



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

КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ: ВЗГЛЯД МОЛОДОГО ТЕРАПЕВТА



**Материалы II межрегиональной
научно-практической конференции молодых ученых
с международным участием**

Кемерово
25-26 ноября 2025 г.

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

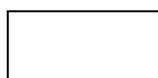
КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ: ВЗГЛЯД МОЛОДОГО ТЕРАПЕВТА

**Материалы II межрегиональной
научно-практической конференции молодых ученых
с международным участием**

Кемерово, 25-26 ноября 2025 г.

Кемерово

2025



УДК 616.1.9(082)

ББК 53/57z43

К 493

Клиническое мышление: взгляд молодого терапевта: материалы II межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием (Кемерово, 25-26 ноября 2025 г.) / отв. ред. Т. В. Протасова. – Кемерово: КемГМУ, 2025. – 53 с.

В сборнике представлены материалы II межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием, состоявшейся 25-26 ноября 2025 г в Кемеровском государственном медицинском университете. Участники конференции – ученые, преподаватели, клинические ординаторы, аспиранты и студенты вузов России и стран зарубежья, работы которых посвящены актуализации и систематизации знаний для успешного ведения пациентов с терапевтической патологией.

Редакционная коллегия выпуска:

д-р мед. наук Т. В. Пьянзова, канд. мед. наук М. В. Летаева, канд. мед. наук Т.В. Протасова, канд. мед. наук М.В. Королева, канд. мед. наук О.С. Малышенко, канд. мед. наук Ю.В. Аверкиева.

ISBN

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

	с.
АСКАРОВА Р.И.	
Оказание помощи больным с абдоминальным туберкулезом в условиях стационара	6
ВЕРЕТЕНОВ Д.Б., СКВОРЦОВ Д.О., GERMAHOBA A.E.	
Связь сна с патологиями сердечно-сосудистой системы у пациентов кардиологического профиля	8
ГРИШИНА Я.Д.	
Сочетание узелкового периартериита, хронической подагрической артропатии и геморрагического васкулита в анамнезе: клиническое наблюдение	10
ГРИШИНА Я.Д., НИГАМАДЬЯНОВА А.Г.	
Трудности постановки синдрома Чарджа-Стросса: путь от гастроэнтеролога и пульмонолога к ревматологу. Клиническое наблюдение	12
ДЕДКОВА М.Л., СТУПАРЕНКО А.К.	
Особенности ведения пациента с СЗ-гломерулопатией: клинический случай	14
ДОЛМАТОВА С.Е., ГОРБАТОВСКАЯ Е.Е.	
Оценка церамидного профиля периваскулярной жировой ткани пациентов с аортальным стенозом	16
ДОЧКИНА И.С.	
Оптимизация амбулаторной реабилитации пациентов после коронарного шунтирования	18
ДУЛЬКО О.С., БЕЛЮК К.С., ШАПЕЛЬ Т.М.	
Оценка терапевтических осложнений после трансплантации почки	20
ЕГОШИН Д. Е., ТОКАРЬ А. Е.	
Корреляция психоэмоционального состояния у больных с сахарным диабетом и хронической болезнью почек	22
ЖУРИН Н.В. ПЛОТНИКОВА Е.С.	
Множественные пороки развития кардиопульмональной системы	24
ИВАНОВ И.О.	
Клинико-биохимические особенности у больных хроническим бескаменным холециститом на фоне расстройства адаптации	26
КАЛМАКОВА А.В., УТКИНА Е.В.	
Клинический случай анемии Даймонда-Блекфена	28
КИРИЛЛОВА Е.В., ПЕТРОВА М.А.	
«Школы здоровья» глазами пациентов	30
КОСАЧЕВА А.С., РАШОЯН А.Г.	
Клинический случай выявления акромегалии	32
КРАВЦОВ И.М.	34

Гендерные особенности в развитии заболеваний ЖКТ	
КУДРИНА А.Л.	
Клинический случай среднетяжелой атаки язвенного колита	36
ЛОБУР А.М.	
Оценка рисков при предиабете: роль клинико-лабораторных показателей в алгоритмах ранней диагностики	38
ПОПОВА Е.С.	
Триггерные факторы реактивации НВV-инфекции (клинический случай)	40
ПРОТАСОВА М.В.	
Информированность пациентов об остеоартрите коленного сустава	42
РАХИМОВ А.К., АСКАРОВА Р.И.	
Туберкулез у детей в практике врача	44
РАШОЯН А.Г., КОСАЧЕВА А.С.	
Анализ содержания витамина D в крови обследованной группы лиц трудоспособного возраста г. Кемерово	46
СКРИПКО В. А.	
Пролактинома: клинический случай	48
ЦЫГАНКОВА А.И.	
Клинический случай нефротического синдрома с многократными рецидивами в анамнезе	50
ЯРАНСКИЙ В. С., НЕВЕРОВА Е. А.	
Оценка психосоматического статуса у пациентов с ХОБЛ	52

АСКАРОВА Р.И.
**ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АБДОМИНАЛЬНЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**
*Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии Ургенчского
государственного медицинского института, г. Ургенч, Узбекистан*

ASKAROVA R.I.
**PROVIDING CARE TO PATIENTS WITH ABDOMINAL TUBERCULOSIS
IN A HOSPITAL SETTING**
*Department of Infectious Diseases, Epidemiology, and Phthisiology, Urgench State Medical
Institute, Urgench, Uzbekistan*

Аннотация. Абдоминальный туберкулез – тяжелая патология. При абдоминальном туберкулезе необходима комплексная помощь, включающая химиотерапию, а также хирургическое вмешательство, патогенетическое и коллапсотерапию. Диагностика основывается на высокой настороженности, которая может включать колоноскопию или диагностическую лапароскопию для взятия биопсии или жидкости из брюшной полости.

Ключевые слова: туберкулез, абдоминальный туберкулез, стационар, палочка Коха,

Abstract. Abdominal tuberculosis is a severe pathology. Comprehensive care is required for abdominal tuberculosis. This includes chemotherapy, surgical intervention, pathogenetic therapy, and collapse therapy. Diagnosis is based on a high index of suspicion, which may include colonoscopy or diagnostic laparoscopy to obtain a biopsy or fluid sample from the abdominal cavity.

Keywords: tuberculosis, abdominal tuberculosis, hospital, Koch's bacillus.

Введение. Абдоминальный туберкулез по сравнению с легочным встречается относительно редко. Желудочно-кишечная форма составляет до 2.5% внелегочных случаев туберкулеза. Ранняя диагностика остается сложной из-за неспецифических клинических проявлений туберкулеза, которые могут имитировать другие заболевания желудочно-кишечного тракта и могут варьировать от острой до хронической картины в регионах, эндемичных по туберкулезу. ВИЧ-инфекция представляет собой главный фактор риска развития туберкулеза, и перитонеальный туберкулез становится настоящим вызовом медикам у иммунокомпрометированных пациентов за счет своих скрытых и неспецифических симптомов. Абдоминальный туберкулез у больных проявляется неспецифическими симптомами, такими как боли в животе, вздутие, потеря веса и аппетита, а также диарея или запоры. Может возникать лихорадка, ночная потливость и слабость. При возникновении осложнений (перфорация, непроходимость, свищи) необходимо хирургическое вмешательство.

Цель исследования: вовремя поставить диагноз больным с абдоминальным туберкулезом. Исследования проводились в Хорезмском

областном противотуберкулезном диспансере. Летальность при несвоевременно диагностированном абдоминальном туберкулезе достигает 86%.

Материал и методы исследования: представлено клиническое наблюдение выявления абдоминального туберкулеза у женщины, направленной на лечение с болью в животе и подозрением на нагноившуюся кисту. Выполнена лапароскопия, заподозрен абдоминальный туберкулез. Операционный материал был подвергнут молекулярно-генетическому и патоморфологическому исследованию.

Результаты и обсуждение. Женщина, 33 года, была госпитализирована в урологическое отделение противотуберкулезного диспансера с жалобами на боль во всех отделах живота, больше в околопупочной области, повышение температуры до 38,50 С. Боль и дискомфорт появились за 1 неделю до обращения. Из анамнеза известно, что пациентке проводилась антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции, был кратковременный контакт с больным открытой формой туберкулеза легких. При мультиспиральной компьютерной томографии – признаки кисты с наличием выпота в брюшной полости. Определены консилиумом показания для выполнения диагностической лапароскопии, при которой обнаружены просовидные высыпания на париетальной и висцеральной брюшине, заподозрен туберкулез, выполнена биопсия брюшины и забор жидкости для исследования методом ПЦР на туберкулез. Оба исследования подтвердили заболевание. Основой ранней диагностики является высокая степень настороженности в отношении туберкулеза. Особенностью данного случая было то, что в лечении принимал участие врач, знакомый со свойством туберкулеза маскироваться под неспецифическими проявлениями. Высокая настороженность в отношении туберкулеза была решающей в определении показаний к диагностической лапароскопии и забору материала для гистологического и молекулярно-генетического исследования, что позволило незамедлительно установить верный диагноз и направить пациентку в противотуберкулезный диспансер для дальнейшего лечения.

Выводы. Представленный случай демонстрирует скудность симптоматики и сложность диагностики абдоминальных форм туберкулёза в отсутствии настороженности врачей общего профиля к проблеме туберкулёза, как инфекционного заболевания с поражением всех органов и систем.

ВЕРЕТЕНОВ Д.Б., СКВОРЦОВ Д.О., ГЕРМАНОВА А.Е.
**СВЯЗЬ СНА С ПАТОЛОГИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**
*Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Кемеровского
государственного медицинского университета, г. Кемерово, Россия*
Научный руководитель – академик РАН, д.м.н., профессор Барбараш О.Л.

VERETENOV D.B., SKVORTSOV D.O., GERMANOVA A.E.
**THE RELATIONSHIP OF SLEEP WITH PATHOLOGIES OF THE
CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH A CARDIOLOGICAL
PROFILE**

*Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Kemerovo State Medical
University, Kemerovo, Russia*

Scientific supervisor – Academician of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Barbarash O.L.

Аннотация. Одним из факторов сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является обструктивное апноэ во сне, что связано с гипоксическими проявлениями и вегетативной регуляцией работы сердца. А так же влияние сна на гормональный фон человека, с опосредованным влиянием на работу сердечной мышцы.

Ключевые слова: Обструктивное апноэ во сне, сердечно-сосудистые заболевания, инсомния, инфаркт миокарда, ожирение, продолжительность сна, нарушение сна.

Abstract. One of the factors of cardiovascular diseases (CVD) is obstructive sleep apnea, which is associated with hypoxic manifestations and autonomic regulation of the heart. As well as the effect of sleep on the hormonal background of a person, with an indirect effect on the work of the heart muscle.

Keywords: Obstructive sleep apnea, cardiovascular diseases, insomnia, myocardial infarction, obesity, sleep duration, sleep disorders.

Введение. В последние десятилетия фокус внимания ученых по всему миру нацелен на изучение и лечение синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Связано такое внимание с тем, что, по данным литературы, распространенность СОАС достигает 9% среди женщин и 24% среди мужчин в возрасте 30-60 лет, с возрастом увеличивается - 56% женщин и 70% мужчин в возрасте старше 65 лет. В наше время СОАС считается модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых патологий.

Цель исследования: выявить распространенность нарушений сна у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования: было проведено анкетирование на базе Клинического Кардиологического диспансера имени академика Л.С. Барбараша, г. Кемерово. В процессе сбора данных пациентов оценивалось качество их сна, выявлялись проблемы, связанных с последним, у пациентов

до и после лечения. В исследовании приняли участие 32 пациента, принимающие базовую терапию. Из них 9 (28%) женщин и 23 (72%) мужчин. Опрос включал информацию трех тестов, оцениваемых сон: «stop bang», Питтсбургский опросник, шкала сонливости (Эпворт).

Результаты и обсуждение. После анализа данных мы выявили следующую тенденцию. По опроснику «stop bang» - 21 пациентов (66%) имеют высокий риск СОАС и высокий риск развития патологии сердечно-сосудистой системы (ССС); 8 пациентов (25%) имеют средний риск СОАС и развития патологии ССС; 3 пациента (9%) имеют низкий риск.

По Питтсбургскому опроснику 16 пациентов (50%) отмечают низкое качество своего сна; 11 пациентов (34%) имеют сон среднего качества; 5 пациентов (16%) оценивают свой сон удовлетворительным.

По Шкале сонливости 17 пациентов (53%) имеют сильную сонливость вне зависимости от времени суток, места; 9 пациентов (28%) имеют среднюю степень сонливости в половине дня; 6 пациентов (19%) имеют низкую сонливость.

Основной интерес привлекли 16 пациентов, удовлетворенных качеством сна. Результаты первой группы показали, что люди, удовлетворенные качеством сна, имели аналогичное количество ИМ, 9 зарегистрированных случаев (56%), 8 пациентов (50%) отмечают повышенную дневную сонливость, 5 (31%) умеренную дневную сонливость и 5 (31%) с низкой дневной сонливостью. Высокий риск возникновения СОАС имеют 8 опрошенных (50%), средний риск 5 (31%) и лишь 3 пациента (19%) имеют низкий риск развития СОАС.

Выводы. Многие исследования отражают всю критичность клинически не проявляющегося и долго не диагностируемого СОАС. На протяжении длительного времени это состояние протекает латентно, что приводит к хроническим изменениям метаболизма, как итог осложняющимся инфарктом миокарда, ОНМК и другим кардиоваскулярными патологиям.

ГРИШИНА Я. Д.
**СОЧЕТАНИЕ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА, ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОДАГРИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО
ВАСКУЛИТА В АНАМНЕЗЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Казанский государственный медицинский университет, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров М.А.

GRISHINA Y. D.
**COMBINATION OF NODULAR POLYARTERITIS, CHRONIC GOUTY
ARTHROPATHY, HEMORRHAGIC VASCULITIS IN THE ANAMNESIS: A
CLINICAL CASE REPORT**

Kazan State Medical University, Russia
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Makarov M.A.

Аннотация. Клинический случай демонстрирует сочетание узелкового периартериита (УП), подагрической артропатии и геморрагического васкулита в анамнезе у мужчины 49 лет. Пациент имеет развернутую картину УП с поражением нервной системы, почек, сердца и глаз. Данное наблюдение подчеркивает сложность диагностики и необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с коморбидностью.

Ключевые слова: узелковый периартериит, геморрагический васкулит, подагрическая артропатия, полинейропатия.

Abstract. A clinical case demonstrates the combination of polyarteritis nodosa (PAN), gouty arthropathy, and Henoch-Schönlein purpura in the anamnases in a 49-year-old man. The patient presents a widespread picture of PAN with involvement of the nervous system, kidneys, heart and eyes. This observation highlights the complexity of diagnosis and the necessity of a multidisciplinary approach to managing patients with combined pathology.

Keywords: polyarteritis nodosa, Henoch-Schönlein purpura, gouty arthropathy, polyneuropathy.

Введение. В России распространённость узелкового периартериита (УП) – 4,6 на 1 млн. населения. Смертность от тяжёлого УП составляет 40% в течение 5 лет. Сочетание УП с другими патологиями представляет собой сложную диагностическую задачу.

Цель исследования: на основании клинического наблюдения описать клинический случай длительного течения УП с подагрической артропатией и геморрагическим васкулитом в анамнезе.

Материалы и методы исследования: сбор анамнеза, осмотр пациента, лабораторно-инструментальные исследования и анализ литературы по данной теме.

Результаты и обсуждение. У пациента – полиневрит, острый миокардит и синусовая аритмия в анамнезе, множественные кисты почек, амиотрофия, поражение органов зрения в анамнезе. Данные физикального обследования:

кожные покровы бледные, с гиперемией, высыпаний на коже нет. Обоснование диагноза: у пациента 4 критерия узелкового периартериита (Lightfoot R.W. et al., 1990) при необходимых для диагноза 3-х.

Пациент С. И. М., 49 лет, поступил 05.09.2025 с жалобами на слабость, утомляемость, снижение чувствительности в верхних и нижних конечностях (больше в левой руке), ограничение движений в пальцах стоп, левом коленном суставе. Отмечались повышение САД до 220 мм рт. ст., давящие боли в висках, учащённое сердцебиение, прогрессирующее снижение остроты зрения, боли в коленных суставах в утренние часы в покое, припухание и гиперемия пальцев стоп, зябкость кистей и стоп. Похудел на 15 кг за 6 месяцев. В анамнезе в детстве был выставлен диагноз «геморрагический васкулит». В 1998 г. – нейропатия локтевого нерва справа. В 1999 г. был поставлен диагноз «хронический пиелонефрит, острый миокардит». Сохранялись общая слабость, одышка, учащённое сердцебиение, лихорадка до 38-39°C, слабость в правой руке и ноге. Осмотрен офтальмологом, был поставлен диагноз «ретинопатия». В 1999 г. был установлен диагноз «УП, хроническое рецидивирующее течение, с поражением сосудов головного мозга, микроретиноваскулит обоих глаз, коронарных сосудов, сосудов почек и конечностей», «артериальная гипертензия». Первоначально был назначен преднизолон в дозе 55 мг в сутки на 10 дней, циклофосфан, каптоприл, анаприлин. По данным УЗИ – кисты почек. В ноябре 2021 г. поставлен диагноз «подагрический артрит». Направлен к ревматологу. По анализам: мочевая кислота 587 мкмоль/л. Назначен аллопуринол. В декабре 2021 г. нефрологом поставлен «хронический гломерулонефрит, латентная форма».

Выводы. УП — редкое системное аутоиммунное заболевание с тяжёлым прогнозом и высокой смертностью, особенно при поздней диагностике. Наличие УП, других иммуноопосредованных заболеваний (геморрагический васкулит) в анамнезе и наличие метаболических нарушений (подагра), как на примере данного клинического случая, относительно редко встречается в практике врача-ревматолога и может усложнять клиническую картину и менять тактику лечения.

ГРИШИНА Я.Д., НИГАМАДЬЯНОВА А.Г.
**ТРУДНОСТИ ПОСТАНОВКИ СИНДРОМА ЧАРДЖА-СТРОССА: ПУТЬ
ОТ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА И ПУЛЬМОНОЛОГА К РЕВМАТОЛОГУ.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Казанский государственный медицинский университет, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Бомбина Л.К.

GRISHINA Y.D., NIGAMADYANOVA A.G.
**DIFFICULTIES IN DIAGNOSING CHARGE-STROESS SYNDROME: THE
PATH FROM GASTROENTEROLOGIST AND PULMONOLOGIST TO
RHEUMATOLOGIST. A CLINICAL CASE REPORT**

Kazan State Medical University, Russia
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Bombina L.K.

Аннотация. Клинический случай демонстрирует трудности постановки диагноза «синдром Чарджа-Стросса (СЧС)». У пациента дебют заболевания начался в 2022 г. с бронхиальной астмы (БА), в июне 2025 года присоединился диарейный синдром, в июле – «стреляющие» боли в ногах, сыпь на голених, отеки нижней трети голених и стоп. В сентябре 2025 г. выставлен диагноз СЧС.

Ключевые слова: синдром Чарджа-Стросса, бронхиальная астма, диарейный синдром, гиперэозинофильный синдром, полинейропатия.

Abstract. The clinical case demonstrates the difficulties in diagnosing Churg-Strauss syndrome (CSS). In patient N.S.G., the disease onset began in 2022 with bronchial asthma, followed by the addition of diarrheal syndrome in June 2025, and in July - by shooting pains in the legs, a rash on the shins, and edema of the lower third of the legs. The diagnosis of CSS was established in September, 2025.

Keywords: Churg-Strauss syndrome, bronchial asthma, diarrheal syndrome, hypereosinophilic syndrome, polyneuropathy.

Введение. СЧС — эозинофильное, гранулематозное воспаление респираторного тракта с некротизирующим васкулитом, поражающим сосуды мелкого и среднего калибра, часто сочетающееся с БА. В связи с редкой встречаемостью (всего 2,4 случая на 1 миллион) и полиорганным поражением, постановка диагноза представляет собой трудную диагностическую задачу.

Цель исследования: изучить сложность постановки диагноза СЧС на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования: сбор анамнеза, осмотр пациента, лабораторно-инструментальные исследования и анализ литературы по данной теме.

Результаты и обсуждение. Заключительный диагноз: эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черджа-Стросс), впервые выявленный, BVAS 11 баллов, с поражением органов дыхания (бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести, неконтролируемая, ДН1), нервной системы (полиневропатия, сенсорная форма, дистальный тип), пищеварительный

системы (эозинофильный гастроэнтерит), гиперэозинофилия, АНЦА-негативность. Лимфоаденопатия брюшной полости.

У пациента Н. С. Г., 59 лет, БА с 2022 г. 02.2025 г. появились жалобы на снижение массы тела, 06.2025 присоединились боли в эпигастрии, жидкий зеленый водянистый стул до 10-12 раз в сутки, рвота. ФГДС от 03.07 2025 г. – эрозивный гастрит. 13.07.2025 по неотложным показаниям поступил в стационар, где была выполнена лапаротомия: мезаденит брыжейки, энтерит, хилезный выпот, серозно-гнойный перитонит. РКТ ОБП от 05.08.2025 г: РКТ-признаки мезентериальной лимфоаденопатии. РКТ ОГК от 05.08.25: участки пневмофиброза в базальных отделах. 07.2025 появились “стреляющие” боли в ногах, отеки стоп, принимал самостоятельно дексаметазон с положительным эффектом. 05.09.2025 поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на снижение массы тела, “стреляющие” боли и отеки в нижних конечностях постоянного характера, петехиальные высыпания на голенях, кашицеобразный стул 2-3 раза в сутки малыми порциями без патологических примесей. По анализам: лейкоциты 12,8 на 10^9 /л, эозинофилы 38,1%, СОЭ 46 мм/ч, СРБ 22,3 мг/л, альбумин 42,8%, γ -глобулины 26.3%, РФ 255 МЕ/мл, ЦИК 255 у.е., ОАМ – белок 0,3 г/л. Была проведена инфузия преднизолона 90 мг, затем 120 мг в/в с положительным эффектом. 11.09.2025 пациент был переведен в отделение ревматологии. Объективный осмотр: кожные покрыты сыпью ярко-красного цвета, сливного характера на коже голеней. Отек стоп, нижней трети голеней. 15.09.25 невролог выявил полиневропатию.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует диагностические сложности постановка диагноза синдрома Чарджа-Стросса. В связи с редкой частотой встречаемости патологии и полиорганностью поражения постановка диагноза представляет собой сложную задачу.

ДЕДКОВА М.Л., СТУПАРЕНКО А.К.
**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С С3-ГЛОМЕРУЛОПАТИЕЙ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора
В.В Сырнева Кемеровского государственного медицинского университета,
г. Кемерово, Россия*

Научный руководитель – ассистент Чеснокова Л.Д.

DEDKOVA M.L., STUPARENKO A.K.
**FEATURES OF PATIENT WITH C3-GLOMERULOPATHY
(CLINICAL CASE)**

*Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor
V.V. Syrnev Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific supervisor – assistant Chesnokova L.D*

Аннотация. В статье представлен клинический случай мезангиопролиферативного гломерулонефрита с фокальным глобальным и сегментарным гломерулосклерозом и преимущественным отложением С3 фрагмента комплемента. Обозначены трудности в лечении для достижения стойкой ремиссии. Проанализирована последовательность подбора оптимальной терапии.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, С3-гломерулопатия, иммуносупрессивная терапия, аллотрансплантация почки.

Abstract. This article presents a clinical case of mesangioproliferative glomerulonephritis with focal global and segmental glomerulosclerosis and predominant deposition Complement component 3. Difficulties in treatment and achieving sustained remission are outlined. The process of selecting optimal therapy is analyzed.

Keywords: chronic glomerulonephritis, C3-glomerulopathy, immunosuppressive therapy, kidney transplantation, nephrotic syndrome,

Введение. С3-гломерулопатия (С3-ГП) представляет вариант тяжелого комплемент-опосредованного поражения клубочков разной этиологии с неблагоприятным ренальным прогнозом, требующего своевременной диагностики экспертного уровня и терапии, направленной на достижение ремиссии заболевания для улучшения исходов. Со временем С3-гломерулопатия может привести к необратимому повреждению почек и пересадка почки является единственным вариантом лечения.

Цель исследования: проанализировать исходы С3-ГП и определить поиск оптимальной терапии

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ истории болезни пациента С., 20 лет, проходившего обследование и лечение в отделении нефрологии и диализа ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева в период с января 2025 года по октябрь 2025 года.

Результаты и обсуждение. У пациента С. в 16 лет во время предоперационной подготовки к аппендэктомии выявлен белок в моче. Отмечал периодически темную мочу.

При прохождении медкомиссии в военкомате белок в моче сохранялся. Призван на службу. В военной части от 07.2024г. в ОАМ: эритроциты 5-6 в п/зр, белок 1 г/л, креатинин крови 169,5 мкмоль/л, общий белок 62,3 г/л, мочевины 8,26ммоль/л, суточная протеинурия 1,69 г., СКФ 44 мл/мин. Предварительный диагноз ХГН, изолированный мочевого синдром. В сентябре направлен на ВВК для определения категории годности к службе: креатинин крови 150 мкмоль/л, мочевины 11,1ммоль/л, калий 4,3ммоль/л, суточная протеинурия 0,71г/л, эритроциты 15-25 в п/зр. УЗИ почек: ПП 105*48*22, ЛП 101*43*22. Выполнена пункционная биопсия почки: в препарате 19 клубочков, 5 из них полностью склерозированы. С3-мезангий+++ . Заключение: мезангиопролиферативный гломерулонефрит с фокальным глобальным и сегментарным гломерулосклерозом и преимущественным отложением С3 фрагмента комплемента. Интерстициальный фиброз и атрофия канальцев первой степени. Иммунохимическое исследование сыворотки крови и мочи: повышен уровень поликлонального иммуноглобулина А. Концентрация других иммуноглобулинов в норме. В сыворотке повышено содержание каппа- и ламбда СЛЦ, следовая клубочковая протеинурия. Моноклональной секреции не выявлено. Активность металлопротеиназы ADAMTS-13 56%. Исключены системные заболевания. Назначена нефропротективная терапия (лизиноприл 5 мг внутрь). Комиссован в декабре 2024г. Январь 2025г - появление отеков на лице, диуреза до 150 мл/сут, АД 150/100 мм рт.ст. При госпитализации СКФ 11,0 мл/мин, в моче эритроциты 40-45 в п/зр, белок 0,18г/л, креатинин 650 мкмоль/л, мочевины 13,4 ммоль/л, калий 6 ммоль/л. Введен в диализ. В феврале 2025г проведена ТМК с ФГБУ "НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова" Рекомендовано: пульс терапия метилпреднизолоном 0,5 г №3 в/в капельно, далее преднизолон 40 мг внутрь. Эффект не получен, нарастание азотемии (Сг 735 мкмоль/л, мочевины 16,7 ммоль/л, Нб 96г/л.), продолжить диализ, включен в лист ожидания АТП. 23.09.25 выполнена АТП. ИСТ: такролимус 7 мг/сут., микофеноловая кислота 360 мг 2 р/сут., Преднизолон 20 мг 1 р/сут. Получен результат: восстановление диуреза, мочевины 8,2ммоль/л, креатинин крови 141 мкмоль/л, Нб 110 г/л, СКФ (СКД-ЕРІ) – 61 мл/мин.

Выводы. Своевременная персонифицированная диагностики и проведение АТП позволили улучшить исход заболевания и сохранить жизнь.

ДОЛМАТОВА С.Е., ГОРБАТОВСКАЯ Е.Е.
**ОЦЕНКА ЦЕРАМИДНОГО ПРОФИЛЯ ПЕРИВАСКУЛЯРНОЙ
ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ**

Кемеровский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

DOLMATOVA S.E., GORBATOVSKAYA E.E.
**ASSESSMENT OF THE CERAMIDE PROFILE OF PERIVASCULAR
ADIPOSE TISSUE IN PATIENTS WITH AORTIC STENOSIS**

Kemerovo State Medical University, Scientific Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

Аннотация. Липидомический анализ периваскулярной (ПВЖТ), эпикардиальной (ЭЖТ) и подкожной жировой ткани (ПЖТ) при аортальном стенозе (АС) и коронарном атеросклерозе (КА) выявил депо-специфичные особенности керамидных профилей. При АС в ПВЖТ преобладали кардионегативные керамиды, а при КА в ЭЖТ – их накопление на фоне снижения кардиопротективных. Это указывает на потенциальную роль керамидного профиля ПВЖТ в качестве биомаркера риска АС

Ключевые слова: керамиды, периваскулярная жировая ткань, аортальный стеноз, коронарный атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания.

Abstract. Lipidomic analysis of perivascular (PVAT), epicardial (EAT) and subcutaneous adipose tissue (SAT) in patients with aortic stenosis (AS) and coronary atherosclerosis (CA) revealed depot-specific features of ceramide profiles. With AS, cardionegative ceramides prevailed in PVAT, and with CA in EAT, their accumulation was accompanied by a decrease in cardioprotective properties. This indicates the potential role of the ceramide profile of PVAT as a biomarker of AS risk

Keywords: ceramides, perivascular adipose tissue, aortic stenosis, coronary atherosclerosis, cardiovascular diseases

Введение. Аортальный стеноз (АС) — распространенное сердечно-сосудистое заболевание, в патогенезе которого ключевую роль играют нарушения липидного метаболизма в периваскулярной жировой ткани (ПВЖТ). Целью данного исследования является сравнительный анализ керамидного профиля ПВЖТ, эпикардиальной (ЭЖТ) и подкожной (ПЖТ) жировой ткани (ЖТ) у пациентов с АС и коронарным атеросклерозом (КА) без АС для выявления депо-специфичных особенностей, что позволит определить потенциальные биомаркеры риска, связанные с этим заболеванием.

Цель исследования: оценить керамидный профиль периваскулярной жировой ткани у пациентов с аортальным стенозом.

Материалы и методы исследования: одноцентровое проспективное исследование включало 30 пациентов с тяжелым АС и 30 - с КА без АС. Во время операций забирались образцы ПВЖТ, ЭЖТ и ПЖТ, которые немедленно

подвергались криоконсервации в жидком азоте. Церамидный профиль определялся методом хромато-масс-спектрометрии с количественной оценкой с использованием стандартов. Статистический анализ проводился в GraphPad Prism 8.

Результаты и обсуждение. В ЖТ, вне зависимости от локализации, был обнаружен широкий спектр церамидов, включающий церамиды с различной длиной цепи (C14-C26) и степенью ненасыщенности. ПВЖТ при аортальном стенозе: наблюдается дисбаланс церамидного профиля, характеризующийся более интенсивным накоплением кардионегативных церамидов (Cer16:0, Cer18:0, Cer24:1) по сравнению с ЭЖТ и ПЖТ. ЭЖТ при коронарном атеросклерозе: отмечается накопление кардионегативных церамидов (Cer16:0, Cer18:0, Cer24:1) на фоне снижения уровня кардиопротективного церамида Cer24:0.

Выявлены депо-специфичные различия церамидных профилей в ЖТ пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. В частности, накопление кардионегативных церамидов в ПВЖТ при АС и в ЭЖТ при КА может отражать различные механизмы прогрессирования этих заболеваний, связанные с дисбалансом между неблагоприятным воздействием длинноцепочечных (C14-C22) и кардиопротективными свойствами очень длинноцепочечных (C23-C26) церамидов, что способствует развитию сердечной недостаточности и других осложнений.

Выводы. Наши результаты показывают, что ПВЖТ при АС характеризуется уникальным церамидным профилем с преобладанием кардионегативных церамидов, что может играть ключевую роль в патогенезе АС и развитии сердечной недостаточности. Это позволяет рассматривать церамиды ПВЖТ как потенциальные биомаркеры риска и мишени для терапии АС. Необходимы дальнейшие исследования с использованием более крупных когорт пациентов, включая оценку долгосрочных клинических исходов, для подтверждения полученных результатов и оценки прогностической ценности церамидного профиля ПВЖТ для стратификации риска и разработки новых терапевтических стратегий при АС.

ДОЧКИНА И.С.
**ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

*Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к.м.н., доцент Зверева Т.Н.

DOCHKINA I.S.
**OPTIMIZATION OF OUTPATIENT REHABILITATION OF PATIENTS
AFTER CORONARY BYPASS SURGERY**

*Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Zvereva T.N.

Аннотация. В работе описывается изучение реабилитационного процесса у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию. Исследование показало высокую эффективность проведенных вмешательств, как сразу в послеоперационном периоде, так и через 3 месяца реабилитации. Рекомендовано продолжение разработки и внедрения программ реабилитации, нацеленных на укрепление приверженности пациентов к оздоровительному поведению.

Ключевые слова: анкетирование, коронарное шунтирование, питание, реабилитация, амбулаторный этап, послеоперационный период.

Abstract. The paper describes the study of the rehabilitation process in patients undergoing coronary bypass surgery. The study showed the high effectiveness of the interventions performed, both immediately in the postoperative period and after 3 months of rehabilitation measures. It is recommended to continue developing and implementing rehabilitation programs aimed at strengthening patients' commitment to wellness behavior.

Keywords: questionnaires, coronary bypass surgery, nutrition, rehabilitation, outpatient stage, postoperative period.

Введение. Коронарное шунтирование восстанавливает нормальный кровоток в миокарде путем создания обходных путей в обход суженных участков коронарных артерий. Данная операция проводится для полной реваскуляризации миокарда и делается по медицинским показаниям. Ключевую роль играет реабилитация, включая физическую активность и психологическую поддержку, способствующие улучшению качества жизни и снижению рецидива сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценка реабилитации пациентов после коронарного шунтирования в стационаре и на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования: проведен систематический обзор актуальной медицинской литературы в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, и eLibrary.ru за период с 2010 по 2020 гг. Реализовано анонимное

анкетирование 45 пациентов (13 женщин и 32 мужчин), находящихся на первом этапе реабилитации после хирургического вмешательства и через 3 месяца восстановительного периода на амбулаторном этапе. Средний возраст 59 ± 7 лет.

Результаты и обсуждение. Из 45 исследуемых пациентов 37 (68%) отмечали боль в груди и одышку до операции, что указывало на серьезное поражение сердца. Остальные 8 (32%) обратились на основе профилактических осмотров без ярко выраженной симптоматики. Преобладающими диагнозами были перенесённый инфаркт миокарда 11 человек (24%) и у 28 (62%) - инсульт. Это подчеркивает важность комплексного обследования и последующего наблюдения за такими пациентами. Перед проведением операции практически все пациенты получали медикаментозную терапию, причем 40 пациентов (90%) использовали стандартизированную схему ABCD. В случае купирования приступов стенокардии, которые наблюдались у 7 (15,6%) пациентов, периодически использовался нитроглицерин. Физическая активность до операции играла значимую роль в жизни пациентов, причём 34 человека (75%) активно занимались пешими прогулками, велоспортом либо выполняли бытовые обязанности. Важным моментом стали осложнения в раннем послеоперационном периоде: 6 (13%) имели легкие осложнения (аллергия), 3 (6,7%) — тяжелые (гемоперикард), потребовавшие повторной госпитализации. Эмоциональное самочувствие сохранялось высоким (8,5 балла из 10), 80% пациентов настроены вернуться к повседневной активности. У половины пациентов возникли трудности с переходом на рекомендованную диету после отсутствия ранее диетических ограничений. Изменение аппетита различалось: треть отмечала повышение, треть снижение, остальные остались стабильны. Наибольшее внимание в реабилитации привлекли программы физической подготовки и обучение принципам здорового образа жизни. Спустя три месяца опрос проведен среди 38 пациентов (85%): у 78% симптомы отсутствовали, у остальных небольшие проявления сохраняются. 85% продолжают лечение, 15% иногда пропускают прием препаратов. Оптимальная активность доступна 70%, другим мешает возрастная слабость и сопутствующие болезни. Средний уровень удовлетворенности жизнью — 9,3 балла из 10, пациенты довольны операцией и чувствуют себя спокойнее. Правильное питание соблюдают 45%, 35% испытывают трудности, у 20% минимальны отклонения. Полностью вернулись к работе 65%, временно нетрудоспособны 10%.

Выводы. Исследование показало высокую эффективность реабилитационных мероприятий: у большинства пациентов уменьшились проявления ИБС, улучшилось самочувствие и качество жизни, однако программа реабилитации требует дальнейшего улучшения для повышения приверженности пациентов здоровому образу жизни.

ДУЛЬКО О.С.¹, БЕЛЮК К.С.¹, ШАПЕЛЬ Т.М.²
**ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская университетская клиника», г. Гродно, Беларусь²*

DULKO O.S.¹, BELYUK K.S.¹, SHAPEL T.M.²
**EVALUATION OF THERAPEUTIC COMPLICATIONS DEVELOPING
AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION**

*Grodno State Medical University¹,
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus²*

Аннотация. Трансплантация почки сопряжена с развитием инфекционных, онкологических, сосудистых и других осложнений. Терапевтические осложнения выявлены у 69 (24,04%) человек, преимущественно отторжение почечного трансплантата 23 (8,01%). Инфекционные осложнения выявлены у 172 (59,93%) пациентов.

Ключевые слова: трансплантация почки, терапевтические осложнения, инфекционные осложнения, COVID-19, отторжение трансплантата

Abstract. Kidney transplantation is associated with the development of infectious, oncological, vascular, and other complications. Therapeutic complications were identified in 69 patients (24.04%), primarily kidney graft rejection (23 cases, 8.01%). Infectious complications were identified in 172 patients (59.93%).

Keywords: kidney transplant, therapeutic complications, infectious complications, COVID-19, transplant rejection

Введение. Трансплантация почки на сегодняшний момент является методом выбора в лечении терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП). Несмотря на свои достоинства, она всё же сопряжена с высоким риском развития различных терапевтических осложнений и, в первую очередь, инфекционных. Последние связаны с приёмом иммуносупрессивных препаратов для предотвращения отторжения донорского трансплантата, чего, однако, довольно часто не удается избежать.

Цель исследования: оценить распространенность терапевтических осложнений после гетеротопической трансплантации трупной почки.

Материалы и методы исследования: проведен анализ развития терапевтических осложнений у 287 пациентов после гетеротопической трансплантации трупной почки на базе УЗ «Гродненская университетская клиника» (за 10-летний период). В 171 (59,6%) случае реципиентами почечного трансплантата были мужчины, а в 116 (40,4%) – женщины. Возраст пациентов варьировал от 18 до 74 лет (средний возраст – 45,66 ± 11,6 года).

Результаты и обсуждение. Терапевтические осложнения в раннем послеоперационном периоде были выявлены у 69 (24,04%) пациентов. Наиболее часто встречалось отторжение почечного трансплантата – 23 (8,01%)

эпизода. Несколько реже наблюдалась замедленная функция почечного трансплантата - 9 (3,14%); артериальная гипертензия возникла у 8 (2,79%); сахарный диабет de novo – у 7 (2,44%); у 6 (2,09%) реципиентов было обнаружено стероидрезистентное отторжение почечного трансплантата; диспепсия, диарея, рвота отмечены у 7 (2,44%), 5 (1,74%) и 2 (0,7%) человек соответственно. У подавляющей части пациентов 218 (75,96%) терапевтических осложнений выявлено не было.

В позднем послеоперационном периоде у 269 (93,73%) наблюдались разнообразные инфекционные осложнения, преимущественно вирусной этиологии. У 172 (59,93%) пациентов была выявлена Covid-19 инфекция; у 34 (11,85%) – инфекция мочевыводящих путей; легочные инфекции – 19 (6,62%); сепсис – 6 (2,09%); диализный перитонит – 3(1,05%); раневая инфекция – 5 (1,74%) ; полиомавирусная и ЦМВ(цитомегаловирусная)-инфекция обнаружены в 3 (1,05%) и 27 (9,41%) наблюдениях соответственно.

Выводы. В раннем послеоперационном периоде наибольшей проблемой остается отторжение почечного трансплантата (8,01%) и его замедленная функция (3,14%). В более позднем периоде преобладали инфекционные осложнения, большая часть которых была обусловлена пандемией Covid-19 (59,93%). Довольно часто встречались также ЦМВ-инфекция (9,41%) и инфекция мочевыводящих путей (11,85%). Полученные нами данные соответствуют средним мировым показателям.

ЕГОШИН Д. Е., ТОКАРЬ А. Е.
**КОРРЕЛЯЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У
БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

*Кафедра факультетской терапии и профпатологии имени профессора
В. В. Сырнева Кемеровского государственного медицинского университета,
г. Кемерово, Россия*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Павлова В.Ю.

EGOSHIN D. E., TOKAR A. E.
**CORRELATION OF PSYCHOEMOTIONAL STATE IN PATIENTS WITH
DIABETES MELLITUS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE**

*Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor
V. V. Syrnev Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific supervisor – Ph.D., Associate Professor Pavlova V.Y.*

Аннотация. Различные нарушения психосоматического статуса имеют широкую распространенность среди пациентов с заболеванием почек, что подтверждается проведенным нами опросом среди пациентов нефрологического отделения Кузбасской областной клинической больницы им. С. В. Беляева г. Кемерово. В результате проведенного исследования получены данные, что 18,4% пациентов испытывают симптомы клинически выраженной депрессии, у 26,9% пациентов обнаружена субсиндромальная депрессия. Так же следует отметить, что у 23% опрошенных субсиндромальную тревожность испытывало 23% опрошенных, а у 7,6% отмечалась клинически выраженная тревожность.

Ключевые слова: ХБП, психоэмоциональное состояние, хроническое заболевание почек, тревожность, депрессия, сахарный диабет.

Abstract: Various disorders of psychosomatic status are widespread among patients with kidney disease, which is confirmed by our survey among patients of the nephrological department of the Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S. V. Belyaev in Kemerovo. Because of the study, data were obtained that 18.4% of patients experience symptoms of clinically pronounced depression, while 26.9% of patients have sub-syndrome depression. It should also be noted that 7.6% had clinically pronounced anxiety.

Keywords: CKD, psychoemotional state, chronic kidney disease, anxiety, depression, diabetes mellitus.

Введение. Различные нарушения психосоматического статуса имеют широкую распространенность среди пациентов с заболеванием почек. Сахарный диабет выступает значимым фактором психоэмоциональной нагрузки у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Цель исследования: оценить психоэмоциональное состояние у пациентов с патологией мочевыводящей системы, включая больных с ХБП, находящихся на лечении в стационаре, с помощью госпитальной шкалы

тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Следующим этапом было проведение субанализа в группе пациентов с сахарным диабетом и ХБП.

Материалы и методы исследования: был проведен опрос пациентов нефрологического отделения Кузбасской областной клинической больницы им. С.В. Беляева путём сплошной выборки. Для оценки психоэмоционального состояния использовалась шкала HADS (0-7 баллов является нормой, 8-12 субсиндромальная депрессия или тревога, 13 и выше клинически выраженная депрессия и тревога), которая анализировалась в соответствии с пороговыми значениями, предложенными к шкале. Затем пациенты были разделены на две группы: с сахарным диабетом и без сахарного диабета, для определения корреляции с психоэмоциональным нарушением.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 52 пациента. Все опрошенные были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с сахарным диабетом 20 (38%) человек из которых 2 пациента были с сахарным диабетом 1 типа, а у 18 диабет 2 типа. Вторую группу составили 32 (62%) человека, не имевших нарушений углеводного обмена. По данным проведенного анализа по шкале тревоги в обеих группах не было выявлено значимых отличий показателей. В группе пациентов с сахарным диабетом средний балл составил 6,05 [3,5 - 8]. В группе пациентов без сахарного диабета данный показатель составил – 6,02 балла [4 - 8]. При расчете корреляции между шкалой тревоги и сахарным диабетом была не значима ($r=0,01$). По результатам аналогичного анализа по шкале депрессии в группе пациентов с сахарным диабетом средний балл получился 6,85 (5 – 9). У группы пациентов, не имевших нарушения углеводного обмена, составил 6,5 (5 – 8). Расчет корреляции между шкалой депрессии и сахарным диабетом показал не значимую взаимосвязь ($r=0,04$).

Следует отметить, что в связи с маленькой выборкой результаты могут быть не достоверны.

Вывод. По данным проведенного исследования можно сказать, что сахарный диабет не является значимым фактором, который бы оказывал влияние на психоэмоциональные нарушения пациентов. Следовательно, в условиях данного анализа и исследования можно сказать, что риск развития тревожного или депрессивного состояния может вызывать другие факторы, такие как основное нефрологическое заболевание, тяжесть состояния, необходимость госпитализации и особенности течения.

ЖУРИН Н.В., ПЛОТНИКОВА Е.С.
**МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ
КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней Кемеровского государственного
медицинского университета, г. Кемерово, Россия*
Научный руководитель – к.м.н., доцент Протасова Т.В.

ZHURIN N.V., PLOTNIKOVA E.S.
**MULTIPLE DEVELOPMENTAL MALFORMATIONS OF THE
CARDIOPULMONARY SYSTEM**

*Department of Internal Medicine Propaedeutics, Kemerovo State Medical University,
Kemerovo, Russia*
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Protasova T.V.

Аннотация. Представлено наблюдение взрослого пациента с тетрадой Фалло, аплазией легкого и бронхоэктазами.

Ключевые слова: тетрада Фалло, бронхоэктазы, гипоплазия легкого, ХОБЛ.

Abstract. A clinical case of a patient with chronic obstructive pulmonary disease, Fallot's triad, bronchoethnic disease, and hypoplasia of the left lung is presented.

Keywords: tetralogy of Fallot, bronchiectasis, pulmonary hypoplasia, COPD.

Введение. Частота встречаемости тетрады Фалло у новорожденных колеблется от 4 до 7%. Средняя продолжительность жизни пациентов с тетрадой Фалло составляет 7-8 лет и зависит от степени стеноза ЛА. Смертность в течение первого года жизни – 25%, к 3 годам – 40%, к 10 годам – 70%, к 40 годам жизни – 95%.

Цель исследования: описание редкого клинического случая коморбидной патологии: сочетания врожденных пороков развития кардиопульмональной системы и приобретенной патологии системы дыхания у взрослого пациента.

Материалы и методы исследования: представлено наблюдение пациента, обратившегося в приемное отделение №2 «ГАУЗ ККБ СМП имени М.А. Подгорбунского» по поводу обострения ХОБЛ. Анализ случая представляет интерес, поскольку описания случаев тетрады Фалло без хирургической коррекции у взрослых в доступной литературе нами не обнаружено.

Результаты и обсуждение. Пациент К., 39 лет, инвалид I группы, проживает в специализированном пансионате. Жалобы при поступлении: постоянная смешанная одышка, усиливающаяся при ФН; кашель с незначительным выделением гнойной мокроты. Из анамнеза: диагноз тетрады Фалло и гипоплазии левого легкого установлен в первые дни жизни. По решению консилиума в хирургической коррекции порока отказано. В 1995 г

диагностирован туберкулез легких, снят с учета в 1999 г. В 2006 г. выставлен диагноз ХОБЛ, базисную терапию получал нерегулярно. В апреле 2025 г. выявлена аневризма восходящего отдела аорты. Настоящее ухудшение 20.09.25 после переохлаждения: ринит, нарастающая одышка, кашель, и 22.09.2025 в экстренном порядке госпитализирован в терапевтическое отделение в связи с декомпенсацией дыхательной недостаточности (ДН). Объективно: состояние средней степени тяжести за счет декомпенсации ДН: ЧДД: 22 в мин.; SpO₂ : 80% (на окружающем воздухе), 93% (при оксигенотерапии, 10 л/мин). Диффузный цианоз. Рост 155 см, вес 48 кг, ИМТ 19 кг/м². Гипертермии нет. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме, отстает при дыхании, перкуторно над левым легким тимпанический звук, дыхание не выслушивается. Над правым легким коробочный звук, жесткое дыхание, полифонические сухие хрипы. Тоны сердца очень глухие, в точке Боткина выслушивается систолический шум. ЭКГ: ритм синусовый, 98 уд/мин., нагрузка на правое предсердие и правый желудочек, гипертрофия правого желудочка, метаболические изменения миокарда. ЭХО-КГ: ФВ ЛЖ 62% ВПС тетрада Фалло. Рентгенография грудной клетки: слева: отсутствие лёгочной ткани, воздушные полости в верхнем поле, смещение средостения влево; справа: фиброзные изменения, кальцинаты, корень не дифференцируется. МСКТ грудной полости: асимметрия грудной клетки (уменьшение левой половины); левое лёгкое: воздушная полость, уплотнение с бронхоэктазами, гипоплазия лёгочного ствола, вероятная аплазия левой лёгочной артерии; правое лёгкое: фиброз, множественные тракционные бронхоэктазы в верхней доле; средостение смещено влево. Заключение: фиброзно-бронхоэктатические изменения справа; порок развития левого лёгкого и левой лёгочной артерии. ФВД: ОФВ₁: 0,6 л (16,7 % от должной); индекс Тиффно: 42,9 % (исходно), 46,4 % (после сальбутамола, 400 мкг); проба с сальбутамолом: отрицательная. Заключение: выраженное снижение лёгочной ёмкости и проходимости дыхательных путей. Лабораторные показатели – без клинически значимых изменений.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует редкое сочетание тяжёлой коморбидной патологии: тетрады Фалло, гипоплазии легкого, ХОБЛ и бронхоэктазов. Пациент относится к группе крайне высокого риска по неблагоприятному прогнозу. Ключевые детерминанты ухудшения исхода — гипоксемия, рецидивирующие респираторные инфекции и ограниченные возможности хирургической коррекции. Для оптимизации ведения требуется мультидисциплинарный подход с учётом взаимного отягощения патологических процессов.

ИВАНОВ И.О.

**КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ
РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ**

*Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,
Луганск, ЛНР, Россия*

IVANOV I.O.

**CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES IN PATIENTS WITH
CHRONIC STONE-FREE CHOLECYSTITIS ON THE BACKGROUND OF
ADAPTATION DISORDER**

*Lugansk State Medical University named after St. Luke's Cathedral, Lugansk, LPR,
Russia*

Аннотация. У больных хроническим бескаменным холециститом на фоне расстройства адаптации выявлены диспептический, абдоминальный болевой синдромы, изменения липидного профиля крови, биохимических показателей печени, сонографические изменения желчного пузыря.

Ключевые слова: хронический бескаменный холецистит, синдромы, лабораторные, сонографические показатели.

Abstract. Patients with chronic non-calculous cholecystitis and adaptation disorders have dyspeptic and abdominal pain syndromes, changes in the blood lipid profile and liver biochemical parameters, and sonographic changes in the gallbladder.

Keywords: chronic non-calculous cholecystitis, syndromes, laboratory and sonographic indicators.

Введение. В последнее время в структуре заболеваемости выросла доля хронического бескаменного холецистита (ХБХ). Для населения в зоне проведения СВО характерно развитие расстройства адаптации (РА) (шифр по МКБ 10-F43).

Цель исследования: изучение клинико-биохимической характеристики больных ХБХ на фоне РА.

Материалы и методы исследования: под наблюдением авторов находилось 59 больных ХБХ на фоне РА (мужчин–37,2%, женщин–62,8%) в возрасте от 28 до 69 лет. Обследование включало расспрос, физикальные, лабораторные (показатели липидного спектра и аминотрансфераз на анализаторе Vitalab Flexor-2000) и инструментальные (исследование желчного пузыря (ЖП) на аппарате "Алока SSD 630-Япония") методы. Статистическую обработку осуществляли с помощью пакетов лицензионных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. У больных выявлены факторы риска: гиподинамия (53,7%), отягощенная наследственность (49,0%), избыточная масса тела (46,2%), нерегулярное питание (69,8%), употребление жирной и жареной (79,6%), острой (35,7%) пищи. РА было представлено наличием

хронических стрессовых ситуаций, связанных с проживанием в зоне СВО, и проявлялось общей слабостью (92,1%), снижением физической и умственной работоспособности (89,4%), эмоциональной лабильностью (87,9%), инсомнией (61,6 %). У больных прослеживались диспептический (86,7%) и абдоминальный болевой (83,6%) синдромы. Диспептический синдром, который чаще возникал после употребления жареной, жирной и острой пищи, проявлялся горечью во рту (84,6%), тошнотой (56,9%), метеоризмом (45,5%), отрыжкой (38,1%), изжогой (29,8%), рвотой (21,7%). Абдоминальный болевой синдром во время обострения ХБХ характеризовался болью в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правую половину грудной клетки (78,0%) или ощущением тяжести в правом подреберье (84,8%). У 45,9% больных боль носила характер приступа, у 36,1% была тупой, ноющей; у остальных наблюдался длительный дискомфорт в правом подреберье. В период обострения ХБХ отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение общего билирубина ($28,6 \pm 3,3$ мкмоль/л), преимущественно за счет прямого ($7,8 \pm 0,96$ мкмоль/л); аланинаминотрансферазы ($1,1 \pm 0,31$ ммоль/л), аспартатаминотрансферазы ($0,87 \pm 0,13$ ммоль/л); снижение содержания липопротеидов высокой плотности ($0,79 \pm 0,04$ ммоль/л) при повышении липопротеидов низкой ($1,9 \pm 0,2$) и очень низкой ($1,08 \pm 0,2$ ммоль/л) плотности, общего холестерина ($7,4 \pm 0,6$ ммоль/л) и триглицеридов ($2,2 \pm 0,2$ ммоль/л). Изменения ЖП характеризовались увеличением размеров свыше 5 см, уплотнением и утолщением стенок более 3 мм, инфильтрацией в виде «нимба», деформацией контура, инфильтрацией околопузырной клетчатки, билиарным сладжем.

Гиподинамия, ожирение, употребление жирной, богатой холестерином, пищи способствует изменению липидного состава крови, желчи и камнеобразованию. РА, метеоризм, сидячий образ жизни могут быть причиной функциональных нарушений в опорожнении ЖП. Диспептические жалобы объясняются расстройством секреции желчи и переваривания жиров в кишечнике. Возникновение боли обусловлено воспалительным поражением стенки ЖП и его рефлексорным спазмом.

Выводы. У больных ХБХ, проживающих в зоне проведения СВО, развиваются РА, диспептический и абдоминальный болевой синдромы, которые сопровождаются нарушениями липидного спектра крови, биохимических показателей функционального состояния печени и сонографическими изменениями ЖП.

КАЛМАКОВА А.В., УТКИНА Е.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕМИИ ДАЙМОНДА-БЛЕКФЕНА
*Кафедра факультетской терапии и профболезней Кемеровского
государственного медицинского университета, г. Кемерово, Россия*

KALMAKOVA A.V., UTKINA E.V.
CLINICAL CASE OF DYMOND-BLACKFEN ANEMIA
*Department of Faculty Therapy and Occupational Diseases Kemerovo State Medical
University, Kemerovo, Russia*

Аннотация. Представлен клинический случай пациентки, находившейся на лечении по поводу анемии Даймонда-Блекфена. Особенностью данного случая является трудность в постановке диагноза, подборе терапии и контроле осложнений, возникающих во время лечения.

Ключевые слова: аплазия кроветворения, деферазирокс, перегрузка железом, хелаторная терапия, трансфузионная терапия, ферритин.

Abstract. This article presents a clinical case of a patient who was treated for Diamond-Blackfan anemia. The case is notable for the difficulty in diagnosing, selecting therapy, and managing complications during treatment.

Keywords: aplastic anemia, deferasirox, iron overload, chelation therapy, transfusion therapy, ferritin.

Введение. Анемия Даймонда-Блекфена (АДБ) – редкая форма врожденной аплазии кроветворения, в основном красноклеточной, раннего и детского возраста, развивающаяся в результате апоптоза эритроидных предшественников в костном мозге вследствие дефекта биосинтеза рибосом. Российский реестр регистрирует среднегодовой показатель распространенности АДБ в рамках $5,75 \pm 0,87$ случая на 100 000 новорожденных детей, рожденных живыми. Около 45% больных – семейные случаи с аутосомно-доминантным путем наследования, оставшиеся спорадические случаи. В трансфузионной терапии с целью гемокоррекции на постоянной основе нуждаются не менее 40% пациентов с АДБ, одновременно с этим около 75% пациентов с АДБ доживают до 40 лет, но при трансфузионной зависимости этот показатель снижается.

Цель исследования: описание редкого клинического случая анемии Даймонда-Блекфена.

Материалы и методы исследования: проводился ретроспективный анализ серии историй болезни пациентки Б., которая проходила обследование и лечение на базе ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева с 1999 г. по октябрь 2025 г. в гематологическом отделении.

Результаты и обсуждение. Пациентка Б., 41 год, с 1999 года наблюдается с диагнозом: парциальная красноклеточная апластическая анемия. Диагноз выставлен на основании нормохромной анемии, парциально-клеточной гипоплазии костного мозга. Для определения дальнейшей тактики проведена ТМК в НИИЦ Гематологии г. Москвы. Проведены дообследования: витамин

V_{12} 410 пкг/мл (норма), фолат сыворотки более 24,8 нг/мл (норма до 24,8), ферритин 843,7 мкг/л (повышен). Кариологическое исследование костного мозга – хромосомных aberrаций не выявлено. Исследование крови на ПНГ-клон – отрицательно. В лечении рекомендован прием фолиевой кислоты, трансфузии отмытых эритроцитов при снижении гемоглобина, терапия Деферазироксом 1000 мг/сут ввиду выраженной перегрузки железом (ферритин сыворотки 1438 мкг/л) на фоне зависимости от гемотрансфузий. В связи с ухудшением состояния в виде увеличения кратности гемотрансфузий и увеличения риска развития гемохроматоза было решено провести МРТ в режиме T2 сердца и органов брюшной полости (печени, селезенки, поджелудочной железы). При МРТ исследовании отмечались признаки средней степени перегрузки железом паренхимы печени, легкой степени паренхимы поджелудочной железы, умеренные признаки перегрузки железом паренхимы селезенки. Гепатоспленомегалия. МР-признаков перегрузки миокарда железом не было выявлено. Было принято решение о проведении пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 2 мг/кг (3 курса). На фоне лечения отмечена временная положительная динамика в виде повышения уровня гемоглобина, ретикулоцитов без заместительных трансфузий. Рекомендовано проведение еще 2 курсов пульс-терапии, с последующим снижением дозировки. В динамике ответа на пульс-терапию не получено, повторное снижение уровня гемоглобина менее 85 г/л, что потребовало проведения гемотрансфузии (ЭМОЛТ 1 раз в 2 месяца). В динамике отмечалось снижение уровня ферритина (от 650 мкг/л до 500 мкг/л).

Основные методы лечения анемии включают в себя переливание эритроцитарной массы, терапию кортикостероидами и трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток. Стоит отметить, что предполагаемого родственного донора для трансплантации костного мозга у пациентки не было. У больных АДБ перегрузка железом развивается быстрее, чем у пациентов с другими заболеваниями, получающими гемотрансфузии, что подтверждает наше наблюдение. Поэтому своевременное начало хелаторной терапии и ее мониторинг важны. Для оценки эффективности хелаторной терапии определяют концентрацию ферритина, однако уровень ферритина не всегда строго коррелирует с истинным количеством железа в организме, что требует применение дорогостоящих методов обследования (МРТ в режиме T2 органов мишеней).

Выводы. Постановка диагноза АДБ, согласно клиническим рекомендациям, занимает кратчайшие сроки (в течение первых месяцев жизни). В практике встречаются случаи, когда диагноз ставится значительно позже. В связи с компенсацией анемии, диагноз, выставленный пациентке Б. в 17 лет, был поставлен намного позже, чем требуют того протоколы лечения заболевания.

КИРИЛЛОВА Е.В., ПЕТРОВА М.А.
«ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ» ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

KIRILLOVA E.V., PETROVA M.A.
"HEALTH SCHOOLS" THROUGH PATIENTS' EYES

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Аннотация. Проведено исследование ожиданий и удовлетворенности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями от посещения «Школ здоровья». В результате была подтверждена эффективность пациентоориентированного формата обучения. «Школы здоровья» являются действенным инструментом повышения приверженности лечению и формирования активной позиции пациента.

Ключевые слова: школа здоровья, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), кардиологический пациент.

Abstract. A study was conducted on the expectations and satisfaction of patients with cardiovascular diseases who attended "Health Schools." The study confirmed the effectiveness of the patient-centered learning format. "Health Schools" are an effective tool for increasing patient adherence to treatment and promoting an active patient mindset.

Keywords: health school, arterial hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure, cardiological patient.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — ведущая причина заболеваемости и смертности во всем мире. Успех лечения зависит не только от медикаментозной терапии, но и от приверженности пациента и модификации образа жизни. «Школы здоровья» — ключевой инструмент повышения медицинской грамотности. Эффективность этих программ определяется их соответствием ожиданиям и потребностям пациентов.

Цель исследования: выявить и проанализировать ожидания и потребности пациентов с ССЗ в отношении содержания и организации «Школ здоровья».

Материалы и методы исследования: в исследование включен 41 пациент с артериальной гипертензией (АГ), ИБС и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), посетивший «Школу здоровья». Проведено добровольное анонимное анкетирование до и после образовательного цикла (входное — 43 анкеты, итоговое — 39). Опросник включал демографические данные, оценку информированности, тематические предпочтения, оценку полезности и ясности материалов, а также мотивационные аспекты.

Результаты и обсуждение. Проанализировано 82 анкеты пациентов с кардиологической патологией до и после посещения «Школы здоровья». Социально-демографический профиль участников варьировал: среди пациентов

с артериальной гипертензией и ИБС преобладали мужчины трудоспособного возраста, тогда как в группе ХСН большинство составили женщины пенсионного возраста.

На старте обучения выявлен значительный дефицит знаний о заболевании: 75,0% пациентов с ИБС и 42,9% с ХСН оценили свою осведомленность как недостаточную. Ключевые образовательные потребности включали понимание механизмов заболевания (54,5%), профилактику осложнений (54,5%), лекарственную терапию (62,5%) и методы самоконтроля (50,0%). Наиболее востребованными форматами подачи информации стали комплексный подход и стиль «кратко и по делу».

После обучения отмечена высокая эффективность программы: 75,0-90,0% пациентов удовлетворили информационные запросы, 91,7-100% оценили материалы как полезные. Мотивационный эффект проявился в готовности 91,7-100% респондентов применять полученные знания, включая соблюдение терапии, модификацию питания и повышение физической активности. Все участники отметили доступность изложения материала. Запросы пациентов носят практический характер, что отражает их стремление к активному участию в лечении. «Школы здоровья» эффективно восполняют дефицит знаний, обеспечивая не только информированность, но и мощный мотивационный эффект.

Выводы. У пациентов с АГ, ИБС и ХСН выявлен высокий уровень неудовлетворенных образовательных потребностей, сфокусированных на практических аспектах управления заболеванием. «Школы здоровья» доказали высокую эффективность, удовлетворив информационные запросы 75-90% пациентов и получив оценку «полезно» от 91,7% до 100% респондентов. Обучение достигло главного мотивационного эффекта: от 91,7% до 100% пациентов выразили готовность применять полученные знания и изменить образ жизни. Подтверждена адекватность и целесообразность пациентоориентированного формата обучения для широкого внедрения в практику.

КОСАЧЕВА А.С., РАШОЯН А.Г.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Научный руководитель – к.м.н. доцент Сухова Н.А.

KOSACHEVA A.S., RASHOYAN A.G.

A CLINICAL CASE OF ACROMEGALIA DETECTION

Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology

Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor - PhD, Associate Professor Sukhova N.A.

Аннотация. Акромегалия — редкое заболевание, обычно вызванное аденомой гипофиза, которая производит избыток гормона роста. Его симптомы (разрастание тканей, сердечно-сосудистые и метаболические нарушения) развиваются медленно и разнообразно, поэтому пациенты часто обращаются к врачам разных специальностей. Необходимо повышать осведомленность об акромегалии для своевременного направления к эндокринологу.

Ключевые слова: акромегалия, диагностика, молодой возраст, микроаденома гипофиза.

Abstract. Acromegaly is a rare disease usually caused by a pituitary adenoma that produces excess growth hormone. Its symptoms (tissue overgrowth, cardiovascular and metabolic disorders) develop slowly and variably, so patients often consult doctors of various specialties. It is necessary to raise awareness about acromegaly for timely referral to an endocrinologist.

Keywords: acromegaly, diagnosis, young age, pituitary microadenoma.

Введение. Акромегалия — это медленно прогрессирующее заболевание, в 95% случаев вызванное аденомой гипофиза, которая производит избыток гормона роста (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1). Это приводит к диспропорциональному росту костей, мягких тканей, внутренних органов и нарушению работы сердечно-сосудистой, легочной систем и метаболизма.

Распространенность акромегалии оценивается в 28–137 случаев на миллион человек. Средний возраст диагноза — около 45 лет. Активный скрининг выявляет в 15-20 раз больше случаев, что говорит о большом числе недиагностированных пациентов. Ключевые симптомы: огрубение черт лица (увеличение носа, губ), увеличение кистей и стоп. Неспецифические симптомы: головные боли, потливость, боли в суставах. Диагноз подтверждается измерением уровня ИФР-1 в крови. При сомнительном результате проводят тест с нагрузкой глюкозой. После подтверждения диагноза выполняют МРТ гипофиза.

Цель исследования: показать на примере клинического случая течение акромегалии у молодого пациента, ее проявления, отразить тактику ведения, диагностику и лечение данного заболевания.

Материалы и методы исследования: рассмотрена история болезни пациента С.38 лет, поступившего в феврале 2025г в стационар ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского.

Результаты и обсуждение. В ходе обследования пациента, который самостоятельно обратился по поводу полидипсии, полиурии, повышения глюкозы в крови, в эндокринологическом отделении при детальном опросе выявили медленно прогрессирующие (в течение 13 лет) и характерные для акромегалии изменения: увеличение размера стопы и кистей, огрубление черт лица (укрупнение носа, губ), расширение промежутков между зубами (диастема).

Подтверждением диагноза стало выявление высокого уровня СТГ — 10.30 нг/мл при норме до 3.0 нг/мл и ИФР 1 его уровень был крайне высоким — 837.3 нг/мл при норме 103-234 нг/м. После биохимического подтверждения диагноза была проведена МРТ гипофиза, которая выявила источник проблемы — микроаденому гипофиза (соматотропиному).

В дальнейшем пациенту было проведено хирургическое удаление аденомы гипофиза. После операции отмечена положительная динамика: уровень СТГ и ИФР-1 значительно снизился.

Таким образом, данный случай наглядно демонстрирует проблему поздней диагностики акромегалии. Заболевание развивалось годами, но пациент не обращался к врачу, а поводом для госпитализации стали вторичные метаболические нарушения (сахарный диабет).

Выводы. Медленное прогрессирование акромегалии и постепенное появление симптомов может привести к поздней диагностике. Акромегалия вызывает прогрессирующую инвалидность и сокращает продолжительность жизни на 10 лет. Без лечения смертность в два раза выше, чем в общей популяции. Своевременная диагностика и лечение могут приблизить показатели выживаемости к общепопуляционным.

КРАВЦОВ И.М.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

KRAVTSOV I.M.

GENDER DIFFERENCES IN THE DEVELOPMENT OF GASTROINTESTINAL DISEASES

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Аннотация. Бурную полемику на данном этапе развития медицины вызывает гендерная социализация в развитии заболеваний. Проблема заболеваний желудочно-кишечного тракта в России стоит достаточно остро: они являются четвертой по величине причиной как общего числа заболеваний, так и смертельных исходов.

Ключевые слова: пищеварительный тракт, гастрит, панкреатит, язвенная болезнь, холецистит, колит, мужчины, женщины.

Abstract. Gender socialization in disease development is a hot topic at this stage of medical development. Gastrointestinal diseases are a pressing issue in Russia: they are the fourth-largest cause of both illness and death.

Keywords: digestive tract, gastritis, pancreatitis, peptic ulcer, cholecystitis, colitis, men, women.

Введение. Этиология заболеваний пищеварительной системы определяется совокупностью экзогенных и эндогенных факторов, включая диетические привычки, поведенческие паттерны, наличие аддикций, а также экологические и социокультурные условия. Однако в контексте гастроэнтерологических патологий, существенное значение приобретают гендерные различия. Они обусловлены анатомо-физиологическими особенностями полового диморфизма и возрастными изменениями в организме.

Цель исследования: выявить взаимосвязь гендерных особенностей в развитии патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (гастрит, панкреатит, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки, холецистит, колит).

Материалы и методы исследования: был проведен ретроспективный анализ 69 карт амбулаторных пациентов, наблюдавшихся у гастроэнтеролога взрослой поликлиники ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 47 до 82 лет, со средним возрастом 64 года. Большую часть 75% (n=52) сформировали женщины. Было выявлено из анамнеза 5 основных заболеваний, которые чаще всего встречались у пациентов: гастрит, панкреатит, ЯБЖ и 12-перстной кишки, холецистит, колит. Поражение желудка чаще отмечалось у лиц женского пола (30%). При этом гастрит наблюдался у 20,3% (n=14) женщин против 13% (n=9) мужчин. ЯБЖ встречалась у 10,1%

(n=7) дам и у 4,3% (n=3) мужчин. Холецистит отмечался в 19% (n=13) случаев женщин и 2,9% (n=2) у мужчин. Панкреатит зафиксирован среди 11,6% (n=8) женщин и 2,9% (n=2) мужчин. ЯБ 12-перстной кишки обнаружена лишь у 5,8% (n=4) лиц женского пола. Колит был выявлен у 8,7% (n=6) женщин и 1,4% (n=1) мужчин. У 13% (n=9) женщин наблюдалась смешанная патология: гастрит, холецистит, колит в анамнезе. У мужчин подобного не прослеживалось.

Выводы. Анализ данных позволяет предположить, что женщины более уязвимы к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта. При этом наблюдается как изолированная, так и смешанная патологии. Нельзя недооценивать значение пищеварительной системы для нашего организма. Она является основным источником получения всех жизненно важных нутриентов, таких как витамины, микроэлементы, белки, жиры, углеводы и клетчатка. Эти вещества служат фундаментом для клеточного строительства, обеспечивают нас необходимой энергией и гарантируют слаженную работу всех органов и систем. Болезни ЖКТ оказывают серьезное негативное влияние на повседневную жизнь. Игнорирование проблем с пищеварением чревато серьезными последствиями, включая повышенный риск развития диабета и онкологических заболеваний.

КУДРИНА А.Л.
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО
КОЛИТА**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии Кемеровского
государственного медицинского университета, Кемерово, Россия*
Научный руководитель – доцент, к.м.н., Баранова Е.Н.

KUDRINA A.L.
CLINICAL CASE OF A MODERATE ATTACK OF ULCERATIVE COLITIS
*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology Kemerovo State
Medical University, Kemerovo, Russia*
Scientific supervisor – Associate Professor, PhD. Baranova E. N.

Аннотация. Лечение атак язвенного колита при тотальном поражении включает в себя назначение лекарственных препаратов, позволяющих достичь клиническую и эндоскопическую ремиссию, к которым относят препараты - производные 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты. Своевременное лечение позволяет предотвратить прогрессирование заболевания и осложнений.

Ключевые слова: Язвенный колит, клинический случай, рецидивирующее течение, 5-аминосалициловая кислота, преднизолон.

Abstract. Treatment for attacks of ulcerative colitis with total involvement involves the use of medications that can achieve clinical and endoscopic remission. These medications include 5-aminosalicylic acid derivatives, glucocorticosteroids, immunosuppressants. Timely treatment can prevent disease progression and complications.

Keywords: ulcerative colitis, clinical case, relapsing course, 5-aminosalicylic acid, prednisolone.

Введение. Язвенный колит – хроническое воспалительное заболевание кишечника без установленной этиологии, с не до конца изученным патогенезом. Особое внимание отдается изучению факторов, провоцирующих обострения данной нозологии.

Цель исследования: описание клинического случая язвенного колита с тотальным поражением у молодого пациента.

Материалы и методы исследования: проведен анализ истории болезни пациента гастроэнтерологического отделения ГАУЗ «ККБСМП им. М.А. Подгорбунского».

Результаты и обсуждение. Больной Д., 23 лет, обратился в сентябре 2025г в приемное отделение ККБСМП с жалобами на диарею до 7 раз в сутки с примесью крови, ночную дефекацию, общее недомогание, фебрильную лихорадку. Из анамнеза пациента известно, что с 2019г страдает язвенным колитом, тотальное поражение, с преимущественным вовлечением ректосигмоидального отдела. С дебюта получал Месалазин 3,5г внутрь,

ректально Салофальк 500мг 2р/сутки. При достижении клинической ремиссии снижение дозы Месалазина до 2,0г в сутки внутрь. Ежегодные обострения купировались повышением дозы Месалазина до 4,0г. В апреле 2025 по поводу острого пиелонефрита получал Амоксициллин + Клавулановая кислота, Ципрофлоксацин. На этом фоне отметил кашецеобразный стул до 5 раз в сутки, без примеси крови, за медицинской помощью не обращался. В августе 2025г ухудшение - диарея до 10 раз в сутки с примесью крови, боли при дефекации, фебрильная лихорадка. Госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом Острая кишечная инфекция, энтероколитический вариант (*Proteus mirabilis* 10⁷). В лечение получал Цефтриаксон, Ципрофлоксацин, Метронидазол. Повторный посев кала дал отрицательный результат. Клинического улучшения не отмечено, выписан с рекомендациями лечения, обследования на базе гастроэнтерологического отделения. При обследовании в ККБСМП выявлены лейкоцитоз 11,66*10⁹/л, по УЗИ утолщение стенки сигмовидной кишки до 10мм с региональным мезаденитом. По ФКС слизистая толстой кишки на всем протяжении гиперемированная, отечная, с плоскими эрозиями, с налетом фибрина (выраженная степень активности по Shroeder). Результат биопсии: косвенные признаки язвенного колита. Лабораторно: СРБ> 96г/л, в копрограмме большое количество лейкоцитов, эритроциты 5-10 в п/з; дрожжи, йодофильная флора, токсины А, В *Cl. difficile* в кале не выявлены, в посеве кала *Enterobacter agglomerans* 10⁶. Выставлен диагноз: Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, среднетяжелая атака (индекс Мейо 8 баллов). В лечении получал Месалазин 4,8г/сутки внутрь, Преднизолон 150мг в/в капельно с переходом на 60мг/сутки внутрь, Ципрофлоксацин 500мг 2р/сутки 7 дней. На фоне лечения на 2 день отмечено урежение кратности стула до 1-2 раз в сутки, без примеси крови, нормотермия, что расценено как клиническая ремиссия. Выписан на амбулаторный этап с рекомендациями продолжить прием начатой терапии, наблюдения у гастроэнтеролога.

Выводы. Причиной обострения язвенного колита, возможно, явилось нарушение кишечной микрофлоры после антибиотикотерапии. Деконтаминация кишечника не принесла клинического улучшения; положительный эффект достигнут при назначении преднизолона.

ЛОБУР А.М.

**ОЦЕНКА РИСКОВ ПРИ ПРЕДИАБЕТЕ: РОЛЬ КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В АЛГОРИТМАХ РАННЕЙ
ДИАГНОСТИКИ**

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор Квиткова Л.В.

LOBUR A.M.

**RISK ASSESSMENT FOR PREDIABETES: THE ROLE OF CLINICAL AND
LABORATORY PARAMETERS IN EARLY DIAGNOSIS ALGORITHMS**

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific supervisor – MD, professor Kvitkova L.V.

Аннотация. Предиабет – нарушение углеводного обмена, включающее нарушение гликемии натощак и толерантности к глюкозе и значительно повышающее риск развития сахарного диабета 2 типа. Тактика ведения таких пациентов направлена на диагностику и оценку индивидуальных рисков для создания персонализированных профилактических программ.

Ключевые слова: предиабет, инсулинорезистентность, ожирение, сахарный диабет, профилактика.

Abstract. Prediabetes is a disorder of carbohydrate metabolism, including impaired fasting glucose and glucose tolerance, which significantly increases the risk of developing type 2 diabetes. Management of these patients is focused on diagnosis and individual risk assessment to develop personalized prevention programs.

Keywords: prediabetes, insulin resistance, obesity, diabetes mellitus, prevention.

Введение. Предиабет расценивается как пограничное нарушение метаболизма, напрямую угрожающее переходом в сахарный диабет 2 типа. Эффективная стратегия профилактики сахарного диабета определяется наличием у пациента факторов рисков на стадии предиабета.

Цель исследования: оценить риски развития сахарного диабета 2 типа с использованием лабораторных критериев у пациентов с предиабетом.

Материалы и методы исследования: анализ научной литературы, включая клинические рекомендации (ADA), о роли висцерального ожирения, инсулинорезистентности, функции β -клеток и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в развитии предиабета и его трансформации в сахарный диабет 2 типа.

Изучена диагностическая и прогностическая ценность новых маркеров: гликированного альбумина, индексов НОМА- β , НОМА-IR и инструментальных методов.

В рамках 3-летнего наблюдения обследовано 300 женщин 45-63 лет. У всех пациентов оценивался индекс массы тела (ИМТ) в кг/м², окружность талии (ОТ) в см, определялся уровень АД в мм рт. ст., выявляли в анамнезе

сведения о наличии артериальной гипертензии, проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы.

Результаты и обсуждение. Большинство обследованных женщин - 215 человек (71,7%), имели избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²). Абдоминальный характер отложения жира (ОТ ≥ 80 см) установлен у 195 пациентов (65%), артериальная гипертензия в анамнезе – у 134 (44,7%). Нарушения углеводного обмена имели место у 98 человек (32,7%): у 50-нарушенная гликемия натощак - 51% (НГН), у 48 человек - 49% - нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Среди женщин с предиабетом частота ожирения была значительно выше - 92,9%, чем среди женщин с нормальным углеводным обменом- 61,4%. АГ среди лиц с предиабетом также встречалась значительно чаще- у 67 человек (68,4%), чем при нормальном углеводном обмене - 67 человек (33,2%). Результаты ПГТТ через 3 года продемонстрировали прогрессирование предиабета в сахарный диабет 2 типа у 20 пациенток (20,4%). Обращает внимание, что 95% пациентов с впервые установленным диагнозом сахарный диабет имели абдоминальное ожирение, а 85% - АГ.

У пациентов с висцеральным ожирением и АГ предиабет встречается чаще. Эти состояния ускоряют переход в сахарный диабет 2 типа. Для персонализированной профилактики необходимо оценить ключевые механизмы развития болезни: инсулинорезистентность (по ОТ, индексу НОМА-IR) и функцию β -клеток (НОМА- β). При несоответствии данных глюкозы и HbA1c используют гликированный альбумин. Стратегия профилактики СД 2 типа должна носить двухэтапный характер: 1) базовый этап (для всех): изменение образа жизни; 2) медикаментозная терапия (метформин, агонисты ГПП-1), углубленный мониторинг НАЖБП (контроль АЛТ, АСТ, УЗИ печени, расчет индексов фиброза (FIB-4)); и частый контроль гликемии.

Выводы. Максимальный риск трансформации предиабета в диабет 2 типа имеют пациенты с абдоминальным ожирением в сочетании с АГ и НАЖБ. Для выявления пациентов с высоким риском развития СД2 типа необходимо при наличии предиабета определять ОТ, индекс - НОМА-IR и НОМА- β , АСТ, АЛТ, проводить УЗИ печени, рассчитывать индекс фиброза (FIB-4), контролировать уровень гликемии в динамике. При выявлении висцерального ожирения и инсулинорезистентности использовать метформин и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1.

ПОПОВА Е.С.

**ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РЕАКТИВАЦИИ HBV-ИНФЕКЦИИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Пивовар О.И.

POPOVA E.S.

**TRIGGER FACTORS OF HBV INFECTION REACTIVATION
(CLINICAL CASE)**

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia
Scientific supervisor – PhD, Assoc. Prof. Pivovarov O.I.

Аннотация. Основными триггерами реактивации HBV-инфекции являются иммуносупрессивная терапия (глюкокортикостероиды, химиотерапия, иммунодепрессанты), а в некоторых случаях и вирусные инфекции (COVID-19), что может привести к развитию аутоиммунных заболеваний, которые могут быть внепеченочными проявлениями гепатита В.

Ключевые слова: вирусный гепатит В, дерматомиозит, паранеопластический синдром, триггеры, новообразование яичника.

Abstract. The main triggers of HBV infection reactivation are immunosuppressive therapy (glucocorticosteroids, chemotherapy, immunosuppressants), and in some cases, viral infections (COVID-19), which can lead to the development of autoimmune diseases that may be extrahepatic manifestations of hepatitis B.

Keywords: viral hepatitis B, dermatomyositis, paraneoplastic syndrome, triggers, ovarian neoplasm.

Введение. Актуальность данной работы обусловлена необходимостью предупреждения реактивации вируса гепатита В на стадии иммунного контроля HBV-инфекции, а также профилактика развития аутоиммунных заболеваний и внепеченочных проявлений.

Цель исследования: изучение триггерных факторов реактивации естественного течения хронической HBV-инфекции.

Материалы и методы исследования: представлен анализ клинического случая естественного течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) с изучением триггерных факторов реактивации инфекционного процесса и внепеченочных проявлений. Аналитический обзор научных публикаций из источников PubMed, BMC Medical Research Methodology.

Результаты и обсуждение. Пациентка 1969 года рождения с 2016 года наблюдалась у инфекциониста с диагнозом: В18.1 Хроническая HBV-инфекция, без Δ-агента, HBeAg-негативная форма, неактивная (ДНК (-)), F0 по Метавир. В анамнезе: кесарево сечение в 1995 году, хронические заболевания отрицает.

Весной 2021 года перенесла COVID-19, (подтвержденная), внебольничная двусторонняя пневмония, КТ2, ДН0. Осенью 2021 года появилась слабость в нижних конечностях и сыпь на тыльной поверхности пястно-фаланговых суставов. В дальнейшем беспокоили артралгии, миалгии шейного отдела, слабость проксимальных отделов верхних конечностей и отек с эритемой параорбитальной области. При обследовании у ревматолога на основании кожных проявлений (симптом «гелиотропных очков», папул Готтрона), повышения креатинкиназы (КФК) до 323 Ед/л, АСТ и АЛТ до 5 норм, наличия специфических антинуклеарных антител, электромиографии, биопсии мышцы выставлен диагноз: первичный идиопатический дерматомиозит, подострое течение. Назначена гормональная пульс-терапия и далее преднизолон 30 мг/сутки с последующим снижением дозы. Однако, значительного улучшения не наблюдалось, а уровень КФК оставался высоким (660 Ед/л). В июле 2022 года у пациентки появились боли в правом подреберье, гепатомегалия. В крови выявлен цитоллиз (АЛТ- 434 Ед/л, АСТ -112 Ед /л) и ДНК вируса В с высокой вирусной нагрузкой (> 100000000 МЕ/мл), что свидетельствовало о реактивации ХВГВ. Назначена противовирусная терапия (Тенофовира алафенамид (ТАФ) 25 мг 1 раз в день) на фоне которой ДНК не определялась через 1,5 года. В 2024 году появился кожный зуд, боли в правой половине живота, усилилась скованность в коленных суставах, слабость, одышка при ходьбе. При ультразвуковом исследовании органов малого таза обнаружено новообразование правого яичника, в связи с чем проведена операция: экстирпация матки с придатками, оментэктомия по поводу злокачественного новообразования яичников, канцероматоза брюшной полости, метастазов в паховые лимфоузлы. Назначена химиотерапия.

Как известно, вирус гепатита В может вызывать внепеченочные проявления, такие как гломерулонефрит, дермато-/полимиозит, васкулит. Однако, по данным Арямкиной О.Л. дерматомиозит регистрируется крайне редко (0,21%). Ханна Дж. Р. в систематическом обзоре (2022) показала, что SARS-CoV-2 из-за молекулярной мимикрии может приводить к антиген-опосредованной перекрестной реакции, способствующей развитию множества аутоиммунных заболеваний. Цзе Цянь и Хуэй Сюй в мини обзоре (2022) отмечают, что помимо запуска синтеза аутоантител, SARS-CoV-2 способен вызывать аутоиммунный ответ, участвующий в патогенезе воспалительного миозита, связанного с активацией IFN типа I. Связь между раком и миозитом широко описана в научной литературе.

Выводы. Данный случай подчеркивает важность назначения упреждающей противовирусной терапии пациентам с HBV-инфекцией при тяжелых вирусных инфекциях или иммуносупрессивной терапии вне зависимости от определяемости ДНК для предотвращения реактивации вируса и развития аутоиммунных заболеваний, внепеченочных проявлений.

ПРОТАСОВА М.В.
**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОСТЕОАРТРИТЕ
КОЛЕННОГО СУСТАВА**

*Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия,*

PROTASOVA M.V.
**PREVALENCE OF MISCONCEPTIONS ABOUT BACK PAIN AMONG
INDIVIDUALS WITHOUT MEDICAL TRAINING**

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Аннотация. Изучена распространенность типичных заблуждений об остеоартрите коленного сустава у пациентов без медицинского образования. Заблуждения широко распространены. При лечении таких пациентов необходимо исправление их ошибочных убеждений.

Ключевые слова: остеоартрит, гонартроз, заблуждения, функциональные ограничения.

Abstract. The prevalence of common misconceptions about knee osteoarthritis in patients without medical training was studied. These misconceptions are widespread. When treating these patients, correcting their erroneous beliefs is essential.

Keywords: osteoarthritis, gonarthrosis, misconceptions, functional limitations.

Введение. Наиболее популярные представления населения об остеоартрите коленного сустава (ОА КС) очень часто находятся в противоречии с современными научными данными и сильно упрощены. Осознание пациентом того, что его колено повреждено или уязвимо, способствует развитию хронической боли и длительной нетрудоспособности. Боль в коленных суставах является одной из частых причин обращения к врачам.

Цель исследования: изучение распространенности типичных заблуждений об остеоартрите коленного сустава у лиц без медицинского образования.

Материалы и методы исследования: за основу работы были взяты наиболее распространенные в сети Интернет мифы об ОА КС. Нами разработан опросник для изучения этих мифов, содержащий 33 заведомо ложных утверждения о коленном суставе и ОА КС, с которыми респондент соглашался или не соглашался. Каждый опрошенный также отвечал на вопросы о возрасте, наличии эпизодов болей коленях в анамнезе и их частоте. В исследование включено 63 респондента, не имеющих медицинского образования (9 мужчин и 54 женщины). Средний возраст опрошенных составил 62,5 года (41-77 лет). Уровень заблуждений оценивали в процентах; максимальная оценка в 100% (33 положительных ответа из 33 возможных) соответствовала наименьшему

уровню знаний. Подсчитана доля положительных ответов по каждому из утверждений.

Результаты и обсуждение. Большинство опрошенных периодически испытывают боли в коленных суставах (70%) и сталкиваются с обострениями чаще, чем 1 раз в год. Доля ошибочных ответов составила в среднем 75% (64-88%); гендерных различий не выявлено. Практически с каждым из представленных утверждений были согласны более трети опрошенных. Все опрошенные уверены, что щелчки в суставе – это очень плохо. Более 80% респондентов считают боль в коленях признаком старения и убеждены, что в этом случае нельзя делать никакие физические упражнения и нужно максимально ограничить движения в суставах. Около половины анкетированных считают, что можно получить быстрый положительный эффект от хондропротекторов, а если они «не помогают», то единственным вариантом лечения остается протезирование сустава, в противном случае больному грозит инвалидность. Среди опрошенных высока вера в то, что при ОА КС нужно принимать препараты кальция и витамин D (55%).

OARSI, ACR, AAOS и ESCEO с 2019 г. единогласно утверждают, что первым шагом в ведении пациентов с ОА являются информированность и образованность больного в отношении заболевания, нормализация веса и регулярное выполнение программ физических упражнений (аэробные, силовые или упражнения с сопротивлением, упражнения на гибкость и растяжку, упражнения в воде), причем эти рекомендации должны быть имплементированы в лечебные программы в течение всего времени ведения пациента с ОА коленного сустава. В Клинических рекомендациях «Полиартроз (генерализованный остеоартрит)», 2025г. отмечено, что «пациентам с ОА показано регулярное выполнение программ физических упражнений, которые способствуют снижению боли и улучшению функциональной активности суставов. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарии: большую роль в терапии играет двигательная реабилитация, которая показана всем пациентам с ОА и расценивается как наиболее эффективный способ лечения».

Выводы. Заблуждения о болях в коленном суставе и ОА КС широко распространены. Большинство опрошенных считают, что ОА КС значительно ограничивает физические возможности, а прогноз является неутешительным. Врач может в значительной мере повлиять на отношение пациента к своему состоянию, поэтому лечение ОА КС должно включать в себя и коррекцию ошибочных убеждений больных.

РАХИМОВ А.К., АСКАРОВА Р.И.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии Ургенчского государственного медицинского института, г.Ургенч, Узбекистан.

Научный руководитель – старший преподаватель Аскарлова Р.И.

RAXIMOV A.K., ASKAROVA R.I.

TUBERCULOSIS IN CHILDREN IN A DOCTOR'S PRACTICE

Department of Infectious Diseases, Epidemiology, and Phthisiology, Urgench State Medical Institute, Urgench, Uzbekistan.

Scientific supervisor – Senior Lecturer Askarova R.I.

Аннотация. Туберкулез в практике врача требует комплексного подхода, включающего диагностику, лечение, наблюдение и профилактику, а также тесное взаимодействие с пациентом и его окружением. Лечение может потребовать госпитализации в специализированный стационар.

Ключевые слова: терапия, палочка Коха, туберкулез, коморбидность.

Abstract. Tuberculosis in medical practice requires a comprehensive approach, including diagnosis, treatment, monitoring, and prevention, as well as close interaction with the patient and their care team. Treatment may require hospitalization in a specialized facility.

Keywords: therapy, Koch's bacillus, pulmonary tuberculosis, comorbidity.

Введение. С течением времени приоритет ранней диагностики и профилактики туберкулеза, принадлежащий врачам общей лечебной сети, не потерял своей значимости, но наблюдается негативная тенденция в вопросах его практической реализации. Важным моментом в реализации фтизиатрической настороженности врачей всех специальностей является уровень теоретической подготовки по фтизиатрии, по вопросам диагностики туберкулеза.

Цель исследования: изучить особенности восприятия проблемы туберкулеза у врачей первичного звена здравоохранения и оценить их уровень самооценки и реальных знаний по фтизиатрии с помощью анкетирования.

Материалы и методы исследования: использован метод анкетирования, в котором приняли добровольное анонимное участие 114 врачей: педиатры – 95 (83,3%), терапевты – 19 (16,7%). Наблюдалось закономерное для первичного звена здравоохранения преобладание женщин – 107 (94%). Возраст половины врачей, принявших участие в исследовании, был более 50 лет. Стаж работы 30 лет и более имели 38 (33,3%) врачей, 20-29 лет – 24 (21%), 10-19 лет – 27 (23,7%), 0-9 лет – 16 (14%), не указали свой стаж 9 (8%) участников. Большая часть врачей работала в поликлинике – 86,8%, в стационарах – 8,6%, не указали место работы 4,6% респондентов. При сравнительной оценке вариативности ответов у респондентов с разным стажем работы не получено достоверных различий в группах ($p > 0,05$). Анкетирование проводилось до (анкета I из 10

вопросов) и после (анкета II из 3 вопросов) образовательной лекции по фтизиатрии в рамках курсов повышения квалификации врачей (педиатров и терапевтов) по основной специальности. Субъективный уровень знаний по фтизиатрии сравнивали с объективной оценкой.

Результаты и обсуждение. При изучении самооценки знаний врачей по фтизиатрии до образовательной лекции получены следующие данные: 49 (43%) врачей оценили себя на 7-8 баллов (выше среднего), 42 (36,8%) – поставили себе 5-6 баллов (средний уровень), 8 (7%) – выбрали вариант менее 5 баллов (уровень ниже среднего), 7 (6,2%) врачей поставили 9-10 баллов (высокий уровень знаний). После образовательной лекции у 28 (24,6%) врачей наблюдался значительный рост субъективного показателя уровня знаний в градации высокий уровень самооценки, 45 (39,5%) врачей оценили себя на 7-8 баллов, средний уровень знаний указали 23 (20,2%) врача, оценку ниже 5 баллов поставили себе лишь 3 (2,6%) специалиста, и 15 (13,1%) врачей не захотели оценить повторно свой уровень знаний. Оценка объективного уровня знаний врачей была следующей. Для большинства анкетированных (93%) оказалось сложным перечислить условия, при которых социально благополучный человек может заболеть туберкулезом. Установлено, что 98,2% врачей первичного звена проводят своевременную профилактику и выявление туберкулеза в ходе работы посредством контроля периодичности ФЛГ и иммунодиагностики, при этом 30,7% из них не знают о существовании на своем участке очагов туберкулеза и фактически не предпринимают никаких действий по работе в них, 35% не используют в своей работе действующие законодательные документы, касающиеся фтизиатрии, 25,4% врачей не сталкивались с необходимостью включения в дифференциально-диагностический ряд туберкулеза, и у 43% врачей никогда не возникала необходимость в направлении пациентов на консультацию фтизиатра, несмотря на то что 78% опрошенных имели стаж работы более 10 лет. По результатам объективной оценки «низкий» и «ниже среднего» уровни знаний имели 40,3% врачей. Исследование индивидуального соотношения субъективного и объективного уровней знаний по фтизиатрии показало, что самооценка знаний существенно завышена у 58,8% врачей, занижена у 18,4% и адекватна у 22,8%. После прослушивания образовательной лекции по фтизиатрии 90,3% анкетированных отметили повышение настороженности в отношении диагностики туберкулеза.

Выводы. Неадекватное восприятие проблемы туберкулеза выявлено у 94% врачей первичного звена здравоохранения. Наличие у 64% врачей своеобразного психологического защитного блока «туберкулез где-то есть, но не может быть у меня» и, наоборот, страха заболевания туберкулезом (30%) порождает предубеждения, создает трудности при обучении и осуществлении профессиональной деятельности по разделу «противотуберкулезная помощь». Выявлена объективно недостаточная теоретическая подготовка по фтизиатрии у 40,3% врачей, которая сочетается с существенно завышенной самооценкой знаний, что препятствует получению достаточных уровень знаний.

РАШОЯН А.Г., КОСАЧЕВА А.С.
**АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D В КРОВИ ОБСЛЕДОВАННОЙ
ГРУППЫ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА г. КЕМЕРОВО**
Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия
Научный руководитель – к.м.н. доцент Сухова Н.А.

RASHOYAN A.G., KOSACHEVA A.S.
**ANALYSIS OF VITAMIN D CONTENT IN THE BLOOD OF A GROUP OF
WORKING-AGE PERSONS IN KEMEROVO**
*Department of Hospital Therapy and Clinical Pharmacology
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia*
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Sukhova N.A.

Аннотация. Не вызывает сомнений связь дефицита витамина D с развитием бесплодия, иммунодефицита, гипотиреоза, нарушений жирового и углеводного обмена, сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза. Исследован уровень витамина D в группе лиц, проживающих в промышленном регионе Западной Сибири.

Ключевые слова: витамин D, тестостерон крови, избыточный вес, тиреогормоны, корреляционный анализ.

Abstract. There is no doubt that vitamin D deficiency is associated with infertility, immunodeficiency, hypothyroidism, disorders of fat and carbohydrate metabolism, cardiovascular diseases, and osteoporosis. The purpose of this study is to investigate the vitamin D levels in a group of individuals living in an industrial region of Western Siberia.

Keywords: vitamin D, blood testosterone, overweight, thyroid hormones, and correlation analysis.

Введение. Взаимосвязь витамина D и ожирения сложна: ожирение способствует дефициту витамина D из-за секвестрации в жировой ткани, а дефицит витамина D усугубляет инсулинорезистентность и сердечно-сосудистый риск. Витамин D модулирует уровень тестостерона, усиливая его продукцию в клетках Лейдига. Дефицит витамина D повышает риск аутоиммунных заболеваний щитовидной железы, гипотиреоза. Низкий уровень витамина D связан с повышенным риском гипертонии через влияние на сосудистое ремоделирование и ренин-ангиотензиновую систему.

Цель исследования: определить уровень витамина D в крови и его взаимосвязь с образом жизни, ИМТ (индекс массы тела), глюкозой, холестерином, уровнем тестостерона, тиреогормонов крови у группы людей трудоспособного возраста, проживающих в городе Кемерово.

Материалы и методы исследования: проведен анализ результатов медицинского обследования группы людей (92 человека – 80,4% мужчин и 19,6% женщин) трудоспособного возраста - $44,98 \pm 7,4$ лет, служащих офиса в Центральном районе города Кемерово. Большинство обследованных мужчин и

женщин имели гиподинамию, избыточный вес, нарушения пищевого поведения, отмечали употребление алкоголя по праздникам, АГ выявлена у 38%. Показатель ИМТ составил – $28,51 \pm 4,30$ кг/м², что соответствует избыточной массе тела. Проводился забор крови на биохимический анализ, витамин D, гормон тестостерон общий, тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин - Т4 свободный. При расчёте показателей использованы методы статистического анализа – среднее значение выборки (μ), стандартное отклонение средних значений выборок (σ); проведен статистический метод измерения степени взаимосвязи между двумя переменными - корреляционный анализ, значение r для коэффициента корреляции (r). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Уровень витамина D в группе обследованных составил $34,83 \pm 23,86$ нг/мл. У мужчин средний уровень общего тестостерона показал – $15,56 \pm 5,76$ нмоль/л, что соответствует нижней границе нормы исследуемого показателя. Уровень глюкозы у обследованных составил $5,13 \pm 1,12$ ммоль/л. Значения общего холестерина $5,58 \pm 1,25$ ммоль/л. При оценке тироидного статуса у обследованной когорты лиц в целом отмечен эутиреоз: ТТГ – $2,05 \pm 1,19$ мкМЕ/мл, Т4 своб.- $12,11 \pm 3,24$ пмоль/л. Корреляционный анализ показал положительную взаимосвязь уровня тестостерона крови и витамина D ($r=+0,33$, $p=0,08$), отрицательную взаимосвязь витамина D крови с показателем ИМТ ($r=-0,25$, $p=0,15$) и ТТГ ($r=-0,04$, $p=0,58$). Выявлена отрицательная взаимосвязь уровня тестостерона крови со значениями ИМТ у изученной группы мужчин ($r=-0,35$, $p=0,05$). Положительная достоверная корреляционная связь ТТГ с исследуемыми показателями ИМТ ($r=+0,30$, $p=0,03$).

Выводы. Выявлен пограничный уровень витамина D = $34,83 \pm 23,86$ нг/мл (норма 30-100 нг/мл) у изученной группы людей трудоспособного возраста. Отмечено влияние избыточной массы тела на содержание витамина D в организме, так же как подтверждена обратная зависимость ожирения от низкого уровня витамина D. Результаты корреляционного анализа указывают на верность данного утверждения. Выявленная отрицательная взаимосвязь показателей тестостерона и витамина D крови отражает влияние витамина D на развитие относительного андрогенодефицита и репродуктивную функцию мужчин трудоспособного возраста. Тенденция к отрицательной корреляционной связи витамина D и ТТГ крови, может свидетельствовать о возможном риске гипотиреоза в данной группе.

СКРИПКО В. А.

ПРОЛАКТИНОМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра факультетской терапии и профболезней Кемеровского государственного медицинского университета, Кемерово, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Фомина Н.В.

SKRIPKO V.A.

PROLACTINOMA: A CLINICAL CASE

Department of Faculty Therapy and Occupational Diseases Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – MD, Associate Professor Fomina N.V.

Аннотация. Представлен клинический случай пациентки с нарушением менструального цикла и повышенным уровнем пролактина. На фоне назначенной терапии уровень пролактина нормализовался, менструальный цикл восстановился.

Ключевые слова: пролактинома, опухоль, пролактин, МРТ, каберголин.

Abstract. A clinical case of a patient with menstrual irregularities and elevated prolactin levels is presented. Following the prescribed therapy, prolactin levels returned to normal and the menstrual cycle was restored.

Key words: prolactinoma, tumor, prolactin, MRI, cabergoline.

Введение. Пролактинома – доброкачественная опухоль гипофиза, вырабатывающая в больших концентрациях пролактин, что отражается, в первую очередь, на репродуктивном здоровье взрослого населения. Своевременное выявление и лечение пролактиномы существенно улучшают прогноз и качество жизни пациентов.

Цель исследования: описание клинического случая пролактиномы.

Материалы и методы исследования: изучен клинический случай пациентки, обратившейся на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу в ГАУЗ «КОКБ имени С.В. Беляева». Анализ случая представляет интерес, поскольку знание подобных заболеваний важно для работы врача-клинициста, особенно для терапевта первичного звена.

В целях соблюдения этических норм было получено добровольное согласие пациента на проведение опроса и медицинского осмотра.

Результаты и обсуждение: Женщина Г., 38 лет обратилась в консультативную поликлинику к врачу эндокринологу. Причина, по которой было принято решение сходить на приём, заключалась в прибавке массы тела за последние 4 месяца на 13 кг с 68 кг до 81 кг, а также дисменорея. ИМТ на момент осмотра 32,4 кг/м², что соответствует ожирению 1 степени. По результатам дообследования выявлен пролактин 1761 мЕД/л при референсных значениях от 127 до 637 мЕд/л. При проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) гипофиза с контрастом выявлено образование до 0,2 см в

правых отделах аденогипофиза, на основании чего можно сделать вывод о наличии макропролактиномы.

При исследовании общего и биохимического анализа крови отклонений не обнаружено. Проведение тиреоидного профиля также не выявило изменений. Щитовидная железа функционирует в полном объёме. По УЗИ щитовидной железы объем пределах нормы, грубых структурных изменений не выявлено. Признаков нарушения углеводного обмена не было. При исследовании кальций-фосфорного обмена выявлен дефицит витамина Д, равный 8,1 нг/мл при нормальных значениях 50-70 нг/мл. При проведении УЗИ брюшной полости было отмечено увеличение печени по типу стеатогепатоза, которое является следствием отложение жира в гепатоцитах в результате замедления обменных процессов, нарушения гормонального профиля, а также снижения активности ферментов, участвующих в жировом обмене.

Препаратом первой линии лечения таких пациентов является назначение агонистов дофамина (каберголина). Стартовая доза составляла 0,25 мкг или ½ таблетки дважды в неделю. Были выбраны следующие дни приема: вторник и четверг с последующим лабораторным контролем пролактина через 1 месяц. Пациентка спустя 1,5 месяца пришла на повторный приём с результатом пролактина равному 113 мЕд/л, сданному в той же лаборатории, референсные значения прежние. На момент повторного посещения предъявляла жалобы на обильные менструации и отёки на ногах. Проведена коррекция лечения в пользу уменьшения дозы каберголина до 0,125 мкг 2 раза в неделю. Рекомендованы контроль пролактина и проведение МРТ гипофиза с контрастированием через 12 месяцев.

Совместно с лечением основного заболевания проводилась коррекция сопутствующего состояния путём соблюдения низкокалорийного питания, введения в повседневную жизнь физической активности, а также приема холекальциферола.

Выводы. Грамотно подобранная и своевременная терапия позволяет добиться устойчивого клинического улучшения, а длительное амбулаторное наблюдение обеспечивает контроль заболевания и поддержание качества жизни пациента.

ЦЫГАНКОВА А.И.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С
МНОГОКРАТНЫМИ РЕЦИДИВАМИ В АНАМНЕЗЕ**

*Кафедра факультетской терапии и профпатологии им. профессора В.В. Сырнева
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – ассистент Уткина Е.В.

TSYGANKOVA A.I.

**CLINICAL CASE OF NEPHROTIC SYNDROME WITH MULTIPLE
RECURRENCES IN THE ANAMNESIS**

*Department of Faculty Therapy and Occupational Pathology named after Professor V.V. Syrnev
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*
Scientific supervisor – assistant Utkina E.V.

Аннотация. Представлен клинический случай диагностики нефротического синдрома (НС), состоящего из массивной протеинурии и нарушений белково-липидного и водно-солевого обмена, которые проявляются гипопроteinемией, диспротеинемией, гиперлипидемией, а также отеками степени анасарки, особенность подбора дозы преднизолона и (или) циклоспорина, перенесенных вирусных инфекций на частоту его рецидивов.

Ключевые слова: нефротический синдром, глюкокортикостероиды, протеинурия, гломерулонефрит.

Abstract. The article presents a clinical case of nephrotic syndrome diagnosis, which consists of massive proteinuria and disorders of protein-lipid and water-salt metabolism, manifested by hypoproteinemia, dysproteinemia, hyperlipidemia, lipiduria, and edema of the degree of anasarca, the peculiarities of selecting the dose of prednisolone and (or) cyclosporine, and the effect of viral infections on the frequency of its relapses.

Keywords: nephrotic syndrome, glucocorticosteroids, proteinuria, glomerulonephritis.

Введение. Нефротический синдром (НС) – клинико-лабораторный комплекс, которым весьма часто проявляется различными видами нефропатий, как первичными (самостоятельными/идиопатический), так и вторичными (симптоматические). Критериями НС – массивная протеинурия (>3,5 г/сут), гипопроteinемия (<65 г/л), гипоальбуминемия (<30 г/л), гиперхолестеринемия (>5,1 ммоль/л) и отеки до анасарки и появление трансудата в серозных полостях. Последние два критерия не являются обязательными, при их отсутствии НС «неполный» («формирующийся»). НС диагностируют у 3 взрослых на 100 тыс. населения в год.

Цель исследования: описание клинического случая рецидивирующего нефротического синдрома при мезангиопролиферативном гломерулонефрите.

Материалы и методы исследования: проводился ретроспективный анализ серии историй болезни пациентки П., которая проходила обследование и

лечение на базе ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева с 2019 по 2025 г. в отделении нефрологии и диализа.

Результаты и обсуждение. У пациентки П. дебют заболевания с 2019 г. в виде нефротического синдрома: гипоальбуминемии (22,9 г/л), гипопропротеинемии (36,1 г/л), гиперхолестеринемии (11,3 ммоль/л), суточная протеинурия (5 г/сут) и отеки. Начата терапия преднизолон 60 мг/сут, отечный синдром регрессировал быстро, оставлена на альтернирующей схеме до 55 мг каждые 48 часов. По результатам нефробиопсии выявлен морфологический вариант мезангиопролиферативного гломерулонефрита. В августе 2019 г. ухудшение состояния в виде нарастания отеков, при обследовании суточная протеинурия (5,5 г/сут), гипоальбуминемия (20 г/л). На фоне вновь проведенной терапии (преднизолон 60 мг/сут) отмечалось развитие синдрома Кушинга (увеличение веса, сухость кожи, появление «растяжек» в подмышечных областях, на плечах и бедрах). До 7 недели снижена доза преднизолона до 55 мг каждые 48 часов. На основании полученных данных сформирован диагноз: нефротический синдром полный, идиопатический, стероидзависимый. В 2020 г. госпитализирован вновь с выраженными отеками вплоть до анасарки, суточная протеинурия (6,9 г/л), гипоальбуминемия (13 г/л). Проводилась терапия преднизолон 60 мг/сут, в отсутствие положительной динамики на 12 сутки и тяжелого состояния в лечении подключена пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 1000 мг с циклоспорином А 150 мг/сут. На этом фоне положительная динамика с отменой преднизолона, через 3 года завершен прием циклоспорина А, достигнута полная медикаментозная ремиссия. В 2024 году на фоне ОРВИ ухудшение состояния в виде рецидивирования нефротического синдрома (анасарка, суточная протеинурия 7 г/сут, гипоальбуминемией 24 г/л). В отделении проводилась консервативная терапия, прием преднизолона 60 мг/сут, отмечалось снижение суточной протеинурии (до 3,3 г/л), в конце мая переведена на альтернирующую схему преднизолона 55 мг каждые 48 часов. В сентябре 2024 на фоне ОРВИ развились отеки, снижение диуреза. ГКС в ежедневном режиме 60 мг/сут, после улучшения состояния переведена на альтернирующую схему 55 мг каждые 48 часов с постепенной отменой, к терапии добавлен циклоспорин 175 мг/сут (достигнута стойкая ремиссия).

Вывод. Рецидивирование нефротического синдрома (эпизоды активных проявлений, сменяющиеся эпизодами нормализации анализов мочи и крови) может возникать на фоне как снижения дозировки преднизолона и (или) циклоспорина, так и вследствие перенесенных вирусных инфекций.

ЯРАНСКИЙ В. С., НЕВЕРОВА Е. А.
**ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С
ХОБЛ**

*Кафедра факультетской терапии и профболезней Кемеровского
государственного медицинского университета, Кемерово, Россия*
Научный руководитель – к. м. н., доцент Павлова В.Ю.

YARANSKII V. S., NEVEROVA E. A.
ASSESSMENT OF PSYCHOSOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH COPD
*Department of Faculty Therapy and Occupational Diseases Kemerovo State Medical
University, Kemerovo, Russia*
Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Pavlova V.Y.

Аннотация. В настоящее время имеет место большая частота встречаемости различных вариантов нарушения психосоматического статуса, которые в значительной степени обуславливают развитие и течение патологического процесса. Одними из наиболее распространённых психогенно поражаемых органов являются органы дыхательной системы. В приведённом исследовании мы изучили и провели оценку и распространённость тревоги и депрессии у пациентов с ХОБЛ

Ключевые слова: ХОБЛ, психосоматические заболевания, стресс, тревога, депрессия

Abstract. Currently, there is a high incidence of various disorders of the psychosomatic status, which significantly contribute to the development and course of the pathological process. One of the most common psychogenically affected organs is the respiratory system. In this study, we examined and evaluated the prevalence of anxiety and depression in patients with COPD.

Keywords: COPD, psychosomatic diseases, stress, anxiety, depression

Введение. В современных условиях постоянной стрессовой нагрузки на нервную систему человека среди населения все более становится актуальным развитие психосоматических заболеваний. В основе психосоматических заболеваний лежит так называемый срыв адаптации на фоне патологической тревоги, что ведет к психосоматическим нарушениям разных физиологических систем и органов. Клиническая картина классических нарушений органов и систем в таком случае будет протекать гораздо тяжелее, а проводимая терапия будет иметь более низкую эффективность.

Цель исследования: оценить психосоматический статус у больных с ХОБЛ.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 39 пациентов с ХОБЛ: 36 (92,3%) составили пациенты мужского пола и 3 (7,7%) пациентки женского пола, находящихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГАУЗ КОКБ. Для оценки терапии использовался опросник с возможностью указания больным условий работы,

используемых им препаратов, кратности, времени и условий их применения, а также наличия либо отсутствия у пациента пикфлоуметра и других уточняющих параметров. Для оценки психологического состояния больных ХОБЛ использовались шкала госпитальной тревоги и депрессии (HADS) и визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты и обсуждение. По данным проведенного анкетирования были получены следующие результаты. Из числа работающих 71,8% занимают такие должности как: шахтеры, взрывники, инженеры. Курение среди опрошенных встречается часто (59%), во всех случаях длительное, от 20 лет стажа и более. Пикфлоуметр как устройство контроля развития ХОБЛ имеется только у 12 (30,8%) человек. По данным шкалы HADS субклинически выраженная тревога была выявлена у 6 (15,4%) человек, клинически выраженная тревога - у 9 (23%) человек, субклинически выраженная депрессия – у 7 (17,9%) человек, клинически выраженная депрессия – у 11 (28%) человек. По шкале ВАШ были получены следующие результаты: 12 (30,7%) пациентов при наличии по шкале HADS от 8 баллов и выше по шкале ВАШ указали от 4 баллов и менее, 5 (12,8%) пациентов со значениями по шкале HADS 7 и менее баллов отметили по шкале ВАШ от 6 до 10 баллов.

По результатам анкетирования в большинстве случаев (71,8%) профессиональная деятельность опрошенных связана с продолжительным воздействием стресс-факторами, усугубляется длительным курением. По данным шкалы HADS в большинстве из приведенных случаев развития субклинически и клинически выраженных тревоги и депрессии (78,2%), результаты были получены у больных, работающих на нагруженных стресс-факторами должностях. По шкале ВАШ были получены крайне неоднозначные результаты при сопоставлении с данными по шкале HADS. В обоих случаях имеются явное различие и противоречие в оценке своего состояния пациентами при сравнении результатов данных шкал.

Выводы. Выявлена высокая частота встречаемости различных вариантов нарушения психосоматического статуса у пациентов с ХОБЛ. Одним из клинических проявлений данной патологии являются ощущения дискомфорта в груди, одышка, гипервентиляционный синдром. В таком случае может вставать вопрос, насколько клинические проявления обусловлены поражением самой легочной ткани, какой объем клинических проявлений связан с нарушением психосоматического статуса. У данной категории пациентов не проводилась какая-либо коррекция психосоматического статуса.