
Для определения биологического возраста легких у курящих студентов использовались FVC-тест и FVL-тест по методу Morrisa J. F. Совпадение хронологического и биологического возраста легких выявлено только у 17,5% курящих студентов. Еще у 2 обследованных отмечалось отсутствие различий между хронологическим возрастом и биологическим, рассчитанным с помощью FVC-теста. По данным FVC-теста биологический возраст легких курящих был 30 [22; 52] лет, По данным FVL-теста – 34 [21; 85] года. Наибольший биологический возраст легких (110 и 104 года соответственно) выявлен у 21-летней студентки, сочетавшей курение классических сигарет, вейпов и другой никотинсодержащей продукции (НСП). В целом рассчитанный биологический возраст легких не зависел от пола ($p=0,15$). Корреляционный анализ выявил негативное влияние на биологический возраст легких электронных сигарет с никотином ($r_s=0,4$; $p=0,029$). Рассчитанный с помощью FVL-теста биологический возраст у курящих данную продукцию был достоверно выше ($U=23$, $z=2,1$; $p=0,03$), чем у использующих другие виды НСП. Закономерно на наш взгляд, что на биологический возраст легких (FVC-тест) влияла кратность курения электронных сигарет с никотином ($r_s=0,4$; $p=0,02$) и вейпов ($r_s=0,49$; $p=0,005$) в день. А также стаж курения вейпов ($r_s=0,45$; $p=0,03$) – FVL-тест.

Рассчитанный высокий биологический возраст легких сопровождался выявлением УЗИ изменений в паренхиме органа. У курящих студентов значительно чаще ($\chi^2=6,1$; $p<0,02$) выявлялись 3 и более В-линии в одном межреберном промежутке как признак интерстициального поражения легких. Данный процесс преимущественно локализовался в заднебазальных отделах легких ($\chi^2=7,2,7$; $p<0,001$) и наиболее часто развивался при курении вейпа в сочетании с другими НСП.

Выводы. Курение вызывает развитие синдрома преждевременного старения легких. По результатам наших исследований, наиболее быстрое старение легких вызывают электронные сигареты с никотином. На биологический возраст легких оказывают влияние кратность и стаж курения вейпов. Биологический возраст легких может использоваться для повышения мотивации при отказе от курения.

Пристром М.С., Штонда М.В., Семененков И.И.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ФАКТОР РИСКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ИНСУЛЬТА

Фибрилляция предсердий (ФП) – самое распространенное нарушение ритма сердца в клинической практике. ФП страдает 0,5–1,0% населения земного шара. Частота ее увеличивается с возрастом. Так, распространенность ФП у людей в возрасте 60–69 лет достигает 6%, в возрасте 70–89 лет 9–14%, а в возрасте старше 90 лет – 22%. Прогнозируется, что к 2050 году число пациентов с ФП удвоится.

По данным Беленкова Ю.Н. с соавт. общая смертность при ФП увеличивается в 1,5-4 раза, что в основном связано с развитием тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и сердечной недостаточности. В настоящее время единственным путем профилактики ТЭО является антикоагулянтная терапия. ФП является причиной 15% инсультов, с возрастом частота увеличивается. Так, в группе 50–70 лет – у 8%, 70–80 лет у 22%, а старше 80 лет – у 36%. Бессимптомные инфаркты мозга имеются у 15%.

Одним из частых неврологических симптомов у пожилых людей является нарушение когнитивных функций, которое крайне негативно влияет на качество жизни пациента и его ближайших родственников, затрудняет лечение сопутствующих заболеваний и проведение реабилитационных мероприятий. Ввиду мировой тенденции к увеличению продолжительности жизни и, соответственно, к увеличению числа пожилых лиц в популяции, проблема когнитивных нарушений (КН) у пациентов с ФП стала весьма актуальной.

Широко обсуждаемыми факторами риска развития КН и деменции являются возраст, уровень образования, артериальная гипертензия, ожирение, потеря слуха, травматические повреждения головного мозга, злоупотребление алкоголем, курение, депрессия, гиподинамия, социальная изоляция, сахарный диабет и загрязнения воздуха. В последние годы все больше поступает информации о том, что ФП является независимым фактором риска развития когнитивного дефицита и деменции.

Риск развития КН и деменции значительно возрастает в случае возникновения повторного инсульта. Известно, что в течение первого года после инсульта у 4 из 10 пациентов развивается когнитивный дефицит. Кроме того, свой вклад в снижение приверженности к лечению пациентов с инсультом вносит постинсультная депрессия, которая выявляется примерно у каждого третьего пациента.

КН различаются по степени выраженности. Легкие КН характеризуются незначительным снижением функций, которые лишь слегка влияют на повседневную активность. Умеренные нарушения сопровождаются выраженными трудностями, заметно осложняющими выполнение практических задач. Деменция (тяжелые расстройства) приводят к глубоким, стойким изменениям, делающим человека неспособным к самостоятельной жизни. В недавно опубликованном отчете говорится, что во всем мире около 50 млн человек живут с деменцией, и к 2050 г. это число увеличится до 152 млн, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где проживает около 2/3 людей с деменцией.

Для уточнения наличия КН у пациентов рекомендуется обследование, включающее: тщательный сбор анамнеза и жалоб пациента, проведение краткого нейропсихологического исследования с использованием шкал, беседа с родственниками пациента, неврологический осмотр пациента, дополнительные методы исследования (лабораторные методы, КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, ЭЭГ).

Терапия КН включает немедикаментозные и медикаментозные мероприятия. Немедикаментозная терапия: исключение курения, снижение потребления соли, двигательная активность, Средиземноморская или подобная ей диета. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования пока не продемонстрировали

однозначной эффективности в замедлении прогрессирования умеренных КН до деменции. В том числе для пациентов с умеренными КН не доказана эффективность наиболее успешно применяемых при деменции ингибиторов ацетилхолинэстеразы галантамина, донепезила, ривастигмина. Обсуждается целесообразность применения селективного блокатора NMDA-рецепторов мемантина. В клинической практике широко используются препараты нейрометаболического, нейротрофического, вазоактивного действия, средства, влияющие на основные нейромедиаторные системы, обеспечивающие когнитивные функции (холин-, глутамат-, дофамин- и адренергическую).

Пациенты с ФП для профилактики прогрессирования когнитивных нарушений и ТЭО обязательно должны принимать антикоагулянты, а также статины.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025