

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремушкина, А. А. Вариабельность сердечного ритма в ранние сроки у пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования / А. А. Ефремушкина, Н. А. Бедарева, А.С. Баранов // CardioСоматика. – 2011. – № 1. – С. 44–45.
2. Ярославская, К. В. Коронарный атеросклероз и нарушения ритма сердца / К. В. Ярославская, Е. И. Аксенова // Сибирский медицинский журнал. – 2019. – № 34 – С. 21–25.

УДК 616.344-002-031.84-097

Д. В. Гейтман, А. П. Логунова

Научный руководитель: ассистент кафедры Л. А. Шараховская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Несмотря на то, что по уровню заболеваемости ВЗК значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, по тяжести течения, частоте осложнений и летальности во всем мире они занимают одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта.

Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Клиническая оценка активности (тяжести обострения) проводится по индексу активности БК (далее – ИАБК): ремиссия – ИАБК менее 150, СРБ в пределах нормы; легкая активность – ИАБК 150–220 (не требуется госпитализация, пациент самостоятельно принимает пищу и жидкость, потеря массы тела 10 %; неэффективность терапии легкого обострения либо болезненная абдоминальная масса; отсутствие явных признаков обструкции; СРБ превышает верхнюю границу нормы); высокая активность – ИАБК > 450 [2].

Инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол и ведолизумаб относятся к новому поколению препаратов, которые являются антителами к различным провоспалительным цитокинам. Ключевым провоспалительным цитокином, участвующим в развитии неспецифического воспаления при ВЗК, является фактор некроза опухоли – альфа (ФНО- α). Лечение биологическими препаратами может приводить к развитию серьезных побочных реакций. Существенным ограничением в использовании биологических лекарственных препаратов также является высокая стоимость лечения [1].

Цель

По данным из истории болезней проанализировать эффективность применения моноклональных антител к ФНО- α у пациентов с болезнью Крона.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили 98 историй болезни с диагнозом болезнь Крона за 2022 год в ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница». Проанализировано госпитализация 8 пациентов в течение года с данным заболеванием с различной степенью активности, которым проводилась биологическая терапия, что составило 53 медицинские карты. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего было выявлено 8 пациентов с разным индексом активности болезни Крона, количеством койко-дней, и разной тактикой лечения.

37,5 % пациентов составили мужчины, и соответственно 62,5 % – женщины. Самому молодому пациенту 21 год, самому старшему 60 лет. Исходя из Монреальской классификации БК преобладают пациенты с возрастом установленного диагноза 17–40 лет, пациентам с возрастом заболевания до 16 лет не проводилась биологическая терапия. По фенотипу заболевания большую часть составил нестриктурирующий непенетрирующий тип, среди них один пациент с перианальными поражениями, один случай – стриктурирующий (стенозирующий) тип, два случая – пенетрирующего (свищевого) типа. По локализации поражения 12,5 % составил колит, 87,5 % – илеоколит.

В ходе проделанной работы было выяснено, что пациенты госпитализировались для прохождения биологической терапии с разной периодичностью, для инъекций использовались разные препараты, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Наименование препаратов, назначаемых для каждого пациента

Пациент	Препараты
А	Инфликсимаб, Инфлимаб (Инфликсимаб)
Б	Инфликсимаб, Адалимаб, Хумира (Адалимумаб)
В	Энтивио (Ведолизумаб), Инфликсимаб, Инфлимаб (Инфликсимаб)
Г	Инфлимаб (Инфликсимаб), Инфликсимаб
Д	Инфлимаб (Инфликсимаб), Инфликсимаб
Е	Инфлимаб (Инфликсимаб)
Ж	Энтивио (Ведолизумаб)
З	Энтивио (Ведолизумаб)

Сравнив индекс активности болезни Крона каждой истории болезни, было выявлено, что за 2022 год у одного пациента (Б) наблюдался переход из средней активности в ремиссию, предположительно это может быть связано с длительностью проведенного лечения, нахождением наиболее эффективного препарата для данного клинического случая. У пациента А наблюдается положительная динамика (ИАБК с 452 баллов снизился до 252), можно сделать прогноз, что при продолжении данной терапии пациент перейдет из средней степени активности в стадию ремиссии. Регресс индекса активности у пациента Д постепенен, показатель с 296 баллов упал до 280, это указывает на среднюю эффективность лечения. У остальных пациентов никакой динамики не выявлено это может быть связано с недавним назначением биологической терапии, и относительно других пациентов более длительными интервалами между инъекциями.

Выводы

1. Биологическая терапия назначалась пациентам с возрастом установленного диагноза > 17 лет, с разнообразным фенотипом и с преимущественной тонкотолстокишечной локализацией.

2. Положительная динамика наблюдалась у 37,5 % пациентов, все они являются женщинами, в возрасте от 33 до 42. У 33,3 % пациентов осложнений основного заболевания не было, у них наблюдается полная ремиссия, а у 66,7 % пациентов с осложнениями в виде свищей и стенозированием наблюдается стабильное снижение индекса активности болезни Крона. Данным пациентам назначалось несколько препаратов, что позволило найти более эффективный препарат для каждого индивидуально.

Наиболее эффективным лечением моноклональными антителами наблюдалось у пациента Б – женщина, возраст 42 года, без осложнений.

3. Наиболее часто применяемым препаратом был Инфлимаб (Инфликсимаб) его назначили шести пациентам, у двух из них наблюдалось снижение индекса активности, но с разной интенсивностью, в остальных случаях препарат был малоэффективным (для точных выводов по данному средству нужно провести более точное исследование).

4. Двоим пациентам однократно производилось инъекция Энтивио, следовательно, динамику проследить не удалось.

5. У 37,5 % пациентов с назначением биологической терапией наблюдается улучшение динамики, следовательно, можно говорить о целесообразности данного метода лечения при неэффективности базисной терапии болезни Крона.

В будущем планируется увеличить базу данных и более широко проследить динамику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Разенак, Й. Воспалительные заболевания кишечника: практическое руководство : учеб.-метод. пособие / Й. Разенак, С. И. Ситкин. – М.: Форте принт, 2014. – 108 с.
2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 01 июня 2017 г., № 54 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/KP%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20заболеваниями%20органов%20пищеварения%2001.06.2017%20№%2054.pdf>. – Дата доступа: 27.03.2023.

УДК 616.379-008.64-052:616.89-008.46/.47

А. В. Глебо

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Е. С. Махлина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

Тяжесть когнитивных расстройств и их негативное влияние на состояние и качество жизни пациентов с сахарным диабетом (СД) несомненна [1]. Когнитивные нарушения (КН) при СД могут быть обусловлены гипергликемией, которая запускает каскад реакций, приводящих к образованию свободных радикалов – активных форм кислорода, нарушающих структуру ферментных белков клеточных мембран, в то же время она вызывает гликозилирование и инактивацию антиоксидантов, защищающих клетки от действия свободных радикалов, что приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, которая в свою очередь к микро- и макроангиопатиям [2]. Кроме того, в основе КН при СД доказана роль нарушения инсулинового сигналинга, а рецепторы к инсулину обнаружены в нейронах гиппокампа и лимбической системы. Рецепторы к инсулину обнаружены в нейронах гиппокампа и лимбической системы. Обсуждается непосредственное участие инсулина в процессе консолидации информации в памяти. Ряд исследований показывает, что гиперинсулинемия приводит к увеличению уровня бета-амилоида и провоспалительных цитокинов, способствует образованию сенильных бляшек – маркеров дегенеративного процесса в мозге [3].

Цель

Оценить степень КН с использованием скрининговой психометрической шкалы (СПЩ) MMSE, а также оценить структуру осложнений СД с учетом наличия КН.