

Материалы и методы. Проведено одноцен-
товое, поперечное, сравнительное исследование, в
которое были включены пациенты со стабильной хро-
нической ишемической болезнью сердца (ИБС) ($n=52$,
средний возраст 60,5 (53,0; 65,5) года, 46,1% мужчин)
и условно здоровые лица без сердечно-сосудистых за-
болеваний и признаков субклинического атеросклеро-
за ($n=32$, средний возраст 52,0 (51,0; 55,0) года, 46,8%
мужчин). Оценивались следующие показатели функци-
онального состояния эндотелия: ЭК, ПК, концентрация
эндотелиальной синтазы оксида азота, нитраты и ни-
триды в периферической крови. Исследование количе-
ства ЭК и ПК осуществляли на проточном цитофлу-
ориметре CYTOMICS FC 500 (BectonCoulter, США) с
использованием меченных флуорохромами монокло-
нальных антител к поверхностным маркерам клеток
(из расчета 3×10^5 лейкоцитов). Циркулирующие ЭК
определяли, как негативные по маркеру CD45 (CD45-)
и позитивные по CD146 (CD146+), ПК – как негативные
по CD34 (CD34-) и позитивные по CD306 (CD306+).
Проводили физикальное обследование, антропоме-
трию, комплексное инструментальное обследование,
включающее дуплексное сканирование прецеребраль-
ных, бедренных артерий и аорты с оценкой наличия и
величины атеросклеротических бляшек, эхокардиогра-
фическое исследование сердца, компьютерное томо-
графическое исследование коронарных артерий с под-
счетом коронарного кальциевого индекса (для группы
здоровых лиц). Выполнялся биохимический и общий
анализ крови с определением липидного спектра, гема-
тологических индексов воспаления, общий и биохими-
ческий анализ мочи. Всего в качестве анализируемых
признаков включено 59 показателей из числа факторов
и модификаторов риска. Данные представлены в виде
медианы, интерквартильного диапазона. Рассчитыва-
ли коэффициент корреляции Спирмена, для оценки
значимости показателей и определения оптимальных
пороговых значений применяли ROC-анализ, для раз-
работки многофакторной прогностической модели ис-
пользовали метод бинарной логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. В ходе сравнительно-
го анализа выявлены межгрупповые различия по пока-
зателям, характеризующим функциональное состояние
эндотелия. Здоровые лица имели более низкую частоту
обнаружения ЭК (68,8%) по сравнению с пациентами с
ИБС (80,8%), однако различия не достигали уровня ста-
тистической значимости. Группы различались по частоте
выявления ПК, достоверно чаще у лиц с ИБС (91,1% и
78,1% соотв.), у которых всегда присутствовала хотя бы 1
ПК или ЭК, в то время как у здоровых в 6,3% случаев ни-
какие клетки не обнаруживались. Различия установлены
не только по соотношению, но и по количеству как ЭК (2
(1; 3) и 1 (0; 2) соотв.), так и особенно ПК (50 (8; 181) и 2
(1; 10)), по другим биомаркерам группы были сопос-
тавимы. Оптимальное пороговое значение количества
ЭК, дифференцирующее пациентов с ИБС, составило
 ≥ 1 клетки, ПК – ≥ 8 . Из всех анализируемых факторов
и модификаторов кардиоваскулярного риска значимые

различия, уровень которых у лиц с ИБС был выше, пока-
зали: отягощенная по ИБС наследственность ($p=0,001$),
величина отношения окружности талии к окружности
бедер ($p=0,017$), уровень систолического ($p<0,001$) и
диастолического ($p=0,017$) артериального давления,
стаж курения ($p=0,034$), уровень глюкозы ($p=0,009$), вы-
сокочувствительного тропонина (TnI) ($p=0,001$), коли-
чество нейтрофилов в крови ($p=0,008$), а также мочевой
кислоты ($p=0,021$), и ее отношения к креатинину крови
($p=0,008$). Однофакторный анализ продемонстрировал
наиболее высокую значимость большого количества ПК
(не менее 8) в классификации лиц с ИБС и здоровых (ОШ
10,72 (3,77-30,40)). Согласно полученным данным, неза-
висимыми факторами, ассоциированными с наличием
ИБС, являлись: количество ЭК, наличие ПК > 8 , мочевая
кислота/креатинин, количество нейтрофилов, отягощен-
ная по ИБС наследственность, которые и вошли в итоговую
оптимальную модель классификации. Наибольший вклад
в данной многофакторной модели в соответствии
со значением ОШ (16,49 (3,68-73,89)) опять же вносили
ПК (ПК ≥ 8), из дополнительных к ПК факторов наи-
большим вкладом обладал показатель наследственности.
Модель характеризуется высокой точностью – 83,8,
коэффициент детерминации составил 0,65.

Выводы. Раннее выявление лиц с риском разви-
тия ИБС имеет решающее значение для разработки эф-
фективных профилактических стратегий. Наши резуль-
таты указывают на наличие существенных различий в
клеточно-молекулярной составляющей атеросклероза
у пациентов с наличием и отсутствием ИБС. Коли-
чество ПК, которые отражают эндотелиальную дис-
функцию, является основным фактором в классифи-
кационной модели, ассоциированным с заболеванием.
Использование циркулирующих клеточных маркеров
функционального состояния эндотелия в дальнейшем
может служить ориентиром при создании методов бо-
лее ранней и точной оценки риска.

ПАЦИЕНТ С БОЛЕЗНЬЮ ФОРЕСТЬЕ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Солодовникова С.В.¹, Данилова О.И.¹,
Шпигун Н.В.²

¹Витебский государственный
медицинский университет,
Витебск, Беларусь,

²Институт повышения квалификации
и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский
государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

Цель работы. Представить клинический случай
пациента с болезнью Форестье (БФ) и полиморбидной
патологией. Привлечь внимание врачей первичного

звена на важность диагностики заболевания, необходимости назначения соответствующей терапии для профилактики тяжелых осложнений связанных с заболеванием, своевременном лечении полиморбидной патологии и многопрофильному подходу в ведении пациентов с БФ.

Материалы и методы. Материалом для данной работы послужил случай заболевания пациента, направленного в ревматологическое отделение Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) с предварительным диагнозом «Анкилозирующий спондилит, центральная форма, впервые выявленный».

Результаты и обсуждение. Мужчина, 1947 года рождения, поступил в ревматологическое отделение ВОКБ с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, без утренней скованности, умеренную одышку при физической нагрузке, повышение артериального давления, дневную сонливость. Считает себя больным в течение нескольких лет, когда впервые появились вышеперечисленные симптомы. По поводу болевого синдрома эпизодически наблюдался у невролога в поликлинике по месту жительства с диагнозом «остеохондроз». Назначались короткие курсы терапии нестероидными противовоспалительными средствами. В анамнезе эпизоды затрудненного глотания и невозможность приема твердой пищи. По данному поводу, после исключения органической патологии, было проведено бужирование пищевода (2019 г.). В 2022 году появились изменения на ЭКГ в виде длительных эпизодов атриовентрикулярной блокады 3 степени. Со слов пациента, сознание терял однократно. Ввиду данных нарушений, сопровождающихся приступами МАС, пациенту имплантирован ЭКС (2022 г.). Объективно: состояние удовлетворительное. Абдоминальный тип ожирения (ИМТ – 40,8 кг/м²). При осмотре костно-мышечной и суставной системы ограничение движения во всех отделах позвоночника, преимущественно в поясничном отделе. Границы относительной тупости сердца увеличены влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 60 в мин., дефицита пульса нет. Артериальное давление 149/95 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. ЧД 16 в минуту. Органы пищеварения и мочеполовой системы без особенностей. Периферические отеки не определяются. Проведены исследования лабораторные и инструментальные. Молекулярно-генетическое исследование с целью определения носительства аллеля 27 в локусе HLA-B не обнаружено. По данным лабораторных методов обследования: СОЭ по методу Вестергрена – 6 мм/ч, СРБ – 1,2 мг/л, РФ – 9,2 IU/ml, глюкоза – 5,55 ммоль/л, АЦЩП – 1,67 ед/мл (отрицательный). Общий анализ мочи – без особенностей. На рентгенограмме шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника основные изменения локализовались в грудном и поясничном отделах: значительное снижение высоты межпозвоночных дисков с выраженными краевыми экзостозами склонными к слиянию (соответствовало основной локализации болевого синдрома). ЭХО-КГ пациента: левое предсердие 43мм,

индекс массы миокарда 145 г/м². Снижение глобальной сократимости миокарда левого желудочка легкой степени (ФВ – 51%). Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка 1 тип. Нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ (ИЛС – 1,19). Учитывая отсутствие жалоб на боль воспалительного характера в позвоночнике, длительный анамнез заболевания, наличие осложнений в анамнезе (дисфагия и др.), изменений по данным обследования, характерных для БФ, наличие коморбидной патологии, ассоциированной с БФ, пациенту был выставлен диагноз «анкилозирующий диффузный идиопатический скелетный гиперостоз». Назначено соответствующее лечение данной патологии с учетом полиморбидных заболеваний. Учитывая наличие жалоб на дневную сонливость, объективные данные, для исключения патологии со стороны органов дыхания, исключения синдрома апноэ во сне, пациенту назначены дополнительные методы исследования.

Выводы. Данное наблюдение наглядно демонстрирует комплексный анализ заболевания в реальной клинической практике. Важна ранняя диагностика для начала многопрофильного подхода в лечении таких пациентов. Клиническая значимость диагностики данного заболевания имеет большое значение в виду наличия сложных полиморбидных ассоциаций (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром и др.), а также возникновением осложнений, связанных с прогрессированием заболевания. Для улучшения качества жизни пациентов с БФ требуется комплексное взаимодействие врачей различных специализаций (травматолог, кардиолог, ревматолог и др.).

ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ НА ЕГО АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Спицина С.С.^{1,2}, Емельянова О.И.¹, Русанова О.А.¹,
Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.^{1,2}, Трофименко А.С.¹

¹НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный
медицинский университет,
Волгоград

Церулоплазмин – медьсодержащий белок плазмы крови, обладающий антиоксидантными свойствами. У больных с многими ревматическими заболеваниями, включая системную красную волчанку (СКВ), наблюдается гиперпродукция активных форм кислорода, при которой можно ожидать компенсаторного повышения синтеза антиоксидантов, в том числе церулоплазмينا, ингибирующего свободные радикалы.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское отделение РАН
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
2025