

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

ХІІІ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ



19-21
марта
2024 г.
г. Москва

**Всемирная Федерация Сердца
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
XIII МЕЖДУНАРОДНОГО
ФОРУМА КАРДИОЛОГОВ И
ТЕРАПЕВТОВ**

**19-21 марта 2024 г.
г. Москва**



**Москва
Фонд Кардиопрогресс
www.cardioproggress.ru
2024**

Рецензенты

Балыкова Л.А., д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, проректор по инновационной деятельности в сфере биологии и медицины, профессор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия.

Никифоров В.С., д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Для цитирования: Сборник научных трудов XIII Международного форума кардиологов и терапевтов (19-21 марта 2024 года). Москва. Кардиопрогресс. 2024. 62 с. Электронный ресурс.

For citation: Proceedings of the XIII International Forum for Cardiology and Internal Medicine (March 21-23, 2024). Moscow. Cardioprogress. 2024. 62 p. Digital resource.

Электронная версия доступна на официальном сайте Фонда Кардиопрогресс www.cardioprogress.ru.

ДИНАМИКА ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Пулатов Н.Н., Курмаева Д.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Центр передовых технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Изучение клинико-диагностического значения активации цитокинов, изменения уровней провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации.

Материалы и методы. Обследованы 40 больных ИБС стенокардией напряжения III-IV ФК после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и 20 здоровых добровольцев. Изучали уровни цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-альфа), полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), ХС, ХСЛПНП, жизнеспособность миокарда (ЭХОКГ, МСКТ). Консервативная терапия: антиагреганты, розувастатин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ.

Результаты. Исходно у больных ИБС выявлена достоверно высокая концентрация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β - 76,2 \pm 5,1; ИЛ-6 -18,1 \pm 4,9; ИЛ-8-82,5 \pm 9,7и ФНО-альфа 109,3 \pm 12,6пг/мл) по сравнению с таковыми у здоровых лиц. Изменения уровней цитокинов были однотипны и характеризовались достоверным их повышением по мере тяжести ФК. Максимальный уровень цитокинов выявлен у больных ИБС IV ФК. На фоне лечения у этих больных выявлено достоверное снижение (ИЛ-1 β - 89%, ИЛ-6 -94,1%, ИЛ-8 - 94,4% и ФНО-альфа - 80%). Содержание провоспалительного цитокина ИЛ-1 β при стенокардии III и IV ФК было выше, чем у здоровых лиц(p<0,01). Максимальные величины ИЛ-1 β наблюдались при стенокардии IV ФК(p<0,01). Концентрация провоспалительного цитокина ИЛ-6 при стенокардии II ФК имела тенденцию к повышению, а при стенокардии III ФК была увеличена на 35,3% по сравнению с контролем. Наиболее высокий уровень ФНО- α обнаружен при стенокардии IV ФК (более чем в 2 раза превышает аналогичные показатели в контроле. У больных с нормальным ХСЛПНП, отмечено более высокое содержание провоспалительных цитокинов. На фоне проводимой терапии к концу исследования выявлено достоверное снижение всех уровней изучаемых цитокинов. Про- и противовоспалительные цитокины являются посредниками межклеточных взаимодействий и поддерживают местное воспаление в атеросклеротической бляшке, активируя клетки эндотелия и индуцируя экспрессию молекул адгезии и протромботическую активность эндотелия. Одной из основных причин прогрессирования патологического процесса сердца и сосудов, является воспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами.

Заключение. При развитии дисбаланса про- и противовоспалительных цитокинов из-за гиперпродукции ФНО- α , ИЛ-1 β и ИЛ-6 усиливается ишемия миокарда и существенно ускоряется течение стенокардии до формирования IV ФК. В процессе лечения пациентов ИБС после ЧКВ, наряду с положительной динамикой клинических показателей, наблюдалось снижение уровня провоспалительных

цитокинов, что обусловлено и плейотропными эффектами розувастатина, которые вносят существенный вклад на благоприятные клинические исходы.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ АРТЕРИЙ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Абдуллаев А.Х., Орзиев Д.З., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Центр передовых технологий; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Оценка показателей липидного обмена и состояния артерий больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с коморбидной патологией, подвергнувшихся плановому стентированию коронарных артерий (СКА) на этапе реабилитации.

Материал и методы. Наблюдали больных ИБС стабильной стенокардией напряжения III ФК (32) с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) после планового СКА: I-группа (15) - с изолированным поражением КА и II группа (17) - больные с сочетанными поражениями КА и других артерий (головы, периферических). Изучали ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, триглицериды (ТГ), полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), жизнеспособность миокарда (ЭХОКГ, МСКТ), дуплексное сканирование интра- и экстракраниальных сосудов головного мозга и нижних конечностей). Базисная терапия: антиагреганты, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, сахароснижающие препараты по рекомендации эндокринолога. В программах кардиореабилитации рекомендовали уровень тренирующей нагрузки 60–70% от максимально переносимой по результатам ЭКГ, ЭХОКГ, МСКТ с учетом клинического состояния больного.

Результаты. Дуплексное сканирование интра- и экстракраниальных сосудов головного мозга и нижних конечностей выявило у больных атеросклеротические изменения с гемодинамически значимым стенозированием. Содержание ОХС - $6,64 \pm 0,82$; ТГ - $2,83 \pm 0,84$; ХСЛПНП - $4,4 \pm 1,0$ ммоль/л, а у пациентов с изолированным поражением только КА, эти показатели составили, соответственно, $5,92 \pm 1,01$; $1,92 \pm 0,79$ и $3,62 \pm 1,00$ ммоль/л. Установлено более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных I-й группы, чем у II-й, соответственно, $0,94 \pm 0,22$ и $1,1 \pm 0,24$ ммоль/л. Плейотропные эффекты статинов отмечены уже в первый месяц лечения, что объясняет быстрое наступление клинического эффекта при применении этих препаратов на фоне стентирования и стандартного лечения: значительное улучшение состояния больных, уменьшение/исчезновение приступов стенокардии, повышение качества жизни. В зависимости от распределения генотипов CYP2C19*17 (rs 12248560) CC, CT и TT или гена CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA увеличивали/снижали дозы статинов и антиагрегантов. Использование тренирующих нагрузок низкой/умеренной интенсивности позволяет включать в тренировочные группы более тяжелых по функциональным возможностям коронарных больных и больных с СД 2 типа. Больные с атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов составили группу высокого риска развития кардиоваскулярных осложнений.

Заключение. Больные ИБС с СД 2 типа в сочетании с атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов относятся к группе высокого риска и требуют тщательной липидкорректирующей и антиагрегантной терапии для профилактики осложнений после СКА. Целесообразен персонализированный подход к лечению и реабилитации этой категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Айдумова О.Ю., Щукин Ю.В.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия.

Цель — разработать прогностическую модель риска развития неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда и синдромом старческой астении.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 92 пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда, проходивших лечение в кардиологических отделениях Клиник СамГМУ с 2020 по 2021 год. Уровни NT-proBNP и ST-2 определялись в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа на 5-е сутки госпитализации. Синдром старческой астении выявляли по анкете «Возраст не помеха» на 5-е сутки госпитализации. Период наблюдения составил 12 месяцев. За конечную точку выбрано наступление неблагоприятного события (смерть от всех причин, сердечно-сосудистая смерть, повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения). Применялись статистические непараметрические методы, ROC-анализ, логистическая регрессия.

Результаты. Средний возраст пациентов в исследуемой когорте составил $77,3 \pm 2,4$ года. Мужчин было 47,8% (n=44). Спустя 12 месяцев комбинированной конечной точки достигли 26 (28,26%) пациентов. Достоверными предикторами неблагоприятного исхода в течение 12 месяцев у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда являются: возраст старше 80 лет (ОШ (95% ДИ) 5,57 (2,07 – 14,96), при $p=0,001$), перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (ОШ (95% ДИ) 3,96 (1,36-10,26), при $p<0,05$), СКФ менее 55 мл/мин/1,73м² по СКД-EP1 (ОШ (95% ДИ) 4,05 (1,55 – 10,57), при $p=0,004$), систолическое давление в легочной артерии выше 38 мм рт.ст. (ОШ (95% ДИ) 4,5 (1,69 – 11,96), при $p=0,003$), фракция выброса по Симпсону ниже 45% (ОШ (95% ДИ) 12,21 (4,2 – 35,57), при $p<0,001$), а также 3 и более баллов по анкете «Возраст не помеха» (ОШ (95% ДИ) 9,62 (2,96 – 31,25), при $p<0,001$), концентрация NT-proBNP более 1400 пг/мл (ОШ (95% ДИ) 7,09 (2,53 – 19,89), при $p<0,001$), и уровень ST2 более 8,2 нг/мл (ОШ (95% ДИ) 9,13 (2,79 – 29,89), при $p<0,001$). Проведение же ЧКВ в текущую госпитализацию снижало риск неблагоприятных исходов (ОШ (95% ДИ) 0,24 (0,09 – 0,69), при $p=0,015$). Прогностическая модель оценки риска наступления неблагоприятного исхода в течение 12 месяцев у исследуемой когорты пациентов на основе количества баллов по анкете «Возраст не помеха», уровня ST2 в сыворотке крови в нг/мл и фракции выброса левого желудочка по Симпсону в % при ROC-анализе имеет площадь под кривой 0,87 (ДИ 95% 0,79-0,95), чувствительность - 86 %, специфичность – 71% при пороговом значении вероятности наступления неблагоприятного исхода 0,2 ($p<0,001$).

Выводы. Прогнозирование неблагоприятного исхода на основе количества баллов по анкете «Возраст не помеха», фракции выброса левого желудочка в % по Симпсону, а также концентрации ST2 способно улучшить стратификацию риска развития

неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев у пациентов старше 70 лет с инфарктом миокарда.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ СНИЖЕНИЯ НОЧНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г. Ф., Горбунов В. М., Платонова Е. В.,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Целью представленного исследования было определить ассоциации между психологическими характеристиками больных и уровнем ночного снижения артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), не получавших антигипертензивную терапию.

Материал и методы. Исследование было когортным, одномоментным. В исследовании приняли участие пациенты, которые не получали антигипертензивной терапии в течение недели перед проведением суточного мониторирования АД (СМАД) и не имели в анамнезе инсульт, инфаркт миокарда, а также других серьезных сопутствующих заболеваний, требующих регулярной терапии или находящихся в стадии обострения. На первом визите был проведен скрининг больных, на втором - СМАД и анкетирование. Для СМАД использовался аппарат Sraselabs 90207. После процедуры СМАД пациент заполнял опросники для оценки психологического статуса (СМОЛ, Зайцев В. и соавт.). Опросник СМОЛ содержит три оценочные (L, F, K) и восемь клинических шкал, которые оценивали следующие психологические особенности пациентов: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), параноидные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9), а также уровень социальной адаптации (4 шкала).

Результаты. В исследовании было включено 202 пациентов. Исходное среднее дневное АД было ($M \pm SD$): систолическое (САД) - $142,2 \pm 14,1$, диастолическое (ДАД) - $89,4 \pm 9,9$ мм рт. ст. Средний возраст больных составил $52,9 \pm 12,2$ года. Мы обнаружили следующие значимые корреляции личностных характеристик и ночного АД. Для показателей 9 шкалы СМОЛ, которая характеризует оптимизм, хорошее настроение, уровень жизнерадостности пациентов, выявлены негативные ассоциации с ночным уровнем ДАД ($r = -0,17, p < 0,05$) и САД ($r = -0,16, p < 0,05$).

Выводы. Усиление оптимизма, бодрости, хорошего настроения были связаны с ночным снижением АД.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Атамась О.В.^{1,2}, Антонюк М.В.¹

¹Владивостокский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» — Научно-исследовательский институт медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия.

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Дальневосточный федеральный университет» (ДВФУ) – Медицинский Комплекс, Владивосток, Россия.

Ангиогенез играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС). Одним из ключевых факторов, связанным с ангиогенезом, является фактор роста

эндотелия сосудов (VEGF), который регулирует пролиферацию и миграцию эндотелиальных клеток, способствуя образованию новых сосудов.

Цель. Оценить уровень VEGF в сыворотке крови больных стабильной ИБС с различной степенью тяжести коронарного атеросклероза.

Материал и методы. В исследовании включено 99 пациентов с ИБС, которым в плановом порядке проведена коронароангиография. Среди обследованных – 61 мужчина и 38 женщин. Средний возраст составил 61,0 (58,0; 66,0) лет. В контрольную группу вошли 30 здоровых добровольцев. Количественная оценка атеросклероза оценивалась с помощью шкалы Gensini (GS). Медиана (*Me*) индекса GS составила 40,00 (22,0–84,0) баллов, которая явилась отрезной точкой для разделения на группы: умеренного поражения коронарных артерий (КА) (GS <40); тяжелого поражения (GS ≥40) и больные с интактными КА (GS=0). Содержание VEGF определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом (наборы Вектор-Бест, Россия).

Результаты. Уровень VEGF у больных ИБС варьировал от 32,4 до 496,4 мЕ/мл (*Me* 143,3 (108,3; 216,3) мЕ/мл), что было сопоставимо с группой контроля – *Me* 140,65 (112,92; 204,88) мЕ/мл ($p>0,05$). Однако, с увеличением индекса GS содержание VEGF увеличивалось. Самый высокий уровень VEGF наблюдался у пациентов с тяжелым коронарным атеросклерозом (GS ≥40) (*Me* 187,8 (118,2; 306,6) мЕ/мл). Концентрация VEGF в сыворотке крови пациентов этой группы на 65% превышала значения в группе пациентов с интактными КА (GS=0) (*Me* 114,03 (106,22; 149,46) мЕ/мл; $p=0,022$) и на 34% – по сравнению с контрольной группой ($p=0,014$). Между группами GS <40 (*Me* 159,2 (106,1; 230,2 мЕ/мл), GS=0 и контролем не обнаружено статистически значимого отличия ($p>0,05$). Проведенный корреляционный анализ выявил положительную связь между уровнем VEGF и индексом GS ($r=0,287$, $p=0,004$).

Заключение. Таким образом, у больных стабильной ИБС уровень VEGF связан со степенью поражения коронарных артерий. Высокие уровни у больных с тяжелым коронарным атеросклерозом указывают на активацию ангиогенеза в условиях ишемии.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ ТРОМБОЦИТ-СВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Беляева Е.Л., Колосков А.В., Курникова Е.А., Дорофеев В.И.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия; СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Сравнить уровни тромбоцит-связывающей способности фактора фон Виллебранда (von Willebrand factor, vWF) как качественную характеристику адгезивного потенциала одного из ключевых маркеров эндотелиальной дисфункции у пациентов в условиях текущего тромботического события в коронарном и церебральном бассейнах.

Материал и методы. Наблюдательное исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского городского бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница №26» в период с 01.03.2022 по 30.10.2022 г. Всего включено 15 больных. Первую группу (n=8) пациентов составили больные с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, перенесшие в остром периоде тромбэкстракцию из интракраниальных отделов сонных артерий. Вторую группу (n=7) – больные с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с тромботической окклюзией коронарных артерий. Диагнозы были установлены соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями. Всем пациентам при поступлении при проведении рентгенэндоваскулярных вмешательств выполнялся забор венозной крови. Второй раз венозная кровь забиралась через сутки. Для исследования vWF:Ag и vWF:GPIb использовались тест-системы «INNOVANCE» (производство: Siemens (Германия)) для анализатора «CS-2000» (производство: Sysmex (Япония)). Тесты выполнялись на анализаторе «Infinite®F50» (производство: Tecan (Англия)). Референсный интервал, установленный производителем тест систем: vWF:GPIb – 50 – 173 %. Статистический анализ: «StatPlus Pro 7.6.1» (разработчик: AnalystSoft Inc., (Канада). Данные представлены в виде медианы и межквартильного интервала. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В 1 группе у пациентов с ОНМК медиана показателя vWF:GPIb составляла 173,4 [163,9; 159,9], во 2 группе у пациентов с ОИМ - 311,5 [264,7; 347,1]. Медиана vWF:GPIb у пациентов 2 группы с тромбозом коронарных артерий демонстрирует более высокий уровень, однако различия статистически недостоверны, что вероятно, связано с малой выборкой пациентов. Через сутки медиана показателя vWF:GPIb в 1 группе составила 222,8 [189,0; 294,5], во второй - 246,0 [174,9; 292,4]. Уровень vWF:GPIb в 1 и 2 группах превышает референсный интервал. Различия между группами статистически были недостоверны.

Заключение. Таким образом, повышение уровня тромбоцит-связывающей способности vWF при острых формах ССЗ, сопровождающихся эндотелиальной дисфункцией, свидетельствует о том, что адгезивный потенциал vWF возрастает при возникновении тромбозов в коронарном и церебральном бассейнах. Требуются дальнейшие исследования для детализации особенностей гемостаза.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ, ГЕНОТИПОВ ГЕНА SLC2A9 НА РАЗВИТИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Борисенко Т.Л., Снежицкий В.А., Копыцкий А.В., Дорошенко Е.М.,
Горчакова О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь.

Цель. Изучить влияние ГУ, генотипов гена SLC2A9 на развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ССС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и фибрилляцией предсердий (ФП) в среднесрочной перспективе.

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов с АГ и ФП в возрасте $55,91 \pm 8,65$ года, 63 (93%) мужчин. В зависимости от наличия ГУ сформированы 2 группы: в 1-ю включали пациентов с АГ и ФП в сочетании с ГУ (n=24), во 2-ю – пациентов с АГ и ФП с нормальным уровнем МК (n=44). Наличие ГУ считали при повышении уровня МК в сыворотке крови >360 мкмоль/л у женщин и >400 мкмоль/л у мужчин и отсутствии признаков подагрического артрита и/или подкожных тофусов. Наблюдение за выборкой составило 3 года. Для

определения значимых признаков, влияющих на вероятность развития неблагоприятных ССС, проводился регрессионный анализ Кокса. Для сравнения кривых выживаемости, построенных с помощью метода Каплана-Мейера, использовался лонгранговый критерий. $p \leq 0,05$ – для проверки статистических гипотез.

Результаты. За 3-летний период наблюдения за выборкой выявлены 38 неблагоприятных ССС (гипертонические кризы и/или рецидивы ФП, прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности, смерть от ССЗ). Неблагоприятные ССС у мужчин отмечены чаще, чем у женщин: 50% и 5,9%, соответственно. Смерть от ССЗ зафиксирована у пациентки женского пола, что составило 1,5%. Неблагоприятные ССС выявлены в 70,8% случаев в группе пациентов с АГ и ФП в сочетании с ГУ и в 47,7% случаев в группе пациентов с нормальным уровнем МК. Генотип С/С полиморфизма rs734553 гена SLC2A9 встречался достоверно чаще (41,7%) у пациентов с АГ и ФП в сочетании с ГУ, чем у пациентов с нормальным уровнем МК (6,8%) ($p < 0,001$). Установлено, что ГУ (ОШ 4,28; 95% ДИ (2,35-7,78); $p < 0,001$), генотип С/С полиморфизма rs734553 гена SLC2A9 (ОШ 2,62; 95% ДИ (1,49-4,61); $p < 0,001$) являются независимыми предикторами развития неблагоприятных ССС. Наличие ГУ у пациентов с АГ и ФП повышает риск развития неблагоприятных ССС в 4,3 раза, генотипа С/С полиморфизма rs734553 гена SLC2A9 – в 2,6 раза.

Заключение. У пациентов с АГ и ФП ГУ, генотип С/С полиморфизма rs734553 гена SLC2A9 являются независимыми предикторами, указывающими на более высокую вероятность развития неблагоприятных ССС в среднесрочной перспективе. Наличие ГУ у пациентов с АГ и ФП повышает риск развития неблагоприятных ССС в 4,3 раза, генотипа С/С полиморфизма rs734553 гена SLC2A9 – в 2,6 раза.

ТЯЖЁЛАЯ ДЕПРЕССИЯ, НАРУШЕНИЯ СНА И БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия; Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Цель. Представить клинический случай пациентки с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находившейся на регулярном гемодиализе, с хроническим мышечно-суставным болевым синдромом, остеопорозом, нарушениями сна и терапевтически резистентной депрессией (ТРД). Описать особенности тактики лечения.

Материал и методы. Наблюдалась пациентка 1980 г.р. (36 лет на момент обращения), страдавшая ХПН (получала сеансы гемодиализа 2–3 раза в неделю), хроническим мышечно-суставным болевым синдромом, остеопорозом, ТРД и нарушениями сна. На момент обращения пациентка соблюдала «почечную диету», принимала для коррекции гиперфосфатемии смесь гидроксидов алюминия и магния. Курсы психофармакотерапии (ПФТ) — не приносили облегчения депрессии и болей. При дообследовании в крови были выявлены низкий уровень эритропоэтина (6,4 МЕ/мл), низкий уровень 1,25-дигидроксиголекальциферола (14 пг/мл).

Результаты. Пациентке была рекомендована гормонозаместительная терапия дарбепоезином и кальципотриолом, под контролем лабораторных показателей. Была также предложена замена смеси гидроксидов алюминия и магния на лантана карбонат, во избежание «алюминиевой диализной деменции». С учётом данных о возможной роли дефицита таких удаляемых при гемодиализе и редко возмещаемых суб-микроэлементов, как литий, рубидий, бром — в развитии психической патологии и нарушений сна у диализных пациентов — добавили длительный приём

биологически активных добавок с лития оротатом, рубидия цитратом, употребление в пищу морепродуктов, богатых бромом и йодом. А с учётом данных о возможной роли поступающих в организм (и удаляемых при гемодиализе) микроколичеств стронция и бария, наряду с кальцием и магнием, в поддержании минеральной плотности костей — пациентке назначили приём стронция ранелата, ежедневное употребление в пищу не менее 3–4 крупных бразильских орехов в качестве источника бария.

Данная терапия привела к становлению у пациентки ремиссии ТРД, улучшению сна, значительному уменьшению мышечно-суставного болевого синдрома, повышению минеральной плотности костей.

Заключение. Адекватная коррекция минеральных дефицитов (включая те, на которые обычно не обращают внимания) и гормональных нарушений, связанных как с самой почечной патологией, так и с процедурой гемодиализа — может помочь улучшить как психическое состояние, так и минеральную плотность костей у пациентов с ХПН.

СТЕРОИД-ИНДУЦИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ И ОСТЕОПОРОЗ У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЁЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия; Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Цель. Представить описание пациентки с тяжёлой бронхиальной астмой (БА), у которой на длительно принимаемой пероральной глюкокортикоидной (ГК) терапии — развились терапевтически резистентная депрессия (ТРД) и выраженный остеопороз. Описать особенности тактики психиатра в этом случае.

Материал и методы. Наблюдалась пациентка 1979 г.р., с 12 лет страдавшая тяжёлой формой БА. Удовлетворительная компенсация состояния наблюдалась только при сочетании ингаляционных ГК и β -адреномиметиков с пероральными ГК и кетотифеном. Доза перорально принимаемых ГК в разное время колебалась от 15 до 40 (!) мг/сут преднизолона, в зависимости от тяжести текущего состояния.

С тех же 12 лет пациентка страдала депрессией. Получала различные антидепрессанты (АД) — без особого эффекта. В 2008 году она начала принимать вместо кетотифена на ночь монтелукаст. Это позволило ей стабилизировать дозу преднизолона на уровне 15 мг/сут, но усугубило депрессию и нарушения сна.

В связи с резистентностью к АД женщина обратилась за консультацией в 2012 году. Рекомендованное на тот момент по итогам консультации проведение модифицированной электросудорожной терапии (ЭСТ) — было сочтено ею опасным, с учётом наличия у неё выраженного остеопороза.

Результаты. С учётом положительного влияния изофлюрана и закиси азота как на депрессивную симптоматику, так и на симптоматику БА — после отказа от ЭСТ пациентке был рекомендован курс лечебных наркозов (ЛН) изофлюраном с закисью азота, который был проведён в 2012 году на базе частной клиники. Был получен кратковременный положительный эффект. Впоследствии аналогичный кратковременный положительный эффект пациентка получила от проведения курса инфузий кетамина в клинике в Черногории (2017 год).

С целью одновременного воздействия как на остеопороз, так и на депрессивную симптоматику — женщине были назначены длительный приём 5000 ЕД витамина D₃, препараты кальция и магния, селена и цинка, консультация гинеколога-эндокринолога (назначившего оральные контрацептивы с 30 мкг этинилэстрадиола и

нейтральным в отношении депрессии гестагеном), спрей кальцитонина в нос. Это привело к некоторому улучшению депрессивной симптоматики.

В 2017 году, на фоне рецидива депрессии спустя 1,5 мес после возвращения из Черногории — ей был рекомендован перевод на инфликсимаб. Это позволило постепенно отказаться от пероральных ГК и монтелукаста, выйти из депрессии и улучшить минеральную плотность костей.

Заключение. Антагонисты фактора некроза опухолей- α , такие, как инфликсимаб — могут быть эффективны как в отношении БА, так и в отношении депрессии, и могут позволить пациентам с БА отказаться от системных ГК или, как минимум, существенно снизить их дозу.

КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО И СУИЦИДАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКА: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия; Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Беэр-Шева, Израиль.

Цель. Представить клинический случай, в котором острое развитие кардиомиопатии Такоцубо (КМТ) было ассоциировано с суицидальной попыткой на фоне тяжёлой суицидоопасной депрессии у подростка. Осветить особенности тактики ведения пациента в этом случае.

Материал и методы. Наблюдался 17-летний подросток, у которого КМТ развилась после приёма 2700 мг антидепрессанта (АД) двойного действия венлафаксина с суицидальной целью. После выписки из токсикореанимации и восстановления от КМТ у пациента сохранялись депрессия, суицидальные мысли. Был назначен АД с сильными α_1 адреноблокирующими свойствами — тразодон, с доведением дозы до 300 мг/сут (в 2 приёма по 150 мг, утром и вечером), антагонист глюкокортикоидных рецепторов — мифепристон 200 мг/сут.

После жалоб на синдром беспокойных ног (СБН) после приёма тразодона, подростку был добавлен β -адреноблокатор карведилол, который, наряду с β -адреноблокирующей активностью, тоже обладает попутно и α_1 адреноблокирующими свойствами. Параллельно назначалась метаболическая терапия, улучшающая обмен в мозгу и миокарде — ацетил-L-карнитин, инозин, α -липоевая кислота, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Результаты. Лечение данными препаратами привело к успешному купированию депрессии без рецидива КМТ у пациента. Это доказывает, что при подборе АД у пациентов, перенёвших эпизод КМТ, желательно учитывать их рецепторный профиль. Препаратов с норадренергическим действием (трициклические АД, АД двойного действия) — желательно избегать. В то же время наличие у того или иного АД α_1 адреноблокирующих свойств может оказаться полезным. При подборе β -адреноблокатора для купирования СБН или акатизии — также желательно учитывать наличие попутной α_1 адреноблокирующей активности (карведилол, лабеталол). Показаны антиглюкокортикоидные препараты (мифепристон), метаботропные препараты.

Заключение. Несмотря на недостаточную изученность этиопатогенеза КМТ, в настоящее время можно считать доказанным, что развитие КМТ связано с остро возникающей на фоне психоэмоционального стресса, или же при передозировке АД, глюкокортикоидов — гиперкатехоламинемией и/или гиперкортизолемией. При этом гиперстимуляция α_1 -адренорецепторов, увеличивающая общее периферическое сосудистое сопротивление и нагрузку на миокард — даже более опасна, чем гиперстимуляция β -адренорецепторов, вызывающая увеличение частоты сердечных

сокращений и потребления кислорода миокардом. Это нужно учитывать при подборе лечения у пациентов, перенёсших КМТ.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Веретюк В.В., Цыганкова О.В.

ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный Медицинский Университет
Минздрава России, Новосибирск, Россия; НИИ терапии и профилактической
медицины филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр ИЦИГ СО
РАН», Новосибирск, Россия.

Цель. Изучить разные шкалы оценки сердечно-сосудистого риска у молодых мужчин и взаимосвязь полученных данных с показателями образа жизни, а также распределением жировой ткани.

Материал и методы. Мы обследовали практически здоровых мужчин 18–45 лет, $n=123$, разделив их на группы: 1 – без абдоминального ожирения (АО), с окружностью талии <94 см, 2 – с преимущественно подкожным типом АО (индекс висцерального жира <10), 3 – с преимущественно висцеральным типом АО. Распределение жировой ткани в организме оценивали с помощью антропометрии, калиперометрии, биоимпедансного анализа состава тела (InBody 230) и ультразвукового исследования (индекс жира брюшной стенки, толщина эпикардального жира). Образ жизни оценивался по критериям Росстат (Приказ Росстата от 29.03.2019 № 181). Оценка сердечно-сосудистого риска (ССР) выполнялась с помощью шкал Framingham 2008, Framingham-30, QRISK3. Статистическая обработка с использованием программы Jamovi.

Результаты. Наличие АО и висцерального ожирения значимо коррелировало как с показателями сердечно-сосудистого риска, так и с приверженностью ЗОЖ ($p=0,003$, $r=0,262$), но общая распространенность приверженности ЗОЖ (П-ЗОЖ) низкая (6,5% с высокой и 30,9% с умеренной П-ЗОЖ). Показатели шкал риска значимо ($p<0,001$) различались в зависимости от распределения жировой ткани: группа 1 – QRISK 0,6% (0,4;1,05), Framingham-2008 2,1% (1,45;3,30), Framingham-30 10,5% (8,0; 15,3), группа 2 – QRISK 1,6% (0,58;2,4), Framingham-2008 3,9% (2,8;5,6), Framingham-30 16,0% (14,0; 23,0); группа 3 – QRISK 2,2% (0,6;3,6), Framingham-2008 4,7% (3,3;6,7), Framingham-30 18,5% (13,0; 27,0). Не обнаружено корреляции между П-ЗОЖ и показателями ССР (для Framingham-2008 $p=0,123$, для QRISK3 $p=0,507$, для Framingham-30 $p=0,601$), за исключением показателей потребления алкоголя ($p=0,007$, $r_s=0,293$) и продуктов глубокой переработки ($p=0,049$, $r_s=0,175$).

Заключение. Таким образом, показатели приверженности ЗОЖ значимо коррелируют с абдоминальным ожирением ($p=0,003$, $r=0,262$), а также показателями распределения жировой ткани. Показатели шкал сердечно-сосудистого риска также значимо различались между группами по распределению жировой ткани. Однако не обнаружена корреляция показателей приверженности ЗОЖ с данными оценки сердечно-сосудистого риска (для Framingham-2008 $p=0,372$, для QRISK3 $p=0,786$, для Framingham-30 $p=0,510$), за исключением потребления алкоголя и продуктов глубокой переработки. Обращает на себя внимание низкая приверженность ЗОЖ во всех группах, к с абдоминальным ожирением, так и без него.

ВКЛАД КОМПОНЕНТОВ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СТРУКТУРУ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Григорьевская А.С., Резник Е.В.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия.

Цель. Проанализировать структуру и вклад компонентов кардиоренального синдрома в прогноз заболевания и исходы госпитализации у пациентов с крайне тяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 170 пациентов в возрасте от 21 до 97 лет ($M \pm SD$; $58,9 \pm 14,9$ лет; 50,6% мужчин), проходивших стационарное лечение коронавирусной инфекции COVID-19, в период с июня по октябрь 2021 г. Пациенты были разделены на 2 группы, соответствовавшие крайне тяжелому (группа I) и тяжелому (группа II – группа сравнения) течению COVID-19. Статистическая обработка проводилась с применением пакетов программ StatTech v. 1.2.0 и Microsoft Excel 2016.

Результаты. Крайне тяжелое течение было у 74 пациентов (43,5%; $62,9 \pm 14,4$ лет; 51,4% мужчин). Пациенты более старшего возраста ($66,3 \pm 15,8$; $p=0,007$) характеризовались более тяжелым течением COVID-19 и крайне неблагоприятным прогнозом. Наиболее распространенными коморбидными состояниями при тяжелом и крайне тяжелом течении COVID-19 были: артериальная гипертензия ($n=62$ [64,5%] и $n=68$ [91,8%]), ожирение (34 [35,4%] и 34 [45,9%]), хроническая болезнь почек стадии 3А-5 ($n=9$ [9,3%] и $n=33$ [44,5%]), сахарный диабет 2 типа ($n=25$ [26%] и $n=26$ [35,1%]), ишемическая болезнь сердца (ИБС) ($n=14$ [14,5%] и $n=24$ [32,4%]). В группе пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 наличие в анамнезе ИБС в 95,8% ($n=23$) случаев было ассоциировано с летальным исходом ($p \leq 0,001$).

Предикторами летального исхода у части пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 были случаи развития острого респираторного дистресс-синдрома ($n=40$, $p < 0,001$), тромбоза глубоких вен нижних конечностей ($n=10$, $p=0,020$), острого нарушения мозгового кровообращения ($n=4$, $p=0,069$). Возникновение острого инфаркта миокарда ($n=5$, $p=0,069$), острого повреждения почек ($n=10$, $p=0,005$), пневмоторакса ($n=5$, $p=0,041$), колита ($n=4$, $p=0,069$) и сепсиса ($n=11$, $p=0,003$) в 100% случаев сопровождались летальным исходом у пациентов I группы.

Заключение. Таким образом, прогноз у пациентов с крайне тяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 был крайне неблагоприятным, особенно у пациентов старше 66 лет. Высокая вероятность летального исхода наблюдалась у пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 и наличием в анамнезе ишемической болезни сердца. Предикторами летального исхода у пациентов с крайне тяжелым течением COVID-19 были случаи развития острого респираторного дистресс-синдрома, тромбоза глубоких вен нижних конечностей, острого нарушения мозгового кровообращения, а развитие острого инфаркта миокарда, острого повреждения почек, пневмоторакса, колита и сепсиса в 100% случаев сопровождались летальным исходом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПОВТОРНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 2 ТИПА У МУЖЧИН МОЛОЖЕ 45 ЛЕТ

Горбачева Н.С., Веселовская Н.Г., Николаева М.Г.

КГБУЗ Краевая больница скорой медицинской помощи №2, Барнаул;
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул.

В настоящее время активно изучаются параметры сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного гемостаза, системы фибринолиза (фактор свертывания II и XIII), микровезикулы (Evs) различного происхождения в риске развития артериальных тромбозов у пациентов молодого возраста без традиционных факторов риска атеросклероза. В последние несколько лет активно изучаются микровезикулы и их роль в патогенезе острых артериальных тромбозов. Микровезикулы - это внеклеточные структуры, запускающие каскад механизмов, влияющих на изменения в эндотелии сосудов

Цель исследования. Изучить роль микровезикул различного происхождения в риске развития повторных сердечно-сосудистых событий (ССС) через 1 год после ОИМ у мужчин моложе 45 лет.

Материал и методы. В исследование было включено 91 мужчина в возрасте <45 лет ($41,5 \pm 1,5$ г) с диагнозом острый инфаркт миокарда II типа, с подъемом сегмента ST, поступившие в Алтайский краевой кардиологический диспансер. Проспективное наблюдение проводилось в течение 1 года после ОИМ. К неблагоприятным сердечно-сосудистым событиям были отнесены: повторный ОИМ, смерть, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Всем пациентам при поступлении с ОИМ проводилась оценка традиционных факторов риска ОИМ и лабораторное исследование с определением микровезикул различного происхождения методом проточной цитометрии

Результаты. У 28% (n=27) пациентов после перенесенного ОИМ были выявлены повторные ССС через 1 год наблюдения (у 15 пациентов - повторный инфаркт миокарда, у 6 пациентов - ОНМК, 6 пациентов - смерть). Так было сформировано 2 группы сравнения: группа без ССС (1 группа), группа с ССС (2 группа). Лейкоцитарные микровезикулы в 1 группе $575 \text{ соб/мкл} \pm 102,3$, во 2 группе - $579 \text{ соб/мкл} \pm 216$, ($p = 0,76$), тромбоцитарные микровезикулы в 1 группе - $17 \text{ соб/мкл} \pm 7,8$, во 2 группе - $34 \text{ соб/мкл} \pm 33$, ($p = 0,02$), эндотелиальные микровезикулы в 1 группе - $11,5 \text{ соб/мкл} \pm 8,4$, во 2 группе - $12 \text{ соб/мкл} \pm 9,4$, ($p = 0,9497$)

При проведении ROC анализа для оценки микровезикул как предикторов повторных сердечно-сосудистых событий, чувствительность составила 61,1%, специфичность 78,8%, что указывает на хорошее качество модели прогнозирования повторных ССС по определению уровня тромбоцитарных микровезикул

Заключение: Таким образом, определение повышенных показателей микровезикул в период ОИМ 2 типа у мужчин в возрасте моложе 45 лет может служить предиктором развития повторных ССС в течение первого года. Дальнейшие исследования в этом направлении могут помочь в создании индивидуальной программы профилактических мероприятий, индивидуального подбора терапии, возможно проведение генетического тестирования на тромбогенные мутации в группе пациентов высокого риска.

ВРАЧЕБНО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ)

Гуревич Т.С, Левина А. Е., Лебедева Н.Н, Садырина Т.Л, Концевая О.М.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации». Консультативная поликлиника, Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования — совершенствование экспертной оценки пролапса митрального клапана (ПМК) у абитуриентов, курсантов, пилотов и определение их пригодности к профессиональной деятельности.

Материал и методы исследования. Обследовано 1110 абитуриентов и курсантов (ср. возраст 18.2 лет \pm 1.3), направленных терапевтами, в связи с выявленными шумами в сердце или изменениями на ЭКГ. Выполнялось эхокардиографическое (ЭхоКГ) и Допплер ЭхоКГ исследование на аппарате HITACHI VISION Avius (Japan), с использованием рекомендаций Американского Общества ЭхоКГ.

Результаты. Из 1110 обследуемых лиц (677 абитуриентов и 433 курсанта) - у 41 (3,7 %) был диагностирован ПМК. Из них – у 17 человек (курсанты) выявлен ПМК 1 степени (ПМК 1ст), из 24 абитуриентов - у 18 диагностирован ПМК 1 ст. и 6 человек с ПМК 2 ст. Проводилась оценка длины, толщины створок и хорд; кольца митрального клапана; определялась степень пролабирования створок и митральной регургитации (МР). У 41 человека с ПМК признаки миксоматозной дегенерации были выявлены у 7 человек (17,1 %); из них с захватом хорд клапана у двух (4,9%); удлинение хорд у 10 человек (24,4 %). При ПМК 2 ст. у 4 человек (из 6) наблюдалась миксоматозность створок (66,7 %). Выраженное удлинение передней створки у 3-х лиц (50 %); у двух сочетанное удлинение передней и задней створок (33,3%) и у одного (16,7%) — выраженное удлинение задней створки. Таким образом, при ПМК 2 ст. выраженное удлинение створок наблюдалось в 88,3% случаев, миксоматозная дегенерация в 66,7 %. МР выявлялась в 83,3% случаев - эти лица были отстранены от поступления в Университет. Нами учитывались, согласно рекомендациям В.М. Яковлева и соавторов (2003) дополнительные признаки СТД, влияющие на прогноз ПМК: диаметр фиброзного кольца (ФК) более 30 мм, показатель прироста его растяжения более 5 мм и индекс длины створок свыше 10 мм. Лица, имеющие ПМК 1 ст. с миксоматозной дегенерацией створок и подклапанных структур, выраженным индексом длины створок, значительным диаметром фиброзного кольца и высоким показателем прироста его растяжения, а также митральной регургитацией 1 ст. составили 14,3 % - были отстранены от поступления в Университет. Лица, имевшие данные признаки, но без митральной регургитации – 15,2 %, составили группу риска по возникновению МР и требующие динамического наблюдения и обследования.

Вывод. При врачебно-экспертной оценке лиц с пролапсом митрального клапана, необходимо учитывать не только степень пролабирования створок, изменённость и степень митральной регургитации, но в целях профилактики осложнений учитывать и дополнительные диагностические критерии СТД: длину и индекс длины створок; диаметр фиброзного кольца, показатель прироста его растяжения в систолу и диастолу. Лица, имеющие диаметр фиброзного кольца более 30 мм, показатель прироста его растяжения более 5 мм и индекс длины створок более 10 мм, но без митральной регургитации, являются лицами риска по МР, требующими динамического наблюдения и периодического обследования.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ С ПРИЗНАКАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ

Гуревич Т.С, Богданов А. А, Богданова М.Ю.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия.

Цель исследования — изучение взаимосвязи повреждений опорно-двигательного аппарата в соревновательной и тренировочной деятельности у юных спортсменов, имеющих признаки соединительнотканной дисплазии (СТД).

Материал и методы исследования. Проведён анализ признаков СТД у 170 спортсменов в видах спорта: 1 гр-баскетбол (n1) 43 человека (ср. возраст 14,91±1,55 л); 2 гр. - волейбол (n2) 48 лиц (15,25±1,41 л); 3гр - дзюдо(n3) 40 человек (14,17 ± 1,045 л); 4 гр - 39 самбистов (n4) (14,6±1,22л). Спортивная квалификация – от 3 юношеского разряда до кандидата в мастера спорта. Проанализированы скелетные и мышечные травмы, полученные во время тренировок и соревнований на протяжении сезона. Опрос проводился по стандартному протоколу, рекомендованному American Academy of Family Physicians, American Academy of pediatrics, American Medical Society for Sports Medicine, включая сведения о спортивном стаже, перенесенных заболеваниях и травмах. Проводился специальный осмотр и антропометрические измерения отдельных частей тела, направленные на выявление внешних фенотипических стигм развития, позволяющие диагностировать признаки СТД.

Результаты. При сравнительной характеристике признаков СТД было отмечено, что у юных спортсменов во всех группах чаще диагностировали нарушение осанки, астенический тип конституции, плоскостопие. Однако такие признаки, как гипермобильность суставов и повышенную растяжимость кожи, достоверно чаще регистрировали у баскетболистов - по сравнению, чем в в дзюдо и самбо. n1-n3 ($p<0,05$); n1-n4 ($p<0,05$). У волейболистов чаще отмечалось растяжение связок лучезапястного сустава и повреждение вращательной манжеты плечевого сустава ($p<0,05$), в то время, как в баскетболе чаще выявлялось растяжение внутренней боковой связки коленного сустава, дельтовидной связки голеностопного сустава и повреждение мениска ($p<0,001$). У спортсменов, занимающихся дзюдо и самбо ведущая травма плечевого сустава — растяжение и перенапряжение капсульносвязочного аппарата акромиально-ключичного сочленения, включая и нестабильность акромиальноключичного сочленения. Структура травм в этих видах спорта была неоднородна: в дзюдо травмы плечевого сустава сочетались с травмами локтевого и лучезапястного суставов ($p<0,05$), тогда как в самбо травмы плечевого сустава сочетались с травмами верхних и нижних конечностей ($p<0,05$). Частота травм зависела не только от специфики спортивной деятельности, но и от признаков СТД. Сравнительная характеристика лиц с признаками СТД (N1) и без них (N2) показала достоверные различия во всех группах спортсменов: в баскетболе (N1 – N2<0,05); волейболе (N1–N2<0,05); дзюдо (N1–N2<0,05) и самбо(N1–N2 <0.05).

Заключение. Частота травм у спортсменов зависела не только от специфики спортивной деятельности, но и наличия СТД. У лиц с признаками дисплазии достоверно чаще возникали растяжения и повреждения связочного аппарата. Таким образом, при первичном отборе лиц для занятий спортом необходимо выявлять признаки СТД с целью своевременной профилактики травматизма.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ АМБУЛАТОРНУЮ ПОМОЩЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Дехарь В.В.¹, Танков С.В.¹, Осипова И.В.¹, Бурдин А.А.², Харлова А.Г.²

¹ ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия.

² КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул Россия.

Цель исследования. Провести первичный анализ пациентов, состоящих на диспансерном учёте в кабинете больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) медицинской организации третьего уровня.

Материалы и методы. Для оказания амбулаторной помощи больным с ХСН на базе медицинской организации третьего уровня КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» в марте 2023 г. был открыт кабинет ХСН. Для учёта пациентов сотрудниками кабинета ХСН был создан регистр, в который вносятся данные больных, подлежащих диспансерному наблюдению. В регистре состоит 197 пациентов, средний возраст которых составил 76,3±11,9 лет, из них женщин 44,6%, мужчин 55,4%, жителей города Барнаула 50,2%, жителей районов Алтайского края 49,8%. Исследование выполнено на основании данных регистра.

Результаты. Ведущей причиной развития ХСН стала ишемическая болезнь сердца – 38 %. Неишемическая этиология встречалась у 34 % больных, а 27 % респондентов имели комбинацию ишемического и неишемического генеза. Комбинированный этиологический фактор чаще встречался среди женщин, чем среди мужчин (33 и 22% соответственно, $p>0,05$), а ишемический генез был более характерен для мужчин (43 и 33 % соответственно, $p>0,05$). Неишемическая этиология встречалась одинаково у обоих полов по 35%. Характеристика пациентов по фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) выглядит следующим образом: с низкой ФВ – 9% (средний показатель 35,9±4,8%), умеренно сниженной ФВ – 29% (44,7±2,7%), с сохранённой ФВ – 62% (59,5±6,7%). Мужчин с низкой и умеренно сниженной ФВ было в 2 раза больше, чем женщин (12 vs 5% и 30 и 20% соответственно, $p>0,05$), а сохранённая ФВ встречалась в 1,3 раза чаще среди женщин (75 и 58%, $p>0,05$). В зависимости от функционального класса (ФК): с ФК I пациенты в регистре отсутствовали, ФК II – 18%, ФК III – 52%, ФК IV – 29%. Третий и четвёртый ФК ХСН чаще определялся у лиц женского пола, чем у мужчин (59 и 47% и 34 и 24 % соответственно, $p >0,05$), в то же время количество мужчин со вторым ФК было больше в 4,5 раза, чем женщин (28 и 6%, $p<0,05$). Средний показатель N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида, который был определён только у четверти пациентов, составил 1166,6±1516 пг/мл. У каждого второго пациента (52,6%) встречалось ожирение. С I степенью – 44,3%, II степенью – 31,6%, III степенью – 24,0%. Среди коморбидной патологии особое значение имела гипертоническая болезнь – 98,6%. Хроническая болезнь почек встречалась у 89,3% больных, фибрилляция предсердий – 67,3%, сахарный диабет – 40,6%, анемия – 20%, острое нарушение мозгового кровообращения – 6%, подагры – 4,6%, хронической обструктивной болезни легких – 2%.

Заключение. Таким образом, первичный анализ данных регистра ХСН позволил сформировать общую клиническую картину о пациентах, получающих амбулаторную помощь в кабинете ХСН. Полученные результаты послужат отправной точкой для детального изучения и выделения фенотипов ХСН с учётом регионарной специфики.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Дехарь В.В.¹, Танков С.В.¹, Калинин Д.А.¹, Перепелица И.Н.¹, Осипова И.В.¹, Харлова А.Г.²

¹ ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия.

² КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия.

Цель исследования. Изучить распространенность психоэмоциональных факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди студентов Алтайского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. В 2023 году 270 учащимся 3 – 4 курсов институтов педиатрии, общественного здоровья и профилактической медицины и клинической медицины было проведено анкетирование на определение психоэмоциональных факторов НИЗ. Средний возраст респондентов составил $21,5 \pm 2,0$ года, из них юношей – 21,5 % ($n=58$, средний возраст $21,5 \pm 1,6$ лет), девушек – 78,5% ($n=212$, средний возраст $21,5 \pm 2,0$ года). Всем респондентам проводилась экспресс-диагностика уровня стресса тестом Ридера, оценка уровня жизненного истощения (ЖИ), определялся уровень тревоги и депрессии по шкале HADS, выполнялась оценка выраженности депрессии по опроснику PHQ-9, а также определялся уровень физической агрессии, гнева и враждебности по опроснику агрессии Басса-Пери ВРАQ-24 (модифицированный С. Ениколоповым и Н. Цибульским). Исследование было проведено в соответствии с методическими рекомендациями для терапевтов по определению психоэмоциональных факторов риска ХНИЗ в амбулаторных условиях.

Результаты. Высокий и средний уровень стресса встречался среди 9,2% и 45% студентов. Признаки ЖИ регистрировались у 40,6% учащихся. Выраженные признаки ЖИ были отмечены у каждого четвертого студента – 25%. Субклиническая тревога также была отмечена у каждого четвертого респондента – 25,1%, клиническая тревога у каждого восьмого – 15%. Общее количество студентов, находящихся в субклинической и клинической депрессии составило 16,6 и 8,5% соответственно. Тяжелая и крайне тяжелая депрессия в соответствии с опросником PHQ-9 отмечена у 9,6 и 2,2% респондентов. Средний и высокий уровень физической агрессии был характерен для 67,5 и 4,1% учащихся. Гнев среднего и высокого уровня встречался среди 53 и 10% будущих медицинских работников. Враждебность среднего и высокого уровня была свойственна 48 и 5% лицам, получающим медицинское образование.

Заключение. Распространенность психоэмоциональных факторов риска НИЗ среди студентов, получающих медицинское образование, находится на высоком уровне, что является весьма негативным моментом для здоровья будущих работников здравоохранения. Полученный результат позволит разработать более персонализированный подход в профилактике психоэмоциональных факторов риска НИЗ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дехарь В.В.¹, Танков С.В.¹, Калинин Д.А.¹, Перепелица И.Н.¹, Осипова И.В.¹, Харлова А.Г.²

¹ ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия.

² КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», Барнаул, Россия.

Цель исследования. Провести оценку функций внешнего дыхания у студентов, получающих высшее медицинское образование.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 23 студента 4 курса Института педиатрии Алтайского государственного медицинского университета. Средний возраст составил $21,9 \pm 1,6$ года, из них юношей – 30,4% ($n=7$), девушек – 69,6% ($n=16$). С помощью прибора «Спиротест УСПЦ-01» каждому респонденту были определены следующие показатели: полный объём форсированного выдоха (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) и процентное отношение (ОФВ₁/ФЖЕЛ) $\times 100\%$ (по Л.Л. Шику и Н.Н. Канаеву). Также всем участникам были проведены пробы с задержкой дыхания Штанге и Генча и выполнен контроль степени насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови (сатурация) и частоты пульса (пульсоксиметр медицинский «ARMED»). Дополнительно у студентов была проведена оценка факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как курение и ожирение.

Результаты. Средний показатель ФЖЕЛ составил $3,7 \pm 1,0$ ($89,2 \pm 16,7\%$ от должного), у юношей – $4,9 \pm 0,8$ ($97,4 \pm 10,9\%$) и девушек $3,1 \pm 0,7$ ($85,6 \pm 17,5$). Медиана ОФВ₁ оказалась $3,4 \pm 0,9$ ($94,9 \pm 18,0\%$ от должного) для лиц мужского пола этот показатель был $4,4 \pm 0,8$ ($101,5 \pm 14,3\%$), для девушек – $2,8 \pm 0,6$ ($86,6 \pm 17,6\%$). Среднее значение отношения ОФВ₁/ФЖЕЛ составило $93,5 \pm 5,2\%$ (юноши – $90,1 \pm 6,2\%$, девушки – $95 \pm 4,6\%$). Медиана пробы Штанге получилась $58,3 \pm 21,8$ секунд, что соответствовало критериям нормы, однако результаты пробы Генча оказались неудовлетворительными – $28,2 \pm 13,1$ секунд. Показатель сатурации также был в пределах нормы – $97,1 \pm 1,4\%$, при этом значения пульса в покое не укладывались в референсные значения и составили $92,9 \pm 14,2$ ударов в минуту. При оценке факторов риска неинфекционных заболеваний курение было выявлено у 28,6% юношей и 31,3% девушек, избыточная масса тела и ожирение среди респондентов не зафиксированы.

Заключение. При оценке функций внешнего дыхания у студентов, получающих высшее медицинское образование, значимых патологических отклонений не выявлено. Однако вызывает серьёзную озабоченность наличие большого количества курящих студентов, неудовлетворительных показателей пробы Генча и признаков тахикардии в покое.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГРАЖДАН 18 – 64 ЛЕТ ЗА ПЕРИОД 2020-2022 ГОД В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Дёмина Е.И., Круг Е.В., Гатаулина О.В.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи №2», отделение медицинской профилактики, Барнаул, Россия.

Цель. Провести мониторинг диспансеризации взрослого населения (ДВН) за период 2020-2022 гг. у городских пациентов в возрасте 18–64 лет и определить ключевые факторы риска (ФР), повышающие вероятность развития кардиоваскулярных заболеваний у граждан.

Материал и методы. В рамках проведения ДВН с 09.01.2020 по 31.12. 2022 года городских жителей от 18 до 64 лет проводился анализ ФР. В диспансеризации приняли участие всего 18727 граждан, которые дали информированное согласие на проведение медицинских вмешательств. Из них мужчин 6314 (33,7%) и женщин 12413 (66,3%). В 2020 г. прошли ДВН 2849 граждан: 944 мужчины (33,1%) и 1905 женщин (66,9%). В 2021 г. прошли ДВН 4439 пациентов: 1516 мужчин (34,1%) и 2923 женщины (65,9%). В 2022 году проведена ДВН для 11439 человек: 3854 мужчин (33,7%) и 7585 женщин (66,3%). Все граждане проходили 1-й этап ДВН.

Результаты 1-го этапа обрабатывались автоматическим способом с помощью программы ARM-поликлиника.

Результаты. В 2020 г. низкая физическая активность зафиксирована у 1832 человек, из них у 729 мужчин (39,8%) и 1103 женщин (60,2%). Избыточная масса тела обнаружена у 1640 человек, из них у 637 мужчин (38,8%) и 1003 женщин (61,2%). Ожирение выявлено у 431 пациента, из них у 153 мужчин (35,5%) и 278 женщин (64,5%).

В 2021 г. низкая физическая активность зафиксирована у 2924 человек, из них у 1158 мужчин (39,6%) и 1766 женщин (60,4%). Избыточная масса тела обнаружена у 2463 человек, из них у 979 мужчин (39,7%) и 1484 женщин (60,3%). Гиперхолестеринемия выявлена у 563 пациентов, из них у 287 мужчин (51,0%) и 276 женщин (49,0%).

В 2022 г. нерациональное питание отмечено у 7952 человек, из них у 3209 мужчин (40,4 %) и 4743 женщин (59,6%). Низкая физическая активность зафиксирована у 6702 человек, из них у 2672 мужчин (39,9%) и 4030 женщин (60,1%). Избыточная масса тела обнаружена у 3648 человек, из них у 1625 мужчин (44,5%) и 2023 женщин (55,5%).

Заключение. Таким образом, ведущими факторами риска в период с 2020 по 2022 год включительно, повышающими вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, у городских пациентов в возрасте 18–64 лет были обнаружены: нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела, ожирение, гиперхолестеринемия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PCSK9 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Джанибекова А.Р.¹, Сердюк Л.В.³, Джанибекова Л.Р.², Узденова О.М.³, Барабаш А.В.⁴, Слеткова Д.А.⁵

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия», Черкесск, Россия;
ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №3», Ставрополь, Россия.

² РГБ ЛПУ «КЧРКБ», Черкесск, Россия.

³ ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №3», Ставрополь, Россия.

⁴ ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ставропольскому краю», Ставрополь, Россия.

⁵ ООО «Клиника Инновационных Технологии (КИТ)», Ставрополь, Россия.

Цель. Оценка эффективности и безопасности длительного применения ингибитора PCSK9 таргетной терапии (алирокумаб) у больных, перенесших инфаркт миокарда за период 18 месяцев.

Материал и методы. В исследование были включены 32 пациента (19 мужчин и 13 женщин) с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте 40–65 лет. Все больные с ХСН III или IV класса (по NYHA) и фракцией выброса 45 % и менее, а также отсутствием достижения целевых уровней липидов, из них 8 человек с семейной гиперхолестеринемией (СГХС). Среди них перенесли Q-позитивный инфаркт миокарда 22 пациента (68,8%), а Q-негативный у 10 человек (31,2%). Всем пациентам поведена инструментальная диагностика: ЭХОКГ, мониторингирование ЭКГ. Лабораторная диагностика (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, липидограмма с определением уровня ХС ЛПНП, определение уровня высокочувствительного С-реактивного белка, гликированного гемоглобина, липопротеида (а), Апо (В)), а также уровня трансаминаз и креатинфосфокиназы проводится исходно и через 3, 12 и 18 мес. К лечению также был добавлен Алирокумаб. Препарат вводился в дозе 150 мг подкожно 1 раз в 2 недели в условиях

дневного стационара многопрофильной клиники. Период наблюдения составил 1 года.

Результаты. При анализе липидснижающего эффекта алирокумаба у обследуемых больных было установлено достоверное снижение показателей липидного профиля к 3 мес. таргетной терапии. Уровень ОХС снизился с $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л исходно до $3,8 \pm 0,1$ ммоль/л (на 34,3%), $p < 0,0001$, а уровень ХС ЛНП — с $3,10 \pm 0,10$ ммоль/л до $1,30 \pm 0,09$ ммоль/л (на 58,1%), $p < 0,0001$. В среднем снижение уровня ХС ЛНП у пациентов после присоединения алирокумаба через 6 мес составило - на 61,7%, через 12 мес - 58,1%, через 1,5 года - на 61,7%. При этом обращает на себя внимание, что при терапии алирокумабом 71,3% больных достигли целевых значений ХС ЛНП $< 1,4$ ммоль/л, при этом целевое значение ХС ЛНП $< 1,1$ ммоль/л достигли 64,3% обследуемых, что свидетельствует о высокой эффективности препарата. Применение алирокумаба в клинической практике хорошо переносится, без проявления побочных эффектов, а также лабораторные показатели безопасности терапии оставались неизменными.

Заключение. Таким образом, включение в схему лечения алирокумаба в условиях дневного стационара многопрофильной больницы способствовало стабильному течению ИБС, наблюдалась хорошая переносимость терапии с отсутствием побочных реакций, а также продемонстрирована высокая гиполипидемическая активность препарата уже в первые месяцы приема препарата, как у пациентов с СГХС, так и без нее.

ЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ PESI В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Довгальок Ю.В., Чистякова Ю.В., Дмитриева А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия.

Цель. Выявить факторы риска и госпитальную летальность при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Определить прогностическую ценность шкалы PESI в оценке вероятности наступления летального исхода у больных с ТЭЛА.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 64 больных с ТЭЛА, госпитализированных в различные лечебные учреждения города Иваново и Ивановской области в период с 1 января 2021 года по 31 декабря 2023 года. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 15,0$ лет (от 19 до 87 лет), соотношение мужчин и женщин 1/1. В соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с ТЭЛА расчёт риска 30-ти дневного смертельного исхода проводился по шкале PESI.

Полученные результаты. Наиболее распространенным фактором высокого риска развития ТЭЛА была декомпенсация хронической сердечной недостаточности, выявленная у 64,1% больных. Факт венозной тромбоэмболии в анамнезе был подтвержден в 39,1% случаев. При анализе исходов ТЭЛА летальность составила 43,8% (умерло 28 больных). 36 пациентов (56,3%) были выписаны из стационаров с улучшением. Среди умерших от ТЭЛА более трети (35,9%) имели высокий и очень высокий риск 30-ти дневной летальности по шкале PESI, умеренный риск определен в 2-х случаях, низкий и очень низкий – у 3 больных (4,7%). В группе выживших высокий и очень высокий риск смерти в стационаре отмечен у 15 (23,4%), умеренный – у 8 (12,5%), низкий и очень низкий – у 13 больных с ТЭЛА (20,3%). С целью определения значения индекса PESI, разграничивающего всех госпитализированных с ТЭЛА на группы высокого и низкого риска летального

исхода в стационаре, был проведен ROC-анализ. С чувствительностью 82,1% и специфичностью 58,3% таким значением оказалась сумма в 109 баллов по шкале. Вероятность наступления летального исхода от ТЭЛА по шкале PESI составила 60,5%. Диагностическая эффективность шкалы PESI в прогнозировании госпитальной смерти составила 70,2%. При этом площадь под кривой оказалась равной 0,735, что считается приемлемым результатом.

Заключение. Таким образом, наиболее часто встречающимися факторами высокого риска развития ТЭЛА среди госпитализированных больных были декомпенсация хронической сердечной недостаточности (64,1% случаев) и наличие факта венозной тромбоэмболии в анамнезе (39,1% случаев). Летальность в выборке больных с ТЭЛА, госпитализированных в различные стационары г. Иваново и Ивановской области составила 43,8%. Пороговым значением шкалы PESI в прогнозе летального исхода от ТЭЛА под данным выборки стационаров г. Иваново и Ивановской области является сумма в 109 баллов. Диагностическая чувствительность данного метода составила 82,1% при специфичности 58,3%. Проведенное исследование подтверждает достаточную эффективность шкалы PESI в прогнозировании риска смерти от ТЭЛА в стационарах города.

КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЕ НАГРУЗОЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ 3-ГО ЭТАПА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Довгалюк Ю.В., Чистякова Ю.В., Митряева И.В., Васильева Н.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия.

Цель. Изучить динамику толерантности к физической нагрузке (ТФН) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в процессе 3-го этапа кардиореабилитации (КР) с использованием кардиопульмонального нагрузочного тестирования (КПНТ).

Методы исследования. В исследование включены 70 пациентов (58 мужчин и 12 женщин), перенесших ОКС, направленных из регионального сосудистого центра на 3-х недельный курс медицинской КР в условиях дневного стационара на базе клиники ФГБОУ ВО ИвГМУ Минздрава России. Средний возраст обследованных составил $59,2 \pm 8,0$ лет. В остром периоде заболевания всем больным проведена чрезкожная коронарная ангиопластика инфаркт-связанной коронарной артерии. Все пациенты успешно завершили 3-х недельную программу КР. КПНТ проводили на стресс-системе Schiller Cardiovit CS-200 до и после окончания курса КР с использованием индивидуализированного (Ramp) протокола. Тренировочную ЧСС определяли, как ЧСС в точке аэробного порога и по методу Karvonen. Программа физической реабилитации проводилась с использованием комплекса «Мультитренер» фирмы «Нефрософт» (Иваново) в режиме постоянной ЧСС.

Полученные результаты. По данным КПНТ исходно 66,7% пациентов имели нарушения функции внешнего дыхания, которые могли лимитировать ТФН. Мощность выполненной нагрузки у 97,5% больных составила менее 85% от расчетной. При этом только 6,3% из обследованных достигли более 100% от VO_{2max} , а 17,5% – 85-100% от VO_{2max} . Лишь 15% пациентов в ходе проведения КПНТ достигли 85% и более от максимальной ЧСС. Значения тренировочной ЧСС, определенные по методу Karvonen и результатам КПНТ, совпали лишь у 2 больных. У 44,6% обследованных они различались до 5 уд/мин, у 30% пациентов – до 10 уд/мин, у остальных – более 10 уд/мин. После завершения курса КР общая продолжительность нагрузочного тестирования увеличилась с 6,2 до 8,5 минут,

мощность выполненной нагрузки возросла с 92 до 106 Вт, VO_{2max} с 21,2 до 28,4 мл/кг/мин, ТФН с 6,1 до 8,1.

Заключение. До начала курса КР более половины пациентов с ОКС, у которых был выполнен КПНТ, имели нарушения функции внешнего дыхания, которые могли быть одной из причин сниженной ТФН. Пациенты с ОКС в ходе КПНТ не достигают максимальных индивидуально рассчитанных значений VO_2 . Поэтому у них следует говорить о пиковом потреблении VO_2 . Пациенты с ОКС в процессе КПНТ в подавляющем проценте случаев (85%) не достигают субмаксимальной ЧСС по причине более раннего наступления утомления. Трехнедельная программа физической реабилитации в «режиме постоянной ЧСС», соответствующей аэробному порогу пациента, продемонстрировала свою безусловную эффективность, и, что немаловажно, безопасность.

МАССА ТЕЛА И ПОКАЗАТЕЛЬ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Гусева А.В., Гачкова И.Н., Крючков М.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ставрополь, Россия.

Цель. Определить особенности ассоциированности толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и повышения индекса массы тела (ИМТ) у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследование включены 35 юношей и 57 девушек в возрасте от 18 до 25 лет. Показатель КИМ определяли с помощью ультразвукового сканера «РуСкан» (НПО Сканер, Россия). Так же выполнялись биоэмпидансометрия и анкетирование по выявлению профиля основных факторов риска. Варианты ИМТ выделялись в соответствии с критериями ВОЗ. Сформированы терцильные группы по показателю КИМ с учетом пола - юноши: 1-я терциль: 0,32-0,42 мм – 11 человек, 2-я терциль: 0,43-0,5 мм - 12 человек, 3-я терциль: 0,51-0,63 мм – 12 человек; девушки: 1-я терциль: 0,24-0,35 мм – 18 человек, 2-я терциль: 0,36-0,41 мм – 20 человек, 3-я терциль: 0,42-0,63 – 19 человек. Для обработки полученных данных использовали пакет статистических программ Excel 2019 г. (Microsoft, США).

Результаты. Распределение юношей со сниженным ИМТ от первого до третьего терциля составило 67 %, 33 % и 0; с нормальным ИМТ – 36,8 %, 36,8 % и 26,4 %; с избыточным ИМТ и ожирением – 15,4 %, 30,8 % и 53,8 % соответственно.

Распределение девушек со сниженным ИМТ от первого до третьего терциля составило 37,5%, 37,5% и 25%; с нормальным ИМТ – 37,8 %, 32,5 % и 29,7 %. С избыточным ИМТ и ожирением – 8,3 %, 41,7 % и 50 %.

Заключение. Избыточная масса тела и ожирение у лиц молодого возраста от 18 до 25 лет ассоциируются с более частой встречаемостью случаев носительства высоких значений показателя КИМ, который, по мнению многих современных экспертов, отражает преимущественно повреждение внутренней оболочки сосудов, обуславливающее развитие атеросклероза. Применительно к обсуждаемому контингенту речь идёт о доклиническом атеросклерозе на самой ранней стадии его развития, что полезно использовать для оптимизации превентивных вмешательств среди молодёжи.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДОГРАММЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВЕСОВОЙ КАТЕГОРИИ

Евсеева М.Е., Русиди А.В., Крючков М.С., Гачкова И.Н., Хваталин Н.Е.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Россия.

Цель. Оценить взаимосвязь индекса массы тела (ИМТ) с показателями артериального давления (АД) и липидограммы у лиц молодого возраста в зависимости от пола и массы тела (МТ).

Материалы и методы. Обследованы 172 молодых человека (66 юношей и 106 девушек) в возрасте от 19 до 25 лет на базе университетского центра здоровья и антивозрастной медицины СтГМУ. Критерий включения — лица, считающие себя практически здоровыми. Была проведена антропометрия, по результатам которой исследуемые были поделены с учетом пола на группы с недостаточной, нормальной и повышенной МТ. Также были проанализированы данные липидограммы: уровень общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, триглицеридов (ТГ) и глюкозы крови. Кроме того, всем исследуемым измерено артериальное давление (АД) и рассчитан коэффициент атерогенности (КА) по формуле: $КА = (ОХ - ЛПВП) / ЛПВП$. Обработка данных проведена с помощью пакета программ Excel 2019 г. («Microsoft», США). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. В группе юношей с недостаточной МТ была выявлена значимая слабоположительная корреляция ИМТ с показателями ЛПВП ($p=0,046$). Среди нормовесных юношей статистически значимой корреляции ИМТ с показателями АД и липидограммы не было выявлено, а в группе юношей с избыточной МТ и ожирением установлена умеренная положительная взаимосвязь ИМТ и показателей ЛПНП ($p=0,036$). Среди девушек с недостаточной МТ корреляции между ИМТ и показателями АД и липидограммы выявлено не было. При этом среди нормовесных сверстниц ИМТ слабоположительно коррелировал с уровнем диастолического АД ($p=0,046$). В группе девушек с избыточной МТ и ожирением установлена заметная положительная взаимосвязь между ИМТ и такими показателями, как КА ($p=0,006$) и глюкоза крови ($p=0,013$).

Выводы. Факторы риска метаболического профиля пациентов молодого возраста обладают значимой корреляцией с ИМТ преимущественно в группах лиц с повышенной МТ и ожирением. В группе юношей с избыточной массой тела ИМТ значимо коррелировал с показателями ЛПНП, а в аналогичной группе девушек - с КА и глюкозой крови. Эти данные следует учитывать при планировании программ превентивных вмешательств среди молодёжи.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОЛИПРАГМАЗИИ ПРИ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ермолаева И.Ю., Разин В.А., Нестеров А.С.
Ульяновский Государственный Университет, Ульяновск, Россия.

В современном мире существует проблема полиморбидности, когда у пациентов сочетаются различные заболевания внутренних органов, которые оказывают влияние на развитие и проявления основного заболевания. Особенно часто патологии

возрастных пациентов сочетаются с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, такими как ишемическая болезнь сердца и требуют одновременного назначения препаратов разных нозологических групп.

Коморбидная патология ухудшает течение основного заболевания и приводит к изменениям клинической картины, а также может потребовать коррекции лечения или замены препаратов.

Одним из таких заболеваний является онихомикоз, который поражает ногтевые пластины и встречается у пациентов старшей возрастной группы.

Цель. Изучить функциональные изменения основных показателей гепатобилиарной системы у пациентов с хроническим коронарным синдромом на фоне антимикотической терапии.

Материалы и методы. Мы провели полное обследование 69 пациентов до начала и в течение 3 месяцев лечения системными противогрибковыми препаратами.

Первая группа состояла из пациентов с ИБС: 20 среднего возраста (средний календарный возраст — $47,78 \pm 2,88$ лет) и 14 пожилых (средний календарный возраст — $68,34 \pm 4,42$ лет). Во вторую группу входили практически здоровые люди: 24 среднего возраста (средний календарный возраст — $44,78 \pm 2,31$ лет) и 10 пожилых (средний календарный возраст — $66,28 \pm 5,49$ лет). В обеих группах преобладали женщины. Обе группы получали системные противогрибковые препараты, учитывая чувствительность возбудителей и коронарную терапию — антиагрегант, ингибитор ГМГ-КоА, бета-адреноблокатор и ингибитор АПФ. Повторное обследование проводилось через месяц, два и три после начала лечения.

Результаты. В результате обследования пациентов с онихомикозом уровень трансаминаз был повышен во всех группах: при изолированном онихомикозе - в 1,5 раза, при совместном течении с ИБС - в 3 раза. Таким образом, при онихомикозе в сочетании с хроническим ишемическим синдромом этот показатель составил $58,7 \pm 9,8$ ед. (в группе сравнения - $34,0 \pm 5,3$ ед.; $p < 0,01$). У пациентов с онихомикозом в сочетании с ИБС уровень общего билирубина повышался до $32,4 \pm 5,7$ ед. ($p < 0,01$), а при изолированном онихомикозе - до $23,4 \pm 3,7$ ед. ($p < 0,01$).

Выводы. Было установлено, что на фоне терапии противогрибковыми препаратами у всех пациентов наблюдалось статистически значимое повышение уровня печеночных показателей, но при терапии первой группы с применением кардиальных препаратов повышение печеночных показателей было более выраженным.

ВЛИЯНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА УРОВЕНЬ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Захидова К.Х.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им.

А.Алиева, кафедра кардиологии, город Баку, Азербайджан.

Цель. Изучить и определить и взаимосвязь между уровнями патологических цитокинов и эритропоэтина у больных хронической сердечной недостаточностью с анемией, а также доказать важность этой связи для необходимости назначения пролонгированного эритропоэтина метоксиполиэтилегликолэпоэтина бета, стимулирующего физиологический эритропоэз.

Материал и методы. Обследовано 94 больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной ФВ, NYHA III-IV классы с анемией. Средний возраст больных $59,7 \pm 1,6$ года. Из них 58 мужчин и 36 женщины. У всех больных диагностировалась анемия при уровне гемоглобина (Hb) у мужчин менее

120 г/л и у женщин менее 110 г/л. Причиной ХСН являлась ИБС (постинфарктный кардиосклероз) n=45, либо ИБС с сахарным диабетом (СД) 2 типа n=15, с артериальной гипертензией (АГ) n=14, либо ИБС +АГ+СД n=20.

ФВЛЖ для пациентов III класса 40% или меньше, для IV ФК 25 % и меньше. У всех больных определяли уровни ферритина, трансферрина, эритропоэтина, NTproBNP, патологических цитокинов до и после 6 мес. лечения метоксиполизетилен гликолизэпоэтин бета (МЭБ).. МЭБ назначалась больным без ДЖ. Все больные были а рандомизированы на 2 группы: I группа -46 пациентов и II группа -48 пациентов. I группа больных получали традиционную терапию, включающую ингибиторы АПФ, дигоксин, β-блокаторы, диуретики, а II группа традиционную терапию и МЭБ в дозе 0,60 мкг/кг (50 ЕД) 1 раз в месяц подкожно в течении 6 месяцев.

Результаты. В II группе больных с ХСН с анемией по сравнению с I группой уровень Hb поднялся на 22,4% (p<0,05), а уровень ЭПО в сыворотке крови поднялся до нормальных цифр - 29,3±4,3 (p<0,001). Причем повышение уровня ЭПО в сыворотке крови вызвало подавление цитокиновой активации, наблюдалось снижение ИЛ-1 на 36,6%(p<0,001), ИЛ-6 - на 54,3% (p<0,05), ФНО-α - на 48,3% (p<0,05). ФВЛЖ в группе больных ХСН с анемией, получивших МЭБ повысился на 19,04% (p<0,05). Исходно сниженная толерантность к физической нагрузке (по данным теста с 6-минутной ходьбой) в группе МЭБ по сравнению с плацебо оказалась достоверно возросшей на 76,6% (p<0,05). Положительному гемодинамическому эффекту сопутствовал отчетливый положительный клинический эффект снижением на 32-35% суточной потребности в диуретиках, а также улучшением качества жизни (КЖ). Уровень Hb в I группе увеличился достоверно до 103,5 г/л, а во II группе получившую терапию МЭБ – достоверно возрос до 114.1г/л.

Заключение. У больных хронической сердечной недостаточностью с анемическим синдромом эритропоэтиновая недостаточность усиливает цитокиновую агрессию, которая ухудшает клиническую картину заболевания. Коррекция анемического синдрома при ХСН с применением МЭБ, эффективно устраняет эритропоэтиновую недостаточность и связанную с ней цитокиновую агрессию, анемию у больных ХСН с анемией.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Иншакова К.Ю.¹, Гостева Е.В.², Васильева Л.В.², Колягина Н.М.¹

¹Воронежская городская клиническая поликлиника №18, Воронеж, Россия

²Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

Цель. Определение качества жизни у пациентов пожилого возраста при коморбидности метаболического синдрома с обструктивным апноэ сна.

Материал и методы. На базе ВГКП №18 с января 2023 по сентябрь 2023 года проведено одномоментное исследование, в которое включено 112 пациентов (из них 39 (34,8%) женщин) в возрасте от 60 до 74 лет (в среднем 68±3), наблюдавшихся у врача общей практики. Анализировались клиничко-лабораторные параметры, кардиореспираторное мониторирование проводилось на аппарате «Кардиотехника-04-ЗРМ» (ИНКАРТ, С-Пб, Россия) с регистрацией 12 отведений ЭКГ в течение суток, одно отведение реопневмограммы. Время ночного сна устанавливали по

записям в дневнике наблюдения. Качество жизни определяли методом самооценки здоровья по опроснику методом самооценки с применением опросника SF-36, позволяющим оценить физическую, психологическую, эмоциональную и социальную составляющие. Диагноз метаболического синдрома (МС) выставляли в соответствии с рекомендациями РКО, обструктивного апноэ сна (ОАС) – по **рекомендациям Российского общества сомнологов (2018)**. Статистическую обработку проводили при помощи программы STATISTICA 10.0. Для определения статистической значимости различий средних величин использовали t-критерий Стьюдента, статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В зависимости от наличия ОАС и МС пациенты были разделены на группы. Первая группа – 20 чел. без МС и ОАС, вторая группа - 32 чел. с МС без ОАС, третья 25 чел. – ОАС без МС, четвертая 35 чел. – имели коморбидность МС и ОАС. Общий балл по SF-36 составил в группе 1 – $65,6 \pm 4,8$, в 2 – $53,2 \pm 2,9$, в 3 – $56,3 \pm 3,1$, в 4 – $42,6 \pm 2,9$. Различия по критерию Стьюдента между 1-4 группами ($t=4,10$, $p < 0,001$); группами 1-2 – ($t=2,21$, $p=0,0317$); 2-4 ($t=2,58$, $p=0,0123$), 3-4 ($t=3,23$, $p=0,002$), 1-3 – ($t=1,63$, $p=0,111095$), 2-3 – ($t=0,74$, $p=0,461$). В дальнейшем данные были сгруппированы в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья», при этом самые низкие показатели также установлены у пациентов пожилого возраста при коморбидности метаболического синдрома и обструктивного апноэ сна

Заключение. Таким образом, наиболее низкие показатели качества жизни имели пациенты пожилого возраста при коморбидности метаболического синдрома и обструктивного апноэ сна.

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Исаев И.И.¹, Мамедова А.П.², Мамедова Ш.А.²

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Семейной Медицины, Баку, Азербайджан.

Цель. Гендерный анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ожирением различной степени.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 237 человек, из них 110 мужчин и 127 женщин. Средний возраст мужчин и женщин оказался сопоставимым и составил 48 ± 3 лет. Пациентам проводились клинический осмотр, инструментальные (измерение массы тела, окружность талии, расчет ИМТ, ЭКГ в покое) и биохимические исследования (липидный спектр и глюкоза натощак).

Результаты. В обследованной выборке мужчин и женщин частота ожирение 1 ст. составила 62% ($n=147$). Ожирение 2 ст. выявлено в 2 раза меньше – 28,3% ($n=67$), тогда как ожирение 3 ст. зарегистрировано у каждого десятого - 9,3% ($n=67$). Частота ожирения между мужчинами и женщинами оказалась сопоставимой. В когорте абдоминальное ожирение выявлено у 225 человек (94,9%) без гендерных различий. Наследственная отягощенность по ССЗ у мужчин была выявлена в 52% случаев, среди женщин в 44% случаев.

Анализ социально-демографических показателей демонстрирует, что большинство мужчин и женщин имеют высшее образование (60% и 66%, соответственно). 82% обследованных лиц состояли в браке, 8% холостые и 10% разведенные.

Гипертония выявлена у 36% мужчин и 30% женщин. Среди мужчин у 30% выявлена гипертрофия ЛЖ по ЭКГ в покое. У женщин этот фактор риска зарегистрирован в 14% случаев.

Анализ параметров липидного спектра в когорте продемонстрировал, что средние показатели ХС ЛНП превышали норму у 16% мужчин и 8% женщин, соответственно. У каждого четвертого мужчины выявлена гипертриглицериемия, низкий уровень Хс ЛВП был диагностирован у каждого пятого мужчины. В то же время повышенный уровень триглицеридов среди женщин был выявлен в 15% случаев, а низкий уровень ХС ЛВП обнаружено у 8% женщин. У 13 мужчин и 19 женщин выявлена гипергликемия натощак, из них предиабет обнаружен у 8 мужчин и 6 женщин.

Заключение. В когорте мужчин и женщин с ожирением преобладает ожирение 1 степени. Большинство анализируемых показателей оказались сопоставимыми между мужчинами и женщинами. При этом обращает внимание ассоциация ожирения с гипертонией и различными нарушениями липидного спектра. Гипергликемия выявлена у каждого десятого пациента с ожирением.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Касаева Д.М., Чкотуа Л.В., Тюрина Д.А., Шакарьянц Г.А., Каплунова В.Ю., Ташина Е.И., Высоких А.В., Беленков Ю.Н.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить структуру сопутствующей патологии при гипертрофической кардиомиопатии

Материалы и методы. Был обследован 321 пациент с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), 160 мужчин и 161 женщина, средний возраст составил $47,1 \pm 10,0$ лет (50 лет) средняя продолжительность наблюдения $7,66 \pm 0,36$ лет (от 3 до 35 лет). Диагноз ГКМП устанавливался согласно рекомендациям 2020-2023 гг. по диагностике и лечению больных ГКМП, по результатам алгоритма обследования кардиологического больного в отделении кардиологии. При отсутствии фенотипических проявлений проводилось молекулярно-генетическое исследование.

Результаты исследования. Группа больных ГКМП с метаболическими нарушениями и присоединением ишемической болезни сердца составила 19% от общего количества. Верифицированное присоединение ишемической болезни сердца (ИБС) – 36 чел – 11,3% и артериальной гипертонии (АГ) – 114 чел – 35,5%. Данные изменения фиксировались у больных старших возрастных групп. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СДСТ) диагностирован у 102 чел – 32,8% и был представлен: сколиоз/кифосколиоз грудного отдела позвоночника, прогибы, пролапсы створок митрального клапана (МК), аневризма межпредсердной перегородки (МПП), двухстворчатый аортальный клапан (АОКл), дополнительные хорды, аномалии строения папиллярных мышц, грыжи различной локализации, признаки венозной недостаточности по нижним конечностям, плоскостопие, гипермобильность суставов. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных ГКМП в большинстве случаев включали: долихосигма – 6 чел – 1,9%, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) – 52 чел – 16,2%, язвенную болезнь желудка и 12. кишки – 57 чел – 17,7%. В двух случаях нами выявлено сочетание ГКМП с некомпактным миокардом у 3 больных и с тромбофилией у одного из этих больных. При длительном наблюдении за больными ГКМП у 25 человек – 7,8% диагностированы объемные образования, в большинстве своем, злокачественные. Присоединение лимфопролиферативного заболевания – неходжкинская лимфома отмечено у двух больных. В трех наблюдениях, в группе молодого возраста, отмечено сочетание ГКМП и некомпактного миокарда в одном

случае диагностирована фенокопия ГКМП – болезнь Гоше. Полученные результаты указывают на необходимость комплексного обследования больных и подбора адекватной медикаментозной терапии, проведение молекулярно- генетического обследования, панели ГКМП, особенно в группе больных АГ и ИБС.

Заключение. Таким образом необходимо 1. Адекватно оценивать сопутствующую патологию в старших возрастных группах, так как присоединение ИБС, АГ и метаболических нарушений существенно влияют на течение ГКМП, а гипертрофия может носить вторичный характер; 2. У лиц молодого возраста тщательно подходить к дифференциальной диагностике при ГКМП, так как гипертрофический морфофункциональный тип поражения миокарда свойственен и фенокопиям заболевания.

ПОЛИМОРФНОСТЬ ГЕНА AGT У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Касаева Э.А., Маммаев С.Н.

Кафедра госпитальной терапии №1 ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Махачкала, Россия

Цель. Изучение влияния полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена на формирование хронической сердечной (ХСН) недостаточности ишемической этиологии у жителей Дагестана.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 55 пациентов, страдающих ХСН 1-4 ФК, ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст $56 \pm 4,1$). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет (средний возраст $54 \pm 2,8$). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.1 (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждения. Выявлено, что гомозигота ТТ по сравнению с гетерозиготой ассоциирована с более высоким уровнем триглицеридов ($2,7 [2,1; 2,9]$ ммоль/л и $2,0 [1,6; 2,6]$ ммоль/л, соответственно, $p=0,049$) и липопротеидов низкой плотности ($4,4 [3,9; 5,6]$ ммоль/л и $3,8 [3,2; 4,2]$ ммоль/л, соответственно, $p=0,047$). При оценке возможной связи полиморфизма Met235Thr гена AGT с систолической функцией миокарда левого желудочка в группе больных ХСН значимых зависимостей с величиной фракции выброса и степени укорочения передне-заднего размера левого желудочка ($\% \Delta S$) выявлено не было, но у пациентов - носителей аллели Т отмечались большие размеры левого желудочка: КДР ЛЖ при генотипе ММ составляет $5,0 [4,8; 5,1]$ см, по сравнению с $5,6 [5,1; 6,0]$ и $5,4 [4,9; 5,8]$ см, при генотипе ТТ и ТМ, соответственно; КСР ЛЖ при генотипе ММ составляет $2,4 [2,1; 2,8]$ см, по сравнению с $3,0 [2,9; 3,3]$ и $2,8 [2,6; 3,1]$ см при генотипе ТТ и ТМ, соответственно, различия находились на уровне статистической тенденции.

Выводы. Отмечается тенденция к более редкой встречаемости генотипа ММ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT у больных ХСН, по сравнению со здоровыми лицами. Генотип ТТ полиморфного маркера Met235Thr гена AGT ассоциируется с наличием известных факторов риска ИБС – повышением содержания триглицеридов, ЛПНП, более выраженным нарушением геометрии сердца с увеличением размеров левого желудочка.

ОПЫТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Кашапов Л.Р., Кашапова Л.И.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия.

Цель. Выделить успехи персонализированного медикаментозного лечения фибрилляции предсердий в отечественной и зарубежной клинической практике.

Материал и методы. Проведен анализ 15 зарубежных и отечественных научных исследований, раскрывающих успехи применения персонализированного подхода к лечению ФП. Базой поиска для научных исследований послужили такие ресурсы, как PubMed, Google Scholar, eLibrary, CyberLeninka.

Результаты. Идея персонализированного лечения Фибрилляции предсердий (далее – ФП) включает в себя оценку вероятности возникновения ФП у конкретного пациента, индивидуальный подбор лекарственной терапии и тактики ведения больного с учетом генетических особенностей (биомаркеров различной молекулярной природы). Общеизвестно, что ответ на применяемую в настоящее время антиаритмическую терапию сильно различается у разных пациентов (от явной пользы до полного отсутствия желаемых результатов лечения и, в некоторых случаях, даже развития новых аритмий). В исследованиях выявлены варианты гена, кодирующего β -1 адренергический рецептор, которые влияют на эффективность антиаритмической терапии флекаинидом. Отечественными исследованиями установлена взаимосвязь генов CYP2C9, CYP4F2, VKORC1 у пациентов с фибрилляцией предсердий с дозой варфарина и повышением риска геморрагических осложнений. Потеря функции у CYP2D6, кодирующего печеночный цитохром P450, ответственный за метаболизм примерно 25% клинически используемых лекарств, может являться причиной вариабельности ответа на антиаритмическую лекарственную терапию. В исследованиях установлено влияние носительства гена ABCB1 и межлекарственных взаимодействий на фармакокинетику апиксабана и клинические исходы у пациентов с фибрилляцией предсердий и тромбозом глубоких вен.

Заключение. Достигнуты огромные успехи в определении генетической архитектуры фибрилляции предсердий. Современные научные исследования открывают перспективу того, что в течение ближайших лет может быть достигнут «персонализированный», более основанный на механизмах подход к лечению ФП.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ НОЧНОГО СНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I СТАДИИ

Кирюхин О.Л., Лихоткина Е.А., Матюхина Ю.В., Петрова Л.С.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия.

По данным некоторых исследований более половины больных гипертонической болезнью страдают различными формами нарушений сна. Принимая во внимание то, что сон составляет треть жизни здорового человека, расстройства сна можно считать фактором, действительно ухудшающим качество жизни. Влияет ли диссомния на уровень артериального давления? Стоит ли рассматривать диссомнию как один из

факторов сердечно-сосудистого риска, так же как малую физическую активность, уровень стрессовой нагрузки, вредные привычки и привычки питания?

Целью нашего исследования послужила оценка влияния расстройств ночного сна на уровень артериального давления и течение гипертонической болезни.

Материалы и методы. 101 больной ГБ I стадии, средний возраст – $55,3 \pm 14,2$ лет, прошли обследование с использованием тестирования по шкалам клинической оценки депрессии и тревоги Гамильтона и шкале тревоги по Тейлору. Повышенным считали уровень тревоги, превышающим норму по обоим шкалам. Диагностику психических нарушений и расстройств сна проводили в соответствии с классификацией МКБ-10.

Результаты и обсуждение. При заполнении психологических анкет синдром диссомнии, был выявлен у 39 человек, что составило 38,6% всех исследуемых. При этом все они обнаруживали повышение уровня тревоги или депрессии по стандартным шкалам. Средний уровень тревоги по шкале Гамильтона составил $19,8 \pm 0,22$, что соответствует амбулаторному уровню нарушений. Расстройства сна были представлены трудностями засыпания — 59,8%; ранними пробуждениями — 12,4%; поверхностным сном с частыми пробуждениями — 9,1% и нарушения циркадного ритма - 3,2%. Пациенты с диссомниями были обучены мерам психогигиены сна, методам релаксации для совладания с тревогой, получали фармакологический препарат на основе мелатонина, так как данное лекарственное средство не имеет собственного гипотензивного действия. Результат проведенного лечения оценивался через 30 дней. Достоверного изменения систолического, диастолического и среднего артериального давления у пациентов в результате лечения не произошло, частота сердечных сокращений сохранилась на прежнем уровне. Достоверно меньше ($<0,01$) регистрировалось количество гипертонических кризов и эпизодов повышения артериального давления, особенно в утренние часы. Достоверно повысилась приверженность к лечению у пациентов с тревожностью.

Заключение. По результатам исследования – 38,6% больных гипертонической болезнью I стадии обнаруживают расстройства ночного сна. Улучшение засыпания в результате лечения способствует стабилизации течения гипертонической болезни, уменьшению количества гипертонических кризов и эпизодов подъема артериального давления в утренние часы.

РОЛЬ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кодирова Ш.С.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Актуальность

Постковидный синдром (ПКС) представляет собой последствие перенесенного COVID-19. Данное расстройство еще малоизучено и, по разным источникам, заметно снижает уровень жизни в среднем у 17-30% людей. Психологические нарушения проявляются в период от нескольких недель до полугода. Симптоматика психопатологических нарушений после коронавируса наблюдались в 2 раза чаще, чем после гриппа или ОРВИ.

Цель исследования: изучить психологическое состояние больных с сердечно-сосудистой патологией, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии города Бухары. Исследование включало 225 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, госпитализированных по поводу COVID-19.

Результаты и их обсуждение. Психологическую картину пациентов анализировали по шкале самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина. Отмечалась высокая личностная тревожность, как при первом, так и повторном обследовании (через 1 месяц после выписки): в группе мужчин- 43,8±1,32 и 48,3±1,53 балла соответственно; в группе женщин значение показателя выше: 54,47±1,61 балла ($p < 0,05$ по отношению к группе мужчин при поступлении), а при повторном исследовании у женщин показатель личностной тревожности уменьшился до 47,74±1,32 и по отношению к группе мужчин показатель стал характеризоваться как недостоверный.

Таким образом, зафиксирована высокая личностная тревожность как устойчивая характеристика человека со склонностью воспринимать ситуации как угрожающие, так и высокая реактивная тревожность как состояние напряжения, беспокойства, что вызывает нарушения внимания.

Выводы. Астеновегетативный синдром является частым осложнением перенесенной коронавирусной инфекции. У пациентов, обращающихся на амбулаторный прием к врачу после перенесенной коронавирусной инфекции, отмечается значительно повышенный уровень депрессивных и тревожных расстройств. Лечение пациентов с postCOVID-19 психологическим нарушением дает более быстрый эффект в отношении астенических и когнитивных нарушений и более медленную положительную динамику в отношении тревожных и депрессивных расстройств.

РИСК РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СПОНТАННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ

Козловский В.И., Ковтун О.М., Бондарик М.В., Подолинская Н.А., Багинская Н.Н. Медицинский университет, Витебск, Беларусь, Областной кардиологический центр, Витебск, Беларусь, Республиканский научно-практический *центр радиационной медицины* и экологии человека, Гомель, Беларусь.

Цель. Выявление наиболее значимых изменений спонтанной агрегации тромбоцитов (САТ), ассоциированных с развитием суммарного числа инсультов, инфарктов миокарда и летальных исходов в течение 5 лет.

Материал и методы. Обследованы 276 пациентов с артериальной гипертензией II степени, риск 2-3. Мужчин было 129, женщин – 147. Средний возраст 58,7±8,7 лет. Все пациенты получали традиционное антигипертензивное лечение, включавшее 2-3 антигипертензивных препаратов. Целевой уровень артериального давления (АД) достигался у 86 % пациентов, у остальных АД периодически поднималось до 140-155/90-95 мм рт. ст. Комплайенс составил 85,9 %.

Спонтанная агрегация тромбоцитов (без добавления стимуляторов агрегации) исследовалась по методу Friedlander, I. A. (1971) с помощью агрегометра “СОЛАР”. Повышение агрегации регистрировали при изменении оптической плотности суспензии тромбоцитов более или равной 10 % в течение 10 минут. Особенности САТ отмечали по начальной скорости изменений оптической плотности суспензии

тромбоцитов в течение первой минуты и изменениях ее в течение 10 минут последующего исследования.

Длительность наблюдения пациентов составила 5 лет, регистрировали суммарное число неблагоприятных событий - инсультов, инфарктов миокарда и летальных исходов.

Результаты. Повышение САТ выявлено у 165 (59,8%) пациентов с артериальной гипертензией. Быстрое повышение агрегации с начальной скоростью 10 % в первую минуту и более отмечено у 43 пациентов (1 группа), медленное изменение оптической плотности суспензии тромбоцитов (с начальной скоростью менее 10 % в течение первой минуты, однако с изменениями более 10 % за последующее время исследования (2 группа, 122 пациента). В третьей группе было 111 пациентов (40,2 %), изменений САТ не регистрировали (оптическая плотность суспензии тромбоцитов была менее 10 %).

В течение последующих 5 лет в 1 группе суммарное число инсультов, инфарктов миокарда и летальных событий было 25, во 2-й – 13, в 3-й – 8. Данные указывают, что относительный риск развития ИС в 1 группе по сравнению с 3-й группой составляет 5,47 при доверительном интервале (ДИ) 2,44-11,46, во 2-й группе при аналогичном сравнении риск был повышен в 3,82 раза при ДИ 1,94-6,99.

Заключение. Таким образом, у 59,8 % пациентов с артериальной гипертензией II степени отмечалась САТ. При быстром повышении оптической плотности суспензии тромбоцитов, более 10 % в первую минуту, риск развития в течение 5 лет общего числа летальных исходов, инсультов и инфарктов миокарда был в 5,47 раз (ДИ 2,44-11,46) больше, чем в группе с нормальной САТ. Медленные начальные изменения агрегации тромбоцитов, но более 10 % в течение исследования, ассоциировалось с относительным риском ИС в 3,83 раза (ДИ 1,94-6,99) больше, чем у пациентов без спонтанной агрегации тромбоцитов.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАЗНАЧЕНИЙ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Корнилов А.А., Поветкин С.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск,
Россия.

Цель. Анализ структуры врачебных потреблений фиксированных комбинаций антигипертензивных лекарственных средств в условиях локального фармацевтического рынка.

Материал и методы. Проводили наблюдательное исследование методом анализа статистических данных потребления лекарственных средств в ряде областей Российской Федерации. Анализировали общедоступные данные о структуре потребления фиксированных комбинаций лекарственных средств, содержащих в своем составе различные ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). Для статистической обработки результатов применяли методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. По результатам обработки статистических данных были получены следующие результаты. Во всех изучаемых регионах в пятерке наиболее назначаемых комбинаций, содержащих иАПФ, были представлены:

периндоприл+индапамид; периндоприл+индапамид+амлодипин, периндоприл+амлодипин, лизиноприл+амлодипин, эналаприл+гидрохлоротиазид. Так, в Брянской области совокупные доли этих комбинаций по различным торговым наименованиям составили 23,29%, 12,57%, 8,83%, 1,84% и 4,81%, соответственно. В соседней Орловской области их совокупные доли были следующие: 13,81%, 9,47%, 8,11%, 4,52% и 4,04% для вышеобозначенных комбинаций, соответственно; в Курской области - 16,35%, 13,06%, 12,54%, 3,04% и 5,66%, соответственно.

Заключение. Таким образом, в целом по изучаемым регионам наиболее востребованной являлась комбинация периндоприл+индапамид – на ее долю приходилось 17,93% случаев приобретения, на 2-ом месте – тройная комбинация периндоприл+индапамид+амлодипин – 12,2%, на 3-ем – периндоприл+амлодипин – 9,66% приобретений, соответственно. Следует отметить, что во всех трех случаях комбинации содержали в качестве иАПФ периндоприл. По данным литературы известно, что данный препарат имеет широкую доказательную базу у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, включен в действующие клинические рекомендации по лечению артериальной гипертонии и в целом применение фиксированных комбинаций на его основе (двухкомпонентных – содержащих блокатор медленных кальциевых каналов или диуретик; трехкомпонентных – содержащих блокатор медленных кальциевых каналов и диуретик одновременно) соответствует принципам рациональной фармакотерапии и алгоритмам ведения больных артериальной гипертонией.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Майтбасова Р.С., Ержанова Г.Е., Калиахмет К.Ж., Рахым Г.С.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Казахстан.

Цель. Сложности верификации диагноза неспецифического аортоартериита у детей и подростков, что ведет к поздней диагностике, инвалидизации и ухудшает прогноз.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей и подростков в возрасте до 17 лет с неспецифическим аортоартериитом (НАА), проходивших обследование и лечение в АО «Научном центре педиатрии и детской хирургии» в 2010-2023 годы. Всего было 17 пациентов. Мальчиков - 4 (23,5%), девочек – 13 (76,5%). Соотношение мальчиков/девочек составило 1:4. Анализировали возраст, симптомы НАА в дебюте и в динамике, продолжительность болезни на момент исследования, длительность активной фазы, распространенность поражения аорты и ее ветвей, эффективность, базисной терапии и исходы. Всем было проведено стандартное клиничко-инструментальное обследование, а также специальные методы исследования, включающие: УЗДГ с ЦДК, КТ с контрастированием сосудов, позитронно-эмиссионную томографию, суточное (холтеровское) мониторирование артериального давления. Другие методы исследования и консультации специалистами проводились по показаниям.

Результаты. Возрастной состав мальчиков с неспецифическим аортоартериитом (4-23,5%): 5 мес- 1(25,0%), 2г.10мес-1 (25,0%), 6 лет-1 (25,0%) и 9 лет-1(25,0%) ребенок. Возрастной состав девочек с НАА (13-76,5%): 6 мес-1 (7,7%) ребенок, 3 года-1 (7,7%), 4 года-1(7,7%), 5 лет-1 (7,7%), 12 лет-2 (15,4%) и с 13 по 17 лет по одной пациентке (7-53,8%). Большинство детей с НАА проживали в сельской местности – 13 (76,5%) и меньше в городе – 4 (23,5%). Этническая принадлежность детей с НАА: большинство составили казахи – 15 (88,2%), уйгуры – 1 (5,9%)

пациентка 3-х лет и русский – 1(5,9%) пациент в возрасте 5 мес. Сроки постановки диагноза НАА от начала заболевания: <6 мес-2 (11,8%); >6 мес- 6 (35,3%) и >12 мес - 9 (52,9%), как видно очень позднее выявление неспецифического аортоартериита. По локализации: I тип - нет, IIa тип-1 (5,9%), IIb тип-1 (5,9%), III тип-1 (5,9%), IV тип - 5 (29,4%), V тип-9 (52,9%). Как видно, наиболее часто наблюдался V тип - 9 (52,9%) и IV тип - 5 (29,4%), что свидетельствует о крайне запоздалой диагностике и о большой распространенности поражения аорты и ее ветвей и в том числе почечных артерий и у одной пациентки было выявлено поражение легочных артерий.

Заключение. Таким образом, неспецифический аортоартериит в детском возрасте относится к редко встречающимся патологиям и в этой связи становится одной из причин поздней диагностики и лечения, что в результате ведет к ранней инвалидизации и не редко способствует развитию жизнеугрожающих осложнений и в том числе приводит к летальному исходу в раннем детском возрасте. При диагностике НАА необходимо опираться не только на «отсутствие пульса» на лучевых артериях, но и необходимо исследование пульсации на других артериях, так как признаки окклюзии сосудов и ишемии зависят от локализации поражения сосудов.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Майтбасова Р.С., Ержанова Г.Е., Калиахмет К.Ж., Кусаинова А.Е.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», Алматы, Казахстан

Цель. Изучение факторов риска первичной (эссенциальной) артериальной гипертензии у детей и подростков.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей и подростков 12-17 лет с эпизодами повышения АД, у которых среднее АД было равно или выше 95-го перцентиля для данного возраста, пола и роста, проходивших обследование и лечение в АО «Научном центре педиатрии и детской хирургии» в 2019-2023 годы. Всего 31 пациент. Мальчиков - 19 (61,3%), девочек – 12 (38,7%). Соотношение мальчиков/девочек составило 1,5:1. Пациенты с симптоматической/вторичной артериальной гипертензией (АГ) были исключены из исследования. У всех исследуемых проводился сбор данных анамнеза, оценка физического развития по показателям антропометрических параметров и расчетам индекса массы тела (ИМТ, кг/м²). Значения ИМТ оценивали по номограммам с учетом возраста и пола ребенка. Было проведено стандартное клинико-инструментальное обследование, а также специальные методы исследования, включающие: оценку состояния функционирования вегетативной нервной системы, ЭКГ, ЭхоКГ с доплерографией и цветное доплеровское картирование, суточное мониторирование АД и велоэргометрию. Другие методы исследования и консультации специалистами проводились по показаниям.

Результаты. Дети и подростки в зависимости от степени повышения АД составили: I группа – с повышенным АД (120/<80 – 129/80 мм.рт.ст.) – 7 (22,6%); II группа – с АГ 1-й степени (130/80 – 139/89 мм.рт.ст.) – 19 (61,3%); III группа – с АГ 2-й степени (АД≥140/90 мм.рт.ст.) – 5 (16,1%). По данным анамнеза у были выявлены факторы риска АГ: 1) У близких родственников наследственная отягощенность по гипертонической болезни и другим сердечно-сосудистым заболеваниям, а также сахарному диабету (наличие этих заболеваний у родителей в возрасте до 55 лет) отмечались у преобладающего большинства (28-90,3%) из них, особенно у детей и подростков, имеющих избыточный вес и ожирение. 2) Патохарактерологические особенности личности в той или иной степени выраженности (тревожность,

раздражительность, эмоциональная неустойчивость, агрессивность и др.) – у 19 (61,3%). 3) Недостаточная двигательная активность /гиподинамия – у 27 (87,1%). 4) Неонатальные патологии (недоношенность, внутриутробная гипотрофия, низкая масса тела для данного срока беременности отмечались – у 5 (16,1%). 5) Курение – 5 (16,1%). 6) Повышенное потребление соли – 15 (48,4%). 7) Раннее наступление физической и половой зрелости (у девочек до 8 лет, у мальчиков - до 10 лет) – 1 (3,2%).

Заключение. Таким образом, у большинства детей и подростков с артериальной гипертензией отмечается отягощенная наследственность по гипертонической болезни и другим сердечно-сосудистым заболеваниям, а также избыточный вес/ожирение; характерны также патохарактерологические особенности личности, гиподинамия, повышенное потребление соли. В этой связи важны профилактические мероприятия по предупреждению первичной АГ у детей и подростков - это своевременная коррекция факторов риска, что снизит риск сердечно-сосудистых осложнений во взрослом периоде.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ СТАЖА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

Цель. определение взаимосвязи ряда параметров, в том числе продолжительности профессиональной деятельности медицинских работников из различных групп с развитием у них разного уровня выраженности компонентов, характеризующих наличие у них синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Материал и методы. Проведено простое, открытое, поперечное исследование, включившее анонимное онлайн-анкетирование сотрудников различных медицинских организаций ряда регионов России с помощью опросника МВІ (Maslach Burnout Inventory) в русскоязычной адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой для медицинских работников (2005). Он предназначен для диагностики следующих компонентов СЭВ: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция профессиональных достижений». Сравнение частотных показателей в независимых выборках проведено с помощью двустороннего точного критерия Фишера и критерия Краскела-Уоллеса. Статистическим значимым считали $p < 0,05$.

Результаты. В зависимости от стажа профессиональной деятельности опрошенные были разделены на четыре группы: стаж менее 1 года – 5,5 %, 1-10 лет – 44,5 %, 11-20 – 24,5 %, 21-30 – 25,5 %. В исследование методом сплошной выборки включены ответы 200 работников государственных и коммерческих медицинских организаций. Из них 159 женщин (79,5 %) и 41 мужчина (20,5 %). Установлено, что эмоциональное истощение низкого уровня чаще встречается у медицинских работников при стаже профессиональной деятельности от 21 года до 30 лет (61,5 %, $p=0,003$), среднего уровня – от 1 года до 10 лет (28,1 %), высокого уровня - при стаже от 11 до 20 лет (47,9 %). Деперсонализация низкого уровня чаще диагностировалась у медицинских работников при стаже профессиональной деятельности от 1 года до 10 лет (10,1 %), среднего уровня – при стаже до года (54,5 %), высокого уровня 1-10 лет (49,4 %). Редукцию личных достижений низкого уровня чаще обнаруживали при стаже 11-20 лет (8,3 %), среднего уровня - при стаже 21-30 лет (88,5 %), высокого - менее 1 года (18,2 %).

Заключение. Таким образом, выявлена достоверная взаимосвязь между стажем работы медицинских работников и частотой развития у них низкого уровня эмоционального истощения: при наибольшем профессиональном стаже у медицинских работников имеются наиболее высокие показатели низкого уровня развития эмоционального истощения. Можно предположить взаимосвязь этой ситуации с тем, что у медицинских работников с наибольшим стажем работы по специальности имеется более сложная психологическая структура, что выражается в более гибком подходе к работе с пациентами, способствующем предотвращению развития и прогрессирования у специалистов выраженных проявлений синдрома эмоционального выгорания.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Маммаев С.Н., Касаева Э.А., Ганиева Ж.А.
ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ, Махачкала, Россия.

Цель. Изучение клинической информативности цитокинов у больных РА.

Материал и методы. В исследование были включены больные РА. В основную группу вошли 36 человек в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст $41,8 \pm 1,3$ года). Группу сравнения составили 24 практически здоровых человека: средний возраст которых составил $38 \pm 2,4$ года. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Биостат», разработанной С. Гланцем, рассчитывали среднее арифметическое (M), его ошибку (m). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Для определения взаимосвязи изучаемых параметров проводили ранговый корреляционный анализ. Характер корреляционных связей между группами данных определяли с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r).

Результаты. Длительность заболевания РА в исследуемой группе больных составляла от 6 месяцев до 30 лет (средняя продолжительность $117 \pm 7,5$ месяцев). Положительные титры РФ были обнаружены в сыворотке крови у 27 (75 %) пациентов. По данным рентгенологического исследования I стадия была выявлена у 5 (13,8%) человек, II стадия – у 14 (38,9%), III – у 15 (41,7%) и IV стадия – у 2 (5,6%) больных. Средняя концентрация СРБ в сыворотке всех пациентов составила $26,4 \pm 1,3$ мг/л. Степень активности РА с учетом индекса активности DAS28 была низкой – у 3 (8,3%) пациентов, умеренной - у 11 (30,6 %), высокой у 22 (61,1 %) человек. Качество жизни больных по опроснику состояния здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire) было оценено в $2,46 \pm 0,3$ балла. При изучении уровня цитокинов у больных РА отмечалось достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня ИЛ-6 по сравнению с контрольной группой ($46,4 \pm 12,4$ и $14,5 \pm 5,3$ пг/мл, соответственно). Показатель ИЛ-10 у больных РА был достоверно ($p < 0,01$) снижен по сравнению с контрольной группой ($18,4 \pm 3,6$ и $48,7 \pm 11,9$ пг/мл, соответственно). При исследовании корреляционных связей отмечено, что повышение уровня ИЛ-6 ассоциировано с высокими показателями уровня СРБ ($r = 0,76$, $p < 0,05$), серопозитивностью по РФ ($r = 0,24$, $p < 0,05$), индексом активности DAS28 ($r = 0,23$, $p < 0,05$), ВАШ ($r = 0,31$, $p < 0,05$). При изучении взаимосвязи уровня ИЛ-10 с клинико-лабораторными показателями, отражающими активность РА, нами выявлена отрицательная корреляция с уровнем СРБ ($-r = 0,65$, $p < 0,06$), серопозитивностью по РФ ($-r = 0,29$, $p < 0,10$), индексом активности (DAS28) и степенью тяжести РА по ВАШ ($-r = 0,31$, $p < 0,09$; $-r = 0,17$, $p < 0,09$, соответственно).

Заключение. Состояние цитокиновой системы у больных РА представлено увеличением продукции провоспалительного цитокина (ИЛ-6) и снижением показателя противовоспалительного цитокина (ИЛ-10) в сыворотке крови.

Установлено наличие достоверных корреляционных связей между уровнем ИЛ-6, ИЛ-10 и клинико-лабораторными показателями, отражающими активность РА.

ПАЦИЕНТЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: В ФОКУСЕ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Марат Д.М., Загоруля Н.Л., Кубекова С.Ж.

НАО «Медицинский Университет Астана», Астана, Казахстан.

Цель. Определить распространённость рака молочной железы по г. Астана.

Материал и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации (отчетно-статистических материалов) пациенток с раком молочной железы, проходивших лечение и диспансерное наблюдение в городском онкологическом центре г. Астана за период 2014-2023 гг.

Результаты. Общее число больных раком молочной железы, состоящих на учете в специализированных онкологических организациях г. Астана имеет тенденцию к постоянному росту: если в 2014 году на учете состояло 1446 человек, то на конец 2023 года этот показатель составил 3864 человека (в абсолютных числах), из которых 8 пациентов мужчины, в возрасте от 54 до 80 лет (средний возраст $69,7 \pm 7,1$ лет). Показатель общей заболеваемости раком молочной железы за 10-ти летний период так же вырос со 197 человек (23,2 на 100 тыс. населения) до 473 человек (34,0 на 100 тыс. населения). При анализе смертности пациентов от рака молочной железы получены следующие результаты: устойчивый рост количества умерших с 59 до 95 человек за период 2014-2018 гг, резкое снижение до 62 человек в 2019 году, и вновь стабильный рост с 67 до 90 человек в период 2020-2023 гг. Анализ обнаружения рака молочной железы на ранних (1-2) и поздних (3-4) стадиях показал, что основная масса пациентов за период 2014-2023 гг была выявлена на ранних стадиях заболевания (% выявления 1-2 стадии заболевания составил от 75 до 89% в разные годы), что доказывает важность и необходимость проведения скрининговых мероприятий для выявления онкопатологии на ранних стадиях. 5-ти летняя выживаемость пациентов с раком молочной железы колебалась с 55,4 до 52,7 на 100 тыс. населения, причем наивысший показатель составил 56,8 на 100 тыс. населения в 2015 году, а самый худший показатель был зафиксирован в 2019 году и составил 49,1 на 100 тыс. населения.

Заключение. Таким образом, приведенные данные показывают неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы по г. Астана, причем отмечаются стабильно высокие показатели выявления данной патологии на ранних стадиях заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Манюкова Э.Т., Дусталиева А.А., Подмарева Е.А., Мясищева А.С.

ГБУЗ НО ГКБ № 38, Нижний Новгород, Россия.

Цель. Определить эффективность группового профилактического консультирования с целью коррекции пищевых предпочтений молодых людей с отягощенным семейным анамнезом по развитию хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Материалы и методы. Оценка характера питания проводилась методом анкетного опроса до и после профилактического консультирования (ПК) 32 студентов

лечебного факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. Среди анкетированных было 23 (72%) юноши и 9 (28%) девушек в возрасте $23 \pm 0,8$ лет. У всех респондентов был отягощен семейный анамнез по развитию ХНИЗ: у 13 (41%) по развитию инфаркта миокарда (ИМ), у 19 (59%) – сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), при этом у 8 из них – по сочетанному развитию ИМ и СД 2 типа. В рамках группового ПК всем студентам была прочитана лекция об основах рационального питания и выданы буклеты-памятки с подробной информацией о методах внедрения новых пищевых привычек в повседневную жизнь и примерный план меню на несколько дней. Повторная оценка характера питания была проведена через 10 дней после ПК студентов. Качественные переменные представлены в виде доли (Р, в %) и доверительного интервала (ДИ) (нижний уровень - верхний уровень 95% ДИ), рассчитанного по методу Вилсона.

Результаты. Согласно данным первоначального опроса 3 основных приёма пищи в течение дня имели 47% (31-64%) (n=15), завтракали ежедневно – 56% (39-72%) (n=18) студентов. В виде перекуса фрукты, овощи или орехи предпочитали 59% (42-74%) (n=19), остальные – выпечку или пиццу. Ежедневно овощи употребляли 50% (34-66%) (n=16), фрукты – 59% (42-74%) (n=19), красное мясо – 16% (7-32%) (n=5), мясо птицы – 44% (28-61%) (n=14), мяскоколбасные изделия – 22% (11-39%) (n=7), кондитерские изделия – 38% (23-55%) (n=12) опрошенных. До 2х раз в неделю фастфуд употребляли 28% (16-45%) (n=9), бобовые – 13% (5-28%) (n=4), жирную морскую рыбу – 13% (5-28%) (n=4) анкетированных. Досаливали уже приготовленную пищу 34% (20-52%) (n=11) студента, каждый второй из них – не пробуя блюдо предварительно. По данным повторного опроса после группового ПК выявлено изменение пищевых привычек у 78 % (61-89%) (n=25) студентов: увеличилось употребление фруктов, овощей и орехов у 88% (70-96%) (n=22), 92% (75-98%) (n=23), 68% (48-83%) (n=17) анкетированных, соответственно, и уменьшилось употребление красного мяса и фастфуда у 56% (37-73%) (n=14) и 100% (n=25) респондентов, соответственно.

Заключение. Значительная часть студентов с отягощенным анамнезом по развитию ХНИЗ питалась нерационально. После проведения группового ПК большее количество респондентов изменили свои пищевые привычки: увеличили в рационе содержание фруктов, овощей, орехов и уменьшили потребление красного мяса и фастфуда. Данный вид группового ПК можно рекомендовать при разработке профилактических мероприятий, направленных на коррекцию нерационального питания у лиц молодого возраста, особенно с отягощенным семейным анамнезом по развитию ХНИЗ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТОЛЩИНЫ ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мехдиев С.Х.¹, Мустафаев И.И.¹, Мамедов М.Н.², Касумова Ф.Н.¹

¹Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева Минздрава АР, Баку, Азербайджан.

²ФГБУ Научный Медицинский Исследовательский Центр Терапии и Профилактической Медицины Минздрава РФ, Москва, Россия.

Цель. Изучение связи толщины интимы-медиа (ТИМ) с различными показателями у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2).

Методы исследования. В исследование были включены 528 пациентов с СД2, ТИМ $>0,9$ - $<1,3$ мм расценивали как стеноз сонной артерии, а $>1,3$ мм – как атеросклеротическую бляшку в сонных артериях. Пациенты отвечали на вопросы анкеты «ARIC» относительно цереброваскулярной патологии. У больных измеряли артериальное давление, определяли гликогемоглобин (HbA1c), скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

Полученные результаты. Установлено, что у 46,6% больных имелись клинические признаки церебрального атеросклероза. У 77,8-80% больных определялась ТИМ $>0,9$ в сонных артериях, что свидетельствует о высокой вероятности острых нарушений мозгового кровообращения у них.

Средние значения ТИМ у больных СД2 составили $1,216\pm 0,053$ мм ($1,172\pm 0,089$ мм у мужчин, $1,227\pm 0,064$ мм у женщин, $p>0,05$). Статистически значимой асимметрии в частоте выявления стенозов сонных артерий не было выявлено. При сонографии у $30,6\pm 5,4\%$ больных выявлен стеноз сонных артерий $<40\%$, стеноз 50-59% - у $58,3\pm 5,8\%$ и 60-95% - у $12,5\pm 3,9\%$ больных. У 4% больных в анамнезе был инсульт головного мозга, а клинические признаки вертебробазилярной недостаточности выявлены у 31,6% больных. Статистически значимой разницы показателей ТИМ в различных группах, получавших противодиабетическое лечение по сравнению с группами, не получавшими лечения, не наблюдалось.

При доплерографии у больных с $Hb1c\geq 7\%$ по сравнению с пациентами с хорошим гликемическим контролем стеноз сонных артерий 50-59% ($56,5\pm 4,2\%$ vs $50,0\pm 7,7\%$ соответственно, $p=0,579$) и стеноз 60-95% (соответственно $17,4\pm 3,2\%$ vs $7,1\pm 4,0\%$, $p=0,063$) были выявлены у большего числа пациентов. У лиц с плохим гликемическим контролем средние значения ТИМ также были выше (ТИМ справа $1,28\pm 0,08$ мм vs $1,26\pm 0,14$ мм; ТИМ слева $1,21\pm 0,06$ мм vs $1,14\pm 0,11$ мм, $p=0,579$).

По сравнению с лицами с нормотензией, у больных с артериальной гипертензией (АГ) правая ТИМ $>0,9$ мм ($84,6\pm 5,0\%$ vs $60,0\pm 11,0\%$ соответственно, $p=0,049$) и левая ТИМ $>0,9$ мм (соответственно $84,3\pm 5,1\%$ vs $65,0\pm 10,7\%$, $p=0,180$) встречалась значительно чаще, что является показателем атеросклероза сонных артерий. Средние значения ТИМ также были выше у больных с АГ, по сравнению с нормотензией (соответственно, ТИМ справа $1,319\pm 0,069$ мм vs $1,126\pm 0,119$ мм, $p=0,015$; ТИМ слева $1,180\pm 0,059$ мм vs $1,074\pm 0,087$ мм, $p=0,334$), причём, эта разница в правой сонной артерии была более выраженной. Частота сонографического показателя атеросклероза сонных артерий определялась у 84,4% больных с АГ, а каротидных бляшек (ТИМ $\geq 1,3$) - у 56,8 \pm 8,1% исследуемых.

Высокие значения ТИМ среди больных СД2 с микроальбуминурией 100 мг/дл и СКФ- 89-60 мл/мин. обнаруживались преимущественно в правой сонной артерии ($1,77\pm 0,41$ мм и $1,33\pm 0,09$ мм соответственно).

Заключение. У больных СД2 ТИМ считается предиктором не только цереброваскулярной патологии, но и других сердечно-сосудистых заболеваний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мехтиев Т.В.¹, Керимов Э.А.¹, Кайсинова А.С.², Ахундова Х.Р.³

¹ Центральная районная больница, Шеки, Азербайджан.

² ФГБУ ПГНИИК ФМБА, Пятигорск, Россия.

³ ФГБУ НМИЦ ТПМ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить эффективность лечения препаратом орлистат в монотерапии и в сочетании с модификацией образа жизни (МОЖ) в лечении ожирения у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 257 больных с МС в возрасте 30-60 лет, проходивших обследование и лечение в ЦРБ и клинике «Альянс» г. Шеки. МС диагностирован на основании критериев ВОЗ. Ожирения оценивали с помощью индекса массы тела, абдоминальное ожирение по измерению окружности талии. Пациенты были разделены на группы в зависимости от степени ожирения. Всем пациентам проводились клинические и биохимические исследования. Инструментальные исследования включали ЭКГ в покое, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости. Биохимия крови включали определение гликемия натощак, гликированный гемоглобин (HbA1c), креатинин, мочевины, мочевины, мочевая кислота, липидный спектр крови (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, триглицериды, индекс атерогенности), иммунореактивный инсулин (расчет индекса НОМА) и С-реактивный белок.

Лечение орлистатом назначали в дозе 120 мг по 1 капсуле 3 раза в сутки, во время основного приема пищи или через 1 час после приема пищи. Результаты проведенного лечения пациентов только на МОЖ, только Орлистат, и сочетанное МОЖ+Орлистат. Пациенты наблюдались в 2 подгруппах по продолжительности лечения: 12 и 24 недели.

Результаты исследования. Среди включенных в исследования пациентов с МС у 21 (8,1%) имелась избыточная масса тела, у 31 (12,1%) — ожирение 1 степени, у 82 (31,9%) — ожирение 2 степени, у 123 (47,9%) отмечено ожирение 3 степени. При этом у пациентов, включенных в исследование, у 61 (23,7%) был диагностирован сахарный диабет 2 типа, а у 107 (41,6%) нарушение толерантности к глюкозе. Пациенты продолжали принимать базовые препараты, включая антигипертензивные, сахароснижающие препараты и липидснижающие препараты.

МОЖ был рекомендован в качестве терапии первой линии пациентам с МС. Эффективность терапии МОЖ оценивали по снижению исходной массы тела менее чем на 5%, 5%-10% и более чем на 10% через 12 недель и 24 недели лечения.

Во всех подгруппах больных принимающие МОЖ и орлистат отмечалась позитивная динамика метаболических нарушений. У пациентов с ожирением II и III степени, принимающих препарат Орлистат и МОЖ, отмечалась наибольшая эффективность, особенно при приеме лечения в течение 24 недель, (снижение веса на 5-10%). У пациентов, принимающих Орлистат в течение 24 недель, отмечено снижение ИМТ и окружности талии. Наряду со снижением массы тела, у пациентов, принимающих сочетанное лечение МОЖ и Орлистат отмечено достоверное снижение артериального давления, уровня глюкозы, HbA1C, НОМА-IR и улучшение показателей липидного спектра в виде снижения уровня триглицеридов, ХС ЛПНП и увеличение ХС ЛПВП.

Заключение. В лечении ожирения на фоне метаболического синдрома в течение 12-24 недели отмечалось снижение массы тела на 5-10% у 56,1-60,2% пациентов, а потеря массы тела больше 10% наблюдалось у 25,2%-28,4% пациентов. Комбинированная терапия Орлистатом и МОЖ приводит к снижению факторов риска ССЗ и улучшению качества жизни у большинства больных МС и СД 2 типа.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У МОЛОДЫХ ЖИТЕЛЕЙ Г. ТАШКЕНТА

Мухамедова М. Г.¹, Арнопольская Д. И.²

¹ Военно-медицинская Академия Вооруженных сил Республики Узбекистана, Военно-медицинский научно-исследовательский институт, Ташкент, Узбекистан.

² De Factum Laboratories, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования – изучить распространенность различных факторов кардиоваскулярного риска у лиц призывного возраста Республики Узбекистан

Материал и методы исследования. Проведен анализ амбулаторных карт лиц мужского пола возраста 18-27 лет, не имеющих медицинских противопоказаний к военной службе. Все лица, включенные в исследование, были распределены на возрастные группы: 18-20 лет, 21-24 года и 25-27 лет. Регистрировались диагностированные факторы сердечно-сосудистого риска – ожирение, диагностированные компоненты метаболического синдрома, артериальная гипертензия, табакокурение, гиподинамия, атерогенная диета, кардиоваскулярный семейный анамнез. Статистический анализ включал определение частотных особенностей встречаемости факторов риска в зависимости от возрастной категории и семейного анамнеза.

Результаты исследования. В ходе исследования было проанализировано 1246 амбулаторных карт. Распространенность основных метаболических и гемодинамических факторов риска составила: избыточный вес – 26,65% (332 человек), в том числе абдоминальное ожирение – 7,87% (98 человек), артериальная гипертензия (во время трех отдельных посещений врача) – 11,88% (148 человек), дислипидемия – 4,98% (62 человек), гипергликемия – 7,78% (97 человек), в том числе сахарный диабет 2 типа 1,69% (21 человек). По частоте артериальной гипертензии возрастные группы не различались между собой, в то время как распространенность ожирения и гипергликемии увеличивались с возрастом. У 17% лиц, включенных в исследование (213 человек), семейный анамнез показал наличие случаев кардиоваскулярных заболеваний в возрасте до 60 лет и сахарного диабета 2 типа в семье, Табакокурение отмечалось у 35,55% (443 человек), гиподинамия – у 41,81% (521 человек), атерогенная диета – 57,87% (721 человек). Частота табакокурения увеличивалась с возрастом, приверженность к нездоровому питанию – напротив, снижалась с увеличением возраста. Определение закономерностей сочетания факторов риска обнаружило, что метаболические и гемодинамические факторы риска, кроме ожирения, достоверно чаще встречались у лиц с положительным кардиоваскулярным семейным анамнезом, но не зависели от наличия бихевиористских факторов риска (курение, гиподинамия, нездоровая диета). Избыточный вес и ожирение, напротив, чаще сочетались с нездоровым образом жизни. Достоверной закономерности сочетания превышения нормальной массы тела и артериальной гипертензии в исследуемой когорте лиц не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, исследование показало у мужчин 18-27 лет – жителей г. Ташкента, наличие двух пересекающихся континуумов факторов кардиоваскулярного риска: 1) семейный анамнез и метаболические факторы риска и артериальная гипертензия, и 2) бихевиористские факторы риска и увеличение массы тела. Результаты исследования можно расценивать как пилотные, которые позволят разработать превентивные программы снижения кардиоваскулярного риска, направленные на молодых мужчин Узбекистана.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Нехаенко Н.Е., Анучина Н.Н., Анохина Ю.М., Чайкина Н.Н., Сыч Г.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия.

Актуальность. Необходимость изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью связана с высокой конкуренцией на рынке медицинских услуг, так как своевременно полученные данные способствуют совершенствованию управленческих решений, повышая успешность медицинских организаций. На уровне амбулаторно-поликлинического звена осуществляется значительная доля диагностического процесса и лечения, поэтому изучение деятельности первичного звена здравоохранения и ее своевременная оптимизация имеют первоочередное значение для всей структуры медицинского обслуживания.

Цель. Оценить удовлетворенность пациентов медицинской помощью на уровне первичного звена здравоохранения.

Материал и методы. Информация для субъективной оценки удовлетворенности медицинской помощью была получена в результате анкетирования пациентов бюджетных учреждений здравоохранения г. Воронежа. Вопросы анкеты касались удовлетворенности оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене за последние десять лет. В опросе приняли участие 501 пациент, из них 168 мужчин (33,5%) и 333 женщин (66,5%).

Результаты. Анализ полученного материала показал, что интерес к опросу проявили респонденты в возрасте от 18 до 30 лет 131 (26,1%), от 30 до 40 лет 94 (18,8%) и от 40 до 60 лет 98 (19,6%). Выявлено, что в основном причинами обращения в медицинскую организацию были жалобы по поводу развития острых симптомов 190 (37,9%) и лечения хронических заболеваний 152 (30,3%), а с профилактической целью обратились лишь 159 (31,7%). Большинство анкетированных оценили на «отлично» и «хорошо» доступность информации о медицинской организации 444 (88,7%), доступность подхода/подъезда к поликлинике 407 (81,3%), количество информационных стендов и инфоматов 442 (88,3%), удобство регистрации при посещении медицинской организации 404 (80,3%), время ожидания приема 367 (73,2%), а также условия ожидания приема (места ожидания, доступность питьевой воды, чистота, освещенность и др.) 417 (83,3%). Однако при этом почти половина обследуемых отметили, что не знают/не имеют возможности записаться на прием дистанционно, используя электронный способ 275 (54,9%); не знают о возможности получения результатов исследований через портал «Мое здоровье» 323 (64,5%).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью первичного звена здравоохранения достаточно высок, при этом есть необходимость принимать меры по усилению информированности и повышению медицинской грамотности населения в отношении облегчения и упрощения получения консультативно-диагностической помощи с применением современных цифровых технологий.

ТЕРАПИЯ ИНГЛТ-2 ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: 1-МЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Омаров О.М.^{1,2}, Арабидзе Г.Г.²

¹ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева»

Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия.

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия.

Актуальность. Острая декомпенсация сердечной недостаточности (ОДСН) является одной из ведущих причин повторных госпитализаций и худшей выживаемости. Исследования, направленные на изучение новых возможностей улучшения клинического статуса и прогноза, остаются крайне актуальными. Перспективным выглядит ранее назначение ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (ИНГЛТ-2), в частности дапаглифлозина.

Цель исследования: оценить влияние раннего начала терапии (в течение первых 24 часов) на частоту повторных госпитализаций и выживаемость в течение 1 месяца после выписки.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование. Включено 140 пациентов, госпитализированных с ОДСН в период с 01.01.2023 г. по 01.09.2023 г., больные рандомизированы в 2 группы: в первой начата терапия ИНГЛТ-2 (дапаглифлозин 10 мг) в течение 24 часов с момента поступления (n=70), во второй проводилась стандартная терапия (n=70). Выполнена оценка клинического статуса, изучена частота повторных госпитализаций и летального исхода в указанные сроки. Первичная конечная точка: повторная госпитализация, летальный исход, комбинированная конечная точка (оба события). Вторичная конечная точка: уровень NT-proBNP.

Результаты. Исходные демографические и клинические характеристики больных обеих групп были сопоставимы. Средний возраст составил $65,1 \pm 6,7$ против $66,0 \pm 8,7$ лет, большинство исследуемых были мужчины в обеих группах (81,4 % против 82,9 %). Смертность по всем причинам в течение 1 месяца составила 2,9 % в группе ИНГЛТ-2 и 4,3 % в группе стандартного лечения, кардиальная смертность – 2,9 % против 1,4 % в группах, соответственно, статистически значимых различий не достигнуто. Оценка клинического статуса выполнена у выживших к моменту осмотра (n=135), у части больных определены показания к госпитализации. Раннее начало терапии ИНГЛТ-2 снижало вероятность повторной госпитализации в течение 1 месяца на 34 % (относительный риск (ОР) = 0,66; 95 % доверительный интервал (ДИ) 0,39–1,12, p=0,118) и сопровождалось большим снижением уровня NT-proBNP (для медианы 3827 пг/мл против 3535 пг/мл, p=0,535), однако статистически значимые различия по этим показателям не установлены. Существенных различий также не было установлено для комбинированной конечной точки, риск развития исхода был незначительно ниже в группе ИНГЛТ-2 (ОР=0,67; 95 % ДИ 0,41–1,09, p=0,103).

Заключение. Раннее начало терапии ИНГЛТ-2 не снижает риск повторной госпитализации и смертности в течение месяца после ОДСН. Дальнейшее изучение возможностей терапии ИНГЛТ-2 в этой группе больных выглядит перспективным ввиду установленной тенденции к снижению риска развития изучаемых исходов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ПРИ МОЛЕКУЛЯРНОМ СКРИНИНГЕ ГЕНОВ SHOX-2, DAPK 1, RAR-БЕТА И MIR-37

Покровский В.Е.

Академия постдипломного образования ФНКЦ ФМБА, Москва, Россия.

Плевральный выпот — одно из распространённых проявлений внутренних заболеваний, встречается у 5-10% пациентов терапевтических стационаров. Качество лечения, скорость и эффективность терапии экссудативных плевритов, зависит от множества факторов включая наличие вариаций числа копий в генах-кандидатах оценки эффективности фармакотерапии.

Цель. Провести дифференциальную диагностику плеврального выпота при молекулярном скрининге вариаций числа копий генов кандидатов SHOX-2, DAPK 1, RAR-beta и mir-37

Материал и методы. В период с 2014 по 2017 год на базе ФНКЦ ФМБА России проводились исследования, включающие метилирование ДНК группы генов в образцах, полученных из плеврального выпота, а также анализ гистологического материала 32 пациентов с онкологическими заболеваниями. Образцы для исследования выбирались на основе гистологического анализа микросрезов, окрашенных гематоксилином и эозином, с содержанием не менее 70% опухолевых клеток. Хранение образцов проводилось при температуре -70°C. Геномная ДНК генов SHOX-2, RAR-beta, DAPK-1 и mir-375 была выделена из материала, полученного центрифугированием плеврального выпота, с использованием автоматической станции QIAcube в соответствии с протоколом. Проверка качества и количества ДНК проводилась с использованием спектрофотометра NanoVue Plus от GE Healthcare.

Результаты. Результаты исследования выявили, что развитие онкологических процессов сопровождается метилированием генетического аппарата генома. Генетический анализ показал, количество встречаемости исследуемых генов RAR-beta составило 30 (93,7 %), Mir-375 - 31 (96,8 %), SHOX-2 – 27 (84,3 %), DAPK-1 - 31 (96,8 %). По ходу проведения молекулярного исследования продемонстрировано, что ген SHOX-2 был метилирован у 4/8 (50,0 %) пациентов с раком лёгких и среди 6/20 (27,0 %) пациентов с раком других органов. Важно отметить, что положительное метилирование гена SHOX-2 выявлено среди 1/8 (50,0%) пациентов без онкологического процесса и у 2/15 (13,3 %) – без лёгочной онкопатологии. Метилирование генов Mir-375 и DAPK-1 было среди пациентов с разной опухолью – у 10/24 (44,0 %) и 6/24 (27,0 %), раком легких – у 4/7 (57,1 %) и у 2/8 (25,0 %) соответственно. Ген RAR-beta был положительным у 5/24 (21%) пациентов с общей онкопатологией и у 2/7 (28,5%) больных лёгочным раком.

Заключение. Нами отмечено, что развитие онкологического процесса, особенно легочной системы, сопровождается генетическим полиморфизмом генов SHOX-2, DAPK 1, RAR-beta и mir-37, который оказывает непосредственное влияние на течение патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АЭРОБНЫХ НАГРУЗОК У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.

Полтырева Е.С. Мясоедова С.Е.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иваново, Россия.

Цель. Изучить влияние комплексной реабилитации на параметры суточного профиля АД и показатели функционального статуса больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. 127 пациентов с достоверным РА (ACR/EULAR) от 33 до 81 года, большинство из которых (62,2%) были серопозитивны по ревматоидному фактору, имели 2-ю степень активности по DAS-28-СРБ (61,4%), рентгенологическую стадию II (57,5%), функциональный класс II (56,7%). 126 из 127 пациентов получали базисную противовоспалительную терапию, 76,2% принимали метотрексат в дозе 7,5-30 мг/нед. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось исходно и через 2 недели по завершении комплекса физической реабилитации. Результаты обработаны в пакете программ Statistica 10,0 («StatSoft», USA, 2001).

Результаты. Выделено 3 группы пациентов: 1 – без сопутствующей АГ (n=26), 2 – пациенты с впервые выявленной «маскированной АГ» (n=14) и 3 – с ранее диагностированной АГ (n=87). Больные 1 группы в динамике не показали изменений показателей СМАД. Во 2 и 3 группе показано улучшение дневных показателей СМАД: среднее САД (p=0,01, p=0,00) и ДАД (p=0,00, p=0,012), индекс САД (p=0,02, p=0,012) и ДАД (p=0,03), в 3 группе – среднего уровня САД (p=0,02), индекса времени САД в ночные часы (p=0,01), пульсового АД (p=0,03). У всех пациентов снизилась активность РА по DAS28 (p=0,00), уменьшилось число болезненных (p=0,002) и припухших суставов (p=0,01), улучшилось состояние по оценке больного по ВАШ (p=0,00), уменьшилась боль по ВАШ (p=0,00) и утренняя скованность в суставах (p=0,045), HAQ-DI (p=0,02).

Заключение. Медицинская реабилитация при РА благоприятно влияет на показатели суставного синдрома и на уровни АД.

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ЛИЦ С РАЗНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФЕНОТИПАМИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. АРХАНГЕЛЬСКА 35-69 ЛЕТ

Постоева А.В., Миролюбова О.А., Дворяшина И.В., Кудрявцев А.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Архангельск, Россия.

Цель. Проанализировать различия показателей диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) и их вклад в формирование сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СН-сФВ) в зависимости от наличия ожирения и метаболических нарушений у жителей Арктической зоны Российской Федерации (на примере г. Архангельска).

Материалы и методы. Проанализированы результаты антропометрического, эхокардиографического и лабораторного обследований репрезентативной выборки жителей (n=2352, 53,9 (9,7) года, 41,8% мужчин) г. Архангельска в возрасте 35-69 лет в рамках поперечного исследования «Узнай свое сердце» (2015-2018). Все участники были отнесены к одному из четырех метаболических фенотипов в зависимости от наличия ожирения ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) и двух и более компонентов

метаболического синдрома в соответствии с критериями АНА/NHBLI 2009 года без учета окружности талии: 1 – «метаболически здоровые без ожирения» (n=1167 (49,6%)), 2 – «метаболически нездоровые без ожирения» (n=489 (20,8%)), 3 – «метаболически здоровое ожирение» (n=248 (10,5%)), 4 – «метаболически нездоровое ожирение» (n=448 (19,1%)). ДФЛЖ оценена в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями по хронической СН 2020 года.

Результаты. Систолическая функция ЛЖ была сохранена (ФВ >50%) у 89,4% участников. Самым распространенным структурно-функциональным изменением миокарда стало увеличение индексированной к площади поверхности тела массы миокарда ЛЖ (≥ 115 г/м² для мужчин и ≥ 95 г/м² для женщин), которая встретилась при всех фенотипах (47,3-80,1%), значимо чаще среди женщин (p < 0,05) и среди лиц с ожирением (p < 0,05). Нарушения релаксации ЛЖ (Е/А < 1 в 29,7-44,6% случаев, ϵ septal < 7 см/сек в 26,7-33,9% случаев в зависимости от фенотипа) определены статистически чаще (p < 0,05) у лиц, относящихся ко 2,3 и 4 фенотипам, по отношению к первому. Лица с фенотипом 3 имели меньшее число участников с отклонениями данных показателей (отношение шансов (ОШ) 1,91 (95% ДИ 1,32; 2,76) тип 3 vs. тип 1) по сравнению с лицами, относящимися к фенотипу 2 (ОШ 2,16 (1,64; 2,85) тип 2 vs. тип 1). Увеличение индексированного объема левого предсердия >34 мл/м² как косвенного критерия давления наполнения ЛЖ и наиболее точного показателя ремоделирования миокарда наиболее часто наблюдалось при фенотипе 3 (20,2%, ОШ 1,53 (1,08; 2,19) тип 3 vs. тип 1). Увеличение критерия наполнения ЛЖ (Е/ε > 9), являющегося показателем жесткости миокарда и фиброза, чаще встретилось при фенотипе 2 (20,1%, ОШ 1,9 (1,21; 2,61) для типа 2 vs. тип 1).

Заключение. У лиц с «метаболически здоровым ожирением», превалирующим вариантом диастолической дисфункции, стало нарушение релаксации миокарда. Лица без ожирения, но с метаболическими нарушениями имели более выраженные отклонения в показателях жесткости миокарда и фиброза.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Расулова З.Д., Шайхова У.Р.

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан; военно-медицинская академия Вооруженных сил Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: оценка применения мобильного приложения персональной карты здоровья и разработки индивидуальной оздоровительной программы с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровне первичного звена здравоохранения.

Материал и методы исследования. Обследовано 279 больных с ССЗ и ранее не наблюдаемые с сердечно-сосудистой патологией в возрасте 30-70 лет проводилось включая: стандартный анкетированный опрос; оценка гемодинамических и антропометрических показателей; ЭКГ; в сыворотке крови оценка показателей липидного спектра, глюкозы, креатинина, мочевины, уровень мочевой кислоты, С-реактивный белок; определения эластичности и биологического возраста сосудов (ангиоскан-01), биоимпедансный анализ состава тела; толерантность к физической нагрузке (тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), пробы Руфье; оценка качества жизни (КЖ) и психосоциальных факторов (стресс, социальная изоляция, депрессия) по

опроснику Reeder L и КЖ EQ–5D, шкала EQ–VAS. Обследование проводилось исходно и через 3 месяца.

Результаты исследования. Создание мобильных технологий для работы в поликлинике обусловлена необходимостью использования большого и постоянно растущего объема информации при решении терапевтических, статических и других задач. При заполнении электронной карты, вносятся данные пациента, данные анамнеза, клинического и лабораторного обследования, уровня физического работоспособности (ФРС), определяются антропометрические и метаболические показатели, показатели здоровья и уровня стресса, которые вводятся в карту, автоматически высчитывались ССР по SCORE2, группы риска, уровень ФРС по разработанной пятиступенчатой шкале по результатам теста ТШХ, шкалы Борга; уровень стресса, ХС-нЛПВП, расчетный показатель СКФ, расчетных показателей, индекса адаптационного потенциала ССС, и на основании полученных показателей и анализа данных автоматически определяются факторы риска, и рекомендации по их контролю, с определением целевых показателей идеального веса, уровня ЛПНП, целевые уровни АД, мочевой кислоты, схемы и программы реабилитации (физической активности, режим питания и калорийность с расчетом необходимого основного обмена, программы психической адаптации).

Заключение. С помощью информационных технологий и программирования систематизированы полученные данные, рекомендации для оценки факторов риска ССЗ. Была проведена работа по разработке мультифункциональных сервисов платформенного типа, которые объединяют в себе не только обработку данных с учетом современных рекомендаций по профилактике ССЗ, но и возможности обработки/передачи информации для дальнейшего использования. Разработанная нами программа (мобильное приложение) позволяет накапливать и отслеживать данные о здоровье пациента (факторов риска ССЗ), хранение медицинской информации, а также анализ информации с оценкой целей и оценкой отклонений от клиничко-лабораторных показателей, мониторинг веса и состава тела, контроля гипертонии, рациона питания, расчет значений показателей ИМТ, потребление калорий. Развитие компьютерных и мобильных технологий в первичном здравоохранении позволит значительно повысить доступность и качество врачебной помощи, упростить работу врачей терапевтов и кардиологов первичного звена здравоохранения.

МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Расулова З.Д., Нуритдинова М.Д.

Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан; военно-медицинская академия Вооруженных сил Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: оценить показатели висцерального ожирения (ВО) у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материал и методы. Всего было обследовано 154 лица в возрасте с 40-70 лет с высоким и очень высоким ССР. 104 больных с избыточной массой тела с ИМТ более 25, из которых 1 группу составили 55 лиц без коронарогенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с высоким ССР по SCORE2, 2 группу – 59 больных с диагностированными ССЗ и очень высоким ССР, 3 группу – 40 лиц с высоким ССР и нормальной массой тела. Обследование включало: оценка массы тела МТ, роста, объема талии (ОТ) и бедер (ОБ), АД, определение в сыворотке крови холестерина ХС, липопротеидов низкой плотности ХС-ЛПНП, триглицеридов ТГ, липопротеидов высокой плотности ХС-ЛПВП, глюкозы, апелина 12 в сыворотке крови (Phoenix

Pharmaceuticals (США); оценка ССР по SCORE-2; биоимпедансный анализ состава тела с определением % содержания висцеральной и общей % жировой ткани. Для оценки состояния жирового обмена также использовались специальные высокоспецифичные в отношении ВО индикаторы: ИМТ ($\text{ИМТ}=\text{кг}/\text{рост}, \text{ м}^2$); отношение ОТ/ОБ; накопление липидных продуктов (LAP) исследовалось по Kahn; индекс висцерального ожирения (ИВО) рассчитывался по Amato.

Результаты исследования. Отмечается достоверные различия антропометрических показателей у лиц высокого и очень высокого риска по сравнению с группой контроля. Отмечалось увеличение соотношения ОТ/ОБ, ИМТ, % жировой ткани, внутреннего жира у лиц высокого ССР без ССЗ – на 16,5% ($p<0,05$), 28,1% ($p<0,001$), 28,3% ($p<0,05$) и 68,3% ($p<0,05$) соответственно по сравнению с показателями контрольной группы; у больных с ССЗ и очень высоким ССР – на 14% ($p<0,05$), 32,8% ($p<0,05$), 34,1% ($p<0,05$) и 64,1% ($p<0,05$), у лиц нормальной массой тела и высоким ССР – на 7,4%, 3,7%, 15,4% и 58% ($p<0,05$), соответственно по сравнению с показателями контрольной группы. Выявлена ассоциация показателей ИМТ, возраста, показателя САД и ДАД с показателем ССР по SCORE2: высокая прямая корреляция ($r=0,76, 0,65$ и $r=0,70, r=0,85, 0,78$ и $r=0,70$ соответственно). По результатам нашего исследования была выявлена корреляционная связь соотношения ОТ/ОБ с показателем висцерального жира по данным биоимпедансного анализа состава тела с коэффициентом корреляции $r=0,74$. Выявлено нарушения показателей липидного спектра во всех группах: у лиц избыточной массой тела и ожирением с высоким ССР без ССЗ, и с нормальной массой тела. Увеличение индикаторов дисфункции висцеральной жировой ткани (ВЖТ), таких, как ИВО, уровень висцерального жира по данным биоимпедансного анализа и ИСП. При сравнении функциональных показателей ожирения установлены достоверные различия LAP и ИВО в 1, 2, 3 группах по сравнению с показателями контроля ($p<0,05$). Отмечена корреляционная связь ИВО и % висцерального жира ($r=0,76$). Нами изучалась роль апелина 12, как биомаркера дисфункции ВЖТ. Анализ показателя апелина 12 в группах с избыточной массой тела, ожирением 1 степени и 2 степени выявил значимое увеличение на 75% ($p<0,05$), 88,8% ($p<0,05$) и 95,9% ($p<0,05$), соответственно по сравнению с показателям контроля. Выявлена высокая корреляционная зависимость показателя апелина 12 с ИМТ, с % висцерального жира с коэффициентом корреляции $r=0,80, r=0,86$ соответственно.

Заключение. Выявленные результаты указывают на дисфункцию ВЖТ у пациентов высокого и очень высокого ССР, как с ожирением и избыточной массой тела, так и с нормальной массой тела. Оценка такого маркера, как апелин вместе с оценкой показателей ИВО, % жировой ткани, уровень висцерального жира по данным биоимпедансного анализа, ИСП в алгоритм оценки дисфункции ВЖТ.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Репкина Т.В., Гатаулина О.В., Демина Е.И.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Барнаул, Россия.

Эволюционная взаимообусловленность патологических процессов в сердечно – сосудистой системе и почках открывает перспективы профилактики хронических

неинфекционных заболеваний на территориальном терапевтическом участке. Известно, что хроническая болезнь почек является фактором риска ишемической болезни сердца.

Цель. Изучить клиренс креатинина и провести опрос по методике Роуза у пациентов с гипертонической болезнью в разных возрастных группах для улучшения качества оказания медицинской помощи амбулаторно-поликлиническим звеном.

Материалы и методы. Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и одобрено локальным комитетом по биомедицинской этике при ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России. Протокол № 9 от 27.11.2018г. В исследовании участвовало 112 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет, находившихся на приеме в поликлиниках г. Барнаула. Пациенты были разделены на 2 группы согласно возрасту: первая группа от 40 до 61 года, 55 человек (15 мужчин и 40 женщин), вторая группа от 62 до 75 лет, 57 человек (15 мужчин и 42 женщины). Средний возраст в первой группе составил $52,6 \pm 7,1$ года, а во второй группе - $69,8 \pm 4,4$ года. Критериями включения в группы было наличие гипертонической болезни, отсутствие симптоматической артериальной гипертензии и сахарного диабета. У больных проводился опрос по методике Роуза и определение клиренса креатинина.

Результаты. Клиренс креатинина менее 60 мл/мин был у 9% (5 человек) в группе в возрасте от 40 до 61 года, а в возрасте от 62 до 75 лет – у 35% (20 человек) ($p=0,002$). По результатам опросника Роуза, в первой группе от 40 до 61 года признаки стенокардии напряжения выявлены у 7 человек, что составило 13%. Во второй группе в возрасте от 62 до 75 лет признаки стенокардии напряжения были у 17 человек, что составило 30% ($p=0,048$).

Заключение. У пациентов старшей возрастной группы с гипертонической болезнью клиренс креатинина менее 60 мл/мин был выявлен в 3,9 раза чаще, чем в младшей возрастной группе. Вероятность стенокардии напряжения по данным опросника Роуза была в 2,3 раза выше также у пациентов старшей возрастной группы. Таким образом, на территориальном терапевтическом участке необходимо раннее обнаружение изменения скорости клубочковой фильтрации и раннее выявление вероятности стенокардии напряжения у пациентов с гипертонической болезнью. Так как хроническая болезнь почек является фактором риска ишемической болезни сердца.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 И ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ КОМПОНЕНТЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рябова А.Ю., Гузенко Т.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени им.

В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия.

Цель — изучение значимости перенесенного COVID-19 и полиморфизма генов РААС у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Обследованы 116 пациентов с неконтролируемым течением гипертонической болезни 2 стадии. В них входили 96 пациентов, которые перенесли COVID-19 легкой и средне-тяжелой формы: 51 человек до 12 недель после перенесенного COVID-19 и 45 человек позже 12 недель. По поводу новой

коронавирусной инфекции все пациенты лечились амбулаторно. Контрольную группу составили 20 пациентов с артериальной гипертензией 2 стадии, не болевшие новой коронавирусной инфекцией. Всем пациентам проведено комплексное обследование, которое включало клинический осмотр, стандартное лабораторно-инструментальное обследование пациентов с артериальной гипертензией, исследование генетического материала.

Результаты. У пациентов в фазе продолжавшегося симптоматического COVID-19 выявлены более высокие показатели систолического артериального давления (АД) ($p_{1-2}=0,03659$; $p_{1-3}= <0,00001$), чем в группе с постковидным синдромом. Не выявлена связь полиморфизма генов AGT: 704 T>C, AGT: 521 C>T, AGTR 1: 1166 A>C, AGTR 2: 1675 G>A, CYP11B 2: -344 C>T с полом, индексом массы тела и перенесенным COVID-19. В фазе продолжающегося симптоматического COVID-19 носительство гомозиготного генотипа TT гена AGT 704T>C, rs699 встречалось реже ($p=0,005$), чем в контрольной группе.

Заключение. Определено влияние перенесенного COVID-19 на повышение систолического АД у пациентов гипертонической болезнью 2 стадии. Определена связь дестабилизации АД с индексом массы тела после COVID-19. В фазе продолжающегося симптоматического COVID-19 имелась ассоциация повышения АД с аллелем С полиморфизма гена AGT (T704C).

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ КАК ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Саранчина Ю.В.

ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»,
Абакан, Россия.

Цель. Оценка активности воспаления у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) по лейкоцитарным индексам.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование-наблюдение пациентов по их историям болезни, проходившим лечение по поводу ИБС в терапевтическом отделении ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской» в период с 2017 по 2020 годы. Всего было проанализировано 72 истории болезней пациентов (из них 26 мужчин и 46 женщин) с ИБС с клинической формой стенокардия напряжения ФК2, ХСН2А, ФК ХСН2, с гипертонической болезнью 3 стадии 4 риска, атеросклероз коронарных артерий со степенью стеноза более 75%. Средний возраст составил $71,52 \pm 12,12$ лет. В контрольную группу вошли условно-здоровые лица, проходившие плановый медицинский осмотр, в количестве 78 человек (30 мужчин и 48 женщин) со средним возрастом $20,17 \pm 2,21$ лет. У всех обследуемых был проведен анализ лейкоцитарной формулы и рассчитаны лейкоцитарные индексы неспецифической реактивности и эндогенной интоксикации. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Office Excel и пакета прикладных программ Statistica 8.0. Результаты представлены в виде медианы и квартилей [Me (Q1; Q3)]. Для оценки статистической значимости различий между двумя независимыми группами по количественным переменным применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. В лейкоцитарной формуле крови у больных с ИБС по сравнению с группой контроля наблюдалось статистически значимое повышение общего количества лейкоцитов [$7,45$ ($5,90$; $8,90$)* 10^9 /л и $6,40$ ($5,37$; $7,30$)* 10^9 /л соответственно, $p=0,001341$], абсолютного количества нейтрофилов [$5,10$ ($3,50$; $5,87$)* 10^9 /л и $3,50$ ($2,80$; $4,26$)* 10^9 /л соответственно, $p=0,000005$] и снижение абсолютного количества моноцитов [$0,23$ ($0,16$; $0,33$)* 10^9 /л и $0,70$ ($0,50$; $0,80$)* 10^9 /л

соответственно, $p < 0,001$]. При этом данные показатели не отличались от физиологической нормы. Однако, при анализе лейкоцитарных индексов были выявлены особенности в распределении отдельных популяций лейкоцитов. Так, у пациентов с ИБС были установлены статистически значимые различия по сравнению с группой контроля по индексу сдвига лейкоцитов крови [2,00 (1,63; 3,13) у.е. и 1,25 (1,07; 1,59) у.е. соответственно, при $p < 0,001$], по индексу соотношения нейтрофилов и лимфоцитов [37,00 (24,00; 53,00) у.е. и 22,80 (13,30; 31,70) у.е. соответственно, при $p < 0,001$] и по индексу соотношения нейтрофилов и моноцитов [18,55 (12,55; 31,00) у.е. и 5,23 (4,30; 7,27) у.е. соответственно, при $p < 0,001$]. Значения этих трех лейкоцитарных индексов у пациентов с ИБС было статистически значимо выше по сравнению с группой контроля.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ИБС не было выявлено изменений по лейкоцитарной формуле. При этом лейкоцитарные индексы были повышены, что свидетельствует об активации иммунной системы организма. Возможно, повышение лейкоцитарных индексов можно рассматривать как маркеры прогрессирования воспалительного процесса в миокарде и сосудах.

ВЛИЯНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Семененков И. И.¹, Пристром М. С.¹, Штонда М.В.¹, Воробьева Е.П.¹, Семененкова А.Н.¹, Жих А.В.², Езепчик А.Ю.², Автономова И.Н.²

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь. ² УЗ «2-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь.

Целью нашего исследования являлось изучение жирно-кислотного спектра плазмы крови под влиянием курса нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Материал и методы исследования. Обследовано и пролечено 50 пациентов с ИБС (стенокардия напряжения ФК II) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: в основную группу вошло 25 пациентов с сочетанной патологией, получающих помимо медикаментозного лечения сочетание курса (10 сеансов) нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в дозе 1000 мг в сутки, средний возраст основной группы составил $50,2 \pm 1,7$ лет; в контрольную группу вошло 25 пациентов, получающих только медикаментозную терапию, средний возраст пациентов контрольной группы составил $50,3 \pm 1,5$ лет.

Нормобарическая гипоксия проводилась с помощью гипоксикатора Нурохисо (США) и состояла из 10-12 сеансов чередования вдыхания атмосферного воздуха в течение 5 минут с вдыханием гипоксической смеси с содержанием кислорода от 12 до 10%, вырабатываемой гипоксикатором в течение 5 минут. 1 сеанс состоял из 6–7 циклов.

Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование жирнокислотного состава плазмы крови, который определялся методом газовой хроматографии. Определения проводились с точностью до 10-2 мг/мл. Сравнение непараметрических данных проводилось с помощью критерия Вилкоксона (T).

Результаты и обсуждение. При исследовании жирно-кислотного состава крови у пациентов с ИБС+ХОБЛ в основной группе в процессе лечения наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C15:0, C16:0, C18:0, C20:0, C21:0, ($p<0,05$)) и статистически достоверное увеличение концентрации ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C18:1n9c, C18:2n6c, C18:3n6, C20:1, C22:2 ($p<0,05$)), в том числе и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение C14:0, C16:1, C18:0, C21:0 и снижение C16:0, C18:1n9t. В группе контроля отмечалось снижение концентрации C20:0 ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, оказалось более эффективным, чем обычная медикаментозная терапия.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Семененков И. И.¹, Пристром М. С.¹, Штонда М.В.¹, Воробьева Е.П.¹, Семененкова А.Н.¹, Жих А.В.², Езепчик А.Ю.², Автономова И.Н.²

¹ Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь.

² УЗ «2-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь.

Цель: изучить влияние комплексного лечения на показатели вариабельности сердечного ритма и частоту последующих госпитализаций у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведено исследование показателей вариабельности сердечного ритма с помощью программно-аппаратного комплекса «Бриз-М» у 143 пациентов с ИБС (стенокардия напряжения ФК II) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. У 98 пациентов (основная группа), была назначена комплексная терапия, включавшая курсы нормобарической гипоксии и применение омега-3 ПНЖК в сочетании с медикаментозным лечением. 45 пациентов (контрольная группа) получали только медикаментозную терапию. Средний возраст больных основной группы составлял $58,7\pm 2,1$ года, средняя длительность заболевания $2,4\pm 0,3$ года; средний возраст пациентов контрольной группы $57,1\pm 1,2$ года, средняя длительность заболевания $2,2\pm 0,4$ года. Сравнение непараметрических данных проводилось с помощью критерия Вилкоксона (T) и χ^2 .

Результаты и обсуждение. В процессе комплексного лечения у пациентов основной группы отмечались достоверные изменения показателей вариабельности сердечного ритма в увеличении NN50 ($17,10\pm 3,50$ и $37,50\pm 5,10$ соответственно, $p<0,05$), увеличении MO ($828,00\pm 14,80$ и $895,70\pm 19,80$ соответственно, $p<0,05$), увеличении парасимпатических влияний HF ($36,40\pm 2,10$ и $43,60\pm 1,30$ соответственно, $p<0,05$), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,74\pm 0,03$ и $0,57\pm 0,02$ соответственно, $p<0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений показателей ВСР в процессе лечения выявлено не было.

Для оценки эффекта последствия комплексной терапии нами проанализированы следующие клинические характеристики у исследуемых пациентов: количество госпитализаций по поводу ухудшения своего самочувствия за последние 6 месяцев после прохождения комплексного лечения.

Нами установлено, что после прохождения комплексного лечения отмечается статистически достоверное снижение эпизодов госпитализаций на фоне продолжающейся терапии в основной группе (n=98), по сравнению с группой контроля (n=45). У пациентов основной группы за 6 месяцев после прекращения лечения у 18 человек были зарегистрированы эпизоды ухудшения состояния, в группе контроля у 26 ($\chi^2=9,759$, $p=0,002$). 2 человека из 18 в основной группе нуждались в госпитализации, в группе контроля нуждались в госпитализации 17 из 26 человек ($\chi^2=3,916$, $p=0,048$).

Выводы. Следовательно, комплексное лечение на порядок эффективнее обычной медикаментозной терапии.

РАСЧЕТНАЯ СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 2 СТАДИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ

Сидорова Ю.Ю.

ГУЗ Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Максимчука В.М., Ульяновск, Россия.

Цель исследования. Сравнить расчетную скорость клубочковой фильтрации у мужчин с артериальной гипертонией работающих в условиях воздействия вибрации и у мужчин с артериальной гипертонией без данного вредного воздействия.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели было обследовано 102 пациента мужского пола в возрасте от 45 до 60 лет с артериальной гипертонией 2 стадии. Пациенты в зависимости от наличия у них вибрационной болезни (ВБ) были разделены на 2 группы, в 1 группу вошли мужчины с АГ (группа сравнения, n=54), во 2 группу – мужчины с АГ+ВБ (основная группа, n=68). Длительность АГ - $8,2\pm 2,5$ года, средний стаж во вредных условиях 10 ± 2 лет. Всем пациентам проведен биохимический анализ крови. Расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) определяли, используя уравнение СКД EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) (модификации 2011г.).

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с АГ у которых нет вредного воздействия в виде вибрации рСКФ составила $56,2\pm 12,1$ мл/мин/ $1,73\text{ м}^2$, в то время как у мужчин, страдающих АГ и вибрационной болезнью показатель рСКФ составил $51,8\pm 11,3$ мл/мин/ $1,73\text{ м}^2$. Таким образом, у мужчин с АГ работающих в условиях воздействия вибрации уровень рСКФ статистически значимо ниже ($p=0,0406$), чем у мужчин с АГ без воздействия вибрации. При этом следует отметить что, цифры офисного артериального давления у пациентов с АГ + ВБ были выше, чем у пациентов с АГ – $147,4\pm 6,2$ мм рт.ст. и $145,4\pm 5,7$ мм рт.ст. соответственно, но различие были не значимы ($p=0,069$).

Заключение. Как считают некоторые исследователи, при воздействии вибрации на организм человека возникает дисфункции вегетативной нервной системы, в ходе которой отмечается гиперстимуляция бета-адренорецепторов сердца и изменение чувствительности альфа-адренорецепторов сосудов. Данные сдвиги приводят гиперкинетическому типу центральной, что сказывается на развитии и

прогрессировании имеющейся артериальной гипертонии. Это приводит к более выраженному процессу ремоделирования сердечно-сосудистой системы, в том числе и сосудов почек, приводя к более выраженному нарушению их функции, в виде более низких значений расчетной СКФ, что показало данное исследование.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Скоробогатова Л.Н., Кудашкина Р.А., Назаркина М.Г.,

Горшенина Е.И., Куркина Н.В.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия.

Цель. Оценить функциональное состояние почек у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 50 амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом, которые находились на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «РКБ № 4», в отделении эндокринологии.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 9 человек с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа. Средний возраст больных составил $32,6 \pm 1,45$ лет. Вторая группа включала в себя 41 пациента в возрасте $65,8 \pm 1,19$ лет с диагнозом: Сахарный диабет 2 типа. У больных определялись: масса тела, уровень сывороточного креатинина, и рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ.

Результаты. Среди обследованных пациентов обеих групп средний стаж заболевания составил: у больных СД 1 типа $6,7 \pm 4,9$ лет; у больных СД 2 типа $12,1 \pm 1,52$ лет. При оценке массы тела было выявлено, что в первой группе 56% пациентов были с нормальной массой тела, 33% с избыточной и 11% с ожирением 1 степени. Во второй группе 17% больных были с нормальной массой тела, 27% с избыточной массой тела, 37% с ожирением 1 степени, 12% с ожирением 2 степени, 7% с ожирением 3 степени.

При анализе уровня креатинина было отмечено, что у всех пациентов с сахарным диабетом 1 типа был нормальный уровень креатинина. Во второй группе в 24 % случаев отмечалось повышение креатинина. В группе пациентов с сахарным диабетом 1 типа в 56% случаев наблюдалось снижение показателей СКФ. Во второй группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа снижение СКФ наблюдалось у 83 % больных.

В первой группе пациентов с сахарным диабетом 1 типа в 100 % случаев наблюдалось незначительное снижение СКФ–ХБП СІІ ст. Во второй группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа незначительно сниженная ХБП СІІ ст. наблюдалась в 59% случаев, умеренно сниженная ХБП СІІІ а ст. – у 20% пациентов, существенно сниженная ХБП СІІІ б ст. – у 15% больных, резко сниженная ХБП СІV ст. — в 6% случаев.

Заключение. Результаты исследования показали, что в группе больных сахарным диабетом 1 типа больше пациентов с нормальной и избыточной массой тела, в группе больных сахарным диабетом 2 типа больше пациентов с ожирением.

При оценке уровня сывороточного креатинина его повышение было выявлено только у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. ХБП диагностирована у пациентов обеих групп, причем чаще у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Более тяжелая стадия (СІІІ ст. и СІV ст.) была выявлена у больных с сахарным диабетом 2 типа, что свидетельствует о более выраженном поражении почек. СКФ точнее отражает функцию почек, чем креатинин, поскольку при его подсчете учитывается влияние пола, возраста, массы тела.

**ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
МИОКАРДА И КОНЦЕНТРАЦИИ ЭНДОТЕЛИНА-1 НА ФОНЕ
ДОКСОРУБИЦИН-СОДЕРЖАЩЕЙ ХИМИОТЕРАПИИ И В ОТДАЛЕННОМ
ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМАМИ**

Соколова И.Я., Кардовская С.А., Салахеева Е.Ю., Буданова Д.А., Бочкарникова О.В.,
Беленков Ю.Н., Ильгисонис И.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)

Цель. Оценить динамику морфофункциональных изменений сердца и концентрацию эндотелина-1 (ЭД-1) у пациентов с впервые диагностированным лимфопролиферативным заболеванием (ЛПЗ) на фоне 6-ти курсов доксорубицин-содержащей химиотерапии (ХТ) и в отдаленном посткурсовом периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов с впервые диагностированным ЛПЗ, которым помимо стандартного обследования проведены трансторакальная speckle-tracking-Эхо-КГ с оценкой глобальной продольной деформации левого желудочка (ГПД) и определение уровня ЭД-1 до начала лечения гемобластоза, после 6-ти курсов ХТ с включением доксорубицина и через 6 месяцев после её завершения.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 52 [36-64] года, из них 48,6% (n=12) – мужчины, 52,2% (n=18) - женщины. У 40% (n=12) исходный КО-риск был определен, как низкий, у 50% (n=15) - средний, у 10% (n=2) – высокий, что не потребовало инициации или коррекции кардиальной терапии. По результатам Эхо-КГ значимого изменения глобальной сократительной способности миокарда не регистрировалось. Выявлено достоверное ухудшение показателей, характеризующих его диастолическую дисфункцию. Динамика E/e' составила 8,02 [7,16-8,43], 8,93 [7,69-9,74] и 10,82 [9,86-11,74] (p=0,021) (N <14) в трех точках наблюдения, соответственно. Медиана индексированного объема левого предсердия до ХТ составила 23,3 (20,49-29,64) мл/м², при завершении 6-ти курсов 29,17 (24,09 –32,68) мл/м², через полгода после специфического лечения – 30,8 [27,4-34,8] мл/м² (p=0,033) (N 29-34). Более того отмечено увеличение индексированной массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) (с 81,6 гр/м² [69,13 – 88,6] до 90,50 гр/м² [76,24 – 100,79] к моменту завершения ХТ и до 100,05 гр/м² [82,38 – 106,35] в отдаленном периоде наблюдения (p=0,041) (N 48-110)) и времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (103 мс [92 – 119], 108 мс [100-113] и 112 мс [104-121] в трех точках наблюдения, соответственно (p=0,002) (N 70-100мс)). По результатам оценки средней ГПД выявлена статистически значимая дисфункция кардиомиоцитов, составив -17,81% [-18,86; -16,45], -16,83% [-17,6;-16,6] и -16,6% [-17,5;-15,1] для трех контрольных точек, соответственно (p=0,014) (N>-19). Концентрация ЭД-1 в динамике имела тенденцию к повышению: до начала ХТ - 3,38 пг/мл [2,39-4,12], после 6-ти курсов - 5,5 пг/мл [2,23-5,57], через 6 месяцев после ХТ - 7,62 [5,53-9,61] пг/мл (p=0,438) (N 0,02-3). В исходной контрольной точке определена достоверная корреляционная обратная взаимосвязь между средней ГПД и уровнем ЭД-1 (r=-0,463, p=0,031), что является отражением патогенетической взаимосвязи

исследуемого биомаркера с функциональными изменениями сократительной способности миокарда.

Заключение. По результатам исследования продемонстрировано наличие кардиоваскулотоксического воздействия доксорубицин-содержащей ХТ: бессимптомная диастолическая дисфункция миокарда, развившаяся на фоне курсовой ХТ с дальнейшим прогрессированием даже после окончания лечения ЛПЗ. В основе возникновения подобных изменений, вероятнее всего, превалирует эндотелиальная дисфункция, что требует дальнейшего изучения, оптимизации назначения кардиопротективной терапии.

ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Фролова Е.С.¹, Веселовская Н.Г.^{1,2}

¹ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия.

² Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия.

Актуальность: В настоящее время, когда активность острого течения COVID-19 во всем мире значительно снизилась, актуальной проблемой является выявление лабораторных и инструментальных маркеров тяжелого течения постковидного периода. Известно, что важную роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений играет эпикардиальная жировая ткань (ЭЖТ), являющаяся резервуаром SARS-CoV-2.

Цель исследования: изучить прогностическую значимость толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) и возможности использования данного показателя как скринингового маркера неблагоприятного течения постковидного синдрома у пациентов через 1 год после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы. В исследование было включено 63 пациента с гипертонической болезнью на фоне ожирения и лабор. подтвержденным COVID-19, находящихся на стац. лечении в инфекционном госпитале АККД. Средний возраст составил $59,1 \pm 0,97$ лет, средний ИМТ $34,08 \pm 0,5$ кг/м². На госпитальном этапе проводилась МСКТ органов грудной клетки с оценкой тЭЖТ за правым желудочком. Проспективное наблюдение проводилось в течение 1 года после выписки. К неблагоприятным событиям были отнесены случаи повторного развития COVID-19, дебют и/или ухудшение контроля течения СД2 типа, ФП (или других наджелудочковых НРС), а также подтвержденные случаи развития ОКС, ОНМК, ТЭЛА и летальный исход.

Результаты. Через 12 месяцев была проведена оценка взаимосвязи между показателем тЭЖТ и развитием неблагоприятных событий. Для оценки прогноза вероятности принадлежности пациента к одной из двух групп (разделенных по наличию осложнений) с помощью одного критерия тЭЖТ был проведен логистический регрессионный анализ, в котором каждое значение тЭЖТ выступало в качестве предиктора, а зависимой переменной выбрано неблагоприятное событие. Было построено уравнение, отражающее зависимость вероятности возникновения неблагоприятного события от значения тЭЖТ. Уравнение имело следующий вид: $P = \exp(-3,3008 + 0,4118 * X) / (1 + \exp(-3,3008 + 0,4118 * X))$, где P — теоретическая вероятность развития неблагоприятн. события, X — конкретное значение тЭЖТ, $-3,3008$ — свободный член уравнения. В результате, получено уравнение логистической регрессии с процентом верного предсказания 59%. Коэффициент Д-Зомера для полученного нами уравнения с одним предиктором тЭЖТ был равен 0,348. Кроме того, был получен оптимальный порог отсечения для тЭЖТ, как

неинвазивного предиктора неблагоприятных событий у пациентов с ожирением, который составил ≥ 6 мм (чувствительность 71,5%, специфичность 80,6%).

Заключение. Таким образом, показатель тЭЖТ был связан с развитием неблагоприятных событий у пациентов с ожирением. Определение тЭЖТ (по МСКТ ОГК) является методом, позволяющим визуализировать гормонально-активную висцеральную жировую ткань и дать ей количественную оценку. Поэтому, внедрение скринингового исследования тЭЖТ в широкую клиническую практику может служить важным неинвазивным маркером неблагоприятных событий через 1 год, а также может быть использован с целью составления индивидуального подхода к реабилитационным мероприятиям.

ЛЕРКАНИДИПИН В ТЕРАПИИ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хлямов С.В., Маль Г.С.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия

Цель. Определить эффективность лерканидипина при артериальной гипертензии (АГ), вызванной бевацизумабом, у онкологических пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективный обзор медицинских карт пациентов с колоректальным раком, получавших лечение бевацизумабом. Кардиотоксичность оценивалась по шкале Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0. Лерканидипин 10 мг/день - терапия 1 линии при АГ \geq II степени, индуцированной бевацизумабом (группа А). Антигипертензивные препараты (АГП) 2 линии или модификация лечения ранее существовавшей АГ (группа В). Описательная статистика для анализа характеристик пациентов (среднее значение, 95% доверительные интервалы (ДИ)). Значения p значимы при $\leq 0,05$.

Результаты. Бевацизумаб получили 187 пациентов (89 мужчин, 47,6%; 98 женщин, 52,4%) со средним возрастом 54 года (диапазон: 43-69 лет). 48 пациентов (25,7%) имели в анамнезе АГ. У 85 пациентов (45,5%, 95% ДИ: 38,3-52,6) фиксирована АГ I-III степени. АГП назначены 46 пациентам (24,6%, 95% ДИ: 18,4-30,8). У 24 из 46 пациентов (52,2%, 95% ДИ: 37,7-66,6) развилась АГ \geq II степени в течение 8 недель после начала лечения бевацизумабом. Среди 46 пациентов с АГ \geq II степени, вызванной бевацизумабом, у 26 развилась АГ, назначен лерканидипин 10 мг/день (группа А). У остальных 20 пациентов в анамнезе либо АГ ($n=14$), либо другое сердечно-сосудистое заболевание ($n=6$). В дополнение они получали либо амлодипин 5 мг/день ($n=10$, группа В), либо нитрендипин 10 мг/день ($n=6$), либо фозиноприл 10 мг/день ($n=4$).

В группе А у 23 из 26 пациентов (88,5%, 95%ДИ: 76,2-100) артериальное давление (АД) нормализовалось в течение 7 дней после введения лерканидипина 10 мг ежедневно. Через 1 неделю у 3 пациентов АД было $>140/90$ мм рт. ст. Их АД контролировалось после увеличения лерканидипина до 20 мг/сутки ($n=2$) и фозиноприлом 2,5 мг/сутки ($n=1$). В группе В у 8 из 10 пациентов (80%, 95% ДИ: 55,2-100) АД контролировалось через 1 неделю приема лерканидипина.

Заключение. Показана эффективность лерканидипина в лечении бевацизумаб-индуцированной АГ в монотерапии на рекомендуемой начальной и на максимальной суточной дозе, также в комбинации с фозиноприлом.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия.

Цель. Провести анализ факторов риска, прогноза, инвалидизации, неблагоприятных исходов у больных системными васкулитами (СВ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 224 больных СВ: узелковым полиартериитом (53), облитерирующим тромбангиитом (55), неспецифическим аортоартериитом (31), геморрагическим васкулитом (40), гранулематозом Вегенера (24), другими формами (21). Более половины больных – 144 человека (64,2%) составляли мужчины. Возраст больных колебался от 18 до 76 лет. Методы исследования включали гистологическое исследование биопсийного, аутопсийного и операционного материала, изучение состояния иммунной системы, системы гемостаза и микроциркуляции, ангиосканирование, ядерномагнитную томографию.

Результаты. За 10-летний срок наблюдения 52 человека сохраняют трудоспособность (23,2%), 21 человек (9,4%) находятся на пенсии по возрасту, 35 больных (15,6%) умерли, не имея группу инвалидности. Всего умерли 92 человека (36,6%). Средний возраст умерших составил 46,8 года. Непосредственными причинами смерти были : почечная недостаточность, кахексия, перитонит, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, тромбоз мезентериальных артерий, инфаркт легкого. У 116 больных (51,8%) заболевание привело к утрате трудоспособности, из них умерли 57 больных (49,1%). I группа инвалидности была у 21 человека (18,1%), II группа – у 70 наблюдаемых (60,3%), III группа – у 25 человек (21,6%). Среди 116 больных, признанных инвалидами, у 72 больных (62,1%) инвалидность впервые была определена в возрасте до 40 лет, у 101 (87,1%) – в возрасте до 50 лет. Степень утраты трудоспособности определялась характером течения и стадией процесса, степенью активности, преобладающими клиническими синдромами и особенностями их сочетаний, выраженностью функциональной недостаточности органов. Наряду с медицинскими существенное значение приобретали социальные факторы. Разработан алгоритм диагностики и формулировки клинического диагноза при каждой нозологической форме СВ, что следует использовать при проведении экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности больного. Созданный на основе стандартизированной карты обследования автоматизированный банк данных определил возможность проведения корреляционного, дискриминантного, кластерного и факторного анализа для отбора признаков, позволяющих сформулировать классификационные критерии 5 форм СВ, их соотношение с классификационными критериями ARA (1990) и коррелирующих с активностью процесса при СВ .

Заключение. Использование современных схем комплексной полихимиотерапии СВ, разработка вопросов экспертизы трудоспособности и показаний для рационального трудоустройства больных могут улучшить качество жизни и сделать более благоприятным прогноз этих серьезных заболеваний. Безусловно, в Российской Федерации необходим регистр СВ и создание четкой системы диспансеризации и реабилитации этого контингента больных.

РАЗЛИЧИЯ ФАТАЛЬНЫХ И НЕФАТАЛЬНЫХ ТЭЛА НА ОСНОВАНИИ АУТОПСИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А.

ГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия.

Цель исследования. Оценить наличие и характер различий фатальных и нефатальных ТЭЛА на основании аутопсий пациентов, умерших в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе.

Материал и методы. Были проанализированы протоколы патологоанатомических вскрытий 1090 пациентов с ТЭЛА, умерших в стационаре СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе за период с 2018 по 2022 гг.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерной программы IBM SPSS Statistics v.26. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Из 1090 умерших пациентов у 66,1% (721) ТЭЛА была указана, как непосредственная причина смерти (группа 1), у остальных (группа 2) 33,9% (369) ТЭЛА явилась одним из ряда осложнений, отягчающих состояние больного. Средний возраст больных с фатальной ТЭЛА составил $73,6 \pm 0,5$ лет, что достоверно выше, чем у пациентов с нефатальной ТЭЛА - $70,6 \pm 0,8$ лет ($p < 0,05$). Также в группе фатальной ТЭЛА было значимо больше женщин - 66,4% (479) против 55,6% (205) в группе нефатальной ТЭЛА ($p < 0,05$).

Средний койко-день при фатальной ТЭЛА был достоверно ниже $7,8 \pm 0,4$, при этом смерть в первые сутки госпитализации произошла в 34,8% (251) случаях. Эти же показатели в группе нефатальной ТЭЛА составили $11,3 \pm 0,8$ дней и 18,7% (69) случаев ($p < 0,05$). Также в группе 1 существенно чаще выявлялось поражение крупных ветвей легочной артерии (ствол и основные ветви) по сравнению со 2-й группой: 28,3% (204) против 5,1% (19) ($p < 0,05$). Признаки рецидивирующей ТЭЛА описаны у 10,0% (72) больных 1-й группы и 5,4% (20) пациентов группы 2 ($p < 0,05$). Достоверных различий по профилю отделения (хирургический или терапевтический), где лечились больные обеих групп, выявлено не было. Кроме того, при изучении посмертных клинических диагнозов не оказалось значимых различий ($p > 0,05$) в частоте данного состояния в обеих группах: в выборке 1 клинический диагноз ТЭЛА фигурировал только у 57,7% (417), у 30,0% (216) выставлен не был, у 12,2% (88) был указан в предположительной форме (под вопросом); в группе 2 ТЭЛА была указана у 55,0% (203) больных, у 35,2% (130) не диагностирована, у 9,8% (36) диагностирована под вопросом.

Заключение. Таким образом, согласно результатам исследования, риск фатальной ТЭЛА выше у пациентов старшего возраста и у женщин. Фатальная ТЭЛА происходит в более ранние сроки госпитализации, более трети погибших пациентов – в первые сутки, что достоверно выше, чем при нефатальной. Как фатальный, так и нефатальный варианты ТЭЛА остаются трудными для диагностики состоянием и требуют большей настороженности врачей в отношении этого осложнения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Тайжанова Д.Ж., Нариманов Ж. Т., Нурлен А.А.

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды»,
Караганда, Казахстан.

Цель исследования. Оценить качество жизни по динамике ключевых признаков, отражающих состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса на фоне приема АРНИ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 пациентов с ХСН и низкой фракцией выброса (ниже 40%) в возрасте от 43 до 75 лет (средний возраст 53,5 года), которые состоят на диспансерном учете с диагнозом ХСН, стадия С по АНА/АСС. Пациенты распределены на две группы: основная группа (n-40) получали препараты АРНИ первично. Группе контроля (n-40) назначена традиционная терапия ХСН без АРНИ. В ходе наблюдения оценивалось влияние препарата АРНИ на частоту декомпенсации и госпитализации при ХСН, на динамику фракции выброса левого желудочка, толерантности к физическим нагрузкам и исходам при ХСН.

Результаты. Нами установлено, что в основной группе у большинства пациентов (90%) отмечено улучшение фракции выброса (в среднем на 23,1% от исходного) по сравнению с группой контроля у 30% пациентов (в среднем повышение на 5,3 %). У 10% пациентов основной группы и у 60% пациентов группы контроля фракция выброса левого желудочка осталась неизменной. У 10 % пациентов группы контроля отмечалось снижение фракции выброса левого желудочка. Из общей когорты пациентов частота декомпенсаций и госпитализаций меньше зарегистрировано в основной группе (18%) , чем в группе контроля (39%). Обращало также внимание повышение толерантности к физическим нагрузкам в основной группе, принимающих препараты АРНИ. Так, при проведении теста 6-ти минутной ходьбы отмечалось положительная динамика функционального класса ХСН, отражавшие оптимизацию толерантности к физическим нагрузкам у 75% в основной группе по сравнению 33% -группе контроля. При этом в группе контроля толерантность к физической нагрузке у части пациентов снизилась (у 12 %), у остальной части осталась неизменной. Следует отметить, что за период наблюдения частота смертности в основной группе составило 7,5 %, тогда как в группе контроля - у 22,5 %. Ограничением к продолжению приема АРНИ в основной группе явились развившиеся артериальные гипотензии (у 10% пациентов), что послужило причиной для отмены АРНИ.

Выводы. Сравнительный анализ демонстрирует явные преимущества эффективности препарата АРНИ по сравнению с традиционной терапией у пациентов с ХСН низкой фракцией выброса по критериям: увеличение фракции выброса левого желудочка, уменьшение частоты декомпенсаций и госпитализаций, повышение толерантности к физическим нагрузкам и снижения смертности. Ограничением длительного приема препарата у части пациентов явились развитие артериальной гипотензии.