

1. Схожие клинические симптомы у пациентов с ТЭЛА и без нее встречались примерно с одинаковой частотой.

2. Одышка и кашель были ведущими клиническими симптомами как при диагностированной ТЭЛА, так и при подозрении на неё.

3. Кашель, одышка и лихорадка в реальной клинической практике встречались чаще, чем по данным клинических рекомендаций.

4. Так как клинические симптомы при ТЭЛА неспецифичны и встречаются у многих пациентов, а ТЭЛА часто становится находкой при патологоанатомическом исследовании, в реальной клинической практике следует чаще использовать шкалу WELS, при наличии высокой вероятности без определения уровня Д - димера, или средней и низкой вероятности, при наличии повышенного уровня Д - димера крови, согласно действующим рекомендациям.

5. Целесообразность проведения КТ легких с контрастированием при подозрении на ТЭЛА с наличием шока или гипотонии или высокой вероятности по шкале WELS, или повышенном уровне Д-димера без шока или гипотонии при средней и низкой вероятности по шкале WELS подтверждается и тем, что при выполнении исследования могут быть выявлены и другие патологические процессы, которые могут давать схожую клиническую картину, а наличие повышенного уровня Д – димера не всегда говорит о наличии ТЭЛА.

Список литературы:

1. Кардиология: национальное руководство/под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 848 с.

2. Кириенко А.И.Тромбоэмболия легочной артерии./ Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Леонтьев С.Г., Миронов А.В. /В кн.: Кардиология. М: 2015, с. 712–722.

3. Geerts WH. A prospective study of venous thromboembolism after major trauma./ Geerts WH, Code KI, Jay RM, Chen E, Szalai JP / N. Engl. J. Med. 331 (24): 1601– 6. DOI:10.1056/NEJM199412153312401. PMID 7969340.

УДК 61.615.036

**Харлова А.А., Ракитина В.В., Силакова В.Н., Смоленская О.Г.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АД, ВЕСА И БИОХИМИЧЕСКОГО
АНАЛИЗА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ССР БЕЗ СД 2 ТИПА НА
ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СЕМАГЛЮТИДОМ (ГПП-1)**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kharlova A.A., Rakitina V.V., Silakova V.N., Smolenskaya O. G.
DYNAMICS OF BLOOD PRESSURE AND HEART RATE, WEIGHT AND
BIOCHEMICAL ANALYSIS OF BLOOD IN PATIENTS WITH HIGH SSR**

WITHOUT TYPE 2 DIABETES ON THE BACKGROUND OF TREATMENT WITH SEMAGLUTIDE (GPP-1)

Department of faculty therapy, endocrinology, allergology and immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail:alfa_965@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования динамики показателей АД, веса и биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, СКФ, С-реактивного белка, холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, HbA1C) у пациентов с высоким ССР и избыточной массой тела, но без сахарного диабета 2 типа на фоне применения семаглутида. Представленные, выявленные в ходе статистической обработки, показатели позволяют внести вклад в изучение новых препаратов ГПП-1.

Annotation. Results of a research of dynamics of indicators HELL, weight and biochemical blood test (ALT, nuclear heating plant, SKF, S-jet protein, cholesterol, triglycerides, LPVP, LPNP, HbA1C) at patients with high SSR and overweight, but without diabetes 2 types against the background of application of a semaglutid are presented in article. The indicators presented during the statistical processing make it possible to contribute to the study of new GPP-1 preparations.

Ключевые слова: семаглутид, агонисты ГПП-1, высокий ССР, избыточная масса тела.

Key words: semaglutide, agonists GLP-1, high HeartScore, overweight.

Введение

Семаглутид – агонист рецепторов ГПП-1 (ГПП-1Р), произведенный методом биотехнологии рекомбинантной ДНК с использованием штамма *Saccharomyces cerevisiae* с последующей очисткой. ГПП-1 – гормон, участвующий в регуляции гликемии (рецепторы ГПП-1 находятся в поджелудочной железе) и аппетита (рецепторы – в головном мозге) и оказывающий ряд эффектов на сердечно-сосудистую систему и микроциркуляторное русло. ГПП-1Р, активация которых оказывает влияние на ССС и микроциркуляторное русло, представлены в специфических областях сердца, сосудов, иммунной системы и почек.

Семаглутид осуществляет регуляцию гликемии посредством глюкозозависимых стимуляций секреции инсулина и подавления секреции глюкагона. При гипергликемии происходит стимуляция секреции инсулина и подавление секреции глюкагона. Механизм снижения уровня гликемии включает также небольшую задержку опорожнения желудка в ранней постпрандиальной фазе. Во время гипогликемии семаглутид уменьшает секрецию инсулина и не снижает секрецию глюкагона [1], при этом не вызывая

у пациентов с нормогликемией клинических проявлений снижения уровня глюкозы крови.

Семаглутид снижает общую массу тела и массу жировой ткани, уменьшая потребление энергии. Данный механизм затрагивает общее снижение аппетита, включая усиление сигналов насыщения и ослабление сигналов голода, а также улучшение контроля потребления пищи и снижение тяги к пище.[1].

В клинических исследованиях семаглутид оказывал положительное влияние на липиды плазмы крови, снижал САД и уменьшал воспаление. В исследованиях на животных семаглутид подавляет развитие атеросклероза, предупреждая дальнейшее развитие атеросклеротических бляшек и уменьшая воспаление в них [1]. В исследовании SUSTAIN-6 показано, что на 26% (ОР=0,74, 95% ДИ 0,58-0,95) снижается риск развития конечной точки ($p<0,001$) (сердечно-сосудистая смерть, несмертельный инфаркт миокарда и ишемический инсульт) у больных СД 2 типа, которые получали в качестве сахароснижающего препарата семаглутид. Следовательно, препарат оказывает положительное влияние на прогнозсердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – проследить возможную динамику показателей АД, веса и биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, СКФ, С-реактивного белка, холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, HbA1C) у пациентов без СД 2 с высоким ССР и избыточной массой тела на фоне терапии семаглутидом.

Материалы и методы исследования

Проведена оценка клинического статуса и ряда биохимических показателей (АЛТ, АСТ, СКФ, СРБ, HbA1C) 19 пациентов высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний с избыточной массой тела и нормальным углеводным обменом, которые участвовали в клиническом исследовании SELECT. Каждый пациент принимал препарат/плацебо, начиная с минимальной дозы 0,24 мг (на момент 2-го визита) 1 раз в неделю в течение 4 недель путем введения лекарственного вещества подкожно в параумбиликальную область. Далее дозировка препарата повышалась следующим образом: 0,5 мг, 1 мг, 1,7 мг, 2,4 мг через каждые 4 недели соответственно.

Были сформированы 2 группы пациентов путем рандомизации: 1 группа – пациенты, получающие исследуемый препарат, 2 группа – больные, получающие плацебо. В 1 группу вошли 7 человек: 42,8% женщин ($n=3$) и 57,1% мужчин ($n=4$), возрастной контингент от 46 до 75 лет, средний возраст $63,12\pm 1,53$ года. В группу 2 вошли 41,7% женщин ($n=5$) и 58,3% мужчин ($n=7$), возрастной контингент от 48 до 79 лет, средний возраст $61,66\pm 0,94$ года, ($p<0$). Таким образом, группы были сопоставимы по полу и возрасту.

На 1-ом и на 7-ом визитах (28-ая неделя с момента начала приема препарата данным пациентом) проводились следующие исследования: измерение роста, веса, АД, ЧСС; забор крови на биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, липидный спектр, гликированный гемоглобин). Далее была проведена статистическая обработка полученных данных с использованием

программ MedCalc 19.1.5., MicrosoftExcel. Критический уровень значимости $\leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования 1 и 2 группы были определены величина и сила коэффициента корреляции. Величина коэффициента корреляции отражает силу связи, при оценке которой используется шкала Чеддока. 1 группа имеет очень высокую (ХС-ЛПНП 0,958 и вес - АЛТ-АСТ 0,994) и высокую (ИМТ 0,830) силы между переменными. Во 2 группе прослеживается очень высокая (АЛТ-АСТ 0,941), высокая (ХС-ЛПНП 0,860, вес - ИМТ 0,775, вес – объем талии (ОТ) 0,862) силы между переменными.

Одним из эффектов семаглутида является изменение массы тела (Табл.1.) и, соответственно, изменение значений ОТ пациентов. В 1 группе у пациентов отмечается значительное снижение массы тела, более 3 кг. Средняя масса тела на момент 1 визит у пациентов 1 группы составляет $100,73 \pm 0,34$ кг, на момент 7 визита $92,31 \pm 1,02$ кг. Наибольшее снижение массы тела наблюдается у 2(15,4 кг), 3(13,5 кг), 7(8кг) пациентов 1 группы, средняя потеря на момент 7 визита составляет $6,7 \pm 1,23$ кг [Рис.1.]. В группе 2 отмечается потеря массы тела до 3 кг у одних и набор веса у других на 1 кг и более. Таким образом, среди лиц 2 группы имеется как незначительная убыль массы тела (50%, n=6, средняя потеря составляет $1,35 \pm 0,5$ кг, диапазон варьирует от 500 грамм до 2,7 кг), так и повышение массы тела (50%, n=6, среднее увеличение в группе составляет $3,183 \pm 0,51$ кг, диапазон от 200 грамм до 10,2 кг). Средняя масса на момент 1 и 7 визита составляют $99,23 \pm 1,40$ кг и $100,25 \pm 1,30$ кг.

Таблица 1.

Динамика веса у 1 и 2 групп пациентов.

Группы № п/п	1 группа (n=7)		Группа № п/п	2 группа (n=12)	
	1 визит (кг)	7 визит (кг)		1 визит (кг)	7 визит (кг)
1	101,9	98,6	1	101,2	98,5
2	100,6	85,2	2	106,9	105
3	122,5	109,0	3	83,2	82,7
4	102,3	96,3	4	106,6	108,4
5	106,4	103,3	5	103,1	105,4
6	92,7	88,5	6	133,6	143,8
7	78,7	72,3	7	90,6	89,5
			8	87,7	90,3
			9	106,8	106,3
			10	90,2	90,4
			11	107,3	109,3
			12	90,4	89

Отчетливо прослеживается прямая пропорциональная связь между изменениями массы тела и объема талии у пациентов. Корреляционная сила между переменными у группы №1 очень низкая 0,443. Наибольшая разница обхвата талии на момент 7 визита наблюдается у 2 (9см), 3 (14 см), 6 (11 см), 7 (8см) пациентов, средний показатель снижения объема соответствует $6,168 \pm 1,26$ см, диапазон изменения от 3 см до 14 см. [Рис.1.]

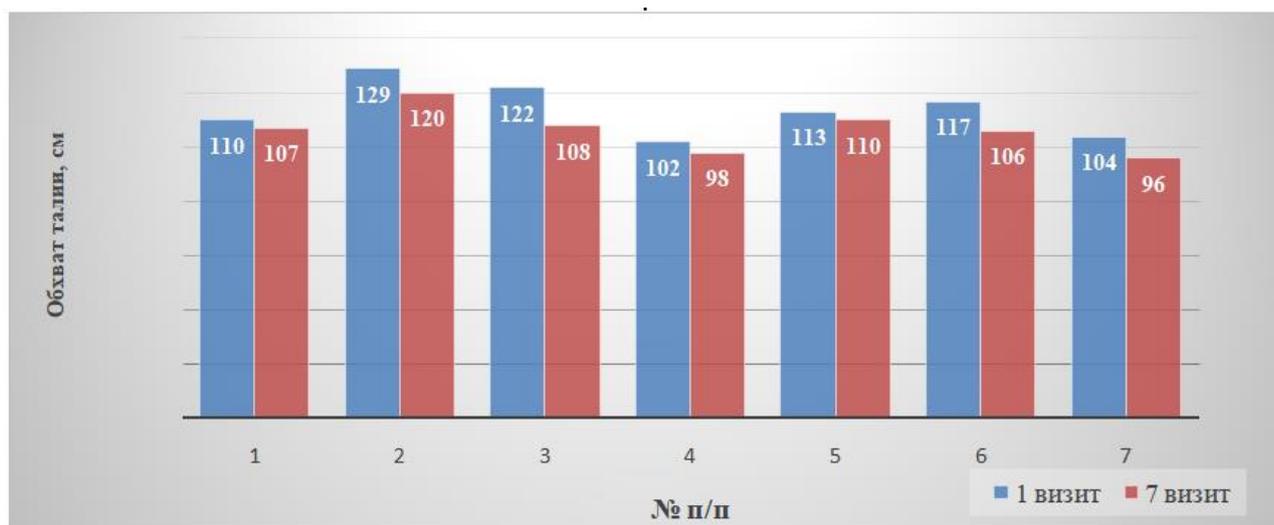


Рис.1. Динамика обхват талии пациентов 1 группы на фоне лечения семаглутидом.

Динамика ОТ (корреляционная сила между переменными высокая 0,861, $OR=0,987$, 95% ДИ 0,816-1,193) у группы №2: снижение у 66,67%, $n=8$, средний показатель $1,7 \pm 0,3$ см, диапазон от 1 см до 3 см; увеличение наблюдается у 25%, $n=3$, средний показатель $1,57 \pm 0,2$ см, диапазон от 1 см до 2 см; у 8,33% $n=1$ отмечается отсутствие динамики на момент 7 визита.

Согласно результатам вычислений Т-критерия Вилкоксона ($p=0,05$), семаглутид не оказывает влияния на такие показатели, как АД, холестерин, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АЛТ, АСТ, СКФ, СРБ и HbA1C у пациентов обеих групп.

Выводы:

1. По истечению 28 недель у первой группы пациентов наблюдается ярко выраженная динамика по уменьшению веса и окружности талии. В среднем пациенты на фоне терапии семаглутидом потеряли 7,3% от изначальной массы тела и 6,4% от изначальной окружности талии.

2. Отсутствие динамики таких показателей, как АД, холестерин, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АЛТ, АСТ, СКФ, СРБ и HbA1C предполагает отсутствие гипотензивного, сахароснижающего, гепато- и нефротоксического действия семаглутида у пациентов без диабета.

3. Представленные результаты статистической обработки являются предварительными. Целесообразно провести повторную статистическую обработку исследуемых данных на моменты 14-го и 21-го визитов.

Список литературы:

1. Оземпик // Реестр лекарственных средств России URL: https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_98570.htm (дата обращения: 08.01.2020).
2. Пероральный семаглутид против диабета: сердечно-сосудистая польза // Мосмедпрепараты.ru URL: <https://mosmedpreparaty.ru/news/15179> (дата обращения: 10.01.2020).
3. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Steven P. Marso, M.D., Stephen C. Bain, M.D., Agostino Consoli, M.D., Freddy G. Eliaschewitz, M.D., Esteban Jódar, M.D., Lawrence A. Leiter, M.D., Ildiko Lingvay, M.D., M.P.H., M.S.C.S., Julio Rosenstock, M.D., Jochen Seufert, M.D., Ph.D., Mark L. Warren, M.D., Vincent Woo, M.D., Oluf Hansen, M.Sc., Anders G. Holst, M.D., Ph.D., Jonas Pettersson, M.D., Ph.D., and Tina Vilsbøll, M.D., D.M.Sc., for the SUSTAIN-6 Investigators — N Engl J Med 2016; 375:1834-1844 November 10, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoal607141

УДК 614.2

Хасанова Д.Г., Николаенко О.В.

**ЭВОЛЮЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ**

Кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной
диагностики

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Khasanova D.G., Nikolaenko O.V.

**SEPARATE ASPECTS OF DISPENSARY SURVEILLANCE AND
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ANNOAL GOITER**

Department of outpatient therapy, ultrasound and functional diagnostics

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: DianaGilzatulovna@yandex.ru

Аннотация. Проанализированы анкеты пациентов с узловым зобом, включающие вопросы по маршрутизации и организации диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях; оценены такие субъективные показатели, как качество жизни, частота отрицательных эмоций, удовлетворенность состоянием здоровья и уровень энергии; проанализировано влияние на качество жизни пациента сопутствующих заболеваний.

Annotation. Questionnaires of patients with nodular goiter were analyzed, including questions on routing and organization of dispensary observation on an outpatient basis; subjective indicators such as quality of life, frequency of negative