



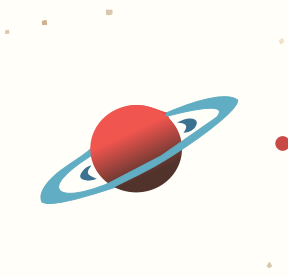
X МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**«САХАРНЫЙ ДИАБЕТ
И ДРУГИЕ АСПЕКТЫ
СОВРЕМЕННОЙ
ЭНДОКРИНОЛОГИИ»**

**МАТЕРИАЛЫ
КОНФЕРЕНЦИИ**



18 апреля 2026 г.
г. Нижний Новгород





Уважаемые коллеги!

Наступило время проведения X научно-практической конференции «Сахарный диабет и другие аспекты современной эндокринологии». Апрель. Дата проведения конференции по традиции приурочена к международному дню космонавтики.

Неслучайно мы используем космическую тему при оформлении конференции. Установив такую высокую планку, оргкомитет постарался насытить программу конференции докладами, посвященными самым современным, в том числе и прорывным подходам к диагностике и лечению сахарного диабета и других эндокринных заболеваний. Перед нижегородскими эндокринологами выступят яркие докладчики, ученые из разных регионов России и нижегородские специалисты. Конференция, как живой организм, непрерывно развивается, старается

идти в ногу со временем. Принимая во внимание опыт предшествующих лет, вновь проводится секция детской эндокринологии. Также состоится кейс-секция, на которой интересные случаи из практики представят эндокринологи – выпускники кафедры эндокринологи и внутренних болезней. Конкурс молодых ученых в этом году проводится в форме устных сообщений, результатами оригинальных исследований поделятся не только обучающиеся ПИМУ, но и молодые исследователи из других университетов.

Надеюсь, что участники оценят наши усилия и конференция получится настоящим интересной и полезной.



Профессор

Л.Г. Стронгин





Содержание

Программа конференции	5
Тезисы докладов конкурса молодых ученых	19



X МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ДРУГИЕ АСПЕКТЫ
СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ»

18.04
2026







ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ





ОРГАНИЗАТОРЫ:

-  **ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России**
-  **Нижегородское отделение Общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов»**
-  **МРОО «Ассоциация врачей»**
-  **ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода»**

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Стронгин Леонид Григорьевич

доктор медицинских наук, профессор, директор Института терапии, профессор кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, член правления Российской ассоциации эндокринологов, г. Нижний Новгород

РАБОЧАЯ ГРУППА ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

Починка Илья Григорьевич

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, заведующий кардиологическим отделением № 1 ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

Корнева Ксения Георгиевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

Петров Александр Владимирович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород





НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ

- **Азова**
Елена Александровна
- **Бирюкова**
Елена Валерьевна
- **Бушуева**
Александра Владимировна
- **Вагапова**
Гульнар Рифатовна
- **Вайсберг**
Александра Рудольфовна
- **Дмитриев**
Сергей Павлович
- **Дурыгина**
Елена Митрофановна
- **Зарубина**
Дана Геннадьевна
- **Занозина**
Ольга Владимировна
- **Зорькина**
Мария Вадимовна
- **Каткова**
Надежда Юрьевна
- **Кононов**
Сергей Константинович
- **Колбасина**
Елена Владимировна
- **Корнева**
Ксения Георгиевна
- **Коротина**
Мария Антоновна
- **Луговая**
Лия Александровна
- **Малышева**
Екатерина Сергеевна
- **Некрасова**
Татьяна Анатольевна
- **Николаева** Мария
Александровна
- **Паневин**
Тарас Сергеевич
- **Петров**
Александр Владимирович
- **Платонов**
Вадим Валерьевич
- **Подпругина**
Наталья Григорьевна
- **Починка**
Илья Григорьевич
- **Стронгин**
Леонид Григорьевич
- **Тарадайко**
Наталья Юрьевна
- **Туш**
Елена Валерьевна
- **Шокарева**
Дарья Владимировна





СХЕМА МЕРОПРИЯТИЯ

08:15-09:00

Регистрация участников

09:00-10:20

Зал «Люкс»

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
«ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ЗВЕЗДАМ»

10:20-10:40 ПЕРЕРЫВ, КОФЕ-БРЕЙК

Зал «Бизнес»

10:40-11:40

«КОСМИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ
САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ»

Зал «Стандарт-2»

10:40-11:40

«ВСЕЛЕННАЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»

Зал «Комфорт»

10:40-11:40

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ»
Часть 1

11:40-12:00 ПЕРЕРЫВ, «СЕДЖАРОКВИЗ» (НАЧАЛО)

12:00-13:00

«ЧЕРНЫЕ ДЫРЫ СОВРЕМЕННОЙ
ЭНДОКРИНОЛОГИИ»

12:00-13:00

«НА ОРБИТЕ ПРОФЕССИОНАЛ»

12:00-13:00

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ»
Часть 2

13:00-13:15 ПЕРЕРЫВ, КОФЕ-БРЕЙК

13:15-14:15

«ЗВЕЗДНЫЕ ПУТИ ДЕТСКОЙ
ЭНДОКРИНОЛОГИИ»
Часть 1

13:15-14:15

«ТУМАННОСТЬ ОНКОЛОГИЯ»

13:15-14:15

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ»
Часть 3

14:15-14:30 ПЕРЕРЫВ, МАСТЕР-КЛАСС ПО «STREET DANCE»

14:30-15:15

«ЗВЕЗДНЫЕ ПУТИ ДЕТСКОЙ
ЭНДОКРИНОЛОГИИ»
Часть 2

14:30-15:15

«ПЛАНЕТА ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ И
ЕЕ ОКРЕСТНОСТИ»

14:30-15:30

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ»
Часть 4

15:15-15:30 ПЕРЕРЫВ, «СЕДЖАРОКВИЗ» (ФИНАЛ)

15:30-16:30

Зал «Бизнес»

«НА ПРИЕМЕ ЭНДОКРИНОЛОГА»

(Секция интересных случаев реальной клинической практики)

16:30-18:00

«КАФЕДРАЛЬНЫЙ САМОВАР»



Зал «Люкс»

09:00 – 10:00

Пленарное заседание
«ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ЗВЕЗДАМ»

Модераторы: Стронгин Леонид Григорьевич, Починка Илья Григорьевич

09:00 – 09:20

Нижегородская эндокринологическая школа: вчера, сегодня, завтра

Стронгин Леонид Григорьевич

д.м.н., профессор, директор Института терапии, профессор кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, член правления Российской ассоциации эндокринологов, г. Нижний Новгород

09:20 – 09:40

Терапевтический прогресс: от базального инсулина к мультитаргетному подходу

Бирюкова Елена Валерьевна

д.м.н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Доклад подготовлен при поддержке компании «Санофи». Не аккредитован в системе НМО

09:40 – 10:00

Роль терапии инкретинами сахарного диабета 2 типа: что нового?

Вагапова Гульнар Рифатовна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Доклад подготовлен при поддержке компании «Промомед». Не аккредитован в системе НМО

10:00 – 10:20

Современные возможности кардио-нефропротекции в клинической практике

Кононов Сергей Константинович

к.м.н., заведующий отделением неотложной кардиологии КОГКБУЗ «ЦКИН», доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров

10:20 – 10:40 ПЕРЕРЫВ, КОФЕ-БРЕЙК

Зал «Бизнес»

10:40 – 11:40

Симпозиум

«КОСМИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ»

Модераторы: Корнева Ксения Георгиевна, Вайсберг Александра Рудольфовна

10:40 – 10:55

Инсулинотерапия СД1 в эпоху цифровых технологий: от клинических исследований к реальной практике

Тарадайко Наталья Юрьевна

заведующая Региональным эндокринологическим центром на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», заслуженный врач РФ, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Санофи». Не аккредитован в системе НМО

10:55 – 11:10

Гетерогенность СД2: фенотипы заболевания и терапевтические стратегии

Корнева Ксения Георгиевна

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13», г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке АО «Нижфарм». Не аккредитован в системе НМО



11:10 – 11:25

Возможности использования систем НМГ в периоперационном периоде у пациентов с СД травматолого-ортопедического профиля

Мальшева Екатерина Сергеевна

к.м.н., врач детский эндокринолог педиатрического отделения №2 Института педиатрии Университетской клиники, ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Системы медицинского мониторинга». Не аккредитован в системе НМО

11:25 – 11:40

Нарушения углеводного обмена у онкологического пациента: фокус на метформин

Вайсберг Александра Рудольфовна

к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Берлин-Хем/А.Менарини». Не аккредитован в системе НМО

Зал «Стандарт-2»

10:40 – 11:40

«ВСЕЛЕННАЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»

Модераторы: Петров Александр Владимирович, Подпругина Наталья Григорьевна

10:40 – 10:55

Семаглутид – реальная клиническая практика, новый опыт, новые выводы

Дурыгина Елена Митрофановна

к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Акрихин». Не аккредитован в системе НМО

10:55 – 11:10

Метаболические эффекты ИНГЛТ-2 у коморбидных пациентов с СД2

Подпругина Наталья Григорьевна

к.м.н., врач эндокринолог высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения, заведующая Региональным эндокринологическим центром на базе ГБУЗ НО «Городская больница № 33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Астеллас». Не аккредитован в системе НМО

11:10 – 11:25

Сахар и сахарозаменители в рациональном питании людей с сахарным диабетом

Петров Александр Владимирович

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Питэко». Не аккредитован в системе НМО

11:25 – 11:40

Скрытые аспекты ведения пациентов с диабетом: коррекция витамина D и B12 как важный компонент терапии

Вагапова Гульнар Рифатовна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой эндокринологии КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Доклад подготовлен при поддержке компании «Вёвага Фарма». Не аккредитован в системе НМО

11:40 – 12:00 ПЕРЕРЫВ
«СеджароКвиз» Начало

Ведущий и модератор "Седжаро" - ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней
Викторов Кирилл Сергеевич
(при поддержке компании Герофарм)



Зал «Бизнес»

12:00 – 13:00

«ЧЕРНЫЕ ДЫРЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ»

Модератор: Корнева Ксения Георгиевна, Малышева Екатерина Сергеевна

12:00 – 12:15 **Коморбидный пациент с СД 2 типа и ХБП. Как улучшить прогноз?**

Корнева Ксения Георгиевна

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании ООО «АСТРАЗЕНЕКА ФАРМАСЬЮТИКАЛЗ». Не аккредитован в системе НМО

12:15 – 12:30 **Гипотиреоз: сложности диагностики и лечения**

Малышева Екатерина Сергеевна

к.м.н., врач детский эндокринолог педиатрического отделения №2 Института педиатрии Университетской клиники, ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Берлин-Хем/А. Менарини». Не аккредитован в системе НМО

12:30 – 12:45 **Урогенитальная форма диабетической автономной нейропатии: диагностика и роль в развитии инфекции мочевых путей**

Николаева Мария Александровна

аспирант кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-эндокринолог ГБУЗ НО «Городская больница № 33», г. Нижний Новгород

12:45 – 13:00 **Эндокринологические аспекты подагры**

Паневин Тарас Сергеевич

к.м.н., научный сотрудник, врач-эндокринолог ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва

Зал «Стандарт-2»

12:00 – 13:00

«НА ОРБИТЕ ПРОФЕССИОНАЛ»

Модераторы: Дурьгина Елена Митрофановна, Тарадайко Наталья Юрьевна

12:00 – 12:15 **Персонализированное лечение гипотиреоза: еще мечта или уже реальность?**

Тарадайко Наталья Юрьевна

заведующий Региональным эндокринологическим центром на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», Заслуженный врач РФ, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке АО «Нижфарм». Не аккредитован в системе НМО

12:15 – 12:30 **Междисциплинарный подход к ведению пациентов с МАЖБП**

Дурьгина Елена Митрофановна

к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород



12:30 – 12:45

Практические аспекты сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом, перенесших ишемический инсульт

Зарубина Дана Геннадьевна

аспирант кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-эндокринолог ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

12:45 – 13:00

Когда сердце теряет контроль: диабетическая кардиоваскулярная автономная нейропатия

Бушуева Александра Владимировна

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-кардиолог ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13», г. Нижний Новгород

13:00 – 13:15 ПЕРЕРЫВ, КОФЕ-БРЕЙК

Зал «Бизнес»

13:15 – 14:15

«ЗВЕЗДНЫЕ ПУТИ ДЕТСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ»

Часть 1

Модераторы: *Мальшьева Екатерина Сергеевна, Шокарева Дарья Владимировна*

13:15 – 13:30

Гибкий подход к терапии гипотиреоза в различных клинических ситуациях

Мальшьева Екатерина Сергеевна

к.м.н., врач детский эндокринолог педиатрического отделения №2 Института педиатрии Университетской клиники, ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке АО «НижФарм». Не аккредитован в системе НМО

13:30 – 13:45

Многоликая неонатальная гипогликемия

Туш Елена Валерьевна

к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

13:45 – 14:00

Сравнительная эффективность стандартных и сверхбыстродействующих инсулинов в гибридных замкнутых системах у детей с СД 1 типа

Платонов Вадим Валерьевич

к.м.н., заведующий 3 эндокринологическим отделением СПбГБУЗ Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий имени К.А. Раухфуса, доцент кафедры эндокринологии имени академика В.Г. Баранова ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Трансляция записи

14:00 – 14:15

Управление диабетом на новом уровне: современные подходы к самоконтролю гликемии

Шокарева Дарья Владимировна

к.м.н., врач-эндокринолог ГБУЗ НО НОДКБ, главный внештатный детский эндокринолог Минздрава Нижегородской области, г. Нижний Новгород

Доклад подготовлен при поддержке компании «Системы медицинского мониторинга». Не аккредитован в системе НМО



Зал «Стандарт-2»

13:15 – 14:15

«ТУМАННОСТЬ ОНКОЛОГИЯ»

Модераторы: Луговая Лия Александровна, Дмитриев Сергей Павлович

13:15 – 13:30

Критерии диагностики в онкоэндокринологии: Bethesda, EU-TIRADS, HPE

Дмитриев Сергей Павлович

заведующий 9 онкологическим отделением, **Алексина В.И.**, врач-онколог 9 онкологического отделения, ГАУЗ НО «НИИКО» Нижегородский областной онкологический диспансер, г. Нижний Новгород

13:30 – 13:45

Сахарный диабет и опухоли поджелудочной железы: клиническое многообразие, динамика и особенности ведения

Луговая Лия Александровна

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

13:45 – 14:00

Радионуклидная диагностика в эндокринологии: возможности НОКОД

Бурова Татьяна Валерьевна

заведующая отделением радиоизотопной лаборатории ГАУЗ НО «НИИКО» Нижегородский областной онкологический диспансер, г. Нижний Новгород

14:00 – 14:15

Влияние противоопухолевой терапии на эндокринную систему

Коротина Мария Антоновна

к.м.н., ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, врач-эндокринолог ГАУЗ НО «НИИКО» Нижегородский областной онкологический диспансер, г. Нижний Новгород

14:15 – 14:30 ПЕРЕРЫВ

«СеджароКвиз» Финал

Ведущий и модератор "СеджароКвиза" - ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней

Викторов Кирилл Сергеевич

(при поддержке компании Герофарм)

Зал «Бизнес»

14:30 – 15:15

«ЗВЕЗДНЫЕ ПУТИ ДЕТСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ»

Часть 2

Модераторы: Азова Елена Александровна, Квасова Мария Александровна

14:30 – 14:45

Дефицит йода у детей раннего возраста

Азова Елена Александровна

д.м.н., профессор кафедры педиатрии им. Ф.Д. Агафонова ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

14:45 – 15:00

Новые горизонты лечения и профилактики сахарного диабета 1 типа у детей

Корнева Ксения Георгиевна

к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, заведующий эндокринологическим отделением ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13», г. Нижний Новгород



15:00 – 15:15

Двойной удар иммунной системы: почему сахарный диабет 1 типа и целиакия идут рука об руку

Квасова Мария Александровна

к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «ПИМУ»

Минздрава России, г. Нижний Новгород

Колбасина Елена Владимировна,

заведующая отделением эндокринологии ГБУЗ НО НОДКБ, г. Нижний Новгород

Зал «Стандарт-2»

14:30 – 15:15

«ПЛАНЕТА ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ И ЕЕ ОКРЕСТНОСТИ»

Модераторы: Петров Александр Владимирович, Каткова Надежда Юрьевна

14:30 – 14:45

Андрогены в пери - и постменопаузе: много или мало?

Каткова Надежда Юрьевна

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО ФГБОУ ВО «ПИМУ»

Минздрава России, г. Нижний Новгород

14:45 – 15:00

Гиперандрогения в дерматологии

Зорькина Мария Вадимовна

к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России,

заведующий дерматологическим отделением клиники современных технологий «Садко»,

г. Нижний Новгород

15:00 – 15:15

Стероидная масс-спектрометрия и другие методы диагностики у пациентов с гиперандрогенией

Петров Александр Владимирович к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и внутренних

болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

15:15 – 15:30 ПЕРЕРЫВ
Мастер-класс по STREET DANCE

Зал «Бизнес»

15:30 – 16:30

«НА ПРИЕМЕ ЭНДОКРИНОЛОГА»

(Секция интересных случаев реальной клинической практики)

Модераторы: Петров Александр Владимирович, Стронгин Леонид Григорьевич

15:30 – 15:40

Клинический случай малосимптомной кортикостеромы

Спичкова Ангелина Равилевна

врач-эндокринолог эндокринологического отделения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница

№ 13», г. Нижний Новгород

15:40 – 15:50

Лечение токсического зоба на фоне трехростковой цитопении

Пухова Арина Николаевна

врач-эндокринолог Окского межрайонного медицинского центра, г. Павлово



15:50 – 16:00

Волк в овечьей шкуре 2.0. Феохромоцитома под маской рутинных метаболических нарушений

Викторов Кирилл Сергеевич

ассистент кафедры эндокринологии и внутренних болезней, врач-эндокринолог поликлинического отделения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 33», г. Нижний

16:00 – 16:10

Гипопаратиреоз и беременность: клинический случай

Миросниченко Валентина Викторовна

врач-эндокринолог высшей категории Регионального эндокринологического центра на базе ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г. Нижнего Новгорода», г. Нижний Новгород

16:10 – 16:30 Обсуждение клинических случаев

Зал «Комфорт»

10:40 – 11:40

**Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ» Часть 1**

(аспиранты, соискатели, ординаторы, оригинальные исследования)

Жюри:

Починка Илья Григорьевич, Панова Елена Ивановна, Некрасова Татьяна Анатольевна, Морозова Елена Павловна, Грунина Елена Андреевна, Ботова Светлана Николаевна

10:40 – 10:52

Анализ качества жизни пациентов с простым и ятрогенным ожирением у детей

Балуцкая Анастасия Викторовна

аспирант кафедры детских болезней Клинического Института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

10:52 – 11:04

Анализ качества жизни пациентов с акромегалией в Удмуртской республике (онлайн)

Пушкарев Игорь Николаевич

соискатель кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России, г. Ижевск

11:04 – 11:16

Предикторы эффективности фармакотерапии ожирения с применением тирзепатида: промежуточные результаты проспективного исследования (онлайн)

Нурисламов Тагир Фаритович

соискатель кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

11:16 – 11:28

Увеличение плотности костей черепа на фоне приема препаратов алендроновой кислоты (онлайн)

Сахарова Гузалия Минвазыховна

ассистент кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

11:28 – 11:37

Характеристика липидного профиля у пациентов с сахарным диабетом 1 типа

Гаспарян Дарья Сергеевна

ординатор кафедры эндокринологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

11.40 – 12.00 ПЕРЕРЫВ



Зал «Комфорт»

12:00 – 13:00

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ» Часть 2
(ординаторы, оригинальные исследования)

Жюри:

Починка Илья Григорьевич, Панова Елена Ивановна, Некрасова Татьяна Анатольевна, Морозова Елена Павловна, Грунина Елена Андреевна, Ботова Светлана Николаевна

12:00 – 12:09

Мультиорганные эффекты семаглутида на органы и системы у пациентов с ожирением и метаболически-ассоциированной жировой болезнью печени (МАЖБП)

Техтелева Анастасия Витальевна

ординатор кафедры эндокринологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

12:09 – 12:18

Фенотипические кластеры как основа персонализированного подхода к управлению сахарным диабетом

Ярманова Виолетта Олеговна

ординатор кафедры эндокринологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

12:18 – 12:27

Клинические особенности псориазического артрита у мужчин с сахарным диабетом

Неупокоева Анастасия Андреевна

клинический ординатор ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», г. Москва

12:27 – 12:36

Распространенность маркеров кардио-рено-гепатометаболических нарушений в популяции Нижегородской области

Синюшкина Снежана Дмитриевна

ординатор кафедры терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

12:36 – 12:45

Нефункционалирующие аденомы гипофиза у пациенток молодого возраста: проблема поздней диагностики (онлайн)

Аллахвердиева Ирина Владиславовна

ординатор кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. акад Г.Ф. Ланга ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

12:45 – 12:54

Влияние полиморфизма rs2203452 гена IRS1 на метаболический профиль пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (онлайн)

Исаева Регина Алексеевна

ординатор кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО «Казанского ГМУ» Минздрава России, г. Казань

13.00 – 13.15 ПЕРЕРЫВ



Зал «Комфорт»

13:15 – 14:15

Конкурс молодых ученых
«ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ» Часть 3
(студенты, оригинальные исследования)

Жюри:

Починка Илья Григорьевич, Панова Елена Ивановна, Некрасова Татьяна Анатольевна, Морозова Елена Павловна, Грунина Елена Андреевна, Ботова Светлана Николаевна

13:15 – 13:24

Формирование ортостатической гипотензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в условиях прогрессирования автономной кардиоваскулярной нейропатии

Мерещенко Дарья Андреевна

курсант 4 факультета ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

13:24 – 13:33

Количественный метод температурной чувствительности TIP-TERM для диагностики кардиоваскулярной нейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Рыбаков Арсен Олегович

курсант 3 факультета (подготовки врачей для воздушно-космических сил) ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

13:33 – 13:42

Оценка риска развития сахарного диабета по шкале FINDRISK у пациентов 25-44 лет, обращавшихся на амбулаторный прием (онлайн)

Надолько Евгения Игоревна

студент ФГБОУ ВО «Кировского ГМУ» Минздрава России, г. Киров

13:42 – 13:51

Значимость абдоминального ожирения и инсулинорезистентности в прогнозе рецидива папиллярной карциномы щитовидной железы (онлайн)

Смирнов Матвей Дмитриевич

студент лечебного факультета, кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой им. акад. Г.Ф. Ланга ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им.И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

13:51 – 14:00

Фенотипические различия у пациентов с сахарным диабетом на фоне экзокринной патологии поджелудочной железы и сахарным диабетом 2 типа

Целоусова Юлия Максимовна

студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

14:00 – 14:09

Оценка количества углеводов в питании пациентов с сахарным диабетом 1 типа: сравнение погрешностей, допускаемых пациентами и искусственным интеллектом

Мыздрикова Анна Андреевна

студент Клинического Института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

14:15 – 14:30 ПЕРЕРЫВ



Зал «Комфорт»

14:30 – 15:30

Конкурс молодых ученых «ЗАЖИГАЕМ СВЕРХНОВУЮ» Часть 4

(студенты, оригинальные исследования и клинические случаи)

Жюри:

Починка Илья Григорьевич, Панова Елена Ивановна, Некрасова Татьяна Анатольевна, Морозова Елена Павловна, Грунина Елена Андреевна, Ботова Светлана Николаевна

- 14:30 – 14:39 Клинический случай аутоиммунного полигландулярного синдрома (онлайн)**
Коваленко Владислав Олегович
студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «ДВГМУ» Минздрава России, г. Хабаровск
- 14:39 – 14:48 Частота развития сахарного диабета в исходе острого панкреатита (онлайн)**
Салахова Дана Ильгизовна
студент ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа
- 14:48 – 14:57 Анализ пищевых паттернов обучающихся медицинского университета (онлайн)**
Ясавиева Диана Мунировна
студент ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа
- 14:57 – 15:06 Роль катехоламинов и их метаболитов в регуляции синтеза гормонов коркового вещества надпочечников у больных феохромоцитомой (онлайн)**
Богаевская Диана Викторовна
студент Института фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
- 15:06 – 15:15 Микроальбуминурия у пациентов сахарным диабетом и хронической сердечной недостаточностью**
Саратовцев Александр Дмитриевич
студент педиатрического факультета ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород
- 15:15 – 15:24 Клинический случай симптоматической гипогликемии, сложности диагностики (онлайн)**
Галкина Полина Васильевна
ординатор кафедры эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь
- 15:24 – 15:33 Влияние генетических полиморфизмов на течение метаболически ассоциированной жировой болезни печени у пациента с сахарным диабетом 2 типа (онлайн)**
Иванова Алина Андреевна
ассистент кафедры эндокринологии (с курсом детской эндокринологии) ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, заведующая эндокринологическим отделением ГБУ РО «Городская больница №7», г. Ростов-на-Дону



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ





НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У ПАЦИЕНТОК МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМА ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Аллахвердиева И.В., Дора С.В., Черebilло В.Ю., Курнухина М.Ю., Кузьмина В.Е., Ивашова М.А.
ФГБОУ ВО «ГСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Аденомы гипофиза — доброкачественные опухоли передней доли, возникающие спорадически в 95% случаев или реже в рамках наследственных синдромов. Нефункциональные аденомы гипофиза (НАГ) чаще диагностируются на стадии макроаденомы из-за отсутствия гормональной гиперсекреции и могут манифестировать с битемпоральной гемианопсии и других проявлений масс-эффекта, симптомов гиперпролактинемии, гипопитуитаризма. Период от дебюта первых клинических признаков до верификации диагноза составляет в среднем около 2-3 лет. Если макроаденомы характеризуются стабильным течением, то до 50% макроаденом демонстрируют прогрессирующий рост в течение 2–7 лет наблюдения, что существенно усложняет хирургическую тактику, приводя к таким осложнениям, как назоликворея, гипопитуитаризм, несахарный диабет, офтальмоплегия, вторичный менингит или кровоизлияния в ложе удаленной опухоли. Несмотря на успехи современной хирургии, минимизация оперативного лечения четко коррелирует с размерами аденом гипофиза и степенью инвазии в кавернозный синус. Именно поэтому так важна ранняя своевременная диагностика НАГ для улучшения исходов лечения, минимизации осложнений и сохранения репродуктивного потенциала молодых пациентов.

Цель исследования: Изучить клинико-лабораторные особенности гормонально неактивных аденом гипофиза (ГНАГ) у пациенток молодого возраста и проанализировать факторы, способствующие поздней диагностике. Материалы и методы: Обследована 51 пациентка в возрасте 18–45 лет с гистологически подтвержденной НАГ, прооперированная в период с 2016 по 2024 гг. на базе клиники нейрохирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Пациентки разделены на группы микро- ($n = 6$) и макроаденом ($n = 45$). Всем выполнены МРТ хиазмально-селлярной области (ХСО) с внутривенным контрастированием, расширенный гормональный скрининг, оценка полей зрения. Для уточнения анамнеза проведено телефонное анкетирование.

Результаты исследования: Умеренная гиперпролактинемия (средний уровень пролактина $687,34 \pm 156,42$ МЕ/л) регистрировалась амбулаторно у 38 пациенток (79,2%) в течение $2,3 \pm 1,1$ года до установления диагноза аденомы гипофиза. У 4 из 6 пациенток с микроаденомами и у 44,4% с макроаденомами была выявлена клинически значимая гиперпролактинемия (>530 МЕ/л), что согласуется с анамнезом (галакторея и нарушения менструального цикла). В группе макроаденом уровень ИФР-1 находился в пределах нормы, исключая секрецию СТГ. Уровень АКТГ был снижен, кортизол соответствовал верхней границе нормы, однако у одной пациентки (2,2%) диагностирована надпочечниковая недостаточность. При оценке частоты гинекологической патологии у пациенток в группе с макроаденомами нарушения менструального цикла (НМЦ) составили 60%, галакторея была зарегистрирована у 8,9%; в группе микроаденом НМЦ были выявлены только у 1 пациентки. Показатели гонадотропинов указывали на частичное угнетение оси, однако лабораторный гипогонадизм выявлен не был. Данные за центральный гипотиреоз у обследованных пациенток также не получено. Выявленные НМЦ были обусловлены гиперпролактинемией. Корреляционный анализ размера опухоли и уровня пролактина показал слабую связь ($r=0,225$). Зрительная дисфункция выявлена у 51,8% больных, цефалгический синдром — у 34,5%. В послеоперационном периоде нормализация пролактина отмечена у 100% опрошенных пациенток с полным регрессом жалоб на НМЦ.

Выводы: Дисгармоничное соотношение групп выборки отражает проблему поздней диагностики: большинство опухолей выявляется на стадии масс-эффекта. Основным лабораторным маркером является умеренная гиперпролактинемия. С целью более раннего выявления новообразований ХСО, улучшения исходов последующего оперативного вмешательства следует рассмотреть выполнение МРТ пациентам с подозрением на гиперпролактинемию опухолевого генеза и при исключении атрогенного/неопухолевого происхождения гиперпролактинемии. Важным аспектом правильной тактики ведения пациентов остаётся соблюдение правил сдачи анализа на пролактин для исключения ложноположительных результатов.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТЫМ И ЯТРОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ У ДЕТЕЙ

Балуцкая А.В., Витебская А.В.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

Актуальность: Ожирение – самое распространённое эндокринное нарушение, рост частоты встречаемости которого среди детского и подросткового населения продолжает неуклонно прогрессировать. Особенности образа жизни пациентов с ятрогенным ожирением (низкая физическая активность на фоне основного заболевания и повышенный аппетит вследствие приема глюкокортикостероидов (ГКС)) могут способствовать сохранению ожирения после снижения доз и прекращения терапии ГКС. Социальные факторы, в том числе стигматизация, оказывают существенное негативное влияние на течение заболевания и значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Цель исследования: Оценить качество жизни у пациентов с простым и стероидным ожирением с использованием опросника PedsQL.

Материалы и методы: В исследование включены 14 пациентов (4 мальчика; 10 девочек) со стероидным ожирением 15,1 лет (12,7; 16,2). Группу сравнения составили 14 детей (6 мальчиков, 8 девочек) 13,6 лет (13,0; 14,6) с простым ожирением. Исследование было выполнено на базе Сеченовского центра материнства и детства. Качество жизни оценивалось с помощью опросника PedsQL, включающего четыре домена: физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование. Максимальным для каждого опросника был результат 100 баллов. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы Statistica 6 for Windows (StatSoft, Inc., США). Для оценки значимости различий применялся U-критерий Манна-Уитни, для поиска корреляций – коэффициент Спирмена. Различия считались статистически значимыми, если значение p было меньше 0,05.

Результаты исследования: Группы детей со стероидным ожирением ($n=14$) и простым ожирением ($n=30$) были сопоставимы по возрасту ($p>0,05$). Однако у пациентов со стероидным ожирением отмечались более низкие ($p<0,01$) значения индекса массы тела (ИМТ) 27,0 (23,1; 29,5) и SDS ИМТ +2,2 (+2,0; +2,4), по сравнению с группой пациентов с простым ожирением – ИМТ 33,1 (30,2; 36,5) и SDS ИМТ +3,0 (+2,7; +3,4). Статистически значимых различий по показателям качества жизни (PedsQL) между группами выявлено не было ($p>0,05$): общий индекс качества жизни в группе детей со стероидным и простым ожирением составил соответственно 70,4 (64,3; 74,4) и 67,6 (58,1; 72,8), индекс физического функционирования – 71,8 (57,7; 77,3) и 70,5 (66,0; 77,2), эмоционального – 62,5 (50,0; 70,0) и 52,5 (45,0; 72,5), социального – 82,5 (66,2; 90,0) и 80,0 (70,0; 90,0), ролевого – 65,0 (51,2; 75,0) и 60,0 (45,0; 65,0). У опрошенных пациентов значение показателей качества жизни независимо от возраста, ИМТ и причины ожирения.

Выводы: Качество жизни детей с простым и стероидным ожирением не зависело от причины набора веса. Самые низкие показатели были в доменах эмоционального и ролевого функционирования, в то же время социальное функционирование не страдало. Необходимы дальнейшие исследования по выявлению основных причин снижения качества жизни в каждой категории пациентов, создания специальных программ для психологической поддержки.

РОЛЬ КАТЕХОЛАМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ В РЕГУЛЯЦИИ СИНТЕЗА ГОРМОНОВ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ

*Богаевская Д.В., Анциферова Ю.А., Софиева Г.Э., Ворохобина Н.В., Калугина В.В.
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург*

Актуальность: Феохромоцитома (ФЕО) — редкая нейроэндокринная опухоль мозгового вещества надпочечника, характеризующаяся гиперсекрецией катехоламинов. У некоторых больных ФЕО наблюдается гиперкортизолизм. На животных моделях показано, что катехоламины могут стимулировать кортикотрофы передней доли гипофиза к выработке кортикотропина (АКТГ). Известно, что экспрессия ферментов синтеза катехоламинов регулируется кортизолом. Продолжаются исследования для выявления механизмов повышения биосинтеза глюкокортикостероидов у больных ФЕО.

Цель исследования: изучить влияние катехоламинов и их метилированных метаболитов на биосинтез гормонов корковым веществом надпочечников у больных феохромоцитомой с помощью газовой хромато-масс-спектрометрии.

Материалы и методы: обследованы 54 больных ФЕО, из них 29 (54%) женщин и 25 (46%) мужчин. В работу включались больные с одиночными ФЕО, без отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям надпочечников. Медиана возраста обследованных составила 49 (34–59) лет. Традиционными лабораторными методами у больных исключены автономная секреция кортизола, гиперандрогения и первичный гиперальдостеронизм. С помощью иммуноферментного анализа определены уровни свободных метанефринов крови и экскреция свободных метилированных производных катехоламинов с суточной мочой. В дооперационном периоде проведена компьютерная томография органов брюшной полости. У всех больных выполнена адреналэктомия с новообразованием. Диагноз ФЕО подтвержден на основании гистологического исследования послеоперационного материала. До хирургического лечения исследован стероидный метаболит мочи больных методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС) на хромато-масс-спектрометре «GCMS-TQ8050».

Результаты исследования: в зависимости от гормональной активности клеток хромаффинном обследованные были распределены на 2 группы. В группу с наибольшей биохимической активностью ФЕО (1 группа) включены обследованные (n=42) с повышенными концентрациями норметанефрина и метанефрина плазмы или с превышением уровня одного метаболита более чем в 2 раза от верхней границы нормальных значений. Группу больных с минимальной гормональной активностью ФЕО (2 группа) составили больные (n=12) с превышением содержания 1 метаболита катехоламина плазмы менее чем в 2 раза от верхней границы референтных значений. По возрасту, полу, величине индекса массы тела, денситометрическим характеристикам объемных образований надпочечников группы не различались. При исследовании стероидного метаболома мочи больных методом ГХ-МС у обследованных 1 группы по сравнению с больными 2 группы отмечена более высокая экскреция с мочой прогестагенов: прегнандиола (P2), прегнантриола (P3); метаболита андрогена: андростентриола (dA3); метаболитов глюкокортикоидов: 11-ОН-этиохоланолона, 11-оксо-этиохоланолона, 5αтетрагидрокортикостерона. Различия в концентрации кортикотропина (АКТГ) и дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭА-С) крови между группами не определены.

Выводы: повышение экскреции с мочой прогестагенов, метаболитов андрогена и глюкокортикоидов у больных с высокой биохимической активностью клеток ФЕО позволяет предположить влияние катехоламинов и/или их метаболитов не только на процессы биосинтеза стероидов в пучковой, но и сетчатой зонах коркового вещества надпочечника. Отсутствие различий в уровнях АКТГ и ДЭА-С крови у больных в зависимости от выраженности биохимической активности клеток ФЕО свидетельствует о возможных паракринных эффектах гормонов мозгового вещества надпочечников. Необходимы дальнейшие исследования с применением хроматографических методов для подтверждения полученных результатов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ, СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Галкина П.В., Шанько Ж.Г.
ФГБОУ ВО «ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Актуальность: Дифференциальная диагностика гипогликемии включает паранеопластическую гипогликемию при опухолях внепанкреатической локализации (мезотелиома, карцинома). Биохимическим субстратом для возникновения синдрома гипогликемии Дога—Поттера является экспрессия опухолью соматомединов, предшественников инсулиноподобного фактора роста pro-IGF-II, в норме образующихся в печени в зависимости от концентрации гормона роста. Под влиянием этого фактора стимулируется рецептор инсулина (IG), за счет чего усиливается ассимиляция глюкозы периферической крови и ингибируется глюконеогенез в печени. Лабораторный портрет синдрома Дога—Поттера на основании анализа основных биохимических показателей демонстрирует следующую закономерность: понижение уровня инсулина и С-пептида, повышение инсулиноподобного фактора роста IGF-II, сохранение уровня инсулиноподобного фактора роста I (IGF-I) в пределах референсных значений. Отношение IGFII/IGFI, достигающее 3:1 и выше от нормальных значений, расценивается как суррогатный маркер онкогенной гипогликемии. Также за счет влияния IGFII может наблюдаться умеренная гипокалиемия.

Цель исследования: представить данные клинического наблюдения пациента с ангиосаркомой переднего средостения и рецидивирующими гипогликемиями, находившемся на лечении в отделении эндокринологии ПМКБ.

Материалы и методы: использована информация, полученная из первичной медицинской документации (медицинская карта стационарного пациента).

Результаты исследования: Мужчина 59 лет госпитализирован в отделение эндокринологии ПМКБ в июле 2025г. с жалобами на периодические приступы головокружения, потливости, тремора (до 4 раз в день), иногда с потерей сознания (до 10 раз в месяц), а также ноющие боли в левой половине грудной клетки для дополнительного обследования и верификации диагноза. Объективный статус: без существенных особенностей. Из анамнеза жизни было известно, что в 2022 г. удаление опухоли средостения 87x48 мм, протяженность 120 мм: доброкачественное новообразование лейомиома типичного строения. Злокачественное новообразование средостения: Тимомы, тип Аp T1a. Проводилась химиотерапия. В последующие 3 года данных за рецидивирование и метастазирование не выявлено. В феврале 2025г. появление субфебрильной температуры, болей в грудной клетке слева. В марте 2025г. выявлен гидроторакс слева, проводились плевральные пункции в стационаре по месту жительства. На КТ ОГК от 19.04.25 в левой плевральной полости жидкость, образования, исходящие из париетальной плевры. Онкологом ПКОД рекомендована морфологическая верификация. Плевральная пункция. Оценка стеклопрепаратов в ПКОД от 03.06.2025 г. – подозрение на злокачественную опухоль плевры. ИГХ. С 28.06.25 появление боли в области левого плеча, в грудной клетке слева, ВАШ 2-3 балла в течение двух суток. За медицинской помощью не обращался. 13.07.25 потеря сознания, контроль гликемии глюкометром 2,3 ммоль/л, госпитализирован в отделение терапии по месту жительства. Консультирован онкологом по ТМК 14.07.25: по результатам ИГХ данных за злокачественный процесс нет. Рекомендуется проведение ПЭТ-КТ всего тела с 18-Фдг или КТ ОГК, ОБП, ОМТ с в/в контрастированием по месту жительства. 18.07.25 вновь потеря сознания, контроль гликемии- 1,6 ммоль/л, госпитализирован в отделение эндокринологии ПМКБ. Проведено обследование: гормональный статус – без особенностей; в биохимическом анализе крови гипокалиемия. 22.08.25 переведен в отделение реанимации ПМКБ в связи с рецидивирующими гипогликемиями и потребностью в круглосуточном наблюдении. За время наблюдения, при обследовании обращала на себя внимание хроническая гипогликемия (до 1,1 ммоль/л), гипокалиемия (до 2,4 ммоль/л) до прогрессирующая анемия (гемоглобин до 80 г/л), гипопроотеинемия (до 29,3 г/л). Обращало на себя внимание снижение уровня инсулина (<2,00 мкМЕд/мл (3,00 – 25,00); С-пептида (<0,10 нг/мл (0,90 – 7,10)). КТ органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием (25.08.2025): КТ- картина массивного, больших размеров опухолевого образования левого гемиторакса, вероятно исходит из передне-верхнего средостения (Res опухоли средостения). Малый гидроторакс слева. Аденопатия (количественная) ВГЛУ. Очаговых образований органов брюшной полости, лимфоаденопатии ниже диафрагмы не выявлено. Пациент переведен в пермский краевой онкологический диспансер с диагнозом: Ангиосаркома, G 2 средостения, рес. ЗНО левры. Гипогликемический синдром, тяжелый, без гиперинсулинемии. Ангиосаркома переднего средостения pT2bN0M0, G2, I ст., комбинированное лечение (от 2022г.).

Выводы: Несмотря на доступность лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов, остаются проблемы со своевременной диагностикой, что требует соблюдения алгоритма назначения дополнительных методов исследования.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Гаспарян Д.С., Уранчимэг Г., Теплова А.С., Демидова Т.Ю.
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

Актуальность: Сахарный диабет 1 типа (СД1) остаётся значимой проблемой современной медицины. Заболевание преимущественно манифестирует в детском и молодом возрасте и традиционно ассоциируется с высоким риском микрососудистых осложнений. Вместе с тем особое внимание требует вопрос изучения особенностей макрососудистых осложнений у данной категории пациентов. Одним из ключевых факторов их развития является дислипидемия, способствующая повышению сердечно-сосудистого риска. Несмотря на это, в клинической практике роль дислипидемии у пациентов с СД1 нередко недооценивается, особенно у лиц молодого возраста. Между тем даже умеренные изменения показателей липидного обмена могут способствовать развитию атеросклеротических изменений и ухудшению прогноза. Таким образом, представляется актуальным изучение особенностей липидного профиля у пациентов с СД1, а также выявление модифицируемых и немодифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: Изучить особенности липидного профиля у пациентов с СД1, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГКБ им. В.П. Демикова.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 174 электронных историй болезни пациентов с СД1, госпитализированных в ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демикова. Учитывались такие клинико-лабораторные параметры, как возраст, стаж СД1, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), глюкоза крови натощак (ГКН), индекс массы тела (ИМТ), общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Статистическая обработка проводилась с использованием программы StatTech.

Результаты исследования: Пациенты, включённые в исследование, характеризовались относительно молодым возрастом (медиана – 30,0 [23,0–37,75] лет), непродолжительным стажем СД1 (2 [0,0–5,8] года и нормальным индексом массы тела (медиана – 22,05 [20,12–25,18] кг/м²) на фоне неудовлетворительного контроля углеводного обмена (медиана HbA1c – 11,35 [8,90–13,30]%, медиана уровня ГКН – 8,90 [7,07–10,85] ммоль/л), что, вероятно, объясняется преобладанием госпитализации по экстренным причинам над плановой госпитализацией. При анализе особенностей липидного профиля был выявлен ряд атерогенных изменений относительно нормальных диапазонов. Так, медиана уровня ЛПНП (2,66 [2,06–3,56] ммоль/л) превышала рекомендованные целевые значения для пациентов со средним и высоким сердечно-сосудистым риском, что свидетельствует о наличии дислипидемии в исследуемой группе. Уровни общего холестерина, ЛПВП и ТГ составили 4,76 [4,11–5,62] ммоль/л, 1,21 [1,02–1,51] ммоль/л и 1,38 [0,91–2,12] ммоль/л соответственно, что соответствует диапазонам нормальных значений, однако находится на их границе. Корреляционный анализ выявил наличие умеренной отрицательной связи между уровнями HbA1c и холестерина ЛПВП ($\rho = -0,388$; $p < 0,001$), слабой положительной связи между HbA1c и уровнем ТГ ($\rho = 0,229$; $p = 0,007$). Также выявлено наличие слабой положительной взаимосвязи между возрастом и уровнем ЛПНП ($\rho = 0,168$; $p = 0,039$), возрастом и уровнем холестерина ЛПВП ($\rho = 0,163$; $p = 0,048$). Связь между возрастом и ТГ носила аналогичный характер, однако не являлась статистически значимой ($\rho = 0,133$; $p = 0,103$). Кроме того, установлена статистически значимая слабая положительная корреляция между ИМТ и уровнем ТГ ($\rho = 0,233$; $p = 0,004$), а также общего холестерина ($\rho = 0,228$; $p = 0,005$), что свидетельствует о влиянии массы тела на формирование атерогенных изменений липидного профиля. Достоверной взаимосвязи с другими клиниколабораторными показателями выявлено не было.

Выводы: Таким образом, у пациентов с СД1, несмотря на преимущественно молодой возраст и нормальные значения ИМТ, липидный профиль характеризовался наличием признаков атерогенных изменений, прежде всего за счет превышения уровня ЛПНП относительно целевых значений. Проведённый корреляционный анализ показал наличие слабой положительной взаимосвязи между возрастом и показателями липидного профиля, а также между ИМТ и уровнями ТГ и общего холестерина, что свидетельствует о влиянии указанных факторов на формирование нарушений липидного обмена. Полученные данные подчёркивают важность ранней диагностики и контроля липидного профиля у пациентов с СД1, а также необходимость коррекции модифицируемых факторов риска, включая массу тела, даже в молодом возрасте.



ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Джериева И. С., Иванова А. А.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону; ГБУ РО «Городская больница №7»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность: Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) представляет собой существенную проблему с неутешительными эпидемиологическими данными: частота встречаемости МАЗБП составляет приблизительно 30-40% взрослого населения в общей популяции. Бремя МАЗБП неуклонно возрастает, а к 2040 году глобальная распространённость, в соответствии с прогнозами, превысит 55% в связи с ростом хронических неинфекционных заболеваний — ожирения и метаболического синдрома. Сахарный диабет 2 типа представляет собой наиболее значимый фактор риска прогрессирования МАЗБП. Взаимосвязь между ними двунаправленна: наличие метаболически ассоциированной жировой болезни печени обуславливает высокий риск манифестации сахарного диабета 2 типа, а ранее верифицированный сахарный диабет 2 типа отягощает течение метаболически ассоциированной болезни печени, что, в конечном итоге, приводит к высокому уровню летальности.

Цель исследования: Продемонстрировать клиническую значимость изучения и практического применения исследования генетических полиморфизмов для стратификации риска и оптимизации терапии у пациентов с МАЗБП и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Проведён анализ клинического случая пациента с сахарным диабетом 2 типа и МАЗБП. Используются клинико-anamnestические данные, лабораторные исследования, инструментальные методы (УЗИ, соноэластография, индекс FIB-4), а также генетическое тестирование (PNPLA3 rs738409, TM6SF2 rs58542926).

Результаты исследования: Представленный клинический случай наглядно иллюстрирует агрессивное течение МАЗБП у пациента с сахарным диабетом 2 типа и множественными кардиометаболическими факторами риска, осложненной наличием генетических полиморфизмов. По результатам генотипирования получены следующие данные: PNPLA3 rs738409: генотип G/G (гомозигота по риск-аллелю); TM6SF2 rs58542926: генотип C/T (гетерозигота по риск-аллелю). Выявленная комбинация генетических полиморфизмов свидетельствует о высоком риске последующего прогрессирования МАЗБП. Гомозиготное носительство G/G варианта PNPLA3 rs738409 ассоциировано с наиболее неблагоприятным прогнозом и значительно повышает риск прогрессирования фиброза, развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. Полученная генетическая информация послужила основанием для пересмотра терапевтической тактики: интенсификация сахароснижающей терапии — иницирована терапия семаглутидом 0,25 мг, 1 раз в 7 дней, подкожно с дальнейшей титрацией дозы до 1,0 мг 1 раз в неделю; увеличена дозировка метформина до 2000 мг, 1 раз в сутки, вечером, перорально внутрь; добавлен эмпаглифлозин 10 мг, 1 таблетка, утром, перорально внутрь; назначена гиполипидемическая терапия — розувастатин 20 мг, 1 раз в сутки, вечером, перорально внутрь; фенофибрат 145 мг, 1 раз в сутки, вечером, перорально внутрь, а также направление к гепатологу для проведения биопсии печени с целью ранней верификации цирроза и, при необходимости, решения вопроса о рассмотрении возможности трансплантации печени. Необходимо подчеркнуть, что пациент остаётся в группе высокого риска развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы в связи с неблагоприятным генетическим профилем, что обосновывает необходимость длительного динамического наблюдения с регулярным мониторингом независимо от достигнутого ответа на терапию.

Выводы: Данный клинический случай наглядно демонстрирует практическую значимость исследования генетических полиморфизмов в клинической практике. Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени представляет собой многофакторную проблему с гетерогенными патомеханизмами, в которых генетические полиморфизмы оказывают существенный вклад в определение индивидуального риска и успешного ответа на терапевтические мероприятия. Наличие генетических полиморфизмов и метаболических факторов риска (сахарный диабет 2 типа, экзогенно-конституциональное ожирение, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия) создает особенно высокий риск прогрессирования фиброза. Комплексная терапия, включающая модификацию образа жизни, оптимизацию терапии сахарного диабета, дислипидемии и артериальной гипертензии позволяет улучшить качество жизни пациентов, а также снизить риск сердечно-сосудистых катастроф.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS2203452 ГЕНА IRS1 НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исламова Д.Р., Исаева Р.А., Старикова В.Д., Валеева Ф.В., Киселева Т.А.
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, г. Казань

Актуальность: Ген IRS1 кодирует внутриклеточный белок – субстрат инсулинового рецептора, участвующий в передаче сигнала и регуляции метаболических эффектов инсулина. Полиморфные варианты IRS1 рассматриваются как генетические детерминанты нарушений углеводного и липидного обмена. Вместе с тем, значение полиморфизма rs2203452 в формировании метаболического профиля пациентов с сахарным диабетом 2 типа изучено недостаточно.

Цель исследования: изучить влияние полиморфизма rs2203452 гена IRS1 на метаболический профиль пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: В исследование вошли 102 пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа. Лабораторное обследование включало определение глюкозы, гликированного гемоглобина и параметров липидного обмена на автоматическом биохимическом анализаторе Erba XL-640 (Германия). Концентрацию С-пептида определяли иммуноферментным методом с использованием фотометра BioTek Elx800 (США). Степень инсулинорезистентности и функцию β -клеток оценивали расчетным путем с использованием индексов HOMA-islet (CP-normal) и HOMA-IR (CP). Генетическое исследование полиморфизма rs2203452 гена IRS1 выполняли методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad, США). Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программного обеспечения StatTech (версия 4.12.2).

Результаты исследования: В исследуемой когорте частота минорного аллеля G составила 64,7%. Генотип AA выявлен у 9 пациентов (8,8%), гетерозиготный вариант AG – у 54 (52,9%), тогда как генотип GG зарегистрирован у 39 обследованных (38,3%). Распределение частот аллелей и генотипов варианта rs2203452 гена IRS1 не соответствовало равновесию Харди–Вайнберга, что обусловлено особенностями формирования выборки, включавшей исключительно пациентов с сахарным диабетом 2 типа, с учётом описанной ассоциации данного полиморфизма с риском развития заболевания ($\chi^2=4,48$; $p=0,02$). В рецессивной модели носители генотипа GG характеризовались более низким уровнем С-пептида и индексом HOMA-islet (CP-normal) по сравнению с носителями аллеля A ($p=0,043$ и $p=0,020$ соответственно). Кроме того, у данной группы пациентов чаще регистрировалось выраженное повышение гликированного гемоглобина по сравнению с носителями аллеля A ($p=0,034$), что отражает более неблагоприятные характеристики дебюта сахарного диабета 2 типа. При анализе в доминантной модели носители аллеля G характеризовались более низкими уровнями ЛПНП и триглицеридов по сравнению с генотипом AA ($p=0,033$ и $p=0,025$ соответственно). Одновременно снижение ЛПВП чаще выявлялось у гомозигот GG по сравнению с генотипами AG и AA ($p=0,021$).

Выводы: У пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа генотип GG полиморфизма rs2203452 гена IRS1 ассоциирован со снижением функциональной активности β -клеток, более высокой частотой выраженного повышения уровня гликированного гемоглобина и более низкими значениями ЛПВП по сравнению с носителями аллеля A.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА

Коваленко В.О., Джораев А.Д., Масалова Н.Н.
ФГБОУ ВО «ДВГМУ» Минздрава России, г. Хабаровск

Актуальность: Согласно официальным данным, частота АПС-1 типа в Российской Федерации не определена, АПС-2 типа – 1-2 случая на 100000 населения в год. Несмотря на редкую встречаемость, клинические проявления данной группы заболеваний достаточно серьёзные, так как включают в себя как сахарный диабет 1 типа, так и надпочечниковую недостаточность, аутоиммунный тиреозит, гипопаратиреоз. Из этого следует, что лечение должно состоять из нескольких препаратов, что требует от пациента комплаентности, а от врача – персонализированного подхода к каждому больному. Ещё одна проблема заключается в отсутствии клинических рекомендаций по данной патологии, что ведёт к недостаточной осторожности и в значительной мере затрудняет лечебные и диагностические мероприятия как среди молодых, так и среди опытных специалистов.

Цель исследования: Ознакомить врачей различных специальностей с редким клиническим случаем аутоиммунного полигландулярного синдрома: его проявлениями, сложностями ведения пациента и исходами.

Результаты исследования: Больная С., 33 года, в августе 2019 года поступила в эндокринологическое отделение с установленным диагнозом АПС-2 типа, осложнённым диабетической полинейропатией, на фоне беременности 24-25 недель. Сахарный диабет 1 типа был выявлен в 12 лет (в связи с чем в дальнейшем прошла обучение в школе сахарного диабета), хроническая надпочечниковая недостаточность – в 2015 году, в связи чем получает Левемир (22 ЕД утром и вечером) + НовоРapid и Кортинеф 100 мкг утром + Кортэф 10 мг 2 раза в день. На данной терапии пациентка отрицает какие-либо ухудшения состояния, в том числе гипогликемии. Беременность первая, угроза прерывания отсутствует. По лабораторным данным отмечено снижение общего белка до 62,5 г/л, СОЭ до 50 мм/ч, лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение общего холестерина до 7,98 ммоль/л, ЛПНП до 6,2 ммоль/л, ТГ до 2,4 ммоль/л, глюкоза до 12,9 ммоль/л. Уровни ТТГ и витамина D в пределах референтных значений. УЗИ почек и щитовидной железы не выявило патологических изменений. Была консультирована окулистом – поставлен диагноз миопия слабой степени с обеих сторон. В отделении была достигнута положительная динамика: коррекция гипергликемии, дозировок инсулинов; была выписана на амбулаторный этап, в дополнение к терапии: витамин D 4000 МЕ/сутки, К1 250 мкг/сутки, омега-3 ПНЖК: 300 мг/сутки. Повторная госпитализация в октябре 2025 года с целью коррекции гипергликемии в связи с предстоящей лазерной фотокоагуляцией из-за высокого риска отслойки сетчатки, вследствие наличия хориоретинальной миопии слабой степени обеих глаз, периферической хориоретинальной дистрофии правой глаза. Пациентка комплаентна, в 2021 год была индуцирована помповая инсулинотерапия, помпа менялась в 2023 году в ходе госпитализации: с Medtronic 722 на Medtronic 720; используется инсулин Апидра 50 ЕД/сутки. На данной терапии отмечает гипогликемии к вечеру (min уровень глюкозы 1,6 ммоль/л). В 2025 году был диагностирован аутоиммунный тиреозит, в связи с чем получает Эутирокс 75 мкг/сутки. Беременности в 2019 и 2024 годах разрешены при помощи операции кесарева сечения – оба ребёнка здоровы. После второй беременности выполнена хирургическая стерилизация по желанию пациентки. Из гинекологического анамнеза: синдром хронической тазовой боли, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, лейомиома, спаячный процесс малого таза, гидросальпинксы с обеих сторон. Лабораторные показатели в отделении: HbA1c 7,4%, ТТГ в пределах референтных значений, Анти-ТПО 62,10 МЕ/мл, АКГГ – 1373 пг/мл, глюкоза – 12,36 ммоль/л, альбумин/креатинин мочи – 8,6 мг/ммоль. За время госпитализации была достигнута положительная динамика, гипогликемий не наблюдалось, вследствие чего противопоказаний для проведения лазерной фотокоагуляции не выявлено.

Выводы: АПС требует междисциплинарного и персонализированного подхода к каждому пациенту. Трудности диагностики данной группы заболеваний также обусловлены большой разностью проявлений: как по времени (манифестация каждого отдельного звена синдрома в разные промежутки времени, что было отмечено у нашей пациентки), так и по клинической картине. Повышение осведомлённости врачей всех специальностей об АПС поможет в диагностике и приведёт к адекватному и полноценному лечению таких больных.

ФОРМИРОВАНИЕ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АВТОНОМНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Мерещенко Д.А., Плужникова А.А., Зеленина Т.А., Салухов В.В.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) является значимым хроническим осложнением сахарного диабета 2 типа. Одним из её клинических проявлений выступает ортостатическая гипотензия (ОГ), обусловленная нарушением вегетативной регуляции сосудистого тонуса. ОГ сопровождается снижением адаптации гемодинамики при переходе в вертикальное положение и ассоциируется с повышенным риском сердечнососудистых осложнений, падений и смертности. При этом данные о частоте возникновения новых случаев ОГ и факторах её развития в долгосрочной перспективе остаются ограниченными.

Цель исследования: Оценить частоту формирования ортостатической гипотензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и признаками диабетической сенсомоторной нейропатии в ходе длительного наблюдения.

Материалы и методы: Проведено проспективное когортное исследование. Включены 28 пациентов, обследованных в 2018–2019 гг. с повторной оценкой в 2025 г. Программа обследования включала сбор клинико-anamnestических данных, оценку метаболических показателей (HbA1c, липидный профиль, функция почек), неврологическое обследование по шкале Neuropathy Disability Score, а также кардиоваскулярные тесты (глубокое дыхание, проба Вальсальвы, тест 30:15, tilt-тест, проба с динамометром). ОГ диагностировалась при снижении систолического артериального давления ≥ 20 мм рт. ст. и/или диастолического ≥ 10 мм рт. ст. при tilt-тесте. Статистическая обработка выполнена с применением непараметрических методов ($p < 0,05$).

Результаты исследования: На исходном этапе КАН выявлена у 59% пациентов, ОГ — у 23%. При повторном обследовании через 7 лет отмечено увеличение распространённости КАН до 82%, прогрессирование её выраженности у 23% пациентов и двукратный рост частоты ОГ. Среднегодовая инцидентность ОГ составила 1,3%. Прогрессирование автономной дисфункции наблюдалось несмотря на относительную стабильность уровня HbA1c и индекса массы тела. Анализ факторов риска показал, что уровень HbA1c $\geq 7\%$ увеличивал вероятность развития ОГ в 8,75 раза ($p = 0,03$; 95% ДИ 0,78–97,85). Повышение уровня триглицеридов более 1,1 ммоль/л ассоциировалось с увеличением риска возникновения ОГ в 12 раз ($p = 0,09$; 95% ДИ 1,37–104,60).

Выводы: Диабетическая сенсомоторная нейропатия способствует прогрессированию автономных нарушений сердечно-сосудистой системы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Формирование ОГ отражает дальнейшее развитие КАН. Частота появления новых случаев ОГ (1,3% в год) подтверждает постепенное нарастание автономной дисфункции даже при стабильных метаболических показателях. Поддержание уровня HbA1c $< 7\%$ и коррекция дислипидемии являются важными направлениями профилактики. Регулярное проведение кардиоваскулярных тестов у пациентов с признаками периферической нейропатии позволяет своевременно выявлять ранние проявления автономной дисфункции и должно входить в стандарт диспансерного наблюдения.

ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВА УГЛЕВОДОВ В ПИТАНИИ ПАЦИЕНТОВ С
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА: СРАВНЕНИЕ ПОГРЕШНОСТЕЙ,
ДОПУСКАЕМЫХ ПАЦИЕНТАМИ И ИСКУССТВЕННЫМ
ИНТЕЛЛЕКТОМ

Мыздрикова А.А., Витебская А.В.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

Актуальность: Сахарный диабет 1 типа (СД1) – многофакторное заболевание, характеризующееся абсолютной недостаточностью инсулина, требующее гликемического контроля и правильного подсчета углеводов (УВ). Несмотря на доступность всех инструментов для измерения УВ в употребляемой пище, часто пациенты с СД1 прибегают к подсчету «на глаз», что является одним из факторов риска декомпенсации заболевания. Ряд исследований свидетельствует о том, что методы оценки УВ с помощью искусственного интеллекта (ИИ) соответствуют по точности человеческим оценкам, а в некоторых случаях даже превосходят их.

Цель исследования: Изучить погрешности подсчета количества УВ, допускаемые пациентами с СД1 и ИИ.

Материалы и методы: Проведен опрос пациентов, включавший вопросы о возрасте, длительности заболевания, способах измерения порций пищи (взвешивание, определение «на глаз»). Также предлагалось оценить количество хлебных единиц (ХЕ) по фотографиям готовых блюд (1 ХЕ соответствует 10 г УВ). Результаты опроса проанализированы с учетом эталонных ответов: гречневая каша (100 г, 2 ХЕ); рисовая каша (100 г, 2 ХЕ); рагу (200 г, 1,5 ХЕ); макароны с котлетами (250 г, 4 ХЕ). Опрос ИИ включал только 4 вопроса, посвященных оценке предложенных блюд.

Результаты исследования: В детском эндокринологическом отделении СЦМид было опрошено 100 детей (43 девочки, 57 мальчиков) в возрасте 13 [10; 15] лет с СД1 длительностью 4 [2; 7] г, а также 4 доступные нейросети – DeepSeek, ChatGPT, GPTMidjourney, Алиса от Яндекс (умная камера). В ходе анализа точности оценки количества хлебных единиц (ХЕ) в готовых блюдах были сопоставлены ответы пациентов и нейросетей. По мнению пациентов, в образцах гречневой было 2,0 [2,0; 3,0], рисовой каши 2,3 [2,0; 3,0], рагу 2,0 [1,6; 3,0], в котлетах с макаронами – 4,0 [3,0; 4,0] ХЕ (Me [Q1;Q3]). Доля неверных ответов по каждому из блюд: 57,0%, 59,9%, 87,0% и 61,7% пациентов соответственно. Показатель МАРЕ (Mean Absolute Percentage Error, средняя абсолютная процентная ошибка) для каждого из блюд составил: 38,6%, 38,6%, 53,7%, 19,4. По данным запроса ИИ, содержание ХЕ в каше гречневой составило 3,0 [1,5; 2,8]) ХЕ, каше рисовой – 3,0 [1,5; 3,5] ХЕ, рагу – 3,0 [1,3; 3,5] ХЕ, макаронах с котлетами – 4,0 [4,0; 4,5] ХЕ. Доля неверных ответов по каждому из блюд: 75,0%, 75,0%, 75,0% и 50,0% пациентов соответственно. МАРЕ для каждого из блюд: 31,3%, 37,5%, 83,3%, 13,9%. Пациенты и ИИ допускали ошибки в определении количества ХЕ во всех блюдах в большинстве случаев. Показатель МАРЕ варьировал в зависимости от блюда, не коррелировал с количеством ХЕ; значимые различия между МАРЕ пациентов и ИИ выявлены только при оценке ХЕ в рагу ($p=0,035$).

Выводы: И пациенты, и ИИ допускают ошибки при визуальной оценке количества УВ в готовых блюдах. ИИ по точности оценки в большинстве случаев не уступает человеку и имеет огромный потенциал для развития. Исследование показало необходимость усовершенствования алгоритмов работы ИИ. Развитие и оптимизация инструмента, упрощающего рутинный подсчет ХЕ в пище, не только повысит точность определения УВ, но и существенно улучшит качество жизни молодых пациентов и их близких, способствуя успешному контролю диабета.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Неупокоева А.А., Паневин Т.С., Коротаева Т.В.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», г. Москва

Актуальность: Сопутствующие метаболические расстройства, включая сахарный диабет, часто встречаются у пациентов с псориатическим артритом.

Цель исследования: Изучение клинических и лабораторных различий у пациентов с псориатическим артритом в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета (СД).

Материалы и методы: В поперечное исследование были включены 219 мужчин с псориатическим артритом, диагностированным по критериям CASPAR. СД устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ 1999-2013 гг. В зависимости от наличия/отсутствия СД пациенты были разделены на подгруппы, проведен сравнительный анализ. Средний возраст составил 42,0 [34,0; 52,5] года, средняя длительность псориатического артрита — 7,0 [4,0; 13,0] лет, активность по шкале BASDAI — 5,3 [4,4; 6,2] балла, по шкале DAPSA — 30,4 [24,2; 42,0] балла. 83,8% пациентов характеризовались высокой активностью псориатического артрита. СД устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ 1999-2013 гг.

Результаты исследования: Сахарный диабет был выявлен у 5,9% пациентов (у всех пациентов был сахарный диабет 2 типа). Пациенты с сахарным диабетом были старше (53,0 [46,0;56,0] лет против 42,0 [34,0;50,0] лет; $p=0,024$), но длительность псориатического артрита в подгруппах была сопоставимой. Для пациентов с сахарным диабетом были характерны более высокие показатели активности по шкалам DAPSA (49,3 [36,9; 59,2] против 30,0 [24,1; 41,7]; $p=0,038$) и BASDAI (6,7 [5,9; 7,8] против 5,2 [4,3; 6,2]; $p=0,005$) при сопоставимых уровнях СОЭ и С-реактивного белка, а также более высокий индекс массы тела (32,2 [29,1; 34,5] кг/м² против 27,8 [24,9; 31,5] кг/м²; $p=0,01$), более частое наличие артериальной гипертензии (61,5% против 27,7%; $p=0,009$) и наличие в анамнезе местной инъекционной терапии бетаметазоном (38,5% против 13,6%; $p=0,015$).

Выводы: Сахарный диабет может быть фактором, повышающим активность псориатического артрита у мужчин. Необходимы дальнейшие исследования для улучшения персонализации лечения псориатического артрита у пациентов с сахарным диабетом.



ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИРЗЕПАТИДА: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Нурисламов Т.Ф.¹, Авзалетдинова Д.Ш.²

¹ГКУЗ «Республиканская клиническая больница № 2», г. Уфа; ²ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

Актуальность: Ожирение — хроническое заболевание, ассоциированное с высоким риском сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний и снижением качества жизни. Тирзепатид (агонист рецепторов ГПП-1/ГИП) демонстрирует высокую эффективность в снижении веса, однако ответ на терапию вариателен. Оценка эмоционального статуса и мотивации пациентов может определять приверженность лечению и долгосрочные результаты.

Цель исследования: Выявить клинические, метаболические и психосоциальные предикторы ответа на терапию тирзепатидом в сочетании с рекомендациями по изменению образа жизни, оценить динамику антропометрических показателей, состава тела и эмоционального функционирования у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: Проводится проспективное сравнительное когортное исследование в условиях реальной клинической практики. Критерии включения: возраст 18–65 лет, индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² или ≥ 27 кг/м² с ≥ 1 осложнением. Критерии исключения: вторичные формы ожирения, некомпенсированный гипотиреоз, беременность/лактация, тяжёлые психические расстройства, расстройство пищевого поведения (РПП) в анамнезе, противопоказания к агПП-1/ГИП, приём препаратов, влияющих на вес. Группы обследуемых: основная (тирзепатид подкожно 1 раз в неделю согласно инструкции + стандартизированные рекомендации по гипокалорийному питанию и физической активности) и контрольная (только рекомендации по образу жизни). Распределение нерандомизированное, по выбору пациента после информирования. На этапе скрининга всем пациентам проводилась оценка РПП с использованием опросника EAT-26. Пациенты с суммарным баллом ≥ 20 из исследования исключались. Оценка проводится исходно, через 1, 6 и 12 месяцев. Методы: антропометрия, биоимпедансный анализ, лабораторные исследования, опросники WES (эмоции), DEBQ (пищевое поведение), TSRQ (мотивация), PAGI-SYM (переносимость ЖКТ).

Результаты исследования: На момент анализа в исследование включено 30 пациентов (27 женщин, 3 мужчин), средний возраст 38,2 \pm 8,7 года. ИМТ: избыточная масса тела — 5 (16,6%), ожирение I ст. — 11 (36,6%), II ст. — 8 (26,6%), III ст. — 6 (20%). Окружность талии 112,4 \pm 13,7 см, бедер — 120,1 \pm 10,6 см. Данные биоимпедансного анализа (исходно): жировая масса 44,3 \pm 10,7 кг, безжировая масса, 54,8 \pm 10,9 кг, Основная группа (тирзепатид + рекомендации по образу жизни) — 25 пациентов (83,3%), контрольная группа (только рекомендации по образу жизни) — 5 пациентов (16,6%). Повторный визит (через 1 завершили 5 пациентов основной группы. У всех отмечено снижение массы тела, в среднем на 3,1 \pm 0,2%. Переносимость терапии оценивалась как удовлетворительная: у 2 пациентов отмечалась транзиторная тошнота, не потребовавшая отмены препарата. Выбываний из исследования на данном этапе не зафиксировано. Опросник WES заполнили 18 пациентов. Средний балл по шкале положительных эмоций составил 2,2 \pm 0,6, отрицательных эмоций — 2,5 \pm 0,7 (из 4 возможных). Наиболее выраженными были фрустрация из-за веса (2,8 \pm 0,8), беспокорство о здоровье (2,7 \pm 0,7) и смущение (2,6 \pm 0,9). Опросник DEBQ заполнили 18 пациентов. Преобладал эмоциональный тип пищевого поведения (3,3 \pm 0,7), экстернальный составил 2,9 \pm 0,6, ограничительный — 3,1 \pm 0,8 (из 5). Эмоциональное переедание выявлено у 61% пациентов (n=11). Опросник TSRQ заполнили 18 пациентов. Балл автономной (внутренней) мотивации составил 5,2 \pm 1,1, контролируемой (внешней) — 3,6 \pm 1,3 (из 7), что свидетельствует о преобладании внутренних побуждений к лечению. Опросник PAGI-SYM заполнен у 5 пациентов основной группы, завершивших 1-й месяц наблюдения. Наиболее частыми симптомами были тошнота/рвота (1,2 \pm 0,8), чувство переполнения после еды (1,4 \pm 0,9) при максимально возможном балле 5. Отмены терапии не потребовалось.

Выводы: 1. Сформирована репрезентативная когорта пациентов (n=30, средний ИМТ 34,8 \pm 4,6 кг/м²), сопоставимых по основным клинико-антропометрическим характеристикам; 2. У пациентов, включённых в исследование, преобладает эмоциональный тип пищевого поведения (DEBQ, 3,3 \pm 0,7 балла) и умеренно выраженные нарушения эмоционального функционирования (WES: положительные эмоции — 2,2 \pm 0,6, отрицательные — 2,5 \pm 0,7), что обосновывает необходимость комплексной поддержки в программе снижения веса. 3. Автономная (внутренняя) мотивация преобладает над контролируемой (TSRQ: 5,2 \pm 1,1 против 3,6 \pm 1,3, p<0,01), что является благоприятным прогностическим признаком. 4. У 5 пациентов основной группы, завершивших первый месяц наблюдения, зафиксировано снижение массы тела на 3,1 \pm 0,2% на фоне терапии тирзепатидом в сочетании с рекомендациями по образу жизни; отмечена положительная динамика эмоционального статуса (рост балла положительных эмоций по WES на 0,6 \pm 0,2, снижение отрицательных — на 0,6 \pm 0,2).



АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Пушкарев И.Н., Ахмадуллина Г.И.
ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России, г. Ижевск

Актуальность: Акромегалия остается одной из наиболее сложных проблем в клинической практике, что обусловлено не только редкостью этого заболевания, но и его системным характером. Хроническая гиперпродукция соматотропного гормона (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) приводит к формированию широкого спектра коморбидных состояний, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, артропатии, синдром обструктивного апноэ сна и другие. Современные клинические рекомендации определяют достижение биохимической ремиссии как основную цель терапии акромегалии, однако нормализация гормональных показателей далеко не всегда сопровождается улучшением субъективного восприятия пациентами своего здоровья. Качество жизни (КЖ) при акромегалии представляет собой интегральный показатель, отражающий совокупное влияние заболевания, его осложнений и проведенного лечения на физическое, психологическое и социальное состояние человека. В этой связи особую значимость приобретает анализ факторов, определяющих КЖ, в том числе тех, которые могут быть модифицированы в процессе терапевтического вмешательства.

Цель исследования: Оценить качество жизни пациентов с акромегалией в Удмуртской Республике (УР) в зависимости от различных параметров, включая пол, возраст, длительность заболевания, уровень коморбидности и примененные методы лечения.

Материалы и методы: Проведено одномоментное исследование, в которое включено 63 пациента с подтвержденным диагнозом акромегалии, наблюдавшихся в эндокринологическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница Минздрава Удмуртской Республики». В исследуемую группу вошли 44 женщины (69,8%) и 19 мужчин (30,2%). Медиана возраста составила 56 [41; 64] лет, медиана длительности заболевания от момента появления первых симптомов – 12 [6; 20] лет. У 35 пациентов (55,6%) на момент обследования была достигнута биохимическая ремиссия, у 28 человек (44,4%) заболевание находилось в активной стадии. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника AcroQoL, коморбидный статус оценивался с помощью шкалы CIRS. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ StatSoft Statistica 10.0. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Наиболее распространенными жалобами явились суставной синдром (82,5%), увеличение конечностей (76,2%) и огрубление черт лица (66,7%). В структуре коморбидности преобладали ожирение (81%), гипертоническая болезнь (65,1%) и узловой зоб (52,4%). Медиана баллов AcroQoL у мужчин была значимо выше, чем у женщин: 69,3 [40,9; 83,0] против 48,3 [36,6; 66,8] ($p = 0,05$). При этом статистически значимых различий в КЖ между группами с ремиссией и активной стадией выявлено не было ($p > 0,05$). Установлена слабая отрицательная корреляция между уровнем КЖ и индексом коморбидности CIRS ($r = -0,26$; $p < 0,05$). Корреляционный анализ не выявил статистически значимой связи между КЖ и возрастом пациентов, продолжительностью заболевания, длительностью ремиссии и видом проведенного лечения ($p > 0,05$).

Выводы: Качество жизни пациентов с акромегалией в УР существенно ниже у женщин по сравнению с мужчинами. Коморбидность является значимым фактором, снижающим КЖ, независимо от факта достижения ремиссии. Полученные данные обосновывают необходимость мультидисциплинарного подхода, направленного не только на нормализацию гормональных показателей, но и на активную коррекцию сопутствующей патологии.



КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МЕТОД ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ TIP-TERM ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Рыбаков А.О., Околитенко М.С., Зеленина Т.А., Салухов В.В.
ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) является одной из наиболее опасных форм нейропатии тонких волокон (НТВ) при сахарном диабете 2 типа (СД2), ассоциированной с пятикратным увеличением риска смертности, безболевого ишемией миокарда, внезапной сердечной смертью и бессимптомными гипогликемиями. «Золотые стандарты» диагностики (биопсия кожи, количественное сенсорное тестирование) инвазивны, дорогостоящи и недоступны в рутинной практике. В то же время простые клинические шкалы обладают низкой чувствительностью и специфичностью. Необходим доступный количественный метод первичного скрининга, позволяющий выявлять пациентов с высоким риском КАН для последующего углубленного обследования.

Цель исследования: Оценить диагностическую ценность количественной температурного тестирования TIP-TERM для выявления нейропатии тонких волокон у пациентов с СД2 и определить оптимальное пороговое значение для скрининга КАН.

Материалы и методы: Проведено проспективное когортное исследование, в которое включены 72 пациента с СД2 (средний возраст $58,4 \pm 7,1$ года, длительность заболевания $9,8 \pm 4,2$ года). Всем пациентам выполнены: высокочастотная ультразвуковая доплерография (ВЧУДГ) с холодной пробой, оценка температурной чувствительности по шкале TIP-TERM с градацией от 0 до 5 баллов (0 - норма, 1 - основание пальцев, 2 - середина стопы, 3 - середина лодыжек, 4 - середина голени, 5 - колено). По результатам ВЧУДГ пациенты разделены на две группы: с нормальной ($n=36$) и патологической ($n=36$) вазомоторной реакцией. Статистическая обработка выполнена с использованием Укритерия Манна-Уитни, ROC-анализа, рассчитаны чувствительность, специфичность и прогностическая ценность.

Результаты исследования: Медианный балл TIP-TERM в группе с нормальной реакцией составил 2 [1;2], в группе с патологической - 4 [3;4] ($p < 0,001$). ROC-анализ показал, что пороговое значение «балл >2 » обладает высокой диагностической эффективностью: площадь под кривой $AUC=0,88$, чувствительность - 86,1%, специфичность - 80,6%, положительная прогностическая ценность - 81,6%, отрицательная - 85,3%. При баллах 0–2 преобладали пациенты с нормальной реакцией, при баллах 3–5 - патологической, что обосновывает выбор порога между 2 и 3 баллами.

Выводы: Метод количественной температурного тестирования TIP-TERM с пороговым значением >2 баллов является простым, неинвазивным и высокоинформативным скрининговым инструментом для выявления пациентов с высоким риском кардиоваскулярной автономной нейропатии. Рекомендуется использовать TIP-TERM на первичном приеме; пациентам с баллом >2 показано проведение ВЧУДГ с холодной пробой или кардиоваскулярных тестов для верификации диагноза и своевременной профилактики жизнеугрожающих осложнений.



ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ИСХОДЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Салахова Д. И.², Булгакова А.З.², Хамидуллина З.З.¹
¹ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа
²ГБУЗ РБ «ГКБ № 21», г. Уфа

Актуальность: В 2019 г. Всемирная организация здравоохранения утвердила название «СД в исходе заболеваний экзокринной части поджелудочной железы», который мы обычно называем панкреатогенный СД. Масштабных эпидемиологических исследований о распространенности панкреатогенного диабета нет, и нет общепринятых критериев диагноза.

Цель исследования: Оценить частоту развития и определить предикторы развития сахарного диабета после перенесённого острого панкреатита.

Материалы и методы: Проведено когортное ретроспективное исследование 101 пациента, находящихся на стационарном лечении в отделении хирургии по поводу острого панкреатита (мужчины 66 (65,3%), женщины - 35 (34,7%) за 2025 год. Средний возраст пациентов 46±14 лет (от 24 до 88). Из них 9 человек были исключены из анализа, поскольку имели ранее установленный диагноз сахарный диабет (7 чел - СД2, 1 чел - СД1, 1 чел. - липоатрофический СД). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы MedCalc. Проводилась оценка нормальности распределения признаков с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В зависимости от типа распределения признака, применялись методы параметрической или непараметрической статистики. Данные представлены в виде среднего арифметического ± стандартное отклонение или медианы и 95% доверительного интервала, соответственно. Достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования: Из осложнений острого панкреатита отмечались: панкреонекроз у 25 чел. (27,2%), парапанкреатит у 13 чел. (14,1%), перитонит у 35 чел. (38,0%), механическая желтуха у 7 чел. (7,6%), полиорганная недостаточность у 6 чел. (6,5%), сепсис у 3 чел. (3,3%). При поступлении медиана гликемии составила 7,74 [7,04; 8,77] ммоль/л. У 70 чел. (76,1%) отмечалась гипергликемия ³ 6,1 ммоль/л. Гипергликемия ³ 7 ммоль/л была у 58 чел (63%). У 1 пациента отмечалась гипогликемия 2,3 ммоль/л. У 30 пациентов (32,6%) при поступлении выявлялась кетонурия: 1(+) - 16 чел (17,4%), 2(+) - 12 чел (13,0%), 3(+++) - 2 чел (2,2%). Медиана pH крови составила 7,30 [7,28; 7,32]. У 15 пациентов был ацидоз (16,3%) - pH составил менее 7,3. Диагноз «сахарный диабет» установлен впервые во время данной госпитализации 13 пациентам (14,1%), в последующем 10 из них были взяты на диспансерный учет врачом-эндокринологом, 1 умер в стационаре, 1 умер после выписки, 1 не наблюдается у эндокринолога, 9 - продолжили получать сахароснижающую терапию. При выписке медиана гликемии 5,53 [5,29; 6,17] ммоль/л. Медиана глюкозы после выписки составил 5,14 [4,81; 5,71] ммоль/л. После выписки, амбулаторно, пациенты с впервые выявленным диабетом получали базисболюсную терапию (2 чел.), пероральную сахароснижающую терапию (5 чел.), традиционную инсулинотерапию (1 чел.), а также базис-болюсную терапию в комбинации с метформином (1 чел.), 1 пациент не наблюдался, данных о терапии нет. У трех пациентов (3,3%) с гипергликемией при поступлении, в процессе динамического наблюдения в амбулаторных условиях показатели гликемии соответствуют критериям предиабета. У 33 пациентов (35,9%) в процессе наблюдения показатели гликемии нормализовались, что позволило констатировать транзиторную гипергликемию. Было установлено, что 17 пациентам (25% от общего числа пациентов с гипергликемией), у которых регистрировалась гипергликемия во время госпитализации, не была в последующем проведена ре-классификация состояния углеводного обмена. У 1 пациента с номрогликемией во время госпитализации в течение 1 года амбулаторно развилась гипергликемия, соответствующая критериям СД. У 1 пациента с гипергликемией во время госпитализации, соответствующей критерию предиабета, в течение 1 года амбулаторно развилась гипергликемия, соответствующая критериям СД. Таким образом, общее количество пациентов с впервые выявленным диабетом после перенесённого острого панкреатита, составило 15 чел (у 13 чел. заболевание диагностировано при поступлении, у 2 - при последующем амбулаторном наблюдении), что составляет 16,3% от общего числа обследованных.

Выводы: В настоящем исследовании показана высокая частота развития СД в исходе острого панкреатита (16,3%). После перенесённого острого панкреатита необходимо диспансерное наблюдение с целью оценки состояния углеводного обмена не только при развитии гипергликемии в период госпитализации, но и при эугликемии.



ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ШКАЛЕ FINDRISK У ПАЦИЕНТОВ 25-44 ЛЕТ, ОБРАЩАВШИХСЯ НА АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ

Сапожникова И.Е., Надолько Е.И.
ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, г. Киров

Актуальность: Сахарный диабет 2-го типа (СД-2) является широко распространенным заболеванием, при несвоевременной диагностике которого возрастает риск сосудистых осложнений [Дедов И.И., 2023]. Шкала FINDRISK, оценивающая риск развития СД в течение 10 лет, призвана улучшить диагностику СД [Дедов И.И., 2023]. У людей молодого возраста отмечается увеличение частоты ожирения [Шальнова С.А., 2017] и развития СД-2 [Ogurtsova K., 2017].

Цель исследования: Оценить риск развития сахарного диабета по шкале FINDRISK у пациентов 25-44 лет, обращавшихся на амбулаторный прием.

Материалы и методы: Проведено одноцентровое поперечное исследование. Методом сплошной выборки включались лица 25-44 лет (включительно), обращавшиеся к врачу-терапевту участкового в период с 20.06.2025 г. по 11.07.2025 г. и не имевшие критериев невключения. Критерии невключения: ранее диагностированные СД и предиабет, индекс массы тела (ИМТ) <17 кг/м², симптомы острой метаболической декомпенсации. Проводились опрос по шкале FINDRISK; общее клиническое обследование, включавшее антропометрию, измерение окружности талии (ОТ), артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений и пульса, общее клиническое обследование, расчет ИМТ. Ожирение диагностировалось при величине ИМТ ≥30 кг/м², при величине ОТ >102 см у мужчин, >88 см у женщин (абдоминальное ожирение), а также при сочетании данных параметров [Шальнова С.А., 2017]. Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере с использованием программ MS EXCEL, BIostat 4.03 и STATISTICA 12. Большинство изучаемых параметров не подчинялись нормальному распределению, поэтому представлены в виде Me {25%;75%} (Me – медиана, 25% и 75% – перцентили). Для оценки статистической значимости различий качественных признаков при ожидаемых числах ≥5 применен критерий χ², при ожидаемых числах <5 – двусторонний вариант точного критерия Фишера. Статистическая значимость различий количественных признаков оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) при проверке гипотез принят равным 0,05.

Результаты исследования: Критериям включения соответствовали 45 человек: 13 (28,9%) мужчин, 32 (71,1%) женщины (возраст 39 {35; 42} гг.). Величина ИМТ (кг/м²) составила 23,9 {21,2; 26,7} {27,7 {24,1; 29,4} у мужчин, 22,4 {20; 24,2} у женщин (больше у мужчин, p<0,01, U-критерий Манна-Уитни). Величина ИМТ >25 кг/м² обнаружена у 15 (33,3%) пациентов: 9 (69,2%) мужчин, 6 (18,8%) женщин (чаще у мужчин, p<0,05; двусторонний вариант точного критерия Фишера). Значение ИМТ >30 кг/м² выявлено у 4 (8,9%) человек: у 3 (23,1%) мужчин, у 1 (3,1%) женщины (p>0,05; двусторонний вариант точного критерия Фишера). Величина ОТ (см) составила 74{66; 85} {89 {81; 95} у мужчин, 70{65; 77} у женщин (p<0,01, U-критерий Манна-Уитни), при этом неоптимальную для пола величину ОТ (≥94 см у мужчин, ≥80 см у женщин) имели 11 (24,4%) пациентов: 4 (30,8%) мужчин, 7 (21,9%) женщин (p>0,05; двусторонний вариант точного критерия Фишера). Ожирение на основании ИМТ и/или ОТ выявлено у 7 (15,6% пациентов): у 3 (21,5%) мужчин, у 4 (12,5%) женщин (p>0,05; двусторонний вариант точного критерия Фишера). Об отягощенном семейном анамнезе сообщили 24 (53,3%) человека, о транзиторной гипергликемии – 10 (22,2%) человек, не соблюдали рекомендации по рациональному питанию и/или физической активности 34 (75,6%) человека (для всех указанных параметров гендерные различия отсутствовали, p>0,05, двусторонний вариант точного критерия Фишера). Балл по шкале FINDRISK составил 6{3;10} в целом по группе, 11{5;12} у мужчин, 6{3;8} у женщин (больше у мужчин, p<0,01, U-критерий Манна-Уитни). Лица с очень высоким (>20 баллов по FINDRISK) и с высоким риском развития СД (15-20 баллов) отсутствовали. Умеренный риск развития СД в течение 10 лет (12-14 баллов по шкале FINDRISK) выявлен у 8 (17,8%) человек: у 5 (38,5%) мужчин, у 3 (9,4%) женщин (чаще у мужчин, p<0,05, двусторонний вариант точного критерия Фишера). Слегка повышенный риск развития СД (7-11 баллов по шкале FINDRISK) обнаружен у 13 (28,9%) человек: у 4 (30,8%) мужчин, у 9 (28,1%) женщин (без гендерных различий, p>0,05; двусторонний вариант точного критерия Фишера). Низкий риск развития СД (<7 баллов) верифицирован у 24 (53,3%) человек: 4 (30,8%) мужчин, 20 (62,5%) женщин (чаще у женщин, p=0,052, критерий χ²). В эпидемиологических исследованиях, проведенных в российской популяции с использованием шкалы FINDRISK [Евстифеева С.Е., 2017; Бойцов С.А., 2021; Мустафина С.В., 2016; Баланова Ю.А., 2024], более высокий риск СД выявлялся у женщин, однако в ряде стран риск оказался выше у мужчин [Баланова Ю.А., 2024]. В нашем исследовании у мужчин выявлены более высокие балл по шкале FINDRISK и величина ИМТ.

Выводы: В случайной выборке лиц 25-44 лет, обращавшихся к врачу-терапевту участкового, выявлена существенная частота модифицируемых и немодифицируемых факторов риска СД, включая наличие избыточной массы тела и ожирения. У мужчин выявлены более высокий ИМТ и балл по шкале FINDRISK, оценивающей риск развития СД в течение 10 лет.



МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Саратовцев А.Д.¹, Мухина А.Д.¹, Поляков Д.С.^{1,2}, Вайсберг А.Р.¹, Иванченко Е.Ю.^{1,2},
¹ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород;
²Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, г. Нижний Новгород

Актуальность: Микроальбуминурия (МАУ) является признанным маркером поражения почек у пациентов с сахарным диабетом (СД). В последние десятилетия активно изучается роль МАУ как маркера эндотелиальной дисфункции и её роль при заболеваниях сердечнососудистой системы, в том числе у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Цель исследования: изучить распространенность и факторы риска МАУ у пациентов ХСН и СД, госпитализированных в отделения кардиологического профиля.

Материалы и методы: Была создана выборка из 168 пациентов, с ХСН, госпитализированных в кардиологические отделения стационара г. Нижнего Новгорода в период с 04.2023 г по 04.2024 г. Медиана возраста пациентов составила 73.1 [66.0; 80.1] год, 40,5% составили мужчины. Уровень МАУ определяли с помощью тест-полосок micral-test. Наличие альбуминурии диагностировалось при уровне альбумина в первой утренней порции мочи выше 20 мг/л. Практически все пациенты (95,8%) имели в анамнезе артериальную гипертонию (АГ), 75,3% пациентов перенесли инфаркт миокарда, 12,5% стентирование коронарных сосудов, 10,6% ОНМК, у 46,7% пациентов была фибрилляция предсердий. 19,1% пациентов была диагностирована вторичная дилатация камер сердца (ВДКС). Более половины пациентов (55,4%) имели ожирение, а у 41,6% пациентов был СД, из них 56,9% получали инсулинотерапию. Были сформированы группы с альбуминурией (Гр1), в которую вошли 42,3% пациентов и без неё (Гр2).

Результаты исследования: В Гр1 СД встречался статистически значимо реже, чем в Гр2 (29,3% и 52,9% соответственно, $p=0,004$), причем инсулинотерапию получали 78,9% пациентов с СД Гр1 и 45,0% пациентов с СД Гр2, $p=0,03$. Среди пациентов с ХСН микроальбуминурия была выявлена почти в 2 раза реже у пациентов с СД (32,8% и 57,0% для пациентов с СД и без СД соответственно, $p=0,004$). СД одинаково часто встречался у пациентов с легкой и тяжелой ХСН (40,0% и 42,3% для тяжелой (2Б-3) и легкой (1-2А) ХСН соответственно, $p=0,915$), при этом микроальбуминурия при тяжелой ХСН встречалась в 1,5 раза чаще (65,3% и 39,0% пациентов с тяжелой и легкой ХСН соответственно, $p=0,003$). Пациенты с ХСН, имевшие СД, по сравнению с пациентами без диабета не имели статистически значимых отличий по возрасту (73,9 [65,4; 82,1] лет и 73,2 [67,2; 79,6] лет соответственно, $p=0,975$), однако в этой группе преобладали женщины (70,1% и 52,1%, $p=0,033$). Пациенты с ХСН и СД имели более высокие показатели медианы индекса массы тела (ИМТ) (32,0 [27,9; 37,2] кг/м² и 28,4 [26,0; 33,3] кг/м² соответственно, $p=0,032$). Наличие СД не оказывало влияние на тяжесть ХСН (частота тяжелой СН 29,9% и 31,9% соответственно, $p=0,915$). В группе пациентов с ХСН с и без СД не было выявлено статистически значимых отличий в частоте таких общепризнанных факторы риска ХСН как АГ, фибрилляция предсердий, ОНМК и перенесенный ИМ, однако статистически чаще пациенты с СД и ХСН имели в анамнезе стентирование коронарных сосудов (19,4% и 7,45% в группе пациентов с СД и без СД соответственно, $p=0,043$). Хотя показатели фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) не имели статистически значимых различий (60,0 [52,0; 66,0]% и 62,0 [49,0; 68,0]% в группе СД и без СД соответственно, $p=0,538$), однако у пациентов без диабета была выявлена тенденция к большей частоте ВДКС (11,1% и 25,9% в группе с СД и без СД соответственно, $p=0,079$). При этом показатели КДО, КСО, КДР, КСР, давления в легочной артерии не продемонстрировали статистически значимых различий у пациентов с и без СД. У пациентов с СД и ХСН скорость клубочковой фильтрации (СКФ) была статистически значимо ниже (68,1 [55,0; 88,4] мл/мин/1,73м² и 82,4 [63,4; 94,1] мл/мин/1,73м² соответственно, $p=0,046$), однако встречаемость ХБП (СКФ менее 60 мл/мин/1,73м²) среди пациентов с СД и без СД не имела статистически значимых различий (34,3% и 22,3% у пациентов с СД и без СД, $p=0,133$). У пациентов с ХСН микроальбуминурия была статистически значимым фактором риска (смертность 29,5% и 6,74% для Гр1 и Гр2 соответственно, $p<0,001$). Микроальбуминурия была в два раза чаще у умерших пациентов с ХСН (79,3% и 39,9% для умерших и выживших соответственно, $p<0,001$). Распространенность СД не имела отличий в группе выживших и умерших (21,3% и 14,9%, $p=0,415$), однако практически все умершие получали инсулинотерапию (90,0% и 49,0% соответственно, $p=0,032$). Назначение нефропротективной терапии не было оптимальным, блокаторы РААС получали 83,6% пациентов с СД, а инГЛТ-2 менее половины пациентов с СД и ХСН. Тем не менее инГЛТ-2 пациенты с ХСН и СД получали в два раза чаще (44,8% и 21,3% для пациентов с ХСН с и без СД соответственно, $p=0,003$).

Выводы: Микроальбуминурия у пациентов ХСН является фактором риска неблагоприятного прогноза. У пациентов с СД и ХСН микроальбуминурия выявляется почти в два раза реже, чем у пациентов с ХСН без СД, что может быть связано с более агрессивным воздействием ХСН на прогноз жизни по сравнению с метаболическими нарушениями. Пациентам ХСН и СД целесообразно исследование уровня МАУ наряду с определением СКФ и своевременное назначение нефропротективной терапии.



УВЕЛИЧЕНИЕ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Сахарова Г.М.^{1,2}, Крохмаль А.А.³, Аезалетдинова Д.Ш.³, Морозова Т.В.¹, Галимова Р.М.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа;

²ООО «Международный медицинский центр им. В.С. Бузаева», г. Уфа;

³ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», г. Москва

Актуальность: Метод фокусированного ультразвука под контролем МРТ (МР-ФУЗ) применяется для лечения болезни Паркинсона, эссенциального тремора и дистонии (Veitkas A. et al., 2023). Ключевым критерием отбора пациентов является показатель Skull density ratio (SDR) — отношение минимальной к максимальной плотности костной ткани черепа; пороговое значение составляет $>0,4$ (Zhang J. et al., 2024). Показано, что применение бифосфонатов (алендроновой кислоты) может повышать плотность костной ткани и расширять возможности проведения процедуры у пациентов с исходно низким SDR (Fukutake S. et al., 2019).

Цель исследования: Изучить состояние кальций-фосфорного обмена у пациентов с патологией центральной нервной системы (ЦНС) и оценить возможности его коррекции для оптимальной подготовки к терапии фокусированным ультразвуком.

Материалы и методы: В проспективное контролируемое нерандомизированное исследование включены пациенты с патологией ЦНС, разделенные на группы в зависимости от показателя SDR: основная - SDR $<0,4$ ($n = 35$), контрольная - SDR $>0,4$ ($n = 25$). Дополнительно в основную группу включены 5 пациентов с исходно допустимым SDR ($>0,4$), у которых проведение терапии МР-ФУЗ не состоялось (вследствие выраженного болевого синдрома). Проводилась оценка показателей кальций-фосфорного обмена (витамин D, паратгормон, общий кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, альбумин), уровня тиреотропного гормона, гликированного гемоглобина, а также рентгеновская денситометрия. В зависимости от уровня витамина D пациенты основной группы были разделены на подгруппы: при нормальных значениях ($n = 15$) назначалась терапия алендроновой кислотой (70 мг/нед) в сочетании с препаратами кальция (1000 мг/сут) и холекальциферолом (2000 ME); при дефиците витамина D вначале ($n = 25$) проводилась его коррекция.

Результаты исследования: Средний возраст пациентов составил 58 ± 9 лет в основной группе и 60 ± 15 лет — в контрольной. SDR был достоверно ниже в основной группе по сравнению с контрольной ($0,35 \pm 0,05$ vs $0,48 \pm 0,09$, $p = 0,002$). Среди показателей фосфорнокальциевого обмена значимые различия выявлены только для уровня витамина D: $28,6 \pm 16,2$ нг/мл в основной группе, против $43,1 \pm 20,8$ нг/мл в контрольной ($p = 0,024$). При делении пациентов основной группы на подгруппы в зависимости от уровня витамина D плазмы, на фоне терапии холекальциферолом отмечено достоверное снижение паратгормона - $55,2 \pm 16,4$ пг/мл до начала лечения, $45,5 \pm 14,5$ пг/мл после нормализации уровня витамина D, $p = 0,011$. Несмотря на объективное увеличение уровня витамина D ($25,7 \pm 9,1 \rightarrow 35,8 \pm 6,0$ нг/мл), статистически значимых различий не получено, вероятно, вследствие ограниченного числа наблюдений. SDR на данном этапе также значимо не изменился. Через 12 месяцев терапии алендроновой кислотой у пациентов основной группы выявлено достоверное увеличение SDR ($0,353 \pm 0,053 \rightarrow 0,391 \pm 0,062$, $p = 0,001$). У 26 (65%) пациентов достигнут показатель SDR $>0,4$, что позволило выполнить МР-ФУЗ без технических трудностей и осложнений. У 14 пациентов SDR оставался $<0,4$, однако анализ структуры костной ткани по гистограммам, отражающим объемную долю вокселей от единиц Хаусфилда (HU) по данным компьютерной томографии черепа (КТ) до и после терапии алендронатом, выявил снижение доли низкоплотных вокселей и увеличение высокоплотных, включая рост плотности трабекулярной кости, что позволило выполнить МР-ФУЗ и этим пациентам. Результаты подтверждают значимость SDR как критерия отбора, но демонстрируют зависимость данного показателя от состояния костного метаболизма. Низкий уровень витамина D у пациентов с низким SDR указывает на потенциальную роль дефицита витамина D в формировании недостаточной плотности костной ткани. Снижение паратгормона на фоне терапии демонстрирует эффективность коррекции. Последующее применение алендроновой кислоты сопровождалось достоверным увеличением SDR, что подтверждает необходимость комплексного подхода. Анализ пациентов с сохраняющимся низким SDR показывает, что традиционная оценка SDR может не полностью отражать качественные изменения кости, обосновывая использование гистограмм объемных долей вокселей от HU по данным КТ черепа.

Выводы: Комплексная коррекция кальций-фосфорного обмена с применением алендроновой кислоты позволяет повысить SDR и расширить показания к проведению МР-ФУЗ у пациентов с исходно неблагоприятными характеристиками костной ткани. Использование дополнительных методов оценки, включая гистограммный анализ КТ, открывает новые возможности для точного отбора пациентов и оптимизации предоперационной подготовки.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ КАРДИО-РЕНОГЕПАТОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Синюшкина С.Д., Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Трошина Н.А., Егорская А.Т.
ФГБОУ ВО «ИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Актуальность: В настоящее время тенденция медицинского сообщества направлена на комплексный подход как к рассмотрению патогенеза метаболического синдрома (МС), так и к оценке состояния лиц с МС. Во многих эпидемиологических исследованиях демонстрируется высокая распространенность отдельных составляющих МС. Экспертами Российского кардиологического общества (РКО) сформирована концепция кардио-реногепатометаболического синдрома (Шляхто Е.В. с соавт., 2025), поэтому представляется важным уточнение его распространенности и взаимосвязей с другими факторами сердечнососудистого риска в популяции российского населения.

Цель исследования: изучить гендерные особенности распространенности маркеров кардио-реногепатометаболических нарушений в популяции Нижегородского региона.

Материалы и методы: Распространенность маркеров кардио-рено-гепатометаболических нарушений в популяции Нижегородского региона была оценена в выборке из 2500 человек в возрасте 35–74 лет в рамках исследования «ЭССЕ-РФ3». Проводился опрос респондентов, объективное обследование (антропометрия с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ) и артериального давления (АД)), лабораторные исследования (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой (ХС ЛНП) и высокой (ХС ЛВП) плотности, холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности (ХС нЛВП), триглицериды (ТГ), глюкоза, креатинин (с расчетом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по СКД-ЕР1), мочевая кислота (МК), высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ)). Оценка наличия маркеров МС проводилась у респондентов в соответствии с концепцией междисциплинарного согласительного документа по кардио-рено-гепато-метаболическому синдрому (РКО, 2025).

Результаты исследования: В ходе исследования была проведена оценка встречаемости у респондентов как отдельных маркеров кардио-рено-гепатометаболических нарушений, так и общая распространенность МС. Из 2500 респондентов избыточную массу тела (ИЗМТ) или ожирение по ИМТ имели 1879 респондентов (75%), из которых ИЗМТ (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²) наблюдалась у 430 (34%) женщин и 553 (45%) мужчин ($p < 0,001$), ожирение (ИМТ $\geq 30,0$ кг/м²) – у 493 (39%) женщин и 403 (33%) мужчин ($p < 0,001$). Абдоминальное ожирение диагностировано у 1802 (72%) обследуемых, из них 980 (77%) женщин (при ОТ ≥ 80 см) и 822 (67%) мужчины (при ОТ ≥ 94 см) ($p < 0,001$). У 559 (22%) респондентов (288 (23%) женщин и 271 (22%) мужчины, $p = 0,636$) была выявлена прегипертензия (АД 130–139/80–89 мм рт. ст.), в то время как артериальная гипертензия (АГ, АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. или прием антигипертензивной терапии) отмечалась у 1551 (62%) обследуемых (729 (58%) женщин и 822 (67%) мужчины, $p < 0,001$). В качестве маркеров нарушений углеводного обмена выступал уровень глюкозы плазмы крови натощак $\geq 5,6$ ммоль/л и факт приема сахароснижающей терапии, которые были определены для 1585 (63%) респондентов, в том числе для 724 (57%) женщин и 861 (70%) мужчины ($p < 0,001$). Дислипидемия (ХС нЛВП $\geq 3,4$ ммоль/л, ХС ЛНП $> 3,0$ ммоль/л, ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, факт приема гиполипидемических препаратов) была зафиксирована для 2047 (82%) обследуемых (1017 (80%) женщин и 1030 (83%) мужчин, $p = 0,042$). Гиперурикемия (МК > 360 мкмоль/л) отмечалась у 867 (35%) респондентов (257 (20%) женщин и 610 (49%) мужчин, $p < 0,001$). Маркером нарушения почечной функции выступал уровень рСКФ < 89 мл/мин/1,73 м², который был выявлен у 1291 (52%) респондента (684 (54%) женщины и 607 (49%) мужчин, $p = 0,015$). Уровень вСРБ > 2 мг/л определен для 1257 (50%) обследуемых (650 (51%) женщин и 607 (49%) мужчин, $p = 0,273$). На основании указанных в концепции РКО требований к постановке диагноза МС в обследуемой популяции он был определен у 2143 обследуемых (86%), в том числе у 1031 (81%) женщины и 1112 (90%) мужчин ($p < 0,001$). Анализ структуры компонентов МС выявил, что подавляющее большинство имеет сочетание как основных признаков (два – 37%, три – 57%), так и дополнительных критериев (два – 36%, три – 31%, четыре – 15%), что демонстрирует взаимное отягощение факторов риска формирования у пациента кардио-рено-гепатометаболического синдрома.

Выводы: В популяции населения Нижегородской области в возрасте 35–74 лет наблюдается высокая распространенность всех маркеров кардио-реногепатометаболических нарушений. При этом для женщин более характерным является наличие ожирения, сниженной функции почек, а для мужчин – избыточной массы тела, АГ, нарушенной гликемии натощак, дислипидемии, гиперурикемии. Уровни распространенности прегипертензии и низкоинтенсивного воспаления при гендерном анализе статически значимо не различались. Распространенность самого МС является крайне высокой: более чем у 80% женщин и 90% мужчин, что подтверждает актуальность данной проблемы.



ЗНАЧИМОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПРОГНОЗЕ РЕЦИДИВА ПАПИЛЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Смирнов М.Д., Шарапова Е.А., Борискова М.Е., Дора С.В.
ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность: Актуальность изучения папиллярного рака щитовидной железы (ПРЩЖ) обусловлена неуклонным ростом заболеваемости в последние годы. Только в Российской Федерации прирост заболеваемости раком щитовидной железы за период с 2014 по 2024 год составил 60,36% (с 7,09 до 12,38 на 100 тыс. населения), а среднегодовой темп прироста составил 4,53%, что является одним из самых высоких темпов роста среди всех локализаций злокачественных новообразований. Это может быть обусловлено улучшением качества диагностики, в частности, увеличением доступности ультразвукового исследования (УЗИ). В то же время в глобальном масштабе наблюдается эпидемический рост распространённости ожирения. Это позволяет выдвинуть гипотезу о существовании патогенетической связи между данными явлениями. Однако влияние метаболических нарушений, включая абдоминальное ожирение и инсулинорезистентность, на прогнозирование рецидива требует проведения дополнительных исследований.

Цель исследования: Оценить влияние абдоминального ожирения и сопутствующих метаболических нарушений на вероятность рецидива папиллярной карциномы щитовидной железы.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное поперечное исследование на базе ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Включены 145 пациентов с верифицированным ПРЩЖ, прооперированных до 2023 г. Медиана возраста на момент операции составила 52 (38–63) года, 84,1% – женщины. Пациенты разделены на две группы: без рецидива ($n=129$, срок наблюдения ≥ 5 лет) и с рецидивом ($n=16$). Оценивались антропометрические показатели (ИМТ, окружность талии – ОТ), длительность ожирения, лабораторные параметры (глюкоза, инсулин, индекс HOMA-IR, липидный спектр). Статистическая обработка выполнена в программе StatTech v.4.9.4 с использованием U-критерия Манна – Уитни, ROC-анализа и логистической регрессии. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Рецидив заболевания зарегистрирован у 16 (11%) пациентов, медиана времени до рецидива составила 8,9 (4,3–11,2) года. В группе рецидива выявлены значимо более высокие значения ИМТ (32,23 против 26,88 $\text{кг}/\text{м}^2$; $p < 0,001$), ОТ (99,03 против 86,02 см; $p < 0,001$), индекса HOMA-IR (5,57 против 3,25; $p < 0,001$) и большая длительность ожирения (19,02 против 10,0 лет; $p < 0,001$). ROC-анализ установил пороговые значения, ассоциированные с повышенным риском рецидива: ИМТ $\geq 28,13$ $\text{кг}/\text{м}^2$ (AUC=0,746), длительность ожирения ≥ 12 лет (AUC=0,793), HOMA-IR $\geq 3,90$ (AUC=0,775), ОТ ≥ 90 см (AUC=0,774). Чувствительность порогов составила 77–80%, специфичность – 65–69%. Логистическая регрессия подтвердила независимую прогностическую значимость всех факторов ($p < 0,05$). У всех пациентов с рецидивом исходно имелось абдоминальное ожирение, которое сохранялось и после операции.

Выводы: Абдоминальное ожирение, длительность его течения и инсулинорезистентность — это значимые независимые предикторы рецидива ПРЩЖ. Выявленные пороговые значения могут служить критериями для выделения групп высокого риска и выбора более активной тактики послеоперационного наблюдения. Вероятно, персистенция метаболических нарушений после лечения сохраняет повышенный онкологический риск, поэтому необходимой составляющей ведения таких пациентов должна быть коррекция массы тела и метаболического статуса.



МУЛЬТИОРГАНЫЕ ЭФФЕКТЫ СЕМАГЛУТИДА НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ
У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ
ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ (МАЖБП)

Техтелева А.В., Гаспарян Д.С., Григорян Г.С., Гёзаян М.А., Надыбина М.Н.
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

Актуальность: Ожирение и связанные с ним нарушения обмена веществ являются ключевыми факторами развития метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЖБП). Агонисты рецептора глюкагоноподобного пептида – 1 способствуют снижению массы тела, уменьшению висцерального жира и улучшению чувствительности тканей к инсулину; их применение положительно отражается на биохимических маркерах печени, показателях липидного и углеводного обменов. Оценка динамики антропометрических, лабораторных и инструментальных показателей позволяет комплексно оценить эффективность семаглутида в коррекции метаболических нарушений.

Цель исследования: Изучить влияние шестимесячной терапии семаглутидом на антропометрические данные, биоимпедансные параметры, биохимические показатели и степень стеатоза по МРТ и эластометрии у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: Проанализированы данные 10 пациентов с ожирением, проходивших лечение семаглутидом. Оценивались антропометрические показатели, параметры биоимпеданса, биохимические маркёры. Оценку стеатоза печени проводили методом эластометрии с оценкой степени по CAP-шкале (Controlled attenuation parameter – контролируемый параметр затухания), а также методом МРТ с количественной оценкой жировой инфильтрации по показателю PDFF (Proton density fat fraction – протонная плотность жировой фракции). Показатели фиксировались до начала терапии и через 6 месяцев. Статистическая обработка проводилась с использованием программы "Jamovi".

Результаты исследования: В исследование включены 10 пациентов, из них 5 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 33,5±7,6 года. Начальная средняя масса тела составила 119,3±20,7 кг; ИМТ – 40,4±6,6 кг/м²; объем талии – 117,8±20,6 см; объем бедер – 65,8±4,8 см. После терапии отмечено снижение массы тела на 5,69 кг (95% ДИ: [-7,95; -3,43], p<0,001); ИМТ на 1,89 кг/м² (95% доверительный интервал (ДИ): [-2,69; -1,09], p<0,001); объема талии на 3,7 см (95% ДИ: [-5,13; -2,27], p<0,001) и бедер на 2,0 см (95% ДИ: [-3,26; -0,74], p=0,006). Начальная средняя масса мышц составила 38,4±6,5 кг; жировая масса – 50,2±12,1 кг; процент жира – 41,6±5,2%. После терапии отмечено уменьшение мышечной массы на 1,4 кг (3,65 %) (95% ДИ: [-2,06; -0,72], p=0,002), жировой массы на 3,8 кг (7,78 %) (95% ДИ: [-5,79; -1,85], p<0,001), процента жира на 1,13 % (95% ДИ: [-2,07; -0,19], p=0,024). Биохимические показатели до начала терапии составили: АЛТ – 36,8±9,25 Ед/л, АСТ – 29,8±3,13 Ед/л, ГГТП – 32,4±7,43 Ед/л, ЩФ – 68,1±13,62 Ед/л, уровень триглицеридов – 1,93±0,37 ммоль/л, уровень глюкозы натощак – 5,44±0,21 ммоль/л. После проведенной терапии уровень АЛТ снизился до 27,6±5,75 Ед/л, АСТ до 22,0±3,89 Ед/л, ГГТП до 29,1±7,14 Ед/л (на 3,0 Ед/л), ЩФ – до 59,7±10,17 Ед/л, уровень триглицеридов до 1,73±0,27 ммоль/л, уровень глюкозы натощак до 5,18±0,14 ммоль/л. Различия между показателями до и после терапии не достигли уровня статистической значимости, однако наблюдается положительная динамика. У 60% пациентов отмечено улучшение по данным МРТ, у 40% улучшения не наблюдалось. По данным эластометрии у 100% пациентов отмечено улучшение стеатоза (с S1–3 до S0–1), у 50% – нормализация (S0).

Выводы: Шестимесячная терапия семаглутидом приводит к снижению массы тела, улучшению антропометрических показателей, печёночных ферментов, уровня гликемии и триглицеридов, а также снижению выраженности стеатоза печени по данным эластометрии и МРТ. Совокупность этих данных подтверждает эффективность семаглутида в улучшении метаболического статуса пациентов с ожирением.





ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ЭКЗОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Целоусова Ю.М., Луговая Л.А.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Актуальность: В настоящий момент в клинической практике существует проблема недостаточной диагностики сахарного диабета с экзокринной патологией поджелудочной железы (СДЭПЖ). Чаще всего он может быть классифицирован как сахарный диабет 2 типа (СД 2). Связано это с наличием схожих черт клинической картины данных нозологий, что зачастую вызывает серьезные затруднения при дифференциальной диагностике. При этом неправильная диагностика приводит к ошибкам в тактике ведения пациентов, что делает ее менее эффективной. В связи с этим актуальным является выявление фенотипических паттернов, которые могли бы облегчить дифференциальную диагностику СДЭПЖ и СД 2.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ анамнестических и клинколабораторных параметров и выявить фенотипические различия у пациентов с сахарным диабетом, развившемся на фоне экзокринной патологии поджелудочной железы и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование с включением сведений историй болезней 232 пациентов с СДЭПЖ (группа 1 - основная) и 154 пациентов с СД 2 (группа 2 - сравнения), поступивших в стационары города Нижнего Новгорода. Анализировались данные анамнеза, клинколабораторных параметров, а также проведенной терапии.

Результаты исследования: Сформированные группы различались по полу. Так в группе с СДЭПЖ мужчины составили 85% пациентов против 50% в группе с СД 2 ($p < 0,01$). В ходе сравнительного анализа был отмечен более молодой возраст пациентов основной группы. Медиана возраста составила 47 и 59 лет, соответственно ($p < 0,001$). Длительность диабета в 1-ой группе была значимо меньше и достигала 2 [1; 8] лет, тогда как во 2-ой группе - 10 [4; 16] лет ($p < 0,001$). Индекс массы тела также был ниже именно в основной группе (23,5 [20,5; 26,8] и 32,7 [28,3; 36,5], соответственно ($p < 0,01$)), что является закономерным виду сопутствующей экзокринной недостаточности. Пациенты основной группы чаще госпитализировались по экстренным показаниям (59,5 и 22,7%, $p < 0,001$) и имели более высокие значения гликемии при поступлении (9,6 и 16,4 ммоль/л, соответственно, $p < 0,001$), как и значения гликированного гемоглобина (HbA1C) (9,8 [7,7; 11,9] и 7,8 [6,8; 9,1] %, $p < 0,001$). Примечательным оказались более высокие значения неспецифических маркеров воспаления, таких как уровень лейкоцитов (8,0 [6,4; 10,9] и 7,2 [6,1; 8,5] *10⁹/л, $p = 0,004$) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) (13,5 [5,5; 28,0] и 7 [4,0; 20,0] мм/ч, $p = 0,008$), а также тенденция более высоких значений амилазы крови (48,0 [32,5; 82,1] и 44,3 [30,9; 54,5] Ед/л $p = 0,09$) именно в группе с СДЭПЖ. Тогда как значения параметров липидного спектра были ниже в основной группе. Так, медиана общего холестерина (ОХС) составила 4,7 и 5,3 ммоль/л ($p = 0,017$), а триглицеридов - 1,3 и 1,9 ммоль/л ($p < 0,001$). Обратило внимание определение более низкого уровня С-пептида в 1-ой группе, значения которого составили 1,28 [0,49; 2,05] и 2,77 [1,89; 3,53] нг/мл ($p < 0,001$). Особый интерес представляло изучение связи уровня С-пептида с другими клинколабораторными параметрами в сформированных группах. В группе пациентов с СДЭПЖ выявлена прямая связь уровня спептида с ИМТ ($R = 0,40$, $p < 0,05$), уровнем гемоглобина ($R = 0,26$, $p < 0,05$) и кальция ($R = 0,52$, $p < 0,05$). Обратная связь выявлена с длительностью заболевания ($R = -0,25$, $p < 0,05$), отношением нейтрофилов к лимфоцитам, отражающим уровень воспаления ($R = -0,31$, $p < 0,05$), щелочной фосфатазой ($R = -0,46$, $p < 0,05$). Данные связи свидетельствуют о взаимодействии экзокринной и эндокринной дисфункции и могут косвенно указывать на прогрессирование абсолютной инсулиновой недостаточности на фоне синдрома мальабсорбции и сопутствующего воспаления. В свою очередь во 2-ой группе уровень Спептида коррелировал только с ИМТ ($R = 0,49$, $p < 0,05$).

Выводы: Пациенты с СДЭПЖ имеют явные метаболически-ассоциированные фенотипические различия, характеризующиеся более низкими значениями ИМТ и липидного спектра и более высокими значениями маркеров воспаления, по сравнению с пациентами с СД 2 типа. Пациенты с СДЭПЖ имеют более низкий уровень С-пептида. Снижение С-пептида в группе с СДЭПЖ ассоциировано как с косвенными признаками экзокринной недостаточности (снижением ИМТ, гемоглобина и общего кальция крови), так и с параметрами воспаления.



ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ КЛАСТЕРЫ КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ярманова В.О., Теплова А.С., Демидова Т.Ю.
ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), г. Москва

Актуальность: Сахарный диабет (СД) одно из наиболее распространённых неинфекционных заболеваний современности. Для улучшения прогноза и оценки рисков предложена классификация, разделяющая пациентов на группы с различными клиникалабораторными особенностями.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ частоты развития осложнений и выбора тактики лечения у пациентов в разных фенотипах СД.

Материалы и методы: Представляем одностороннее, ретроспективное исследование 103 пациентов с диагнозом "СД, впервые выявленный". С учетом возраста, гликированного гемоглобина, титра антител к GAD, значений С-пептида, индекса массы тела (ИМТ) исследуемые были разделены на фенотипы: 1 - тяжелый аутоиммунный СД, 2 - тяжелый инсулинодефицитный СД, 3 - тяжелый инсулинорезистентный СД, 4 - СД, связанный с ожирением, 5 - СД, связанный с возрастом и дополнительную группу 6, не подходящую под вышеперечисленные фенотипы. Статистическая обработка проводилась в программе StatTech 4.10.3.

Результаты исследования: Генеральная совокупность включала 103 человек, 44 из которых были женщины (42,7%), а 59 – мужчины (57,3%). На момент поступления медиана глюкозы крови составила 20,0 ммоль/л [16,15-25,59], HbA1c 12,03±2,41 (95%ДИ 11,56- 12,50), выраженная метаболическая декомпенсация могла быть связана с тем, что госпитализация в отделение осуществлялась преимущественно по экстренным причинам. Средний ИМТ составил 29,57±7,09 кг/м². Лучший прогноз по ретинопатии имели группы 1 и 4, в то время как в фенотипах 3 и 5 частота достигала 16,2% (n=6) и 36,8% (n=7) соответственно (p=0,041). Также достоверными оказались различия групп в отношении нефропатии. СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² была у фенотипов 3 (n=5) 13,5% и 5 (n=7) 36,9% (p<0,002). Следует отметить, что в фенотипах 1, 2, 4 преобладала СКФ≥90 мл/мин/1,73 м², что также может свидетельствовать о начальной стадии нефропатии (клубочковой гиперфилтрации). Распространенность дислипидемии была наиболее значимой в фенотипе 3 (n=30, 45,5%, p<0,05). Не было обнаружено статистически значимых различий между фенотипами по острым осложнениям, сердечно-сосудистым событиям, диабетической полинейропатии. При оценке терапии на момент выписки выявлены статистически значимые различия (p<0,001). В инсулинодефицитных фенотипах, а именно в 1 и 2 превалировало назначение базис-болюсной инсулинотерапии: в 1 группе 100%, во 2 группе 63,6%. Комбинации препаратов, включая метформин, арГПП-1, инсулинотерапию во 2 группе наблюдались в 18,2% случаев, а в 3 фенотипе 51,4%. Использование препаратов сульфонилмочевины в комбинациях в группе 3 встречались в 18,9%. Сочетание инсулинотерапии с метформинном часто использовалась в 4 группе — 42,9%. В 5 фенотипе наблюдалось равномерное применение различных терапевтических подходов, что, вероятно, обусловлено неоднородным характером течения заболевания у пациентов данной группы. В 6 группу вошло 11 пациентов с СД2. Данный фенотип был характерен для пожилых (медиана возраста – 62 года [53,5–66,0]), пациентов с сохранной β-клеточной функцией (С-пептид 2,02 [1,16–2,95]) и ожирением (ИМТ 30,29±6,01 [26,25 – 34,33]). Стоит отметить, что наблюдалось минимальное количество осложненный СД. Базис-болюсная инсулинотерапия использовалась в 45,5% случаев в данной группе.

Выводы: Пациенты характеризовались выраженной метаболической декомпенсацией при поступлении. Выявлены значимые межфенотипические различия по частоте микрососудистых осложнений: наиболее неблагоприятный профиль отмечен в 3 и 5 фенотипах, тогда как 1, 2 и 4 группы имели более благоприятные показатели. Структура терапии при выписке соответствовала патофизиологическим особенностям фенотипов: при абсолютном дефиците инсулина преобладала базис-болюсная инсулинотерапия, в других случаях — комбинированные схемы. 5 фенотип отличался гетерогенностью подходов. Фенотипическая стратификация имеет значение для оценки риска осложнений и выбора персонализированной терапии.

АНАЛИЗ ПИЩЕВЫХ ПАТТЕРНОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

Ясавиева Д.М., Салахова Д.И., Саяпов А.Ф., Харрасова А.Р., Ахметзянова А.И., Хамидуллина З.З.
ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России, г. Уфа

Актуальность: Пищевые паттерны обучающихся — это инвестиции в будущее и основа долгосрочного здоровья. В этот период жизни закладываются привычки, в том числе нездоровые, которые могут иметь стойкий характер на протяжении всей жизни и провоцировать хронические заболевания в зрелом возрасте. Часто в интенсивном ритме обучения в рационе характерно преобладание калорийных, но бедных на микронутриенты, перекусов взамен полноценных приемов пищи, отсутствие завтрака, чрезмерное потребление газированных напитков и энергетиков вместо обычной воды, выбор в пользу ультрапереработанных продуктов в ущерб цельному белку и качественным жирам, дефицит пищевых волокон в рационе.

Цель исследования: Провести анализ пищевых паттернов обучающихся медицинского университета.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 121 студента 4–6 курсов БГМУ в возрасте 22 [22; 23] лет (75,2% женщин, 24,8% мужчин) с использованием облачного сервиса «Nutriologic». Статистический анализ проводился в программе MedCalc 20.215 с применением критерия Колмогорова-Смирнова для оценки распределения данных, непараметрических методов для оценки количественных данных с помощью критерия Манна-Уитни и теста Краскела-Уоллиса, а для категориальных данных - критерия Хиквадрат χ^2 . Критерием наличия статистических значимых различий сравниваемых данных было $p < 0,05$.

Результаты исследования: В группе респондентов между женским и мужским полом различий по возрасту не выявлено: 22 года [22; 23] против 22 года [22; 23] соответственно при $p = 0,2419$. Большинство 62% (N=75) имели нормальную массу тела, 20,7% (N=25) — избыточный вес, 13,2% (N=16) — дефицит массы тела и 4,1% (N=5) — ожирение I степени. Опрошенные чаще придерживались традиционного типа питания - 60,3%, а также халяльного — 24%, карнивор-диеты (мясная диета) — 8,3%, вегетарианства — 7,4%, $p < 0,0001$. Недостаточное питание, с медианой калорийности суточного рациона 878 ккал [719,9;

1100,8], наблюдалось у 37,2% (N=45) лиц, избыточное - 3292 ккал [2714,5; 3845,02] — у 36,4% (N=44), а у 26,4% (N=32) питание было оптимальным по количеству калорий - 1713,5 ккал [1525; 1909,5] при $p < 0,0001$. Девушки чаще имели дефицит калорий по сравнению с парнями: 38,5% против 33,3%, в то время как у парней чаще наблюдался профицит: 56,7% против 29,7% при $p = 0,0125$. Общая структура питания представлена частотой потребления следующих групп продуктов: молочные продукты и яйца — 19,25%, мясные продукты — 12,66%, сладости — 12,7%, фастфуд — 11,11%, хлеб и хлебобулочные изделия — 11,41%, крупы и макаронные изделия — 6,96%, фрукты — 5,28%, овощи (кроме картофеля) — 4,8%, жиры и соусы (растительные масла, майонез, кетчуп) — 4,65%, напитки (чай, кофе, безалкогольные сладкие напитки) — 2,5%, супы — 2,55%, блюда из картофеля — 2,23%, орехи 2,23%, рыба — 1,39%, алкоголь — 0,28%. Респонденты с нормальной и избыточной калорийностью рациона чаще по сравнению с недостаточной употребляли сладости, хлеб и хлебобулочные изделия, крупы и макаронные изделия. У лиц женского пола медиана энергетического вклада белков в рацион составила 100% [-15; 100], а у лиц мужского пола наблюдался избыток белка в рационе — 135,5% [-7; 168] - превышение в среднем на 35% от нормы ($p = 0,0120$). Содержание углеводов в рационе было оптимальным у 26,4% лиц, избыток — у 24,8%, а у 48,8% наблюдался дефицит ($p = 0,0015$). В основном употребляли хлеб и хлебобулочные изделия — 17,74%, сладости - 16,11%, фастфуд - 14,39%, крупы и макаронные изделия — 13,19%, фрукты — 10,03%, молоко и молочные продукты — 8,79%, напитки — 6,06%, овощи (кроме картофеля) — 6,8%, блюда из картофеля — 2,8% и другие. Дефицит углеводов чаще наблюдался у женщин — 52,75%, а избыток у мужчин — 46,67% при $p = 0,0057$. Однако 91,84% лиц с общим дефицитом углеводов потребляют достаточно простых углеводов в сутки. Статистически значимый вклад в избыточное потребление сахара вносят сладости ($p = 0,0002$), фрукты ($p = 0,0078$), добавление соусов ($p = 0,0375$). Выявлен дефицит пищевых волокон у 65,3% обучающихся, при этом более выраженный недостаток наблюдался у лиц с общим дефицитом углеводов — 93,22%, а также у лиц с нормальным и с избыточным содержанием углеводов: 59,38% и 16,67% соответственно при $p < 0,0001$. Содержание пищевых волокон в рационе у большинства девушек (у 76,9%) оказалось недостаточным, в то время как у 53,33% юношей было оптимальным, $p = 0,001$. Потребление жиров было избыточным у 47,9% лиц ($p = 0,003$), при этом у женщин медиана составила 100% [-5; 138,5], а у мужчин - 140,5% [100; 185] при $p = 0,0305$. Однако у 62,8% лиц выявлен дефицит полиненасыщенных жиров ($p < 0,0001$). Дефицит омега-3 жирных кислот выявлен у 90,1% обучающихся в том числе, у 81,03% лиц с избыточным и у 100% с оптимальным суточным потреблением жиров в целом ($p = 0,0338$); чаще у женщин, чем у мужчин: 93,4% против 80% при $p = 0,0497$. Количество холестерина превышало норму в 66,1% случаях и чаще у мужчин, чем у женщин: 82,76% против 61,1% при $p = 0,0305$.

Выводы: 1. У значительной части обучающихся медицинского университета выявлены нарушения пищевого статуса: 37,2% имеют дефицит калорийности, 36,4% — профицит. 2. Структура питания характеризуется избыточным потреблением простых углеводов, продуктов, богатых холестерином, и недостаточным — полиненасыщенных жирных кислот, омега-3, пищевых волокон. 3. Установлены гендерные различия в структуре питания: девушки чаще имеют дефицит калорий и микронутриентов, юноши — избыток калорий, белка, жиров и холестерина. 4. Полученные результаты свидетельствуют о высоком риске развития метаболических нарушений у студентов и обосновывают необходимость внедрения образовательных программ по основам сбалансированного питания в медицинском университете.



ЗАМЕТКИ

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.





ЗАМЕТКИ

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

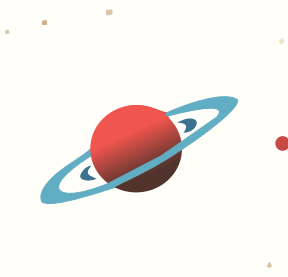




ЗАМЕТКИ

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.





ПАРТНЁРЫ



ТЕРРАИНКОГНИТА



603024, Нижний Новгород, Невзоровых, 83
8(831) 421 0006
office@nn-terra.ru | www.nn-terra.ru