

бодной фракции тироксина (св.Т4), свободной фракции трийодтиронина (св.Т3)). Для анализа уровня депрессии была применена шкала Цунге и интерпретировали следующим образом: отсутствие депрессии – менее 50 набранных баллов, легкая депрессия ситуативного или невротического генеза 50-59 баллов, субдепрессивное состояние или маскированная депрессия 60-69 баллов, истинная депрессия – 70 и более. Сформированы две группы пациентов. Первая группа – пациенты с АГ и субклиническим гипотиреозом (СГТ) – (АГ+СГТ, n=26), вторая – пациенты с АГ и нормальной функцией щитовидной железы. (АГ+ЭТ, n=26). Статистический анализ полученных данных в ходе исследования был выполнен с помощью программы SPSS 10,0.

Результаты исследования. При анализе результатов было выявлено отсутствие депрессии у 61 больного, легкая форма – у 73, маскированная – у 30, и истинная – у 16. При оценивании выраженности депрессии обнаружена умеренная корреляция с ТТГ и отсутствие ее со св. Т4 ($r=0,1453$, $p=0,19241$) и св. Т3 ($r=0,0131$, $p=0,933414$). В группе пациентов с АГ+СГТ уровень депрессии статистически больше, чем у пациентов группы АГ+ЭТ ($p=0,0064$).

Выводы. Изменения тиреоидного статуса в виде СГТ, несмотря на отсутствие клинических признаков, значительно ухудшает психологическое здоровье пациентов. Особенно сильно это выражено у пациентов с СГТ и АГ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Дрошенко В.В., Рылатко Е.В.
Белорусский государственный
медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить сравнительные особенности временных параметров вариабельности сердечного ритма (BCP) у пациентов молодого возраста с хронической болью (ХБ).

Материалы и методы. Обследовано 16 пациентов молодого возраста, 8 мужчин и 8 женщин, с хронической (более 1 года) механической мускулоскелетной болью. Большинство пациентов беспокоила ХБ в нижней части спины, а также в грудном или шейном отделе позвоночника, средняя за 6 месяцев интенсивность боли составила $3,25 \pm 1,65$ балла по визуальной аналоговой шкале. Сравнение временных параметров вариабельности сердечного ритма проводилось с группой из 26 практически здоровых лиц, 15 мужчин и 11 женщин, без ХБ. Участники исследования отвечали следующим критериям: отсутствие таких хронических заболеваний как сахарный диабет,

артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая болезнь почек, гипер/гипотиреозидизм, серопозитивные артриты, отсутствие послеоперационной боли и боли связанной с менструальным циклом, также они не принимали такие препараты как блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы, бета-миметики, диуретики, антиэпилептические препараты, альфа-блокаторы. Обследуемым выполнялся 5-минутный мониторинг электрокардиограммы в положении лежа на спине. Данная позиция является стандартной для оценки ВСР. В течение 15 минут до мониторинга и во время мониторинга обследуемые находились в данном положении в расслабленном состоянии, пациенты с ХБ в данном положении отмечали минимальную для них боль или отсутствие боли и дискомфорта. Оценка проводилась по временным параметрам ВСР: SDNN, мс – стандартное отклонение величин нормальных интервалов RR; RMSSD, мс – квадратный корень из среднего квадратов разностей величин последовательных пар интервалов RR; PNN50, % – процент последовательных интервалов RR, различие между которыми превышает 50 мс. Статистически достоверными считались различия при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В научных медицинских изданиях дискутируется вопрос о возможной взаимосвязи между ХБ и повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии. Так в аналитическом обзоре по данной проблеме, проведенном Tracy L. et al., 2016, указано, что у пациентов с хронической мускуло-скелетной болью ВСР снижена, однако в большинство анализируемых исследований были включены пациенты в возрасте 40 лет и старше.

Для реализации цели исследования было проведено сравнение временных параметров ВСР у групп исследуемых с ХБ и без ХБ. Показатели SDNN и RMSSD были достоверно ниже в группе пациентов с ХБ – $61,0 \pm 22,6$ и $126,1 \pm 84,7$ мс, $p < 0,005$, $69,9 \pm 42$ и $172,1 \pm 152,7$ мс, $p < 0,012$, соответственно. Возраст и частота сердечных сокращений (ЧСС) может оказывать влияние на показатели ВСР, в данном исследовании достоверной разницы в ЧСС и возрасте, а также половом составе между группами исследуемых с ХБ и без ХБ не выявлено – $76,9 \pm 10,3$ и $84,8 \pm 24,1$ удара в минуту, $p > 0,18$, $27,6 \pm 5,3$ и $26,3 \pm 4,8$ года, $p > 0,77$, женщин в группе – 50% (8 человек) и 42% (11 человек), $p > 0,62$, соответственно.

Также было проведено сравнение определяемых показателей ВСР у лиц женского и мужского пола. Показатель SDNN у женщин с ХБ был достоверно ниже по сравнению с подгруппой женщин из группы практически здоровых лиц – $54,3 \pm 9,1$ и $123,4 \pm 85,8$ мс, $p < 0,011$, соответственно, при этом ЧСС и возраст женщин с ХБ и без ХБ достоверно не различались – $76,3 \pm 7$ и $90,7 \pm 28,6$ удара в минуту, $p > 0,38$, $27,7 \pm 5,3$ и $25,7 \pm 6,1$ года, $p > 0,09$, соответственно; аналогичная картина наблюдалась и при сравнении подгрупп мужчин с ХБ и без ХБ – SDNN $67,7 \pm 30$ и $127,3 \pm 87,3$ мс, $p < 0,037$, соответственно, ЧСС и возраст мужчин с ХБ и без ХБ достоверно не различались – $77,6 \pm 13,3$ и $87,9 \pm 27,1$ удара в минуту, $p > 0,58$, $25,1 \pm 5,08$ и $26,8 \pm 3$ года, $p > 0,18$, соответственно.

Выводы. Полученные данные говорят о сниженной ВСР у пациентов молодого возраста с ХБ по сравнению с практически здоровыми обследованными, что может свидетельствовать о повышенной симпатoadренальной активности. Выявленные изменения необходимо учитывать при динамическом наблюдении за данной категорией пациентов, а также при лечении хронического болевого синдрома.

КОЛЛАГЕНЫ РАЗНОГО ТИПА В ОЦЕНКЕ ФИБРОГЕНЕЗА И ДЕКОМПЕНСАЦИИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Дуданова О.П.¹, Родина А.С.¹, Шубина М.Э.¹,
Курбатова И.В.², Топчиева Л.В.²

¹Петрозаводский государственный университет,
²Институт биологии – обособленное подразделение
Карельского научного центра
Российской академии наук,
Петрозаводск

Цель исследования. Оценка биомаркеров фиброгенеза при алкогольном циррозе печени и их роль в диагностике декомпенсации заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 73 пациента декомпенсированным алкогольным циррозом печени (АЦП): мужчин – 41 (56,2%), женщин – 32 (43,8%) в возрасте 54,6±10,8 года. Диагноз верифицирован на основании традиционных анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных. Из исследования исключены пациенты с поражением печени вирусной, метаболической, аутоиммунной, лекарственной этиологии и пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями других органов и систем. Наличие простой декомпенсации и/или острой хронической печеночной недостаточности (ОХПН) оценивалось с использованием online калькулятора: CLIF-C-AD и CLIF-C ACLF

<https://www.efclif.com/scientific-activity/score-calculators/clif-c-aclf> на сайте EASL.

В крови методом иммуноферментного анализа определялись уровни коллагена третьего типа (Col3) и коллагена 4 типа (Col4) (тест-системы “Kit For Collagen Type III (Col3)” и “Kit For Collagen Type IV (Col4)”, “Cloud-Clone Corp”, USA). Контрольную группу составили 12 здоровых лиц, уровень Col3 у них составил 6,12±0,73 нг/мл и Col4 – 9,45±0,32 нг/мл.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программного обеспечения «Statgraphics plus5» с оценкой теста Вилкоксона-Манна-Уитни и Спирмена. Уровень $p < 0,05$ принимался за статистически значимый.

Результаты. Декомпенсация АЦП у всех пациентов была связана с алкоголизацией. Содержание Col3

и Col4 у пациентов АЦП достоверно превышало такое у здоровых доноров: Col3 – 22,6±4,56 нг/мл против 6,12±0,73 нг/мл ($p < 0,01$) и Col4 – 87,4±31,5 нг/мл против 9,45±0,32 нг/мл ($p < 0,01$). Проведен анализ уровней коллагенов в зависимости от фенотипа декомпенсации АЦП – простая декомпенсация (ПД) или острая на хроническую печеночную недостаточность (ОХПН), при этом выявлен достоверный рост обоих типов коллагена при ОХПН по сравнению с ПД: Col3 – 27,2±4,1 нг/мл против 20,3±4,8 нг/мл ($p < 0,05$) и Col4 – 110,6±41,9 нг/мл против 77,8±35,4 нг/мл ($p < 0,05$).

Параллельно отмечалось значительное ухудшение функционального состояния печени при ОХПН: уровень билирубина составил 371,2±120,3 мкмоль/л против 146,5±131,4 мкмоль/л ($p < 0,05$) при ПД, АЛТ – 187,2±98,6 Ед/л против 41,2±25,6 Ед/л ($p < 0,05$), АСТ – 395,5±201,5 Ед/л против 88,6±35,2 Ед/л ($p < 0,01$), альбумина – 24,1±6,3 г/л против 29,7±5,5 г/л ($p < 0,05$), протромбина – 49,9±20,6% против 61,2±21,4% ($p < 0,05$), холестерина – 3,5±0,9 ммоль/л против 6,0±3,1 ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно.

Уровень Col3 коррелировал только с АСТ и ЩФ – $r = 0,29$ ($p < 0,05$) и $0,24$ ($p < 0,05$) соответственно, в то время как Col4 продемонстрировал более обширные и тесные связи: с билирубином – $r = 0,69$ ($p < 0,05$), с АСТ – $r = 0,63$ ($p < 0,05$), с ГГТП – $r = 0,56$ ($p < 0,05$), с СОЭ – $r = 0,59$ ($p < 0,05$), с СРП – $r = 0,54$ ($p < 0,05$).

Количество отказов органов составило 1,6±0,9, средний балл органной недостаточности составил 10,4±1,5, индекс ОХПН – 50,8±5,3 балла, вероятность летального исхода в первый месяц – 25,4±12,7%, через 12 месяцев – 48,5%. Уровни коллагенов не коррелировали между собой, не коррелировали с индексами органной недостаточности и ОХПН и с ближайшей летальностью, но уровень Col4 был связан с прогнозируемой отдаленной (через 12 месяцев) смертностью – $r = 0,24$ ($p < 0,05$).

Коллаген третьего типа синтезируется звездчатыми клетками и фибробластами портальных трактов и относится к фибриллярному коллагену интерстициального матрикса. Коллаген четвертого типа является ретикулярным белком мембраноподобного базального перисинусоидального пространства, синтезируется эндотелиальными, эпителиальными и звездчатыми клетками, обеспечивает обмен веществ между синусоидами и гепатоцитами. Прогностическая роль данных коллагенов в отношении прогрессирования фиброза, декомпенсации цирроза печени и развития ОХПН противоречивая. Одни авторы находят более значительный рост коллагена третьего типа при ЦП и основным механизмом фиброза считают увеличение интерстициальной соединительной ткани, другие считают ремоделирование базального пространства более значимым в процессе печеночного фиброгенеза.

Заключение. Нами выявлена более значимая роль коллагена 4 типа по сравнению с коллагеном 3 типа в оценке механизмов фиброгенеза и декомпенсации алкогольного цирроза печени.

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