тивших отрицательно соответствовал старшим курсам, что предполагает наличие базовых знаний по фармакологии.

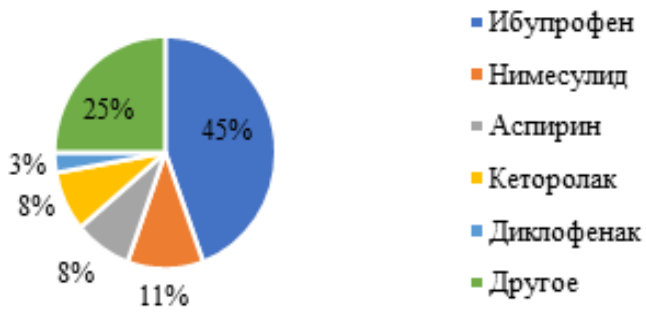


Рисунок 2 – Наиболее популярные среди студентов НПВС

Выводы

Наиболее частыми причинами использования НПВС среди студентов стала головная боль, а также, в случае девушек, дисменорея. Данное исследование показало, что, к сожалению, не все студенты медицинского университета помнят о побочных эффектах анальгетиков – антипиретиков, хотя в связи со значительной популярностью НПВС в клинической практике, а также из-за высокого уровня самолечения этой группой препаратов клиницисту необходимо помнить о наиболее частых осложнениях терапии НПВС [3]. Однако, хорошим результатом стало то, что большинство молодых людей используют данные лекарственные средства менее раза в месяц, а также, часть студентов после приема НПВС принимают так же препараты – гастропротекторы, чтобы снизить риск развития такого побочного эффекта, как «немая» язва желудочно – кишечного тракта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляутдин, Р. Н. Фармакология / Р. Н. Аляутдин, Н. Г. Преферанский, Н. Г. Преферанская. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

2. Стуров, Н. В. Безопасность НПВС при длительном приеме / Н. В. Стуров // Трудный пациент. – 2009. − № 10.

3. Стуров, Н. В. Клинико-фармакологическая характеристика НПВС для врача общей практики / Н. В. Стуров, В. И. Кузнецов // ЗВ. – 2011. – № 1.

УДК 616.517.8.616.1]-08-07

А. А. Сенюкович, Я. А. Урбанович

Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель В. А. Корнеева

Учреждение образования
«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ANCA-АССОЦИИРОВАННЫМ СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ (РЕНАЛЬНЫМ И ПУЛЬМОНАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМИ) В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

ANCA-ассоциированные системные васкулиты представляют собой группу редких, но жизнеугрожающих заболеваний аутоиммунной природы, характеризующихся некротизирующим воспалением сосудов мелкого калибра [1]. В Российской Федерации и Республи-

ке Беларусь, как и в других странах, ААВ являются актуальной проблемой ревматологии и нефрологии ввиду неуклонно прогрессирующего течения, частого развития ренально-пульмонального синдрома и высокой инвалидизации пациентов трудоспособного и пожилого возраста. Диагностика и ведение ААВ у пациентов старшей возрастной группы с множественной коморбидной патологией остаются сложной клинической задачей. Это обусловлено атипичностью клинической картины на начальных этапах а также маскировкой симптомов под гипертоническую нефропатию или последствия перенесенных инфекций.

Цель

На основе анализа клинического случая пациентки с ANCA-ассоциированным системным васкулитом (с поражением почек и легких) в сочетании с множественной эндокринной и кардиоваскулярной патологией выявить ключевые трудности диагностики и определить оптимальную тактику ведения таких пациентов в условиях коморбидности.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 68 лет, включавший оценку клинических, лабораторных, инструментальных данных, а также анализ тактики фармакотерапии, включавшей иммуносупрессию и сопроводительную терапию антибиотиками резерва.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., 68 лет, 20.12.2025 обратилась в Шарковщинскую центральную районную больницу (ЦРБ) с жалобами на слабость, умеренную одышку при ходьбе, сухость во рту, боли в суставах нижних конечностей. Страдает артериальной гипертензией (АГ) более 10 лет, гипотензивную терапию не принимает, был выставлен диагноз хроническая болезнь почек (ХБП). Из анамнеза жизни: АГ, полиостеоартроз, двухсторонняя пневмония тяжелого течения в сентябре 2025 г., узловой токсический зоб с 2012г., ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронический холецистит.

Стационарное лечение с 22.12.2025 по 05.01.2026 в УЗ Шарковщинская ЦРБ с диагнозом гипертоническая болезнь с поражением почек с почечной недостаточностью. В ходе обследований в БАК от 29.12.2025 было выявлено повышение глюкозы 6,6 ммоль/л, мочевины 26,6 ммоль/л, креатинина 0,314 ммоль/л, снижение общего белка до 61 г/л. ОАК снижение эритроцитов $2,7\times10^{12}$/л, гемоглобина 78 г/л, гематокрита 23,2%, СОЭ 60 мм/час; снижение лейкоцитов до $3,9\times10^{9}$/л; ОАМ повышение белка 1,04 г/л, эритроцитов 40–45, лейкоцитов 20–25, цилиндры зернистые 1–2. УЗИ ОБП и почек от 24.12.2025 заключение: диффузные изменения паренхимы печени. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы по типу липоматоза. Нефропатия почек. Выраженные диффузные изменения паренхимы почек. Единичные микролиты почек. Принимала лекарственные препараты: метопролол 50 мг/сут, леркамен 10 мг/сут, рамиприл 5 мг/сут, омепразол 20 мг/сут, холефит по 2 капс. 3 р/сут.

В связи с сохраняющимися высокими цифрами мочевины и креатинина пациентка была направлена 08.01.2026 в УЗ ВОКБ отделение гемодиализа для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

В ходе обследования была выявлены антинуклеарные антитела (ANA) класса G 66.1 (0–40), антитела к классу IgG антигену Scl-70 91,5 (0–20) от 09.01.2026, положительные антитела к миелопероксидазе (anti-MPO) от 16.01.2026. Проба Реберга от 14.01.2026 креатинин крови 0,282 ммоль/л, креатинин мочи 5,3 (43,4–17,6 ммоль/сут), минутный диурез 1,04 (0,5–1,0 мл/мин), клубочковая фильтрация 19,54 (75–120 мл/мин), реабсорбция 94,71 (97–99%).

УЗИ ОБП и почек от 09.01.2026 без динамики. УЗИ ЩЖ от 09.01.2026 узловые образования обеих долей щитовидной железы. TI-RADS 2. Спирография от 19.01.2026 Значительное снижение бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов, на уровне средних и крупных бронхов. Значительное снижение ЖЕЛ: ЖЕЛ=64%, ФЖЕЛ=67%, ОФВ1=55%, ОФВ1/ФЖЕЛ=67%.

Пациентка принимала: метопролол 50 мг/сут, леркамен 10 мг/сут, омепразол 20 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, ацетилсалицилловая кислота (АСК) 75 мг/сут, тардиферон 80 мг/сут.

22.01.2026. был проведен консилиум. Учитывая жалобы, анамнез, данные предыдущих обследований, был выставлен диагноз: Основное заболевание: Системный васкулит, АНЦА-ассоциированный (anti-МПО положительно от 16.01.2026 г.). Осложнения основного: Пневмонит, ДН 0–1. Нефрит ХБП 4ст, А3. Анемия хронического заболевания средней степени тяжести. Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2, риск 4. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Транзиторная экстрасистолия, нарушение проводимости (НП). Полиостеоартроз с преимущественным поражением суставов нижних конечностей. Двухсторонний гонартроз. Узловой зоб. Гипертиреоз (по анамнезу). Рекомендовано: продолжить лечение в ревматологическом отделении УЗ ВОКБ.

С 22.01.2026 по 15.02.2026 стационарное лечение в ревматологическом отделении УЗ ВОКБ. В ходе обследования была выявлена отрицательная динамика в БАК (повышение мочевины 50,36 ммоль/л, креатинина 0,360 ммоль/л). Проба Реберга от 26.01.2026: креатинин крови 0,355 ммоль/л, креатинин мочи 3,6 (43,4–17,6 ммоль/сут), минутный диурез 1,6 (0,5–1,0 мл/мин), клубочковая фильтрация 16,2 (75–120 мл/мин), реабсорбция 90 (97–99%). Профиль гликемии: натощак 11,3 ммоль/л, 13.00 – 11,5 ммоль/л, 17.00 – 10,9 ммоль/л, 21.00 – 7,7 ммоль/л.

КТ ОГК от 22.01.2026 г. Заключение: КТ-признаки интерстициальных изменений, перибронховаскулярных и субплевральных очагов, зон консолидации легочной ткани в обоих легких (лучевая картина может соответствовать пневмониту, оценка КТ-картины с учетом анамнеза, клинико-лабораторных данных). Признаки хронического бронхита, пневмосклероза, эмфиземы легких.

УЗИ сердца от 04.02.2026. Заключение: Уплотнение аорты. Фиброз створок аортального клапана. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ). Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ 1 типа. Фиброз створок митрального клапана. Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени. Легочная регургитация 1 степени. Дополнительная хорда в области верхушки левого желудочка.

Рентгенография ОГК от 29.01.2026. Рентген-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии на фоне основного системного заболевания (системный васкулит), хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких, атеросклероз аорты.

Консультация эндокринолога от 03.02.2026 заключение узловой эутиреоидный зоб. Гипертиреоз в анамнезе. Нарушение углеводного обмена на фоне глюкокортикоидной терапии, сахарный диабет?

Учитывая характер течения заболевания, клинико-лабораторные данные, нарушение азотовыделительной функции почек, показано проведение программы интермиттирующего гемодиализа 10.02.2026, 11.02.2026.

В ревматологическом отделении получала лечение: протамин, моноинсулин, медрол 20 мг/сут. карвеленд 25 мг/сут, микофен 1440 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, тардиферон 80 мг/сут. ацецезон 600 мг/сут. тигициклин 100 мг 1-е введ затем по 50 мг 2 р/сут ч/з 12 ч., колистин 4 млн ЕД за 2 часа, затем через 24 часа по 1,5 млн 2 р/д в/в кап.

Выводы

Данный клинический случай демонстрирует, что у пожилых пациентов с множественной коморбидной патологией ANCA-ассоциированный васкулит может длительное время оставаться нераспознанным из-за маскировки симптомов под более распространенные заболевания – гипертоническую нефропатию и последствия перенесенной пневмонии [2]. Ключевым маркером своевременной диагностики в подобных ситуациях является определение антител к миелопероксидазе, позволяющее верифицировать микроскопический полиангиит на этапе развернутой клинической картины [3].

Ведение таких пациентов требует сложного баланса между необходимой иммуносупрессией и высоким риском ятрогенных осложнений (стероидный диабет, инфекции), что диктует необходимость назначения антибиотиков резерва и тесного междисциплинарного взаимодействия [4]. Прогрессирование почечной недостаточности у данной категории больных носит неблагоприятный характер даже на фоне проводимой терапии, что подтверждает важность максимально раннего начала патогенетического лечения. Представленное наблюдение обосновывает необходимость персонализированного подхода к терапии ААВ у коморбидных пациентов пожилого возраста с учетом всего спектра сопутствующей патологии [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aging in Granulomatosis with Polyangiitis and Microscopic Polyangiitis : From Pathophysiology to Clinical Management / B. Chevet, G. Boscato Sopetto, D. Cornec [et al.]. // Drugs & Aging. – 2025. – Vol. 42, № 7. – P. 615–631.

2. Microscopic Polyangiitis in a Nonagenarian : Diagnostic and Therapeutic Challenges in Geriatric Vasculitis / L. C. Tou [et al.]. // Annals of Geriatric Medicine and Research. – 2025. – Vol. 29, № 4. – P. 412–418.

3. АНЦА – ассоциированные системные васкулиты [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. А. Попов, Н. Г. Андросюк, Е. Е. Андреева [и др.]. – Астрахань : АГМУ, 2022. – 41 с.

4. ANCA-associated vasculitis and the impact of diffuse alveolar hemorrhage in elderly patients: a retrospective cohort study / M. Schaier [et al.] // Rheumatology International. – 2025. – Vol. 45, № 4. – P. 58–67.

5. Проект инициативных клинических рекомендаций по диагностике и лечению поражения почек при АНЦА-ассоциированных васкулитах / Н. М. Буланов, Е. В. Захарова, Н. Л. Козловская [и др.] // Нефрология и диализ. – 2025. – Т. 27, № 2. – С. 116–166.

УДК 616.517-002:616.1

А. А. Ситабуцкая, И. И. Федотенко, Л. Н. Чухлатая

Научные руководители: к. м. н., доцент Н. А. Никулина,
старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермальных клеток и нарушением процессов дифференцировки. Заболевание ассоциировано с повышенным риском развития и усугубления течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Несмотря на значительный прогресс в понимании патогенеза ССЗ, механизмы, лежащие в основе связи между псориазом и ССЗ, остаются недостаточно изученными [1, 2].

Цель

Изучить влияние сочетания псориаза с патологией сердечно-сосудистой системы и избыточной массой тела.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» был проведен ретроспективный анализ 105 карт стационарных пациентов с псориазом, находившихся на стационарном лечении.