.V.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Для пожилых пациентов характерно атипичное течение ДТЗ, поздняя диагностика и старт патогенетического лечения. Одна из масок ДТЗ - кардиологическая (фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность). Типичные симптомы ДТЗ чаще отсутствуют. Всем

пожилым больным с фибрилляцией предсердий показано исследование ТТГ и свободного Т4.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, ДТЗ, пожилые, фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность.

Resume. Elderly patients typically have an atypical course of Graves' disease, late diagnosis, and delayed initiation of pathogenetic treatment. One of the clinical presentations of Graves' disease is a cardiac manifestation (atrial fibrillation, heart failure). Typical symptoms of Graves' disease are often absent. All elderly patients with atrial fibrillation are advised to have TSH and free T4 levels tested.

Keywords: thyrotoxicosis, DTZ, elderly, atrial fibrillation, heart failure.

Введение

Диффузным токсическим зобом (ДТЗ) страдают до 2% женщин и 0,2% мужчин молодого и среднего возраста. Чаще заболевание протекает типично, своевременно диагностируется. У ряда пожилых пациентов уже в дебюте ДТЗ развивается тяжелая кардиологическая патология: фибрилляция предсердий (ФП), сердечная недостаточность (СН), коронарный болевой синдром при отсутствии типичных симптомов ДТЗ. Больному выставляется диагноз ишемическая болезнь сердца (ИБС). Тиреотоксикоз прогрессирует, а его диагностика и лечение проводится с большим опозданием. Представленный нами клинический случай демонстрирует данную закономерность.

Материалы и методы

Проведен анализ научной литературы, клинических рекомендаций, истории болезни пожилого пациента с ДТЗ.

Результаты

Больной М., 68 лет доставлен БСМП в кардиологическое отделение ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева с жалобами на тахикардию, перебои в работе сердца, одышку. Данные ЭКГ: признаки ФП. Проведена кардиоверсия.

Из анамнеза: тахикардия, перебои в работе сердца, слабость в ногах, повышение АД до 160/70 мм.рт.ст. появились полгода назад. Принимал бисопролол 2,5мг, апиксабан 5мг 2 раза в сутки – без эффекта. 12.08.26 симптомы усилились, вызвал БСМП.

Объективно: рост 171см, вес 68 кг, ИМТ 23,3 кг/м^2. Влажность и цвет кожи физиологичные, отеков и стрий нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД-18/мин. Расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см, тоны сердца аритмичны, шумов нет. ЧСС 100 уд/мин, АД 160/70мм.рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Почки не пальпируются. При пальпации щитовидная железа (ЩЖ) не увеличена, безболезненная. Диурез, стул в норме.

У пациента заподозрен ДТЗ.

Результаты исследований: ОАК, ОАМ, БАК в пределах референсных значений; ТТГ- 0,1мЕд/л (снижен); свободный Т4 – 57пмоль/л (высокий), свободный Т3 – 30 пмоль/л (высокий), АТ к р ТТГ-41МЕ/л (высокий).

ЭКГ – ФП, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка; УЗИ ЩЖ – V ЩЖ 28 $см^3$, увеличение размеров ЩЖ за счет обеих долей, эхогенность значительно снижена, эхоструктура неоднородна за счет наличия отдельных мелких гиперэхогенных участков.

Диагноз: ДТЗ I степени. Тиреотоксикоз тяжелой степени, стадия декомпенсации, тиреогенная миокардиодистрофия. Фибрилляция предсердий, персистирующая форма. ХСН, ст. I.

Лечение: тиамазол 30мг/сут, бисопролол 5мг/сут, апиксабан 5мг 2 раза в сутки. Через 4 месяца терапии восстановились синусовый ритм, значения ТТГ, св Т4, исчезли слабость, АТ к р ТТГ.

Обсуждение

У пожилого пациента дебют ДТЗ проявился тяжелой кардиологической патологией без типичных симптомов тиреотоксикоза, эндокринной офтальмопатии, что привело к запоздалой его диагностике и лечению.

Выводы

1. Одной из причин ФП у пожилых лиц может быть ДТЗ.
2. У пожилых людей ДТЗ может длительно протекать под маской кардиологических нарушений (ФП, СН) с отсутствием типичных симптомов тиреотоксикоза и офтальмопатии.
3. Пожилым пациентам с впервые возникшей ФП для исключения ДТЗ следует определять ТТГ, св. Т4, АТ рТТГ.

СУБЪЕКТИВНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КИРИЛЛОВА Е.В., ЗВЕРЕВА Т.Н.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

SUBJECTIVE DISTRIBUTION OF RESPONSIBILITY FOR TREATMENT OUTCOMES AMONG OLDER AND VERY OLD PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

KIRILLOVA E.V., ZVEREVA T.N.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Изучено субъективное восприятие пациентами распределения ответственности за результат лечения при сердечно-сосудистых заболеваниях с учетом различий в возрастной структуре групп.

Проанкетировано 70 пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью. Использована авторская визуальная шкала оценки вклада пациента и врача в результат лечения. Наиболее выраженное партнерское распределение ответственности отмечено у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (87,5%), среди которых 83,3% были старше 60 лет.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, пожилой возраст, старческий возраст, приверженность лечению, ответственность пациента, партнерство.

Resume. The study assessed patients' subjective perception of responsibility for treatment outcomes in cardiovascular diseases considering differences in the age structure of the study groups. A total of 70 patients with arterial hypertension, coronary artery disease and chronic heart failure were examined. A visual scale was used to assess the perceived contribution of the patient and physician to treatment outcomes. The highest proportion of partnership was observed among patients with chronic heart failure (87.5%), 83.3% of whom were over 60 years of age.

Keywords: cardiovascular diseases, older age, very old age, treatment adherence, patient responsibility, partnership.

Введение

Участие пациента в лечении важно при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, поскольку соблюдение терапии, контроль состояния и выполнение рекомендаций во многом зависят от самого пациента. Поэтому представляет интерес, как пациент оценивает собственную роль и роль врача в достижении результата лечения, особенно в старших возрастных группах.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 70 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: 33 с артериальной гипертензией, 13 с ишемической болезнью сердца и 24 с хронической сердечной недостаточностью. Исследование проводилось в г. Кемерово с августа 2025 г. по апрель 2026 г. Для оценки ответственности использовали авторскую визуальную шкалу, на которой пациент отмечал соотношение собственного вклада и вклада врача в результат лечения. Выделяли партнерский, патерналистский, субъективный и смешанный типы распределения ответственности.

Результаты

Доля пациентов старше 60 лет составляла 36,4% при артериальной гипертензии, 46,2% при ишемической болезни сердца и 83,3% при хронической сердечной недостаточности. Партнерский тип распределения ответственности отмечен у 39,4%, 53,8% и 87,5% пациентов соответственно. При артериальной гипертензии наиболее часто встречался смешанный тип (45,5%), при ишемической болезни сердца доля патерналистского типа

составляла 30,8%. Различия в доле партнерского типа между тремя группами были статистически значимыми (p=0,002); при попарном сравнении: АГ–ХСН p=0,001, ИБС–ХСН p=0,028, АГ–ИБС p=0,308.

Обсуждение

Наиболее высокая доля пациентов старше 60 лет и наиболее выраженное партнерское распределение ответственности наблюдались в группе ХСН. При этом исследование не позволяет установить прямую связь между возрастом и типом ответственности, поскольку возрастной анализ в сочетании с типами ответственности отдельно не проводился. Полученные данные показывают необходимость учитывать субъективную позицию пациента при проведении школ здоровья и других образовательных мероприятий.

Выводы

У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлены различия в субъективном распределении ответственности за результат лечения. Наибольшая доля пациентов старше 60 лет (83,3%) и партнерского типа ответственности (87,5%) отмечена при ХСН. Общая тенденция увеличения партнерского типа от АГ к ИБС и ХСН была статистически значимой (p=0,002). Оценка субъективной позиции пациента может использоваться при индивидуализации образовательных программ для пациентов старших возрастных групп.

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КУЗНЕЦОВА Е.В., ЗВЕРЕВА Т.Н.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

FEATURES OF MEDICATION ADHERENCE IN ELDERLY PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

KUZNETSOVA E.V., ZVEREVA T.N.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. У пациентов старше 60 лет с сердечно-сосудистой патологией приверженность к базовой терапии не превышает 28%, что вызвано не столько нозологией, сколько когнитивным дефицитом, саркопенией, полипрагмазией, социальной изоляцией. В обзоре представлены доказательства эффективности прямого лекарственного мониторинга, упрощения схем дозирования как инструментов преодоления неадгезии.

Ключевые слова: пожилые пациенты, приверженность, сердечно-сосудистые заболевания, когнитивный дефицит.

Resume. In patients aged more than 60 years with cardiovascular pathology, adherence to baseline therapy does not exceed 28%, determined not so much by the cognitive impairment, sarcopenia, polypharmacy, and social isolation. The review systematizes evidence on the effectiveness of direct drug monitoring, and simplified dosing regimens as tools to overcome non-adherence.

Keywords: old patients, adherence, cardiovascular disease, cognitive impairment.

Введение

Ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) старше 60 лет сопряжено с необходимостью длительного одновременного приема более 5 лекарственных препаратов. Терапевтический потенциал препаратов нивелируется низкой комплаентностью. В гериатрии проблема отягощается возраст-ассоциированными синдромами: когнитивными нарушениями, саркопенией, сенсорным дефицитом.

Материалы и методы

Обзор публикаций в базах PubMed, eLibrary за 2020–2026 гг. по проблемам комплаенса при ССЗ в гериатрии. Систематизированы данные о специфике барьеров, точности методов оценки и стратегиях коррекции у лиц ≥60 лет.

Результаты

Доля пациентов ≥65 лет со сниженной приверженностью к базовой кардиотерапии достигает 72%. По данным метаанализа R. Chowdhury и соавт. (2021, n=1,2 млн), средняя адгезия к долгосрочной фармакотерапии ССЗ составляет 57–68%, снижение менее 80% ассоциировано с ростом повторных госпитализаций на 30% и сердечно-сосудистой смертности на 20%. В исследовании A.D.K. Bowry и соавт. (n=124 тыс.) приверженность в странах с ограниченными ресурсами составила 57,5%, при этом подсчет таблеток фиксировали 62,1%, а самоотчет — лишь 54,6%.

Пятикластерная модель барьеров (L.L. Zullig и соавт., 2020) у гериатрических пациентов трансформируется. Когнитивные факторы включают начальную деменцию и снижение способности усваивать информацию о терапии. Практические барьеры обусловлены артрозом кистей (трудность вскрыть блистер), снижением остроты зрения (сложность прочитать мелкий шрифт). Социальные факторы сводятся к одиночеству и отсутствию помощника в приеме препаратов. Российское исследование С.В. Недогоды и соавт. (2020, n=517) показало, что лишь 1% пациентов имели высокую приверженность по MMAS-8, 34% — среднюю, 65% — низкую;

среди пожилых доля низкой достигала 72%, предикторами стали низкое образование, инвалидность, материальные трудности.

Применение универсальных самоотчетных шкал (MMAS-8) у лиц с легкими когнитивными нарушениями завышает реальный комплаенс на 15–20% за счет стремления к одобрению и снижением памяти. С.Ю. Марцевич и соавт. (2019, n=201) доказали, что специализированная шкала НОДФ выявляет абсолютно неприверженных пациентов достоверно лучше, чем MMAS-8.

Для верификации псевдорезистентной артериальной гипертензии внедряется терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ). По данным М.В. Ионова и соавт. (2025), определение концентрации препаратов методом UHPLC-MS/MS позволяет дифференцировать биологическую резистентность от неадгезии, предотвращая необоснованное усложнение схем. Контролируемый прием в присутствии медперсонала с последующим СМАД отделяет истинную резистентность от неадгезии.

Отмена лекарств с недоказанной пользой снижает лекарственную нагрузку и риск нежелательных реакций. Исследование Е.В. Горбуновой и соавт. (2018, n=287) доказало, что депрессия и экстернальный локус контроля снижают комплаенс в 2,1 и 1,9 раза, тогда как самоэффективность и поддержка семьи обеспечивают приверженность >80% в 68% случаев.

Обсуждение

Патерналистская модель в гериатрии неэффективна. Цифровые напоминания имеют низкую результативность из-за слабой цифровой грамотности. Альтернативой служат еженедельные таблетницы и патронаж средним медперсоналом. Обязателен регулярный пересмотр листа назначений с участием клинического фармацевта.

Выводы

Неадгезия у гериатрических пациентов детерминирована когнитивным дефицитом, сенсорными нарушениями и полипрагмазией. Самоотчетные опросники у лиц с когнитивным снижением требуют подтверждения прямыми методами ТЛМ. Оптимизация лечения невозможна без упрощения схем дозирования.

САРКОПЕНИЯ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

КУРГАНСКАЯ О. Н.
ООО Промедика, Белгород, Россия

SARCOPENIA AND CARDIOMETABOLIC DISORDERS IN OLDER PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

KURGANSKAYA O. N.
OOO Promedika, Belgorod, Russia

Резюме. Саркопения — гериатрический синдром, связанный со старением и метаболическими нарушениями. Сравнены антропометрические и метаболические показатели пожилых пациентов с артериальной гипертензией, саркопенией и различной коморбидностью. Саркопения ассоциировалась с более старшим возрастом, а при сахарном диабете 2 типа — с повышенной гликемией.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, саркопения, кардиометаболические нарушения, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, ожирение, пожилой возраст.

Resume. Sarcopenia is a geriatric syndrome associated with ageing and metabolic disorders. Anthropometric and metabolic parameters were compared in older patients with arterial hypertension, sarcopenia and cardiometabolic comorbidities. Sarcopenia was associated with older age and, in patients with type 2 diabetes mellitus, with higher glucose levels.

Keywords: arterial hypertension, sarcopenia, cardiometabolic disorders, coronary artery disease, type 2 diabetes mellitus, obesity, older adults.

Введение

Саркопения — значимый гериатрический синдром, ассоциированный с возрастом, избытком жировой ткани и метаболическими нарушениями. Цель — оценить половые особенности связи саркопении с ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом 2 типа и ИМТ у пожилых пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Проведён сравнительный анализ мужчин и женщин с артериальной гипертензией с учётом саркопении и коморбидности. Оценивали возраст, рост, ИМТ, общий холестерин и глюкозу. Данные представлены как M±m; использовали t-критерий Стьюдента, значимость — при $p<0,05$.

Результаты

Пациенты с саркопенией во всех подгруппах были старше лиц без саркопении ($p<0,05$). При сочетании артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа саркопения ассоциировалась с более высокой гликемией у

мужчин и женщин (7,47±0,23 против 6,75±0,68 и 6,09±0,30 против 5,65±0,21 ммоль/л соответственно; $p<0,05$). У мужчин без саркопении при ишемической болезни сердца и сахарном диабете 2 типа отмечался более высокий общий холестерин ($p<0,05$). Саркопения сочеталась с повышенным ИМТ у мужчин с ИМТ <30 кг/м² и у женщин с ИМТ ≥30 кг/м².

Обсуждение

Саркопения преимущественно ассоциировалась с более старшим возрастом и, при сахарном диабете 2 типа, с худшим углеводным профилем. Повышенный ИМТ у части пациентов может указывать на саркопенический метаболический фенотип. Дислипидемия не являлась универсальным признаком саркопении.

Выводы

Саркопения у пожилых пациентов с артериальной гипертензией ассоциируется с более старшим возрастом, а при сахарном диабете 2 типа — с повышенной гликемией. Комплексная оценка саркопении, ИМТ, глюкозы и липидного профиля позволяет точнее характеризовать кардиометаболический риск.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

МАЛЫШЕНКО О.С.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

FEATURES OF THE COURSE OF PEPTIC ULCER DISEASE IN ELDERLY PERSONS, TAKING INTO ACCOUNT BIOLOGICAL AGE

MALYSHENKO O.S.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Проведена оценка особенностей течения язвенной болезни с учетом календарного и биологического возраста. Соотношение БВ/ДБВ оказывает разнонаправленное и возраст-зависимое влияние на клиническое течение заболевания: у пациентов пожилого возраста преимущественно влияет на интенсивность и длительность болевого синдрома, но не на динамику заживления язвенного дефекта.

Ключевые слова: язвенная болезнь, клиника, пожилой возраст, биологический возраст, календарный возраст

Resume. An assessment of the characteristics of the course of peptic ulcer disease was carried out, taking into account the calendar and biological age. The BA/DBA ratio has a multidirectional and age-dependent effect on the clinical

course of the disease: in elderly patients, it primarily affects the intensity and duration of the pain syndrome, but not the dynamics of ulcer healing.

Keywords: peptic ulcer disease, clinical presentation, advanced age, biological age, calendar age

Введение

Проблема язвенной болезни (ЯБ) до настоящего времени актуальна как в теоретическом, так и в практическом отношении, являясь хроническим заболеванием, требующим длительного лечения. Биологический возраст (БВ) представляет собой меру системной дезинтеграции организма в процессе старения и оказывает влияние на течение ЯБ. Цель исследования – изучить особенности течения язвенной болезни с учетом календарного и биологического возраста.

Материалы и методы

В исследование включено 203 пациента с ЯБ желудка (54 пациента) и ДПК (149 пациентов) в возрасте 16-79 лет (средний возраст – 49,6±1,1 лет). Средняя продолжительность заболевания – 7,0±0,7 лет: 7,1+1,3 лет при ЯБЖ и 7,0±0,8 лет при ЯБ ДПК, у 47,3% заболевание выявлено впервые: 57,4% и 43,6% соответственно. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 126 пациентов в возрасте 16-64 года: 92 (73%) мужчины и 34 (27%) женщины, средний возраст – 49,4±0,8 лет; 22 (17,5%) человека с ЯБЖ и 104 (82,5%) ЯБ ДПК; 2 группа – 77 пациентов в возрасте 45 – 79 лет: 39 (50,6%) мужчины и 38 (49,4%) женщин, средний возраст – 65,9±0,8 лет; 32 (41,6%) с ЯБЖ и 45 (58,4%) с ЯБ ДПК.

Диагноз устанавливался на основании клинического обследования и ЭФГДС. Всем больным проводилась оценка ОАК, БАК и УЗИ ОБП по стандартным методикам.

БВ определялся методом, разработанным на основе множественной линейной регрессии.

Результаты

Анализ клинического течения заболевания у лиц разных возрастных групп, с учетом соотношения БВ и должного БВ (ДБВ) показал, что длительность болевого синдрома у пациентов младшей возрастной группы с неблагоприятным БВ/ДБВ меньше, чем с благоприятным: 6,39±0,36 и 7,73±0,56 дня соответственно ($p<0,05$). У пациентов пожилого возраста напротив, длительность болевого синдрома больше при неблагоприятном соотношении БВ/ДБВ: 8,91±0,98 и 6,68±0,52 дня соответственно ($p<0,05$). Также как и длительность диспепсического синдрома: в 1 группе 4,63±1,03 и 2,69±0,24 ($p<0,005$); во 2 группе 3,78±0,64 и 3,35±0,75 дня ($p=0,05$) соответственно. По продолжительности астеновегетативного синдрома достоверных различий не получено.

По результатам ЭФГДС выявлено, что размеры язвенного дефекта у лиц молодого возраста достоверно больше при неблагоприятном

соотношении БВ/ДБВ – 0,87±0,06 см, чем при благоприятном соотношении БВ/ДБВ – 0,71±0,04 см ($p<0,05$), соответственно и дольше сроки рубцевания: 18,04±0,87 и 16,05±0,61 дня ($p=0,05$). У лиц пожилого возраста размеры язвенного дефекта также больше при неблагоприятном соотношении БВ/ДБВ: 1,11±0,14 см и 0,87±0,10 см соответственно ($p<0,05$). Сроки рубцевания достоверно не различимы ($p>0,05$).

Обсуждение

Соотношение БВ/ДБВ оказывает разнонаправленное и возраст-зависимое влияние на клиническое течение заболевания: у молодых пациентов оно в большей степени определяет сроки рубцевания и выраженность локальных проявлений (размер язвы), а у пожилых - преимущественно влияет на интенсивность и длительность болевого синдрома, но не на динамику заживления язвенного дефекта.

Выводы

Таким образом, у пожилых пациентов возраст выступает ключевым модифицирующим фактором и лучше отражает динамику болевого синдрома, что важно учитывать при оценке состояния и планировании терапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ

МАЛЫШЕНКО О.С.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

FEATURES OF THE COURSE OF PEPTIC ULCER DISEASE IN ELDERLY PERSONS, TAKING INTO ACCOUNT THE BEHAVIORAL TYPE OF PERSONALITY

MALYSHENKO O.S.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Проведена оценка особенностей течения язвенной болезни с учетом поведенческого типа личности у пациентов разного возраста. Тип поведения А оказывает разнонаправленное влияние на клиническую картину в зависимости от возраста. У пациентов пожилого возраста различий клинической картины с учетом типа поведения не получено.

Ключевые слова: язвенная болезнь, клиника, пожилой возраст, тип личности А, тип личности АБ.

Resume. An assessment was conducted of the characteristics of the course of ulcerative disease, taking into account the behavioral type of personality in

patients of different ages. Type A behavior has a multidirectional effect on the clinical picture, depending on age. In elderly patients, no differences in the clinical picture were found when taking into account the type of behavior.

Keywords: peptic ulcer disease, clinical manifestations, advanced age, type A personality, type AB personality

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) развивается примерно у 5–15% населения развитых стран. В России в 2019 году было зарегистрировано более 1,1 млн случаев. Поведенческий тип личности А является фактором риска для развития различных заболеваний, в том числе и ЯБ. Примерно у трети пациентов с ЯБ выявляют черты типа А, что может неблагоприятно влиять на течение болезни: ассоциироваться с более крупными язвенными дефектами и более длительным болевым синдромом. Цель исследования – изучить особенности течения язвенной болезни в зависимости от поведенческого типа личности у пациентов разного возраста.

Материалы и методы

В исследование включено 203 пациента с ЯБ желудка (54 пациента) и ДПК (149 пациентов) в возрасте 16-79 лет (средний возраст – 49,6$\pm$1,1 лет). Средняя продолжительность заболевания – 7,0$\pm$0,7 лет: 7,1+1,3 лет при ЯБЖ и 7,0$\pm$0,8 лет при ЯБ ДПК, у 47,3% заболевание выявлено впервые: 57,4% и 43,6% соответственно. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 126 пациентов в возрасте 16-64 года: 92 (73%) мужчины и 34 (27%) женщины, средний возраст – 49,4$\pm$0,8 лет; 22 (17,5%) человека с ЯБЖ и 104 (82,5%) ЯБ ДПК; 2 группа – 77 пациентов в возрасте 45 – 79 лет: 39 (50,6%) мужчины и 38 (49,4%) женщин, средний возраст – 65,9$\pm$0,8 лет; 32 (41,6%) с ЯБЖ и 45 (58,4%) с ЯБ ДПК.

Для определения поведенческого типа личности использовали сокращенный вариант опросника Дженкинса: тип А – менее 30 баллов (нетерпеливость, агрессивность, стремление к доминированию, неумение отдыхать, стремление достичь эффекта во многих сферах деятельности), тип АБ - 31 – 46 баллов (присуще черты обеих типов), тип Б – более 46 баллов (чередуют работу и отдых, не свойственна эмоциональная напряженность).

Результаты

В обеих возрастных группах тип поведения А встречается достаточно часто: у 23 (31,1%) и 21 (37,5%) соответственно. Клиническая картина: длительность болевого синдрома меньше у больных молодого возраста с типом А – 6,17$\pm$0,39 дня, по сравнению с типом АБ – 7,7$\pm$0,48 дня ($p<0,05$) и больными пожилого возраста: с типом А – 7,47$\pm$0,31 дня и типом АБ – 7,67$\pm$0,62 дня ($p<0,05$). У пациентов молодого возраста с типом А больше размеры язвенного дефекта – 0,95+0,09 см, чем с типом АБ – 0,72+0,07 см ($p<0,05$). В старшей возрастной группе этих различий нет: 1,04+0,16 см и

1,02+0,11 см соответственно (p>0,05). По срокам рубцевания в обеих возрастных группах различий не получено (p>0,05). Так же, как и по длительности диспептического и астеновегетативного синдромов (p>0,05). Эрозивное поражение слизистой желудка и ДПК чаще встречается у пациентов пожилого возраста не зависимо от поведенческого типа личности: с типом А у 45%, с типом АБ у 45,5%, чем у лиц молодого возраста 26,1% и 22,1% соответственно (p<0,05).

Обсуждение

Тип поведения А оказывает разнонаправленное влияние на клиническую картину в зависимости от возраста: в молодом возрасте он ассоциирован с более коротким болевым синдромом и более крупным язвенным дефектом, тогда как в пожилом возрасте эта связь меняется. Возраст, в свою очередь, выступает более значимым фактором риска эрозивных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК.

Выводы

Таким образом, у пациентов пожилого возраста возраст - более значимый фактор риска по сравнению с типом поведения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

МАЛЫШЕНКО О.С.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

FEATURES OF THE COURSE OF PEPTIC ULCER DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

MALYSHENKO O.S.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Изучены особенности течения язвенной болезни у пациентов пожилого возраста. У пациентов пожилого возраста чаще выявляется ЯБЖ, с увеличением возраста растет удельный вес женщин, а заболевание протекает более тяжело. Что необходимо учитывать при курации/диспансеризации больных пожилого возраста.

Ключевые слова: язвенная болезнь, пожилой возраст, клиническая картина.

Resume. The features of the course of peptic ulcer disease in elderly patients have been studied. In elderly patients, cancer is more often detected, the proportion of women increases with increasing age, and the disease is more severe. What should be considered during the supervision / medical examination of elderly patients.

Keywords: peptic ulcer disease, old age, clinical picture.

Введение

Несмотря на предложенные многочисленные программы профилактики и лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) с применением новых эффективных лекарственных препаратов, сохраняется тенденция к увеличению роста заболеваемости среди пожилого населения. ЯБЖ и ЯБДПК у пожилых больных и лиц старших возрастных групп отличаются рядом особенностей. Цель исследования – изучить особенности течения язвенной болезни у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы

В исследование включено 203 пациента с ЯБЖ (54 пациента) и ЯБДПК (149 пациентов) в возрасте 16-79 лет (средний возраст – 49,6±1,1 лет). Средняя продолжительность заболевания – 7,0±0,7 лет: 7,1+1,3 лет при ЯБЖ и 7,0±0,8 лет при ЯБ ДПК, у 47,3% заболевание выявлено впервые: 57,4% и 43,6% соответственно. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 126 пациентов в возрасте 16-64 года: 92 (73%) мужчины и 34 (27%) женщины, средний возраст – 49,4±0,8 лет; 22 (17,5%) человека с ЯБЖ и 104 (82,5%) ЯБ ДПК; 2 группа – 77 пациентов в возрасте 45 – 79 лет: 39 (50,6%) мужчины и 38 (49,4%) женщин, средний возраст – 65,9±0,8 лет; 32 (41,6%) с ЯБЖ и 45 (58,4%) с ЯБ ДПК.

Диагноз устанавливался на основании клинического обследования и ЭФГДС. Всем больным проводилась оценка ОАК, БАК и УЗИ ОБП по стандартным методикам.

Результаты

При сравнении между собой 1 и 2 групп получены результаты, позволяющие говорить о различиях по половому признаку и в зависимости от локализации язвенного дефекта у пациентов до 45 лет и старше. Среди мужчин ЯБ чаще встречается до 45 лет - у 92 (70,2%) человек, чем старше 45 лет – у 39 (29,8%) пациентов ($p<0,001$). У женщин ЯБ одинаково часто встречается в обеих возрастных группах ($p>0,05$). Частота выявления ЯБ достоверно выше у моложе 45 лет ($p<0,001$). С увеличением возраста растет удельный вес ЯБЖ: у пациентов старше 45 лет в 1,5 раза чаще – 32 (59,3%) человека, чем до 45 лет – 22 (40,7%) человека выявляется ЯБЖ ($p=0,05$). А удельный вес ЯБ ДПК уменьшается ($p<0,001$). Длительность болевого и диспептического синдромов достоверно не различимы.

Оценивая результаты ЭФГДС выявлено, что в старшей возрастной группе достоверно больше размеры язвенного дефекта: 0,98+0,07 и 0,76+0,04 см ($p<0,01$), длительнее сроки рубцевания: 20,49+0,72 и 18,63+0,61 дня ($p=0,05$) и у 38 (50%) пациентов встречается эрозивное поражение слизистой оболочки ($p=0,05$).

В обеих возрастных группах чаще заболевание протекает средней степени тяжести 62,3% и 50% соответственно. Относительно редко

встречается тяжелое течение, но чаще у больных старшей возрастной группы – 14,3%, чем у лиц до 45 лет – 1,5% ($p<0,01$).

Обсуждение

У пациентов пожилого возраста чаще выявляется ЯБЖ, с увеличением возраста растет удельный вес женщин, а заболевание протекает более тяжело.

Выводы

Пожилой возраст — ключевой модифицирующий фактор ЯБ: он меняет не только локализацию и морфологию язвенного дефекта, но и тяжесть течения, а также частоту сопутствующих эрозивных изменений. Это необходимо учитывать при курации/диспансеризации больных пожилого возраста.

СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

НИКИФОРОВА Ю.Е. [1], КУЗЬМИНА О.К. [1], КАШТАЛАП В.В. [1,2]

[1] Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

[2] Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

DIFFICULTIES IN MANAGING PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, ACUTE CORONARY SYNDROME, AND MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS IN REAL CLINICAL PRACTICE

NIKIFOROVA YU.E.[1], KUZMINA O.K.[1], KASHTALAP V.V. [1,2]

[1]Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

[2]Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Представленный клинический случай иллюстрирует существующие сложности ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа и атеросклерозом в реальной клинической практике. Акцентируется внимание на необходимости ранней инициации болезнь модифицирующей терапии и органопротекции при сахарном диабете 2 типа, а также на необходимости скринингового выявления низкой приверженности к назначенному лечению.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, мультифокальный атеросклероз, сахарный диабет.

Resume. The presented clinical case illustrates the existing difficulties in managing patients with type 2 diabetes mellitus and atherosclerosis in real clinical practice. Attention is drawn to the need for early initiation of disease-modifying therapy and organ protection in type 2 diabetes mellitus, as well as to the need for screening for low adherence to prescribed treatment in such patients.

Keywords: Coronary artery disease, acute coronary syndrome, myocardial infarction, multifocal atherosclerosis, diabetes mellitus.

Введение

Сахарный диабет (СД) 2 типа при низкой комплаентности часто ассоциируется с мультифокальным атеросклерозом (МФА), почечной дисфункцией и острыми сердечно-сосудистыми событиями (инфаркт миокарда (ИМ), инсульт). Риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с СД 2 типа увеличивается в 2–4 раза. Для СД характерны: более молодой возраст манифестации ИБС, отсутствие гендерных различий, высокая частота безболевой ишемии миокарда. Профилактика осложнений требует высокой приверженности пациента к терапии.

Материалы и методы

В данном клиническом случае рассмотрена история болезни пациента, произведен опрос и осмотр, а также изучены анамнестические данные.

Результаты

Особенности анамнеза: мужчина 69 лет, гипертоническая болезнь (ГБ) более 20 лет (макс. АД 150/100 мм рт. ст.), СД 2 типа 30 лет — терапия метформином не принимал, инсулинотерапию периодически отменял, диету не соблюдал. Курение 60 лет, по 1 пачке/день, индекс пачка/лет — 61.

Ключевые события анамнеза: 2020г. ОНМК в бассейне правой СМА; Q-образующий передний распространенный ИМ; впервые зарегистрирована фибрилляция предсердий (ФП); отказ от КАГ; 2020 - декомпенсация сердечной недостаточности; ФВ ЛЖ 39%; 2021 - неуспешная попытка ЧКВ ХО ПКА; 2024г. - ОНМК в бассейне правой СМА (кардиоэмболический подтип); 18.11.2024г. повторный ИМ, цереброваскулярный вариант начала, Q-необразующий, передний распространенный, осложненный сердечной астмой. Killip II. Неуспешная попытка ЧКВ ОА от 18.11.2024г. Рекомендована консервативная тактика (учитывая особенности анатомии коронарного русла, выраженный кальциноз, неблагоприятное течение атеросклероза, низкую комплаентность); пациент направлен в Школу больного ИМ (посетил 3 занятия), включен в образовательную программу с подключением к телеграм-каналу НИИ КПССЗ «Время сердцу».

Обсуждение

1. У пациентов экстремального кардиоваскулярного риска требуется ранняя инициация агрессивной комбинированной липидснижающей и антитромботической терапии

2. Низкая комплаентность — доказанный фактор прогрессирования атеросклероза, необходимы: повышение информированности, активный дистанционный патронаж, цифровые технологии.

Выводы

Пациентам с мультифокальным атеросклерозом и сахарным диабетом необходима максимально ранняя оценка и коррекция факторов кардиоваскулярного риска, назначение эффективной комбинированной медикаментозной терапии, направленной на улучшение прогноза больных. Немаловажным аспектом улучшения качества жизни и прогноза пациентов с мультифокальным атеросклерозом и сахарным диабетом является применение эффективных методов превентивной терапии и максимально полной реваскуляризации коронарного русла с опорой на результаты рандомизированных исследований.

ОЦЕНКА ДЕСЯТИЛЕТНЕГО РИСКА ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПО ШКАЛЕ FRAX У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ПИРОГОВА Ю. А., МУРАХТИНА М. С., СУХОВА Н. А.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

ASSESSMENT OF THE TEN-YEAR RISK OF OSTEOPORETIC FRACTURES USING THE FRAX SCALE IN PATIENTS WITH A THERAPEUTIC PROFILE

PIROGOVA YU. A., MURAKHTINA M. S. SUKHOVA N. A.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Одним из актуальных направлений здравоохранения является своевременное выявление рисков остеопороза и профилактика переломов. Согласно современным клиническим рекомендациям, одной из шкал прогностической оценки данного состояния является FRAX. В данной статье проведена оценка вероятности 10-летнего риска остеопоротических переломов по шкале FRAX у пациентов терапевтического профиля.

Ключевые слова: остеопороз, перелом, пациенты, шкала FRAX, риск, терапия.

Resume. One of the pressing areas in healthcare is the timely identification of osteoporosis risks and the prevention of fractures. According to current clinical

guidelines, one of the scales for the prognostic assessment of this condition is FRAX. This article assesses the probability of a 10-year risk of osteopenic fractures using the FRAX scale in patients with a therapeutic profile.

Keywords: osteoporosis, fracture, patients, FRAX score, risk, therapy.

Введение

Остеопороз – это метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и, как следствие, переломами при минимальной травме. Это часто приводит к инвалидизации пациента. Для решения данной проблемы необходимо своевременное выявление остеопоротических рисков и назначение терапии. Одним из прогностических методов является расчет рисков по шкале FRAX. Она помогает рассчитать процентную вероятность 10-летнего перелома в зависимости от возраста пациента, пола, ИМТ и данных анамнеза: предшествующих переломов, переломов шейки бедра у родителей, курения в настоящее время, приёма глюкокортикоидов, наличие ревматоидного артрита, вторичного остеопороза, употребления алкоголя от 3 единиц и более в день.

Материалы и методы

Проведён анализ 88 историй болезней пациентов терапевтического отделения «Областной клинической больницы скорой помощи им. М.А. Подгорбунского» (из них 52 женщины и 36 мужчин). Средний возраст рассматриваемых составил 66±25 лет. Также проведён анализ актуальных российских клинических рекомендаций. Расчет вероятности остеопоротических переломов проводился с использованием алгоритма FRAX на официальном сайте разработчиков. Согласно графику интерпретации, пациенты, находящиеся в зеленой зоне, не требуют медикаментозной терапии. Пациентам в оранжевой зоне необходимо выполнение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) позвоночника и бедра. В красной зоне пациенту показано немедленное начало антиостеопоротического лечения.

Результаты

По итогам анализа историй болезни по риску остеопороза было выявлено следующее: 75% пациентов находятся в зеленой группе, и не нуждаются во вмешательстве. 23,8% находятся в оранжевой группе риска, и нуждаются в дополнительном обследовании. 1,2% находятся в красной группе риска, и нуждаются в незамедлительном лечении. По риску перелома шейки бедра: 95,4% пациентов относятся к зеленой группе, 4,5% - к оранжевой группе. В данной выборке не нашлось пациентов в красной группе риска.

При расчете рисков учитывались следующие параметры: 11,3% пациентов имеют переломы в анамнезе; 26,1% курят в настоящее время,

1,1% имеет ревматоидный артрит и принимает глюкокортикоиды; 2,2% имеют вторичный остеопороз; 9% принимает алкоголь более 3 единиц в день.

Согласно получившейся корреляции - 0,43 (умеренная) для остеопороза и 0,24 (слабая) для перелома шейки бедра - женщины более подвержены остеопорозу.

Обсуждение

Данные результаты говорят о том, что среди данной выборки пациентов терапевтического профиля существует невысокий риск остеопороза и перелома шейки бедра. По гендерным различиям женщины более склонны к остеопорозу, и в меньшей степени – к перелому шейки бедра. Необходимо учитывать, что в выборке не проводился учет минеральной плотности кости пациентов, что могло повлиять на результаты исследования.

Выводы

Шкала FRAX является актуальным инструментом диагностики, который необходимо применять для выявления риска остеопороза и профилактики переломов у пациентов в стационаре, даже при отсутствии остеопороза в анамнезе.

ЗАПОЗДАЛАЯ ДИАГНОСТИКА ХБП У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА. ПРИЧИНЫ

РУБАШКО А.В., ИВАНОВА С. А., КВИТКОВА Л.В.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

DELAYED DIAGNOSIS OF CKD IN ELDERLY PATIENTES WITH TYPE 2 DIABETS. CAUSES

RUBASHKO A.V., IVANOVA S.A., KVITKOVA L.V.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Отсутствие скрининга диабетической нефропатии (ДН) в момент диагностики сахарного диабета 2 типа (СД2), бессимптомное течение ДН, неадекватный контроль артериального давления (АД), гликемии, мочевой кислоты- причины отсроченной диагностики нарушения функции почек при СД2.

Ключевые слова: сахарный диабет, хроническая болезнь почек, диагностика, факторы риска, артериальная гипертензия.

Resume. The lack of screening for diabetic nephropathy at the time of type 2 diabetes diagnosis, the asymptomatic course of the condition, and inadequate control of blood pressure, glycemia, and uric acid levels are reasons for the delayed diagnosis of renal dysfunction in type 2 diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, chronic kidney disease, diagnosis, risk factors, arterial hypertension.

Введение

У 44% - 74% больных СД2 ДН верифицируется на стадии выраженного снижения СКФ (С4-С5). Возможные причины отсроченной диагностики нарушения функции почек: бессимптомное течение ДН, неадекватный контроль АД, гликемии, мочевой кислоты. Представленный случай продемонстрировал вышесказанное.

Материалы и методы

Проанализирована научная литература и клинический случай пациента, поступившего в нефрологическое отделение ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева.

Результаты

Пациент П., 66 лет, жалуется на периодическую тошноту, снижение аппетита, массы тела и диуреза. Из анамнеза: висцеральное ожирение с 30 лет, АГ с 36 лет, СД 2 типа - 3 года, гиперурикемия - 2 года. Лечение: метформин - 2000 мг/сутки, гликлазид 60 мг/сутки, периндоприл - 10 мг утром, индапамид - 2,5 мг/сутки. Целевой уровень АД, гликемии и гиперурикемии не достигнуты. В 2020 году зарегистрировано повышение уровня креатинина до 158 мкмоль/л на фоне бессимптомного течения патологии почек, в дальнейшем контроль креатинина не проводился.

Объективно: рост 176 см, вес 101 кг, окружность талии 109 см, ИМТ 32,6 кг/м2. Кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 мин. Расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1,5 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, акцент II тона на аорте. АД - 154/86 мм рт. ст., ЧСС– 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Почки, щитовидная железа не пальпируются. Суточный диурез - 800 мл.

Результаты исследований: ОАК- гемоглобин 112 г/л, HbA1c - 8,5%. Глюкоза крови натощак - 9,8 ммоль/л, через 2 часа после еды- 12,3 ммоль/л, креатинин - 461 мкмоль/л, мочевина - 16 ммоль/л, мочевая кислота - 638 мкмоль/л, калий – 4,5 ммоль/л. ЭКГ- синусовый ритм, гипертрофия миокарда левого желудочка, метаболические изменения. УЗИ: почки уменьшены в размерах.

Диагноз: Сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c < 8,0%, целевая гликемия натощак < 8,0 ммоль/л, через 2 часа после еды < 11,0 ммоль/л. Диабетический стеатоз печени. Гипертоническая болезнь 3 ст., ЦАД не достигнут, риск 4. ГЛЖ. Диабетическая нефропатия сложного генеза. ХБП С5 СКФ по CKD EPI = 14 мл/мин/1,73. Анемия легкой степени тяжести, неуточненного генеза.

Обсуждение

У пациента длительно существующее висцеральное ожирение и инсулинорезистентность осложнились АГ, гиперурикемией, СД2. Адекватный контроль данных состояний не проводился. Ранний скрининг ДН не осуществлен. Отсутствовал контроль за показателями креатинина и СКФ. Ингибиторы НГЛТ-2, гипоурикемическая терапия не использованы. Данные факторы привели к формированию и прогрессированию ДН.

Выводы

1. Отсутствие рутинного скрининга ДН с момента диагностики СД2 - один из основных факторов выявления ХБП в терминальной стадии.

2. Прогрессированию ХБП при СД2 способствуют: неадекватный контроль целевых уровней АГ, гликемии, урикемии, не использование ИНГЛТ-2 для лечения и профилактики ДН.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

САКСЕНА ИШИТА[1], ДЁМИНА Е.И. [1], КРУГ Е.В.[2]

[1]Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

[2]Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2 имени З.С. Баркагана, Барнаул, Россия

GASTROENTEROLOGICAL DISEASES AND THEIR RISK FACTORS IN PATIENTS DURING CLINICAL EXAMINATION OF THE ADULT POPULATION

SAXENA ISHITA1[1], DEMINA E.I. [1], KRUG E.V[2].

[1]Altai State Medical University, Barnaul, Russia

[2]Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care No. 2 named after Z.S. Barkagan, Barnaul, Russia

Резюме. Рассмотрены вопросы диспансеризации пациентов согласно приказу МЗ РФ №404н. Самыми распространёнными хроническими гастроэнтерологическими болезнями явились заболевания гастродуоденальной области в трудоспособном возрасте. Нерациональное питание явилось ключевым фактором риска независимо от возраста.

Ключевые слова: диспансеризация, хронические гастроэнтерологические заболевания, факторы риска.

Resume. The article examines patient screening in accordance with Russian Ministry of Health Order No. 404n. The most common chronic gastrointestinal diseases among working-age individuals were gastroduodenal ones. Poor nutrition was a key risk factor, regardless of age.

Keywords: medical examination, chronic gastrointestinal diseases, risk factors.

Введение

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека подвергается воздействию различных факторов внешней среды. Ключевыми модифицируемыми факторами риска (ФР) гастроэнтерологических заболеваний являются: нарушения режима и качества питания, биологические факторы, включая бактерии, химические факторы (алкоголь, курение, добавки к пище, медикаменты) и другие. Целью исследования явилось определение у пациентов хронических гастроэнтерологических заболеваний и факторов риска их развития в ходе диспансеризации.

Материалы и методы

В 2025 году в городской поликлинике было охвачено с помощью диспансеризации определённых групп взрослого населения (ДОГВН) 42936 человек, которые дали информированное согласие на проведение медицинских вмешательств. Болезни органов пищеварения выявлены у 9823 человека (22,87%). Из них в трудоспособном возрасте у 5398 пациентов (54,96%), в возрасте старше трудоспособного – 4424 граждан (45,04%). Пациенты проходили диспансеризацию согласно приказу МЗ РФ №404н, 2021 г. На 1-м этапе ДОГВН согласно возрасту пациента проводили гастроэнтерологические тесты: суммарные антитела M и G к вирусу гепатита С в крови, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в 45 лет, кал на скрытую кровь иммунохимическим методом у лиц≥ 40 лет 1 раз в 2 года до 64 лет и с 65 лет – ежегодно При наличии показаний со стороны ЖКТ пациент направлялся на 2-й этап, в ходе которого был осмотрен колопроктологом, выполнялась видеоколоноскопия с биопсией. Обработка результатов выполнена с включением статистических данных о проведении этапов ДОГВН, изложенных в таблицах с использованием автоматической системы Web-своды за январь-декабрь 2025 года.

Результаты

У 691 человека были выявлены язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Из них 260 пациентов (37,6%) были в трудоспособном возрасте, 431 (62,4%) – старше трудоспособного. Хронический гастрит/дуоденит был выявлен у 7910 человек, при этом у 4577 пациентов в трудоспособном возрасте (57,9%). Причинами явились хеликобактерная инфекция, приём медикаментов. По болезням кишечника пациенты разделились на 2 группы: имеющие неинфекционный энтерит/колит и пациенты с другими болезнями кишечника. Группа пациентов с неинфекционным колитом (51 человек) включила пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона. Пациентов с такими заболеваниями в трудоспособном возрасте было 28 (54,9%), а старше трудоспособного 23 пациента (45,1%). В группе пациентов с другими болезнями кишечника

(162 пациента) были выявлены дивертикулярная болезнь толстой кишки, синдром раздраженного кишечника с диареей/запором, острая трещина заднего прохода, полипы прямой кишки, кровотечение из заднего прохода и прямой кишки. В возрасте старше трудоспособного было 98 человек (60,5%), в трудоспособном возрасте таких граждан было - 64 (39,5%). Нерациональное питание зарегистрировано у 28029 пациентов, из них у 12961 человек (46,2%) в трудоспособном возрасте, у 15068 (53,8%) - старше трудоспособного. Курение сигарет было у 3581 лиц, из них 2587 (72,2%) трудоспособного возраста, 994 (27,8 %) - старше трудоспособного. Риск пагубного потребления алкоголя выявлен у 1320 обследованных, из них в трудоспособном возрасте находились 1177 человек (89,2%), в старшей возрастной группе - 143 (10,8%) человека.

Обсуждение

Анализируя результаты ДОГВН, можно выявить ФР, которые предрасполагают к возникновению хронических заболеваний ЖКТ. Нерациональное питание явилось самым распространенным ФР во всех возрастных группах пациентов. ЭГДС и видеоколоноскопия позволили выявить у населения органические заболевания ЖКТ, которые могут явиться фоном для развития онкопатологии и требуют наблюдения в динамике. Некоторые болезни могут сопровождаться осложнениями: кровотечением, стенозированием, перфорацией или могут привести к летальному исходу либо потребовать оперативного лечения.

Выводы

Таким образом, ДОГВН позволяет обнаружить гастроэнтерологические заболевания и ФР. Хронический гастрит/дуоденит были самыми распространёнными заболеваниями у обследованных лиц. Наибольшее число пациентов с данной патологией обнаружено в трудоспособном возрасте. Нерациональное питание наиболее часто зарегистрировано независимо от возраста.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В Г. КЕМЕРОВО

ЧЕСНОКОВА Л.Д., АРЫКОВА Ю.Г., ТРИШКИНА В.А.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

REPLACEMENT RENAL THERAPY IN ELDERLY PATIENTS IN KEMEROVO

CHESNOKOVA L.D., ARYKOVA Yu.G., TRISHKINA V.A.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. В исследовании изучалось распространённость применения методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) у пациентов старческого возраста в диализных центрах в г. Кемерово, учитывалась половая структура когорты, клинический диагноз заболевания, который послужил причиной хронической болезни почек (ХБП), метод лечения (гемодиализ или перитонеальный диализ), продолжительность гемодиализа, вид сосудистого доступа.

Ключевые слова: старческий возраст, заместительная почечная терапия, гемодиализ, перитонеальный диализ, коморбидность, хроническая болезнь почек

Resume. The study examined the prevalence of renal replacement therapy (RRT) methods among elderly patients in dialysis centers in the city of Kemerovo. The study took into account the gender composition of the cohort, the clinical diagnosis of the disease that caused chronic kidney disease (CKD), the treatment method (hemodialysis or peritoneal dialysis), the duration of hemodialysis, and the type of vascular access.

Keywords: advanced age, renal replacement therapy, hemodialysis, peritoneal dialysis, comorbidity, chronic kidney disease

Введение

За последние десятилетия в популяции увеличилась доля лиц старческого возраста. Соответственно и увеличилась доля пациентов старческого возраста, нуждающихся в процедурах ЗПТ. Существует три основных вида ЗПТ: гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки. Гемодиализ у пациентов старческого возраста требует мультидисциплинарного подхода с участием нефролога, гериатра, психолога и врачей других специальностей. Решение должно быть индивидуальным, с учётом не только медицинских показателей, но и когнитивного статуса, функциональных возможностей, наличия поддержки и прогноза продолжительности жизни.

Материалы и методы

Ретроспективное исследование электронных карт пациентов старческого возраста, получающих амбулаторный диализ на базах в г. Кемерово: диализный центр «Медторгсервис», центр диализа «НефроМед», медицинские центры «Родник» и «Нефросовет» за период с 1 сентября 2025 г. по 31 августа 2026 г. Критериями включения в исследование были возраст ≥75 лет, наличие 5 стадии хронической болезни почек (ХБП), требующей заместительной почечной терапии методом гемодиализа. Критерии исключения включали возраст менее 75 лет, наличие острого почечного повреждения.

Результаты

Всего в диализных центрах г. Кемерово получают амбулаторный диализ 373 человека (на базе центра диализа «НефроМед» - 106 человек, в медицинском центре «Родник» - 54 человека, в диализном центре «Медторгсервис» - 90 человек и в медицинском центре «Нефросовет» - 66 человек (Нефродиспансер №1) и 57 человек (Нефродиспансер №2). 10,7% (40 человек) от общего числа больных составляют пациенты старческого возраста (75-90 лет по классификации ВОЗ). Гендерного различия в исследуемой когорте обнаружено не было (50% (20 человек) – мужчины, 50% (20 человек) – женщины). Средний возраст составляет 77±3,63 года [75;88]. Длительность лечения программным гемодиализом колеблется от 2 месяцев до 18 лет, что в среднем составляет 57,98±53,75 месяцев. Основные причины проведения гемодиализа: сахарный диабет 1 и 2 типа – 42,5% (17 человек), артериальная гипертензия – 37,5% (15 человек), хронический гломерулонефрит – 27,5% (11 человек), обструктивные уропатии - 5% (2 человека). Сочетанную патологию СД+АГ имели 7,5% (3 человека). Сосудистый доступ представлен: артериовенозная фистула - 57,5 % (23 человека), которая является «Золотым стандартом» сосудистого доступа, центральный венозный катетер - 25% (10 человек), сосудистый протез - 17,5% (7 человек).

Перитонеальный диализ (ПД) является методом выбора для лиц пожилого и старческого возраста. С 2021 г. внедрен автоматизированный ПД. На момент исследования, 13 человек получают лечение ПД, из них 23,1% (3 человека) пациенты старческого возраста.

Обсуждение

Большинство исследуемых старческого возраста получали лечение программным гемодиализом, что совпадает с данными других исследований, так как этот метод ЗПТ является наиболее распространенным. Среди пациентов старческого возраста, получающих лечение программным ГД доминируют два диагноза — СД и АГ. Это коррелирует с данными крупных регистров и обзоров: именно эти заболевания в старческом возрасте чаще всего приводят к развитию ХБП и, как следствие, к необходимости ЗПТ. Целью диализа у пациентов

старческого возраста часто является не максимальное продление жизни любой ценой, а поддержание ее приемлемого качества.

Выводы

Старение населения и улучшение качества оказываемой медицинской помощи обусловило рост доли пожилых пациентов в нефрологической популяции, что значительно увеличило число пациентов старческого возраста в диализных центрах. При этом диализ у пациентов старческого возраста имеет свои особенности ввиду имеющейся коморбидной патологии, снижения резервных возможностей организма и способности отвечать на стресс.

ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

ЯНИНА А.В., ГОДИЛО-ГОДЛЕВСКИЙ В.А.
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

THE IMPACT OF METABOLIC SYNDROME PHENOTYPES ON THE SEVERITY OF CLINICAL MANIFESTATIONS

YANINA A.V., GODILO-GODLEVSKY V.A.
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Резюме. Метаболический синдром с составляющими его компонентами условно можно разделить на разные фенотипы. Необходимо изучить, в какой из комбинаций МС протекает тяжелее и в каком случае тактика ведения пациентов должна быть агрессивнее уже на ранних этапах постановки диагноза с целью снижения рисков будущих осложнений.

Ключевые слова: Метаболический синдром, фенотипы, высокочувствительный с-реактивный белок, гиперурикемия, воспаление.

Resume. Metabolic syndrome, based on its constituent components, can be conditionally divided into different phenotypes. It is necessary to investigate which of these phenotype combinations is associated with a more severe course and in which cases a more aggressive patient management strategy should be adopted at the early diagnostic stages to reduce the risk of future complications

Keywords: Metabolic syndrome, phenotypes, high-sensitivity C-reactive protein, hyperuricemia, inflammation.

Введение

Доля пожилого населения в мире растет и заболеваемость метаболическим синдромом (МС) увеличивается. Современные классификации условно делят синдром на различные фенотипы. Предполагается, что при разных комбинациях компонентов МС, риск

будущих осложнений окажется выше, следовательно назначаемая терапия в определенных вариантах изначально должна стать более агрессивной.

Материалы и методы

Исследование проводилось на основании медицинской документации пациентов с МС одного из стационаров г. Москвы.

Результаты

В 2026 году российский консенсус, помимо ожирения, дислипидемии, артериальной гипертензии, нарушения углеводного обмена и нарушение функции почек, отнес к МС гиперурикемию и низкоинтенсивное воспаление (высокочувствительный С-реактивный белок (вч-СРБ) в плазме ≥ 2 мг/л). По нашим данным, частота госпитализаций в стационар была выше у пациентов, фенотип которого включал сахарный диабет 2 типа и/или нарушение функции почек. Мочевая кислота оценивалась не у всех пациентов, что указывает на недостаточное внимание к роли данного показателя в МС. Амбулаторно пациентам было предложено оценить уровень вч-СРБ. Значимость данного маркера только предстоит оценить. Однако, у больных с повышенным уровнем этого показателя ретроспективно медикаментозная терапия стартовала сразу с более высоких доз.

Обсуждение

Выделение фенотипов МС указывает на неоднородность клинических проявлений данного состояния. Вероятно, при наличие сахарного диабета 2 типа и/или нарушения почечной функции существует необходимость назначения пациентам более агрессивной терапии уже на начальных проявлениях МС с целью снижения рисков сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и частоты госпитализаций в будущем. С учетом возможного влияния хронического воспаления на более тяжелое течение МС активно изучается необходимость скрининговой оценки у пациентов уровня вч-СРБ и роль противовоспалительной терапии в лечение данного состояния.

Выводы

Фенотипы МС предопределяют у пациентов тяжесть клинических проявлений и исходы заболевания. «Худшие» фенотипы изначально требуют назначения высоких доз лекарственных препаратов и более агрессивной тактики ведения пациентов с целью снижения будущих рисков.

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ-КУЗБАСС НА ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ ГЕПАТИТА С У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ЯРАНСКИЙ В.С., ПИВОВАР О.И.
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

KEMEROVO REGION-KUZBASS ON THE PATH OF HEPATITIS C ELIMINATION IN ELDERLY PATIENTS

IARANSKII V.S., PIVOVAR O.I.
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Резюме. Течение хронического гепатита С (ХГС) у пациентов старше 60 лет осложняет полиморбидность, увеличивая риск развития фиброза и цирроза печени. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 73 пациентов с изучением особенностей течения ХГС и эффективности противовирусной терапии. Получена 100% эффективность лечения и статистически значимый регресс фиброза печени у 38,6% больных в катамнезе, что диктует необходимость раннего проведения терапии для предупреждения риска развития цирроза печени и увеличения продолжительности жизни.

Ключевые слова: хронический гепатит С, фиброз, цирроз, противовирусная терапия, полиморбидность.

Resume. The course of chronic hepatitis C in patients over 60 years of age complicates comorbidity, increasing the likelihood of fibrosis and cirrhosis. A retrospective analysis of the medical records of 73 patients was performed to study the features of the course of HCV and the effectiveness of antiviral therapy. A 100% efficacy of treatment and a statistically significant regression of liver fibrosis were obtained in 38,6% of patients with a history of catamnesis, which dictates the need for early therapy to prevent the risk of liver cirrhosis and increase life expectancy.

Keywords: chronic hepatitis C, fibrosis, cirrhosis, antiviral therapy, polymorbidity.

Введение

Хронический гепатит С (ХГС) остается медико-социальной проблемой, особенно актуальной для пациентов пожилого возраста, у которых наличие полиморбидности обуславливает быстрое прогрессирование фиброза и риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака. Цель исследования – оценить эффективность современной противовирусной терапии (ПВТ) и динамику фиброза печени в катамнезе у пациентов пожилого возраста с ХГС.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование включены 73 пациента старше 60 лет с ХГС (медиана 64 [61; 70], диапазон 60-84 года; 71,2% – женщины),

проходивших лечение на базе Кузбасской клинической инфекционной больницы в 2023-2025 гг. Основная сопутствующая патология: хронический гастрит (58,9%), гипертоническая болезнь (54,8%), жировая дегенерация печени (19,2%), сахарный диабет 2 типа (15,1%), гипотиреоз (16,4%). Статистический сравнительный анализ проведен в программной среде R версии 4.5.3.

Результаты и обсуждение

При генотипировании вируса у 64,4% пациентов зарегистрирован генотип 1, генотип 3 – у 21,9 % и у 12,3% – генотип 2. Гепатомегалия до ПВТ выявлена у 23 пациентов (31,5%); спленомегалия – у 11 (15,1%). Низкая степень активности трансаминаз **(**2-5 норм) определялась у 38 больных (52,1%), умеренная степень (5-10 норм) – у 4 (5,5%) и у 31 (42,5%) показатели были в норме. При оценке стадии фиброза (методом фиброэластометрии по шкале METAVIR) у большинства выявлены начальные стадии фиброза: F1 – 15 (20,5%) и F2 – 18 (24,7%). Отсутствие фиброза - у 16 человек (21,9%). Прогрессирующий фиброз (F3) – у 17 пациентов (23,3%) и F4 – у 7 (9,6%).

После ПВТ наблюдалось статистически значимое снижение частоты гепатомегалии с 31,5% (95% ДИ 21,1–43,4%) до 16,4% (95% ДИ 8,8–27,0%); точный критерий Мак-Нимара p=0,0034; достоверное снижение частоты цитолиза с 57,5% (95% ДИ 45,4-69,0%) до 15,1% (95% ДИ 7,8–25,4%); точный критерий Мак-Нимара p≤0,000023. После лечения минимальный цитолиз отмечался у 11 пациентов (15,1%). Частота спленомегалии снизилась с 15,1% (95% ДИ 7,8-25,4%) до 9,6% (95% ДИ 3,9-18,8%), но различие статистически незначимо; точный критерий Мак-Нимара p=0,125.

Конечной точкой было получение устойчивого вирусологического ответа (УВО) – авиремии через 12 недель после ПВТ. Генотип-специфичную схему (Гразопревир+Элбасвир) получили 32,9% больных с генотипом 1, F0-F2. Остальным назначены пангенотипные схемы на 8-12 недель (Софосбувир+Даклатасвир, Софосбувир+Велпатасвир, Глекапревир+Пибрентасвир). В 100% случаев после лечения был получен УВО. Через 6-12 месяцев после ПВТ наблюдался статистически значимый переход в более низкую стадию фиброза у 22 пациентов (38,6%; 95% ДИ 26,0-52,4%; p=0,000127) и увеличение пациентов с отсутствием фиброза в 1,8 раз (29 человек). Доля пациентов с F3 уменьшилась с 29,8% до 17,5%, но не достигла статистической значимости (p Холма=0,0625).

Выводы

Эффективность ПВТ у пациентов пожилого возраста с ХГС составила 100%, что свидетельствовало об элиминации вируса и способствовало достоверному регрессу фиброза печени у лиц, начавших терапию на доцирротической стадии. Эффективный опыт использования ПВТ у пожилых пациентов позволяет с надеждой смотреть на перспективу реализации плана эрадикации ХГС и активное долголетие.