

профилактических и противоэпидемических мероприятий. Для предотвращения заноса, возникновения и распространения ВО в качестве внутрибольничной инфекции медицинские работники должны строго выполнять санитарно-противоэпидемические мероприятия в очагах ВО - как в организованных, так и в квартирных. Оптимальной была бы их своевременная вакцинация против ВО.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Антонович М.Н.¹, Антонович Л.Л.²,
Вашкевич Т.А.², Абражевич Е.К.², Гучик М.Ф.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №6,
Минск, Беларусь

Залогом эффективного лечения, предупреждения развития осложнений и снижения летальности является ранняя диагностика нарушения функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель исследования. Определить зависимость стадии хронической болезни почек (ХБП) от этиологии ХСН. ХБП – это повреждение почек либо снижение их функции в течение 3 месяцев и более. Современная основана на 2 показателях: скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и признаках почечного повреждения – альбумин/креатиновое соотношение в моче. Выделяют: 5 стадий ХБП; 5 индексов альбумин/креатинового соотношения в моче (А0-А4 мг/г) и 5 типов кардиоренального синдрома.

Материал и методы. Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения № 1 УЗ «6 ГКБ» г. Минска. Было включено 102 пациента с ХСН (26 мужчин и 76 женщин). Средний возраст составил 71,53±10,83 лет. Пациентов с сахарным диабетом в исследование не включали. У всех пациентов была перманентная форма фибрилляции предсердий и второй тип кардиоренального синдрома. Стадии ХБП определяли по расчетной СКФ и альбумин/креатининовому соотношению в моче. СКФ определяли по формуле CKD-EPI.

Результаты. По этиологии ХСН было 91% пациентов (93 чел.) с артериальной гипертензией в сочетании с ИБС и 9% (9 чел.) – с ИБС. Пациенты с ХСН по функциональным классам (ФК) распределились следующим образом: ФК I – 3,4%; ФК II – 20,6%; ФК III – 46,7%; ФК IV – 29,3%. Кардиоренальный синдром второго типа при ХСН ведет к повреждению и дисфункции почек вследствие низкого сердечного выбро-

са, эндотелиальной дисфункции, прогрессирующего атеросклероза, увеличения сосудистого сопротивления в почках и повышения уровня венозного давления. Распределение пациентов по ФК ХСН и стадиям ХБП было следующим: ХСН ФК I была ХБПс3А у 5 (4,9%); ХСН ФК II была ХБПс3Б у 4 (3,9%); ХСН ФК III была ХБПс3Б у 30 (29,4%), а ХБПс4 – у 34 (33,3%); ХСН ФК IV была ХБП с4 у 29 (28,5%) пациентов. У пациентов с ХСН, обусловленной артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, были ФК ХСН III и IV, а ХБП стадия 3Б и 4. Пациенты с ХСН, обусловленной ИБС имели ХБП стадию 3А и 3Б.

Заключение. Пациенты с ХСН, обусловленной артериальной гипертензией в сочетании с ИБС, имели (ХБП СЗБ и ХБПс4) более тяжелые стадии ХБП, что требует интенсивного воздействия на управляемый фактор риска ИБС – артериальную гипертензию с достижением целевого уровня артериального давления.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ И АКТИВНОСТЬЮ КОМПЛЕМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ

Антонович М.Н.¹, Антонович Л.Л.²,
Вашкевич Т.А.², Абражевич Е.К.², Гучик М.Ф.²

¹Белорусский государственный
медицинский университет,

²Городская клиническая больница №6,
Минск, Беларусь

Введение. Артериальная гипертензия – это многофакторное заболевание, в патогенезе которого важную роль играет развитие эндотелиальной дисфункции. Главное звено патогенеза эндотелиальной дисфункции – это дисбаланс между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов, с одной стороны, и вазоконстриктивных, протромботических, пролиферативных факторов, – с другой стороны. При артериальной гипертензии (АГ) происходит повреждение стенки эндотелия. Это в свою очередь приводит к высвобождению из эндотелиоцитов γ -кетоальдегидов. В результате классического и альтернативного пути активации комплемента происходит высвобождение анафилатоксинов C3a и C5a, повышающих проницаемость сосудистой стенки и индуцирующих образование медиаторов воспаления. Также, C5a является хемоаттрактантом, привлекающим фагоциты к сосудистой стенке. Это приводит к воспалительной инфильтрации и развитию эндотелиальной дисфункции с увеличением прессорных влияний на стенку сосудов. Кроме того, в орга-

низме больных АГ происходит усиленное образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), которые могут вызвать острую воспалительную реакцию с повышенной секрецией лимфокинов, вазоконстрикторов и антиагрегантов.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между содержанием ЦИК в венозной крови пациентов с АГ первой степени и активностью комплемента.

Материалы и методы. Исследование проводилось в УЗ «БГКБ» г. Минска. С информированного согласия пациентов в условиях кардиологического отделения было сформировано 4 опытные группы: 1 группа – 40 здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением; 2 группа – 29 мужчин с АГ 1 степени риск 2; 3 группа – 30 мужчин с АГ 1 степени риск 3; 4 группа – 30 мужчин с АГ 1 степени риск 3, но после перенесенной коронавирусной инфекции. Средний возраст составил $48,4 \pm 0,7$ лет. Диагноз «артериальная гипертензия» установлен в условиях стационара по критериям ЕОК/ЕОАГ с учетом факторов риска и поражения органов-мишеней. Критерием исключения из исследования было наличие симптоматической АГ, ассоциированных клинических состояний и психических расстройств. Материалом для исследования была венозная кровь пациентов. Концентрацию и размер ЦИК определяли методом преципитации. Также, в сыворотке крови определяли содержание С3 и С5 компонентов комплемента. Статистическая обработка данных проводилась в пакете программ Statistica 10.0. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с АГ 1 степени риск 3 с перенесенной коронавирусной инфекцией содержание и размер ЦИК статистически значимо выше, чем у здоровых лиц и у пациентов с АГ 1 степени риск 2. Кроме того, у пациентов с АГ 1 степени риск 3 концентрация в сыворотке крови ЦИК выше, чем у 2 группы, а размер ЦИК хотя и незначительно, но меньше.

Пациенты с АГ 1 степени риск 3 и пациенты с той же степенью и риском, но после перенесенной коронавирусной инфекции имели достоверно более низкие концентрации С3, в сравнении со здоровой группой (таб. 1). У 2, 3 и 4 группы концентрация С5 оказалась достоверно ниже по сравнению со здоровыми лицами, но у пациентов с перенесенной коронавирусной инфекцией содержание С5 выше, чем у пациентов с АГ 1 степени риск 2 и риск 3 (таб. 1).

Вывод. Артериальная гипертензия сопровождается активацией системы иммунитета. Повреждение эндотелиальной стенки приводит к активации гуморального иммунитета и продукции антител, которые связываются с антигенами с образованием ЦИК, которые оседают на стенках сосудов и в органах-мишенях. Относительная, по сравнению со здоровыми лицами, недостаточность компонентов комплемента приводит к невозможности полностью и эффективно удалять ЦИК и развитию эндотелиальной дисфункции с продукцией вазоконстрикторных факторов.

АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИХОРАДОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Аралова Ю.А., Перцев А.В., Гречкин В.И.
Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж

Цель работы. Изучить структуру лихорадки у пациентов терапевтического профиля и оценить возможности ранней дифференциальной диагностики на первичном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследование включено 117 пациентов от 25 до 52 лет (43 мужчины и 74 женщины, средний возраст $42,5 \pm 7$ лет) с лихорадочным синдромом продолжительностью более 5 дней, госпитализированных в терапевтическое, кардиологическое и пульмонологическое отделения. Всем пациентам проводится стандартный комплекс диагностических процедур, включающий анализы крови и мочи, биохимические исследования, а также, по показаниям, УЗИ внутренних органов, рентгенографию или КТ органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что среди 117 пациентов с лихорадкой, находящихся на стационарном лечении. В 50 случаях была диагностирована пневмония различной степени тяжести, 17 из которых были диагностированы на первичном этапе. Также было зафиксировано 12 случаев бронхита. Среди пациентов кардиологического профиля обнаружено 18 случаев инфекционного эндокардита. В исследуемой группе выявлены пациенты с хроническим алкогольным гепатитом (12 человек), системной красной волчанкой и псевдосептической формой ревматоидного артрита (по 2 случая), острым пиелонефритом (13 случаев) и опухоли различной локализации (17 случаев). Важно отметить, что у 86% пациентов пульмонологического профиля в течение первых трех суток была обнаружена инфильтрация легких. При этом у 78% из них при первом анализе крови был выявлен нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы.

Вывод. Крайне важно на амбулаторных и стационарных этапах лечения выявлять группы риска и проводить всестороннюю лабораторно-инструментальную диагностику, основываясь на клинической картине заболевания у пациентов. Это необходимо для точной и своевременной дифференциальной диагностики. Такой подход поможет улучшить прогноз заболевания и сократить время реабилитации для данной категории пациентов.

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