

по сравнению с пациентами без АГ. 2. Присоединение ФП у пациентов с АГ значительно ухудшает показатели когнитивных функций. 3. Всем пациентам с ГБ II стадии при наличии АД выше целевых цифр, необходимо проводить тестирование с помощью Монреальской шкалы для определения состояния когнитивной сферы. 4. При обнаружении суправентрикулярных нарушений ритма у пациентов с АГ необходимо рекомендовать более тщательное нейropsychологическое обследование пациента у специалистов.

## ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Алексеева Е.С.

Белорусский государственный  
медицинский университет,  
Минск, Беларусь

В рамках диспансеризации, являющейся основной профилактической работы амбулаторной службы, выделяют категорию «часто и длительно болеющие» (ЧДБ) пациенты. В Республике Беларусь к категории «ЧДБ» пациентов относятся часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания. К числу нарушений личностной сферы ЧДБ пациентов относят деформацию системы психологических защитных механизмов как одной из важнейших адаптационных систем. Обычно выделяют четыре типа общих неспецифических состояний: тренировка, спокойная активация, повышенная активация и стресс. Чрезмерно сильные или повреждающие воздействия сопровождаются развитием неблагоприятных состояний: стрессом либо напряженными реакциями тренировки, спокойной или повышенной активации. При этих состояниях в разной степени снижается неспецифическая резистентность организма и его адаптивность к любым повреждающим факторам. Условно выделяют три группы людей: здоровые, больные и лица в состоянии предболезни. У здоровых наиболее часто обнаруживаются реакции повышенной и спокойной активации высоких и средних уровней реактивности, а также реакция тренировки высоких уровней реактивности. У людей в состоянии предболезни наблюдаются реакции повышенной и спокойной активации низких уровней реактивности, реакция тренировки средних и низких уровней реактивности, реакция стресса высоких уровней реактивности, реакция переактивации средних уровней реактивности. При возникновении болезни отмечается наличие стресса средних и низких уровней реактивности, переактивации средних и

низких уровней реактивности. ЧДБ-пациенты находятся в промежуточной зоне. Можно предположить, что пациенты данной категории как раз и находятся в состоянии предболезни из-за сниженного адаптационного потенциала. Данное исследование направлено на изучение закономерностей нарушения адаптации у людей, болеющих респираторными заболеваниями с разной периодичностью.

**Цель исследования.** Изучение особенностей адаптации часто и длительно болеющих пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 120 пациентов, которые были разделены на 3 группы по 40 человек в каждой: I группа включала пациентов, относящихся к категории ЧДБ, II группа состояла из пациентов, болеющих 4-5 раз в год и в III группе находились практически здоровые пациенты. Обследование проходило в период клинической ремиссии. В исследовании преобладали женщины – 85 человек (70,8%), мужчин было 35 (29,2%). Средний возраст пациентов составил  $24,6 \pm 1,37$  лет. Все участники исследования подписали информированное согласие. В ходе исследования для скрининговой оценки нервно-психической составляющей адаптации использовалась многомерная шкала И. Н. Гурвича (опросник). Анализ адаптации по этой шкале проводится по сумме баллов: до 12 – физиологическая норма (эквивалентно «здоровью»); 12-24 – напряжение адаптации («предболезнь», донозологическое состояние); более 24 баллов – срыв адаптации («болезнь»).

**Результаты и обсуждение.** При исследовании нервно-психической адаптации во всех исследуемых группах выявлена тенденция к напряжению механизмов адаптации (36,7% от всей исследуемой группы), что эквивалентно состоянию предболезни, т.е. вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося действия на организм и личность патогенных условий и факторов. По данным шкалы И.Н. Гурвича, нормальное состояние адаптации наблюдалось у 33 человек (27,5%), при этом в I группе – 8 (20,0%), во II группе – 11 (27,5%), в III группе – 14 (35,0%); донозологическое состояние – у 44 человек (36,7%): в I группе – 14 (35,0%), во II группе – 13 (32,5%), в III группе – 17 (42,5%); срыв адаптации – у 43 (35,8%) обследованных: причем в I группе – 18 (45,0%), во II группе – 16 (40,0%), в III группе – 9 (35,8%) (таблица 2). У исследуемых I и II групп – ЧДБ и болеющих 4-5 раз в год – выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля: срыв адаптации 45,0 и 40,0% в I и II группах по сравнению с 22,5% в III группе ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у испытуемых группы ЧДБ выявлены значительные отклонения от оптимума адаптации, наиболее выраженные в ее нервно-психической составляющей. В связи с этим представляется весьма важным поиск способов коррекции нарушенной адаптации.

**Выводы.** 1. Во всех исследуемых группах физиологическая норма адаптации не является распространенной, составляя только 27,5%, тогда как на напряжение и срыв адаптации приходится 36,7 и 35,8% соответственно, что может свидетельствовать об увеличенной стрессовой нагрузке на население. 2. У испытуемых групп ЧДБ (I) и II группе (болеющих 4-5 раз в год) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля. 3. Выявленные особенности адаптации ЧДБ пациентов требуют пересмотра профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья данной группы.

## ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Алиева К.К., Матчанов С.Х.,  
Абдуразакова Д.С.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить влияние аутоантител к эластину на сердечно-сосудистую систему у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** Было обследовано 58 больных РА, средний возраст – 41,6±6,3 года. Исследование проводилось в ревматологическом отделении Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование включены 47 женщин и 11 мужчин, с достоверным диагнозом РА согласно критериям Американской коллегии ревматологов/Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR, American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г., средняя длительность заболевания – 13,2±3,4 года. Оценку клинических и иммунологических параметров производили при поступлении в стационар и перед выпиской. Активность заболевания оценивали с помощью шкалы (DAS28 (Disease Activity Score 28), среднее значение составило 4,3±0,8. В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц. АТ к эластину определяли иммуноферментным методом при фиксации антигена в магнитоуправляемых сорбентах по методу Гонтаря. Результаты выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.).

**Результаты и обсуждение.** Повышенные уровни антител к эластину у больных РА выявлялись в 48,3% случаев. Концентрация антител к эластину в среднем составила 0,128±0,069 е.о.п. (верхняя граница нормы – 0,104 е.о.п.). При РА повышенный уровень АТ к эластину ассоциировался с поражением сосудов и сердца (74,1%).

**Выводы.** Повышенный уровень АТ к эластину у больных РА можно рассматривать в качестве фактора риска развития раннего атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных осложнений.

## ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви Б.А.<sup>1,2</sup>, Абдуллаев А.Х.<sup>1,2</sup>, Узоков Ж.К.<sup>1</sup>,  
Курмаева Д.Н.<sup>3</sup>, Пулатов Н.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр терапии  
и медицинской реабилитации,  
<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
<sup>3</sup>Центр передовых технологий,  
Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценка безопасности и эффективности комплексного подхода к лечению больных коронарной болезнью (КБС).

**Материалы и методы.** В исследование включили 32 пациента КБС, стабильной стенокардией напряжения (СС) III и IV функциональных классов (ФК) (средний возраст 53,8±5,1 года, длительность заболевания – 7,2±1,3 лет.), которым после коронароангиографии, по показаниям, имплантировали в коронарные артерии стенты с лекарственным покрытием. Медикаментозная терапия включала антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), розувастатин, бета-блокаторы. Пациенты КБС СС III ФК вошли в I группу, а СС IV ФК – II группу. До стентирования и в динамике (3 и 6 месяцев) изучали агрегацию тромбоцитов (АТ), холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), триглицериды (ТГ); показатели коагулограммы; полиморфизм генов CYP2C19\*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272) (полимеразно-цепной реакцией), оценивали жизнеспособность миокарда (эхокардиография (стресс-ЭХОКГ), мультислайсная компьютерная томография (МСКТ)).

**Результаты.** До лечения выявлены существенные изменения в липидном спектре. Розувастатин уменьшил содержание ХС до 4,83±0,2, ХСЛПНП до 2,3±0,18 и ТГ до 1,55±0,12 ммоль/л при уровне ХСЛПВП 1,18±0,04 ммоль/л. Перед плановой реваскуляризацией рекомендован уровень ХСЛПНП<1,5 ммоль/л. Уровни ХСЛПНП<1,5 ммоль/л и ХС<3,5 ммоль/л до эндоваскулярного вмешательства (ЭВ) связаны с наименьшей частотой развития сердечнососудистых осложнений (ССО). При анализе степени АТ у больных КБС СС IV ФК, обнаружены статистически значимые более высокие значения в

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Правительство Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова  
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов  
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина  
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов  
Ассоциация ревматологов России  
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс  
с международным участием

# БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией  
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

---

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

---

---

Санкт-Петербург  
2023