

сте 47-72 года, пациенты с тяжелым течением коронавирусной инфекции после установления диагноза госпитализировались для стационарного лечения (исключение). Пациенты с легким течением имели температуру тела 37,4-37,9 (1-я группа), предъявляли жалобы на боли в горле, слабость, дизосмию и дизгезию, риноррею, — 35 человек. Пациенты со среднетяжелым течением жаловались на лихорадку 38,0-38,6, потрясающий озноб, изнуряющую слабость, непродуктивный кашель, некупируемую краниалгию, при этом расстройства обоняния появлялись у них не сразу, а на 7-8 день развития заболевания (2-я группа, n=14). Степень расстройства обоняния на 3-и сутки подтвержденного заболевания была оценена по опроснику QOD-NS (Questionnaire of olfactory disorders) из 7 вопросов в сумме баллов от 0 до 21 максимально (21 балл — полное отсутствие дизосмии), с каждым пунктом от 0 до 3 баллов. Краниалгию оценивали в обеих группах по визуальной аналоговой шкале VAS (Visual Analogue Scale) с оценкой от 0 до 10 баллов. Оценивали распределение с использованием t-критерия Стьюдента и связь краниалгии в группах по отдельности с уровнем лихорадки и дизосмии при помощи коэффициента корреляции Спирмена (Biotat V5.8.3.0).

Результаты. В первой группе активно на отсутствие обоняния пожаловались 88,6% пациентов, во второй — 14,3% пациентов, тогда как при легком течении головная боль была выражена у 17,1% пациентов, а во второй — у 92,8%. В первой группе интенсивность краниалгии по шкале VAS составила $3,6 \pm 0,89$ баллов, во второй $7,8 \pm 0,76$ ($p < 0,05$). В первой группе интенсивность дизосмии по опроснику QOD-NS составила $0,8 \pm 0,55$ баллов, во второй $2,4 \pm 0,56$ балла ($p < 0,05$). В первой группе при исследовании температуры тела и интенсивности головной боли коэффициент Спирмена составил $-0,01$ ($p > 0,05$), статистически незначимо; при исследовании дизосмии и интенсивности головной боли коэффициент Спирмена составил $-0,102$ ($p > 0,05$), статистически незначимо. Во второй группе при исследовании температуры тела и интенсивности головной боли коэффициент Спирмена составил $0,595$ ($p < 0,05$), связь прямая заметная по шкале Чеддока; при исследовании дизосмии и интенсивности головной боли коэффициент Спирмена составил $-0,405$ ($p > 0,05$), статистически незначимо.

Заключение. 1. При течении коронавирусной инфекции дизосмия и краниалгия выступают как независимые признаки, не коррелируют друг с другом, вне зависимости от степени тяжести болезни. 2. Некупируемая краниалгия выступает одним из возможных признаков среднетяжелого течения коронавирусной инфекции, частота встречаемости и её интенсивность выше в группе 2. 3. Ранняя дизосмия может служить признаком более легкого течения Sars-Cov-2, встречаемость чаще и потеря обоняния выражена в группе 1.

286 ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ АБАКТЕРИАЛЬНОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ПРОСТАТИТЕ

КОЛЦА А. Т., ГИКАВЫЙ В. В.

ГУМФ им. Николая Тестемичану, Кишинев, Молдова

Цель. Сопоставить периоперационные осложнения при трансуретральных эндоскопических вмешательствах (ТУРП и лазер Но:YAG) при склерозирующем абактериальном простатите.

Материал и методы. Анализ подвергались осложнения возникшие при трансуретральной резекции (ТУРП, 30 пациентов) и резекции лазер Но:YAG — (36 пациентов) с абактериальным склерозирующим простатитом.

Результаты. Сравнительный анализ осложнений, возникших при ТУРП и лазерной резекции простаты, проведенные с целью устранения инфравезикальной обструкции, вызванной абактериальным склерозирующим простатитом,

такие как: ТУРП/лазер НоYAG кровотечение (без трансфузий) 2(6,7%)/- инфекционно-воспалительные процессы 3(10%)/2(5,6%) острый уретропростатит -/4(11,1%) острый эпидидимоорхит -/2(5,6%) стрессовое недержание мочи 1(3,3%)/- рецидив болезни 4(13,3%)/2(5,6%) задержание мочеиспускания 2(6,7%)/3(8,3%) ретензоз -/6(16,7%) уретральная лихорадка -/5(13,8%), не выявил статистически значимой разницы в их эффективности, тем самым указывает, что данные методы несколько отличаются по характеру и частоте осложнений, но они являются более щадящими по сравнению с открытыми вмешательствами на простате. Кровотечения в интра- и послеоперационном периодах составили 6,7% из всех случаев после трансуретральной резекции и полностью отсутствовали после лазерной резекции, что объяснимо поверхностью операционной раны и применяемыми способами гемостаза — обширная или локальная коагуляция. Основные различия были выявлены при анализе частоты появления рецидива заболевания. Этот факт также позволяет утверждать, что лазерная резекция простаты является более эффективным вмешательством по сравнению с ТУРП.

Заключение. С помощью ТУРП и лазерной резекции (Но:YAG) простаты достигается эффективный результат лечения пациентов с инфравезикальной обструкцией, обусловленной склерозом, как следствие абактериального простатита. Эндоскопические вмешательства (ТУРП и лазерная резекция простаты) имеют высокую клиническую эффективность в лечении склероза простаты, меньший травматический эффект, малую продолжительность вмешательства, короткий период госпитализации и реабилитации, сниженную частоту рецидивов. Все вышеперечисленные указывают, что ТУРП и лазерная резекция простаты являются более оптимальными методами лечения по сравнению с другими хирургическими вмешательствами по поводу склероза простаты.

287 ВЛИЯНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, КАРБОНИЛЬНОГО И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

НИЛОВА Т. В., ЗВЕНИГОРОДСКАЯ Л. А., ПЕТРАКОВ А. В.
МКНЦ им. Логинова, Москва, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь содержания метилгликоксила с маркерами воспаления (ретинолсвязывающий белок, уровень ПОЛ) определяли по содержанию малонового диальдегида (МДА). Определить уровень содержания МГ методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Материал и методы. Обследовано 208 пациентов с НАЖБП и СД 2 типа. Из них 76 пациентов с СД 2 типа и 132 с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) Возраст $57,3 \pm 5,2$ лет. ИМТ $34,85 \pm 1,79$. У 30 пациентов проведена сахароснижающая терапия препаратом Форсига.

Результаты. У 30 пациентов НАЖБП и СД 2 типа содержание МГ в сыворотке крови $520,75 \pm 114,35$ нМ/л на фоне проведенной сахароснижающей терапии препаратом форсига (дапаглифлозин) составило $283,3 \pm 11,5$ нМ/л в контроле $251,3 \pm 53,6$ нМ/л. Ретинолсвязывающий белок как маркер ИР и СД 2 типа в этой группе больных был повышен и составил $55,83 \pm 2,92$ мкг/л по сравнению с контролем $26,15 \pm 1,31$ мкг/л $P = 0,001$. При гипергликемии усиливаются процессы ПОЛ. МГ и МДА находятся в корреляционной зависимости. $R = 0,495$.

Заключение. Сахароснижающая терапия препаратом форсига проводилась под контролем содержания МГ. Форсига (дапаглифлозин) 5 или 10 мг таб селективный ингибитор натрий глюкозного транспортера. Действие дапаглифлозина не зависит от секреции инсулина и чувствительности к инсулину.