

рекции обмена веществ. Европейские и российские клинические рекомендации по ведению больных ССЗ настоятельно нацеливают на снижение МК ниже 300 мкмоль/л. Кластер пациентов с уровнем МК ниже 360, но выше 300 мкмоль/л мало изучен в настоящее время. Единый алгоритм ведения пациентов с нарушениями уратного метаболизма отсутствует.

**Цель.** Оценка сопряженности нарушений уратного метаболизма различной степени выраженности с наличием ряда хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у амбулаторных пациентов в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** База данных результатов лабораторных исследований и заключительных диагнозов, полученных у пациентов поликлиник ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Ярославль (800 посещений в смену), направленных врачами на определение уровня МК (мкмоль/л) по данным за 2018-2020 гг. Сравнивали встречаемость ХНИЗ в кластерах: 1-гипоурикемия (ГипоУ; МК<120), 2-нормоурикемия (N; МК120-299), 3-супранормальная урикемия (СупраN; МК 300-359), 4-гиперурикемия (ГиперУ; МК≥360).

**Результаты.** Всего определение уровня МК выполнено у 2917 человек (958 мужчин и 1956 женщин), средний возраст 57,3±16,2 г, средний ИМТ 29,6±6,2 кг/м<sup>2</sup>. Кластеры разных уровней МК составили: 1-ГипоУ 3%, 2-N 55%, 3-СупраN 19%, 4-ГиперУ 23%. В кластерах 1,2,3 преобладали женщины (94, 81, 55% соответственно), а в кластере 4 – мужчины (61%). Самой распространенной нозологией была артериальная гипертензия (АГ; П10-15), часто мотивирующая врача к исследованию уровня МК. Кластер 1-ГипоУ выделялся преобладанием неосложненной эссенциальной АГ (П10), встречавшейся у 16% больных против 5, 6 и 8% в кластерах 2, 3 и 4 соответственно. АГ с поражением сердца (П11) регистрировалась у 43% в кластерах 1 и 2, у 64% в кластере 3 и у 73% в кластере 4-ГиперУ. Встречаемость П11 была сопоставима у мужчин (60%) и женщин (58%), а П10 в 2 раза чаще регистрировалась у мужчин (9,8 против 4,5%). Кластеры 3-СупраN и 4-ГиперУ характеризовались значимым преобладанием в них ожирения (48 и 59% против 16% в 1-ГипоУ и 32% в 2-N), СД2 (32 и 33% против 8% в 1-ГипоУ и 23% в 2-N), ХИБС (13 и 16% против 8% в 1-ГипоУ и 2-N), ХБП (4 и 6% против 1% в 1-ГипоУ и 4% 2-N). Подагра была зарегистрирована у 25% больных в 4-ГиперУ, 8% в 3-СупраN, 3% при нормоурикемии и 1% при гипоурикемии, что косвенно свидетельствует о малой части пациентов, достигающих целевых значений уровня МК, а также о вероятности избыточно интенсивной уратснижающей терапии у некоторых больных. Встречаемость мочекаменной болезни (N20-21) составила 7, 6, 8 и 10% соответственно в кластерах 1,2,3 и 4. Онкозаболевания любых локализаций значимо реже встречались при гипоурикемии (2,2%), в то время как в кластерах 2,3 и 4 их регистрация составила более 7% в каждом. У больных в кластерах 1-ГипоУ и 3-СупраN чаще регистрировали недостаточность витамина D (5,6 и 5,1%

соответственно против 1,5 в 2-N и 2,4% в 4-ГиперУ). Имела место тенденция к более частой регистрации остеопороза в кластере 1-ГипоУ (27% против 23 и 21 и 20% в кластерах 2, 3 и 4 соответственно).

**Выводы.** Преобладающим вариантом нарушений уратного метаболизма у амбулаторных полиморбидных пациентов является гиперурикемия, встречающаяся в 8 раз чаще, чем гипоурикемия. У пациентов с гипоурикемией реже встречаются онкологические заболевания, но выше вероятность развития недостаточности витамина D и остеопороза. Больные с уровнем мочевой кислоты в диапазоне от 300 до 359 мкмоль/л по нозологической отягощенности ССЗ, АГ, СД2 сопоставимы с пациентами, имеющими гиперурикемию.

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.<sup>1</sup>, Шалькевич Л.В.<sup>1</sup>,  
Стефанин А.Л.<sup>1</sup>, Редуто В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

<sup>2</sup>Республиканский научно-практический  
центр отоларингологии,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить встречаемость патологических форм активности по данным электроэнцефалографического обследования (ЭЭГ) у пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии (Э) и расстройств аутистического спектра (РАС).

**Материалы и методы.** Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов с сочетанием Э и РАС в зависимости от возраста пациентов. Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Проведен анализ встречаемости патологических форм активности по данным ЭЭГ обследования у изучаемой когорты пациентов в выделенных группах. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил от 6 до 16 лет в зависимости от возраста пациентов на момент включения их в исследование. За единицу наблюдения был взят параметр, который представляет собой изменение (рост) значения каждого исследуемого показателя за промежуток в 1 год. Общее число наблюдений было представлено 856 случаями. Все наблюдения были разделены на четыре группы исследования по возрастному критерию. Группа исследования 1 – от

0 до 1 лет (n=90); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет (n=270); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет (n=270), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет (n=240).

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень наличия и индекса представленности патологических форм активности на ЭЭГ (в среднем  $0,51 \pm 0,22$ ) с трендом на уменьшение по мере увеличения возраста респондентов без достоверно установленной возраст-зависимой динамики ( $R^2=0,171$ ). В некоторых случаях можно было установить присутствие на ЭЭГ незначительных изменений в виде снижения порога судорожной готовности головного мозга, единичных ДЭФРД амплитудой не более 150-200 мкВ, фотопароксизмального ответа без клинических проявлений, единичных низкоамплитудных (до 150 мкВ) спайков, острых волн или комплексов «острая-медленная волна». У небольшой части пациентов примерно в равном соотношении регистрировались умеренные изменения в виде билатеральных асинхронных групповых ДЭФРД амплитудой более 200 мкВ, периодической региональной эпилептиформной активности, представленной единичными спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ либо ритмичной генерализованной эпилептиформной активности в виде комплексов «острая-медленная волна» частотой 2,5-4 Гц без явных клинических проявлений, а также тяжелые изменения в виде паттерна типичного и атипичного абсанса, паттерна миоклонического приступа, гомолатеральной синхронизации ДЭФРД, множественных групповых ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации либо продолженной региональной эпилептиформной активности, представленная спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ. И лишь у отдельных пациентов изучаемой выборки в возрасте от 2х до 7 лет эпилептиформная активность на ЭЭГ были представлены такими выраженными патологическими изменениями, как паттерн эпилептического статуса, продолженная региональная эпилептиформная активность с феноменом вторичной билатеральной синхронизации или продолженная эпилептиформная активность, представленная ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации по типу электрического эпилептического статуса бодрствования (индекс более 40%). Статистически значимых различий представленности патологических изменений структуры головного мозга в различные возрастные периоды установлено не было.

**Выводы.** Полученные данные подтверждают преимущественно функциональный характер развивающихся у детей с психоневрологической коморбидностью отклонений в неврологическом, нейропсихологическом, логопедическом и экспертно-реабилитационном статусах. В этой связи оценка общего функционального состояния ЦНС и его динамики является значимым компонентом клинико-диагностического алгоритма.

## НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.<sup>1</sup>, Шалькевич Л.В.<sup>1</sup>,  
Стефанин А.Л.<sup>1</sup>, Филипович Е.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический  
центр отоларингологии,  
Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Изучить особенности структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (рентген-компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)) у пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии (Э) и расстройств аутистического спектра (РАС).

**Материалы и методы.** Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов с сочетанием Э и РАС в зависимости от возраста пациентов. Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Проведен анализ особенностей структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (РКТ/МРТ) у изучаемой когорты пациентов в выделенных группах. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил от 6 до 16 лет в зависимости от возраста пациентов на момент включения их в исследование. За единицу наблюдения был взят параметр, который представляет собой изменение (рост) значения каждого исследуемого показателя за промежуток в 1 год. Общее число наблюдений было представлено 856 случаями. Все наблюдения были разделены на четыре группы исследования по возрастному критерию. Группа исследования 1 – от 0 до 1 лет (n=90); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет (n=270); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет (n=270), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет (n=240).

**Результаты и обсуждение.** Для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень выраженности нарушения структуры головного мозга (в среднем  $0,79 \pm 0,09$ ) со значимой возраст-зависимой динамикой увеличения представленности нарушений по мере увеличения возраста пациентов ( $R^2=0,554$ ).

Был проведен сравнительный анализ представленности структурной патологии головного мозга в выделенных возрастных группах. Согласно полученным данным, у подавляющего большинства пациентов

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