

На основании всех проведенных исследований было выявлено:

У пациента А.:

- 1) микроальбуминурия – 45 мг в сутки;
- 2) умеренно повышенная СКФ (130 мл/мин);
- 3) повышенное АД на 10 % от нормы (120/80);
- 4) ОАМ (за исключением выявления микроальбуминурии) в норме.

У пациента Б.:

- 1) в общем анализе мочи – протеинурия 0,052 г/л;
- 2) артериальная гипертония 1 степени;
- 3) снижена скорость клубочковой фильтрации (100 мл/мин);
- 4) склерозирование 65% клубочков.

В результате проведенного исследования была выявлена зависимость возникновения нефропатий от увеличения уровня глюкозы при заболеваниях СД. Процентное отклонение нормы у пациента А. составляет 10%, у пациента Б. – 36%. Таким образом, можно определить стадию ДН. У первого пациента – стадия развивающейся диабетической нефропатии, у второго – стадия выраженной ДН.

Таким образом, понимание процессов формирования диабетического поражения почек крайне важно для своевременной диагностики и правильной терапии данных состояний.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железникова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в российской федерации: клинико-статистический анализ по данным федерального регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. 2021. № 24(3). С. 204-221.
2. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 752 с.
3. Ходарина Ю.В., Гребенникова И.В. Патогенез диабетической полинейропатии // Современные проблемы науки и образования: материалы XI Международной студенческой научной конференции, Москва, 01 декабря 2018 года – 23 2019 г. М.: ООО «Евразийская научно-промышленная палата», 2019. С. 130-131.
4. Клинические рекомендации – Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Год утверждения: 2021. 225 с. [Электронный ресурс]. URL: https://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/klinicheskie_rekomendacii_sd2_vzroslye_31.07.2021_final.pdf (дата обращения 12.01.2022).
5. Смирнов И.Е., Кучеренко А.Г., Смирнова Г.И., Бадалян А.Р. Диабетическая нефропатия // Российский педиатрический журнал. 2015. С. 43-50.
6. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М.: МИА, 2011. 480 с.
7. Шестакова М.В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: современная диагностика и лечение // Вестник РАМН. 2012. № 1. С. 45-49.
8. Бондарь И.А., Климонтов В.В. Тубулоинтерстициальный фиброз при диабетической нефропатии: механизмы развития и подходы к лечению. Сахарный диабет. 2008. № 11(2). С. 11-15.
9. Araki S., Haneda M., Sugimoto T., Isono M., Isshiki K., Kashiwagi A., Koya D. Factors associated with frequent remission of microalbuminuria in patients with type 2 diabetes. Diabetes. 2005. № 54 (10). P. 2983–2987.

**COVID-19 В ЧУВАШИИ:
ОТДЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ**

Макарова Н.В., Урмаева К.Ю., Иванова Д.А.

*ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары,
e-mail: office@chuvsu.ru*

С 2020 года в России, как и во всем мире, получила широкую распространенность новая Коронавирусная инфекция (COVID-19), которая приобрела характер пандемии и привела к неисчислимым человеческим потерям. Появление заболеваний, вызванных данным вирусом, обладающим высокой патогенностью и повреждающим действием на организм человека, вошло в историю как «чрезвычайная ситуация международного значения» [1, 6, 7].

Накопленные данные клинической практики и исследований свидетельствуют о тяжелых осложнениях и летальных исходах при данной инфекции, связанных с поражением дыхательной, сердечно – сосудистой и других систем организма человека, в основе которых часто выявляется особое воспалительное поражение эндотелия сосудов и развитие тромботических осложнений [2, 3]. Это определило важность детального изучения особенностей клинических и эпидемиологических характеристик течения COVID-19 и его осложнений для совершенствования мер диагностики, лечения и выработки мер профилактики.

Целью настоящего исследования было изучение региональных особенностей распространенности новой коронавирусной инфекции COVID-19 и состояния отдельных клинических и лабораторных показателей, характеризующих процесс гемостаза и иммуно-воспалительные реакции, приводящих к тяжелым осложнениям среди жителей Чувашии.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе перепрофилированного на COVID-инфекцию терапевтического отделения БУ ЧР «Вторая городская больница» МЗ Чувашской Республики г. Чебоксары. Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни с подтвержденным диагнозом COVID-19, находившихся на лечении в выше указанном лечебном учреждении за период 07.11.20 – 10.03.21 год.

Всем пациентам, включенным в исследование, проводились стандартные клинические, лабораторные и диагностические исследования в соответствии с действующим Протоколом МЗ РФ от 07.05.21. Рассмотрена степень тяжести пневмонии по биологическим параметрам с применением шкалы и индекса тяжести пневмонии PSI (Mediqual Systems Cardinal Health, 1991, пересмотр 2019) [3]. Выполнен расчет прогнозного риска возникновения ТЭО по модифици-

рованной шкале IMPROVE — IMPROVEDD (США, 2012) [5].

Результаты исследования и обсуждение

Всего было проанализировано 200 историй болезни с подтвержденным диагнозом COVID-19, пациентов, поступивших и завершивших лечение в 2020-21 году в перепрофилированном под COVID-инфекцию терапевтическом отделении БУ ЧР «Вторая городская больница» МЗ Чувашской Республики г. Чебоксары. В качестве изучаемых параметров использовались общепринятые критерии: пол, возраст, социальный статус и др.

Максимальная заболеваемость COVID-инфекцией среди жителей Чувашии регистрировалась в возрасте 56-65 лет, что составило 33,5%, она была значительно выше показателя лиц, более старшего возраста (66-75 лет) – 26,5%, занимавшего второе место. Это отличало заболеваемость данной инфекцией в регионе и определяло приоритеты профилактики. На третьем месте были более молодые пациенты, относящиеся к возрастной группе 46-55 лет (22,5%). Заболеваемость в группах 76-85 лет составила 20 сл. (10,0%), а в возрасте 31-45 лет – 14 сл. (7,0%). Обращал на себя внимание высокий показатель заболеваемости этой инфекцией среди работающего населения, составлявший 22,5%, что обуславливало актуальность ее профилактики в организованных коллективах по месту работы. Женщины Чувашии чаще страдают COVID-19 – 62,5%, чем мужчины – 37,5%.

Из общего числа пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19, легкую степень заболевания имели 68 чел. (34,0%), среднюю степень – 106 чел. (53,0%), тяжелую степень – 26 чел. (13,0%).

Оценка степени тяжести пневмонии у пациентов с COVID-19 и прогноза летальности по биологическим параметрам, включенным в индекс PSI (Mediqual Systems Cardinal Health, 1991, пересмотр 2019) (табл. 1), проведенная в настоящем исследовании установила высокий риск 30-дневной летальности более чем у половины больных. При этом – I класс риска (низкий) наблюдался у 31 чел. (15,0%), II класс риска (низкий) у 17 чел. (8,5%), III класс риска (низ-

кий) у 43 чел. (21,5%). Частота COVID-19 более тяжелого IV класса риска (средний) составила 41,5% (83 чел.), а V класса риска (высокий) была выявлена в 13,0%.

По литературным данным известно, что сопутствующие хронические заболевания ухудшают течение COVID-инфекции и неблагоприятно влияют на ее исход. В настоящем исследовании нами выявлена высокая распространенность хронических соматических заболеваний среди пациентов с COVID-19. Различные сердечно-сосудистые заболевания имели 61,5%, они наблюдались чаще в возрастной группе 66-75 лет. В данной возрастной группе 34,0% больных имели хронические заболевания дыхательной системы. Заболевания желудочно-кишечного тракта преобладали в более молодом возрасте (56-65 лет) и были выявлены у 67,0%.

Изучение параметров, характеризующих систему гемостаза и иммунно-воспалительных реакций у 200 пациентов с острой COVID-19 инфекцией и определение их прогностической значимости по тромбозмобилическим осложнениям (ТЭО) с помощью модифицированной шкалы IMPROVE-IMPROVEDD (США, 2012) в настоящем исследовании выявило значительные отклонения, которые имели различия по полу (табл. 2).

Маркеры гиперкоагуляции: D-димер превышал норму у 57,0% (114 чел.) больных COVID-инфекцией, фибриноген выше нормы наблюдался в 83,5% случаев (167 чел.), количество тромбоцитов было снижено в 31,5% случаев. При этом, протромбиновое время (ПТВ) было повышено у 11 чел. (5,5%), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) повышено в 36 случаях (18,0%), протромбиновый индекс (ПИ) понижен у 9 чел. (4,5%), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) повышены у 82,0% пациентов. Маркеры иммунного воспаления сопровождали COVID-инфекцию: СРБ был повышен у 162 чел. (81,0%), лейкоциты выше нормы выявлялись у 52 чел. (26,0%), и были ниже нормы у 52 чел. (26,0%), лимфоциты понижены у 78 чел. (39,0%), нейтрофилы повышены у 142 чел. (71,0%), СОЭ было повышено в 86,5% случаев.

Таблица 1

Распределение пациентов с COVID-19 по классу риска тяжести течения пневмонии и 30-дневной летальности по биологическим параметрам, включенным в индекс PSI (Mediqual Systems Cardinal Health, 1991, пересмотр 2019)

| Сумма баллов | Класс риска | Степень риска | 30-дн. летальность (%) | Всего 200 чел. | |
|--------------|-------------|---------------|------------------------|----------------|------|
| | | | | n | % |
| <51 | I | Низкая | 0,1 | 31 | 15,5 |
| 51-70 | II | Низкая | 0,6 | 17 | 8,5 |
| 71-90 | III | Низкая | 0,9-2,8 | 43 | 21,5 |
| 91-130 | IV | Средняя | 2,8-9,3 | 83 | 41,5 |
| >130 | V | Высокая | 27,0-29,2 | 26 | 13 |

Таблица 2

Распространенность факторов риска и степени риска венозных ТЭО среди пациентов с COVID-19 по модифицированной шкале IMPROVE-IMPROVEDD (США, 2012)

| Факторы риска | Всего 200 | | | |
|--|---------------------------|------|---------|------|
| | n | | % | |
| Возраст | 115 | | 57,5 | |
| ТГВ/ТЭЛА в анамнезе | 57 | | 28,5 | |
| Уровень D-димера ≥ 2 раза превышает верхнюю границу нормы | 114 | | 57 | |
| Известная тромбофилия | 6 | | 3 | |
| Парез или паралич нижних конечностей | 1 | | 0,5 | |
| Злокач. новообразование в любое время последние 5 лет | 6 | | 3 | |
| Пол | мужчины | | женщины | |
| | n | % | n | % |
| | 75 | 37,5 | 125 | 62,5 |
| Риск | Количественные показатели | | | |
| | N=200 | | 100% | |
| Не подвержены риску ТЭО | 39 | | 19,5 | |
| Повышенный риск венозных ТЭО | 66 | | 33 | |
| Высокий риск венозных ТЭО | 60 | | 30 | |
| Очень высокий риск венозных ТЭО | 35 | | 17,5 | |

Примечание: риск венозных ТЭО при сумме баллов (1-2) – повышенный, (3 – 4) – высокий, (4 и >) – очень высокий.

Были подвержены риску венозных тромбозных осложнений (ТЭО) по возрасту – 57,5%, из них женщины (33,5%) чаще мужчин – 24,0%. У 28,5% исследуемых выявлено ТГВ/ТЭЛА в анамнезе. Уровень D-димера превышал норму в 2 раза у 57,0%, известная тромбофилия наблюдалась в 3,0%, злокачественное новообразование имели 3,0%. Из общего числа обследуемых имели низкий риск развития ТЭО 19,5%, средний риск – 33,0%, высокий риск 30% и очень высокий риск развития (17,5%).

Выводы:

1. Проведенное исследование свидетельствует об актуальности проблемы COVID-19 для населения Чувашии, требует дальнейшего изучения и вмешательства.

2. Максимальная частота новой коронавирусной инфекции (33,5%) наблюдается в возрастной категории 56-65 лет, она выше показателя лиц, более старшего возраста (66-75 лет) – 26,5%. Женщины в Чувашии страдают COVID-19 (62,5%), чаще мужчин (37,5%) и чаще подвержены тяжелым осложнениям со стороны системы гемостаза.

3. На стационарное лечение направляются больные с COVID-инфекцией средней тяжести (53,0%) и тяжелого течения заболевания (13,0%), что определяет трудности лечения. Установлен высокий риск 30-дневной летальности у 54,5% больных COVID-19 обусловленный тяжестью течения пневмонии.

4. У больных острой коронавирусной инфекцией выявлена высокая частота ассоциирован-

ных сердечно-сосудистых заболеваний (61,5%) и сопутствующих клинических состояний с поражением органов дыхания (34,0%) и желудочно-кишечного тракта (67,0%), что отягощало течение, прогноз, осложняло задачи лечения.

5. Изучение параметров системы гемостаза и иммунного воспаления у пациентов с острой COVID-инфекцией, а так же определение их прогностической значимости в настоящем исследовании выявило значительное повышение маркеров гиперкоагуляции, воспаления и выраженную активацию тромбообразования. Более половины пациентов имели высокий и очень высокий риски возникновения венозных ТЭО. Это является важным элементом патогенеза данной инфекции. Их выраженность сопряжена с тяжестью проявлений COVID-19, ее прогнозом и должна учитываться в программе лечения и профилактики.

Список литературы

1. Халирахманов А.Ф., Идрисова К.Ф., Гайфуллина Р.Ф., Зинченко С.В., Литвинов Р.И., Шарафеев А.З., Киясов А.П., Ризванов А.А. Патогенез, диагностика и лечение гемостатических нарушений у пациентов с COVID-19 // Acta Naturae. 2021. № 2.
2. Явелов И.С., Драпкина О.М. COVID-19: состояние системы гемостаза и особенности антитромботической терапии // КВТИП. 2020. № 3.
3. Хенсли С. Кардинальное здоровье, чтобы купить MediQual // Современное здравоохранение. 1997. № 41. С. 22-27.
4. Gibson C.M., Spyropoulos A.C., Cohen A.T., Hull R.D., Goldhaber S.Z., Yusen R.D., Hernandez A.F., Korjian S., Daaboul Y., Gold A., Harrington R.A., Chi G. Улучшенная оценка риска ВТЭ: включение D-димера в улучшенную оценку для улучшения стратификации риска венозной тромбоэмболии. TH Open. 2017. № 1(1). P. e56-e65. DOI: 10.1055/s-0037-1603929.

5. Белоцерковская Ю.Г., Романовский А.Г., Смирнов И.П. COVID-19: респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов // *Consilium Medicum*. 2020. Т. 22. №3. С. 12-20. DOI: 10.26442/20751753.2020.3.2.00092.

6. Временные методические рекомендации. профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 14 (27.12.2021). [Электронный ресурс]. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/050/945/original/06072020_MR_DISP_v1.pdf.

СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Медведева Е.С., Алексеев Д.Г.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Самара, e-mail: info@samsmu.ru*

Вросший ноготь – это патологическое вращение бокового края ногтевой пластинки в мягкие ткани пальца, приводящее к развитию хронического воспаления в области ногтевого валика и сопровождающееся совокупностью морфологических и функциональных изменений со стороны ногтевой пластины, ее матрикса и мягких тканей пальца.

Вросший ноготь большого пальца стопы занимает 3–10% в структуре общей заболеваемости, являясь одной из наиболее частых причин обращения к хирургам (от 0,5% до 10% пациентов) [1]. Принципы лечения вросшего ногтя, являющегося частным случаем хирургической инфекции, определяются этиологией и стадийностью течения. Сроки нетрудоспособности при вросшем ногте нередко сравнимы с таковыми после больших хирургических операций [2, 3].

Выделяют три основные группы причин развития гнойно-воспалительных поражений пальцев стоп и, в частности вросшего ногтя первого пальца стопы: производящие (микротравма пальца), этиологические (инфекция вирусного, бактериального и грибкового происхождения), предрасполагающие (нарушение местной неспецифической резистентности при повышенной общей реактивности организма) [1, 4].

Под воздействием перечисленного комплекса факторов происходят патологические изменения в ростковой зоне ногтевой пластины. Последняя начинает интенсивно расти в боковом направлении, деформируется. Повреждение кожи и подкожной клетчатки ногтевой пластины сопровождается развитием острого, а затем и хронического воспалительного процесса.

Выделяют следующие стадии в развитии вросшего ногтя [4]:

I стадия – обычная форма ногтя, покраснение, отек, боль и ощущение давления в ногтевых валиках.

II стадия – на фоне перечисленных выше признаков происходит изменение формы ногтя – он становится выпуклая, также присоединение инфекция, из-под валиков выходит гнойное отделяемое

III стадия – ноготь принимает башневидную форму, его края глубоко врастают в окружающие ткани, на фоне хронического воспалительного процесса разрастается и уплотняется грануляционная ткань, ногтевая фаланга деформируется.

Основной симптом вросшего ногтя – это постоянная боль в области ногтевого валика, усиливающаяся при ходьбе и ношении обуви. Палец становится отечным, кожа гиперемирована, боковые валики утолщаются и нарастают на ногтевую пластину. Из-под валиков выходит гнойное отделяемое. На фоне хронического воспалительного процесса разрастается и уплотняется грануляционная ткань [5].

Целью нашего исследования стал поиск оптимального способа оперативного лечения вросшего ногтя в условиях дневного стационара центральной городской больницы, в плане достижения наименьшей травматичности вмешательства, а также сокращения продолжительности лечения и процента рецидивов заболевания.

В период с января 2020 г. по декабрь 2021 г. в дневной стационар хирургического отделения ГБУЗ СО «Октябрьская ЦГБ» было госпитализировано 25 человек с диагнозом вросший ноготь. Все пациенты являлись жителями г.о.Октябрьск. Причиной, побудившей обратиться к врачу, стал выраженный болевой синдром в пораженном пальце стопы, сопровождающийся отеком и невозможностью носить имеющуюся обувь.

Средний возраст пациентов составил: 20-30 лет – 2 человека, старше 50 лет – 23 человека. Распределение по полу: женщины – 15, мужчины – 10 человек. Также была выявлена следующая сопутствующая патология: сахарный диабет- у 10, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 8 человек, без сопутствующих патологий – 7 человек. Патологический процесс в 100% эпизодов локализовался на I пальце стопы. Средний срок персистенции патологического процесса к моменту обращения в стационар составил 2-3 месяца. Первичное вращение ногтевой пластины было отмечено у 17 пациентов, рецидивное – у 8.

В рамках диагностического процесса пациентам проводили лабораторные исследования, такие как общеклинические анализы крови и мочи, а также посев гнойного отделяемого из-под ногтевого валика с целью определения вида возбудителя и чувствительности к антибиотикам. Инструментальные методы исследования включали в себя рентгенографию пораженного большого пальца стопы с целью исключения распространения гнойно-воспалительного процесса на костную ткань пальца, ЦДК/УЗДГ сосудов нижних конечностей (опционально). Так-